

## La década de la Seguridad del Paciente Plan de acción mundial de la OMS (2021-2030)\*

La Cobertura Universal de Salud (CUS) es un objetivo mundial inspirador que tiene como objetivo que mil millones de personas más tengan acceso en los próximos cinco años a servicios de salud seguros y de calidad sin tener que afrontar dificultades financieras. Se trata de un desafío que el mundo debe asumir si quiere cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este programa no resultará posible si no se garantiza que los servicios de salud sean seguros; no valdría la pena asegurar el acceso si la atención sanitaria en sí misma supone una amenaza para la salud de la gente. El beneficio de una mayor cobertura no se realizaría plenamente, y la gente podría perder la confianza en los servicios de salud, haciendo que no busquen ser atendidos incluso cuando más lo necesitan.

Por este motivo, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) aprobó en 2019 la resolución "Acción Mundial para la Seguridad del Paciente" (WHA 72,6), que busca dar prioridad a la seguridad del paciente como paso fundamental en la construcción, diseño, operación y evaluación de los sistemas de salud de todo el mundo. La adopción de esta resolución fue un hito notable dentro de los esfuerzos mundiales tendientes a adoptar medidas concertadas en materia de seguridad de los pacientes y de reducir la carga de daños asociados a una atención médica insegura.

---

\*Textos seleccionados del documento "Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Zero Patient Harm in Health Care". First Draft. August 2020". World Health Organization. .

Enlace al documento completo [https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4)

Traducción: Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros

En la resolución, se le pidió al Director General de la OMS que formulara una Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente en consulta con los Estados Miembros y una amplia gama de socios y organizaciones. Para responder a la resolución de la Asamblea, y para avanzar de los compromisos a una acción tangible, la OMS lanzó en febrero de 2020 una iniciativa emblemática: *“La Década de Seguridad del Paciente 2020-2030”*. Este importante paso marca el compromiso y la contribución de la OMS al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. El plan será el hilo conductor de una serie de hitos anuales que buscarán implementar con éxito las acciones globales.

El plan de acción global establecido en este documento proporcionará una dirección estratégica para la adopción de medidas concretas a llevar a cabo por parte de los países y organizaciones asociadas para que puedan cumplir con la resolución de la Asamblea.

El resultado será el fortalecimiento de los sistemas de salud de todo el mundo con el fin de diagnosticar, tratar, curar y cuidar mientras se cumple con la célebre máxima de Hipócrates (460-375 AC): *“Primero, no dañar”*

Este plan de acción mundial fue desarrollado mediante un proceso participativo que reunió la colaboración de líderes y expertos internacionales en seguridad del paciente. El borrador fue delineándose luego de múltiples rondas de consultas con las distintas partes interesadas, incluyendo los Estados Miembros, ONG’s internacionales, instituciones académicas, grupos de pacientes, organizaciones intergubernamentales, y las oficinas de la OMS a nivel mundial, regional y nacional.

El esquema inicial y la vía de desarrollo del plan de acción fueron diseñados por la Secretaría Principal de Seguridad del Paciente de la OMS en Ginebra, con la orientación y el apoyo de Sir Liam Donaldson, principal enviado de la OMS para la seguridad del paciente, en consulta con relevantes programas técnicos, unidades y departamentos dentro del sistema de la OMS. Se convocó luego a una consulta global en la sede de la OMS en Ginebra, para ir sintetizando el primer borrador del plan de acción. En ese encuentro, dirigentes, expertos y profesionales en seguridad del paciente de 44 países proporcionaron recomendaciones concretas e inestimables sobre los que debería ser el futuro curso de acción en seguridad del paciente en todo el mundo. Se recibieron

además aportes adicionales de expertos e interesados de 140 países a través de la red de trabajo que la OMS desarrolló para este tema: "WHO Global Patient Safety Network".

Se constituyó un "Grupo de Trabajo de Redacción y Revisión" para llevar adelante las recomendaciones surgidas de estas rondas de consultas y se diseñó el proyecto del plan de acción. El primer borrador fue luego discutido más a fondo con los Estados Miembros a través de comités y consultas regionales. Se organizaron en Ginebra otras reuniones técnicas para las organizaciones y misiones permanentes de las Naciones Unidas en Ginebra. El proyecto se puso en línea para su consulta pública en el sitio web de la OMS durante un mes. La retroalimentación, comentarios y aportes técnicos de los Estados Miembros, y los resultados de las consultas públicas fueron examinados y abordados por el Grupo de Trabajo de Redacción y Revisión. Este primer borrador fue luego enviado por anticipado a la 74° Asamblea de la Organización Mundial de la Salud a llevarse a cabo en 2021 para que la 148° sesión de la Junta Ejecutiva de la OMS lo analice, debata y apruebe.

### Esquema del Plan de Acción Mundial de Seguridad del paciente de la OMS 2021-2030



## Misión, Visión y Valores

### Visión

Un mundo en el que ningún paciente sufra daños durante la atención sanitaria, y donde todas las personas reciban una atención segura y respetuosa, todo el tiempo, en todas partes.

### Misión

Impulsar políticas y acciones para minimizar y, cuando sea posible, eliminar todas las fuentes de riesgo y daño a los pacientes durante la asistencia sanitaria, con centro en el paciente, basadas en la ciencia y mediante alianzas estratégicas.

### Objetivo

Alcanzar el máximo posible de reducción del daño evitable a consecuencia de una asistencia sanitaria insegura a escala global.

## Principios Rectores

La creación de un sistema que permita avanzar hacia una Cobertura Universal de Salud en la que los pacientes reciban una asistencia mucho más segura que la que reciben hoy en todas partes del mundo es el gran desafío que pretende abordar este Plan Mundial de Acción.

Los siguientes seis principios rectores establecen un conjunto de valores que buscan dar sustento y guiar el desarrollo y la aplicación del marco de acción propuesto en este documento.

## **Tratar a los pacientes y familias como socios para una atención segura**

La atención sanitaria segura debe considerarse un derecho humano básico. Para lograr una atención segura, es necesario que los pacientes estén informados e involucrados y sean tratados como socios de pleno derecho en su propio cuidado. En muchas partes del mundo, esto ocurre con mucha menos frecuencia de lo que debería. Los pacientes, las familias y sus cuidadores tienen un gran interés en su propia salud y la de sus comunidades. La seguridad de los pacientes depende de su plena participación como usuarios del sistema de salud y como las personas más familiarizadas con todo el viaje a través del mismo. Los pacientes y familias deben tener participación en todos los niveles del sistema de salud, desde la formulación de políticas, comités de planificación y supervisión del desempeño, hasta el consentimiento plenamente informado y la toma de decisiones compartidas en el punto de atención. Los pacientes, las familias y las comunidades tienen contribuciones esenciales para hacer en temas que atañen a la seguridad de su propia atención.

## **Obtener resultados a través del trabajo colaborativo**

Siguiendo su mandato mundial, la OMS proporcionará durante la Década de la Seguridad del Paciente 2020-2030 orientación normativa y herramientas de implementación para que los países puedan hacer que la atención sea más segura en cada contacto. Inevitablemente surgirán innovaciones disruptivas y veremos evolucionar nuevos modelos más seguros de atención a nivel local. Los mismos deberían alimentar una red mundial de aprendizaje con el objetivo de rediseñar políticas y promover el discurso mundial sobre la seguridad del paciente. En lugar de establecer un flujo unidireccional de intervenciones, resulta necesario un ecosistema de colaboración en donde todos (desde los encargados de formular políticas hasta los prestadores de primera línea) contribuyan, compartan y aprendan. Todas las intervenciones de seguridad del paciente deben ser cuidadosamente diseñadas y adaptadas para cumplir con las prioridades y necesidades de implementación específicas de los distintos países y comunidades. La OMS impulsará la reducción del daño en cada país mediante una política de diálogo, apoyo estratégico, asistencia

técnica y/o prestación de servicios. La acción global puede ayudar, pero la fuerza del plan residirá en la pasión y el compromiso por la seguridad del paciente que se demuestre a nivel nacional, provincial y municipal.

## **Analizar los datos y las experiencias para generar aprendizaje**

Los sistemas de reporte que reúnen datos sobre incidentes y eventos adversos en el punto de atención son de uso generalizado en todo el mundo. La OMS ha elaborado en 2020 el documento *"Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance"*. Existen además otras fuentes para obtener datos sobre daños, incluyendo las encuestas de experiencia del paciente que ya se utilizan ampliamente en algunos países. La combinación de datos de diversas fuentes brinda una gran oportunidad para comprender por qué ocurren los incidentes de seguridad y para idear soluciones para prevenirlos. Demasiado a menudo, sin embargo, se recolectan grandes volúmenes de datos y la mayor parte del tiempo y recursos disponibles se gastan en clasificarlos y almacenarlos. Se pasa mucho menos tiempo analizándolos de una forma que sea útil para el aprendizaje y que permita mejorar la seguridad de los pacientes de manera confiable y consistente. Si bien siempre resulta de interés utilizar los datos que surgen de los reportes para conocer los patrones y tendencias sobre los distintos tipos de daños que se producen, el énfasis debe ponerse más firmemente en la capacidad de los reportes de hacer que el cuidado futuro sea más seguro.

## **Trasladar la evidencia a mejoras medibles**

La lenta traslación de la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones a la práctica rutinaria de todos los días es una de las debilidades de los sistemas de salud de salud de todo el mundo; a esto se lo conoce como la "brecha entre saber y hacer". El movimiento de seguridad del paciente también experimenta esta brecha. Durante el proceso de implementación de las acciones para mejorar la seguridad de la atención es importante comprender plenamente el proceso de cambio necesario para lograr el resultado deseado; esto implica trabajar en estrecha colaboración con los líderes, mandos medios, profesionales y representantes de pacientes de los distintos establecimientos de salud.

## **Adaptar las políticas y acciones a la naturaleza del entorno de atención**

La mayor parte de la atención y de los esfuerzos de investigación en seguridad del paciente se han centrado en la experiencia de sistemas de salud y grandes grupos de hospitales en países de altos ingresos. Sin embargo, una gran cantidad de muy buen trabajo ha sido llevado a cabo en países de ingresos bajos y medios. Ha quedado claro, en primer lugar, que las políticas y soluciones de seguridad del paciente deben adaptarse al contexto local. No basta con simplemente trasladarlas de un escenario a otro, especialmente cuando la cultura, las tradiciones, el diseño del sistema de salud, y el nivel de infraestructura son muy diferentes. En segundo lugar, el aprendizaje no debería fluir en una sola dirección; la experiencia de haber encontrado soluciones para la seguridad de los pacientes con recursos limitados puede ser de gran valor para quienes ejecutan programas en sistemas de salud bien dotados de recursos. No siempre la ruta "norte-sur" es la que debe guiar las mejores prácticas.

## **Utilice tanto los conocimientos científicos como las historias de vida para educar y abogar por la seguridad del paciente**

Hoy en día, el desarrollo de servicios seguros para los pacientes no solo implica tener habilidades de planificación, diseño y estrategia de inversión; requiere también de habilidad para promocionar, concientizar, persuadir y obtener apoyo político, lo que requiere a su vez un profundo conocimiento del contexto local. Tradicionalmente, el conocimiento científico y técnico proviene de los responsables políticos, los líderes del sistema de salud, la academia, los gerentes y profesionales, mientras que la pasión la ponen los ciudadanos, la sociedad civil y los grupos defensores de pacientes. La formulación y el desarrollo de un plan requieren sin dudas de conocimientos científicos y/o técnicos, pero también debe tener la aceptación y el impulso emocional positivo de aquellos que recuerdan que demasiados pacientes y familias del pasado han sufrido pérdidas y daños graves a consecuencia de una atención insegura. La unión estos dos

elementos, ciencia y experiencias personales, será siempre una combinación ganadora a la hora de promocionar medidas de seguridad de los pacientes.

## Socios en acción

La implementación de una gran cantidad de acciones para mejorar la seguridad del paciente en todos los países del mundo es una tarea de gran complejidad que requiere del esfuerzo colectivo de muchos actores interesados, que abarca desde los responsables de formular políticas públicas hasta los trabajadores de la salud de primera línea. Para lograr el objetivo general y cumplir con los objetivos estratégicos de este plan de acción, es importante que las asociaciones entre las partes interesadas se desarrollen tanto a nivel estratégico como a nivel operativo. Este tipo de colaboración añadirá un valor especial a los esfuerzos en seguridad del paciente y multiplicará los esfuerzos de las organizaciones individuales.

El trabajo conjunto y coordinado para alcanzar la visión del plan de acción y mejorar la seguridad de la atención para todos podrá a su vez acelerar el progreso para que cada uno de los socios de esta alianza pueda cumplir también con sus respectivas metas individuales. Por eso, cada uno de los objetivos estratégicos que veremos más adelante en este plan de acción global para la seguridad del paciente ha sido elaborado teniendo en cuenta cuatro categorías de socios principales: los gobiernos, las organizaciones de salud, las partes interesadas y la Organización Mundial de la Salud.

## Gobiernos

- Gobiernos nacionales y sub-nacionales
- Parlamentos y órganos legislativos sub-nacionales
- Ministerios de Salud
- Organismos especializados nacionales/sub-nacionales y órganos auxiliares (ej: agencias de calidad y/o seguridad; agencias de planificación, instituciones de salud pública, etc.)
- Otros ministerios que participan directa o indirectamente en la salud, incluyendo Ministerios de Educación, Finanzas, Trabajo, Bienestar Social, Justicia, Vivienda.

- Órganos reguladores nacionales/sub-nacionales, incluyendo los responsables de habilitar, acreditar o establecer estándares.

## Organizaciones de salud

- Establecimientos de atención secundaria y terciaria; organizaciones de salud
- Establecimientos de atención primaria de la salud y prestadores de servicios
- Establecimientos de cuidados crónicos y prestadores de servicios
- Establecimientos de salud mental y prestadores de servicios
- Prestadores de servicios de cuidados paliativos
- Prestadores de servicios de atención pre-hospitalaria
- Establecimientos especializados en diagnóstico y prestadores de servicios
- Establecimientos especializados en uso indebido de sustancias y en salud mental
- Servicios de internación domiciliaria y comunitaria
- Servicios de promoción de la salud
- Equipos de gestión de servicios de salud sub-nacionales y comunales

## Partes interesadas

- Organizaciones intergubernamentales (ej: Comisión Europea, OCDE)
- Organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales; organizaciones profesionales
- Órganos normativos internacionales e independientes/organismos de acreditación
- Instituciones académicas y otras instituciones internacionales y nacionales de capacitación y fomento de competencias
- Instituciones de investigación
- Consorcios/asociaciones de salud nacionales e internacionales; asociaciones de prestadores de salud
- Organizaciones internacionales y nacionales de la sociedad civil, incluyendo organizaciones representantes de pacientes.

- Grupos y organizaciones comunitarias
- Medios de comunicación
- Las Naciones Unidas y otras organizaciones multilaterales
- Asociados para el desarrollo, donantes y organismo de financiación
- Industria farmacéutica y de dispositivos médicos
- Industria de tecnología informática para la atención de la salud
- Entidades del sector privado, incluyendo las empresas comerciales (industria) y prestadores de salud privados
- Organizaciones de seguros de salud

## Organización Mundial de la Salud

- Oficinas de la OMS a todo nivel (centrales, regionales, nacionales)
- Oficinas de la OMS dispersas geográficamente (WHO Geographically Dispersed Offices –GDO´s-)

## Marco de acción: Objetivos Estratégicos

El marco de acción de la OMS ha definido 7 objetivos estratégicos, los cuales podrán ser alcanzados a través de 35 estrategias específicas (5 por objetivo). Los 7 objetivos estratégicos son:

1. Hacer que el "0 daño evitable" a los pacientes sea una mentalidad y una regla de compromiso en la planificación y prestación de servicios de salud en todas partes
2. Construir sistemas y organizaciones de salud altamente confiables, que protejan diariamente a los pacientes de daños evitables.
3. Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos

4. Involucrar y empoderar a los pacientes y familias para que colaboren y apoyen el viaje hacia una atención de salud más segura
5. Inspirar, capacitar y dotar de habilidades a los trabajadores de la salud para que contribuyan a diseñar e implementar sistemas de atención más seguros.
6. Garantizar un flujo constante de información y conocimiento para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daño evitable y las mejoras en la seguridad de la atención.
7. Desarrollar y mantener asociaciones, sinergias y solidaridad a nivel multinacional y multisectorial para mejorar la seguridad de los pacientes.

Ninguna gran organización, en ningún lugar del mundo, puede funcionar eficazmente sin un conjunto de objetivos claros y sencillos que guíen las actividades estratégicas y operativas, que sean además comprendidos y sentidos como propios por el personal. El establecimiento de objetivos al más alto nivel ayuda a alinear todas las políticas y actividades del sistema de salud en torno a un propósito común. Si estos objetivos son pocos y se encuentran formulados de manera clara y apropiada, se facilita la medición de los progresos realizados, tanto a nivel estratégico como a nivel de las operaciones de los equipos clínicos. Los objetivos no deberían crear una carga adicional, ni reemplazar los indicadores de desempeño ya existentes en los países, sistemas y establecimientos de salud. Sí deberían servir para unificar el trabajo de los dirigentes, el esfuerzo de los administradores, y la atención que brindan los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Los objetivos estratégicos deberían servir a su vez para ponderar todas las decisiones, desde las que afectan el trabajo clínico de todos los días hasta las grandes decisiones estratégicas acerca del diseño de los sistemas de salud.

También deberían proporcionar un marco relativamente sencillo a la hora de evaluar responsabilidades públicas.

Este es el propósito de los siete objetivos estratégicos del Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021.2030. Son lo suficientemente amplios como para dar sentido a la innumerable cantidad de tareas necesarias para reducir los riesgos y

mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Se han formulado a su vez de tal manera que sea absolutamente permisible realizar adaptaciones según los contextos, prioridades y necesidades locales, precisamente porque están pensados para potenciar y no para limitar. Así, por ejemplo, cuando en el Objetivo 2 se habla de sistemas altamente confiables, se asume que la confiabilidad no puede ser la misma en un hospital universitario de Europa occidental que en un centro de salud rural en un lugar pobre de África subsahariana. Cada uno deberá esforzarse para hacer lo mejor que pueda dentro de su contexto operativo y disponibilidad de recursos; pero todos pueden hacer sus sistemas más seguros.

A su vez, el Objetivo 3, que busca garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos es igualmente aplicable a una maternidad de alta tecnología en alguna ciudad canadiense como en algún lugar alejado de Sierra Leona que está tratando de reducir las muertes maternas por hemorragia post-parto.

También se pretende que los objetivos sean fácilmente comprensibles y fáciles de transmitir, que tengan un tono edificante e inspirador, y que sean pocos en número para no resultar intimidantes y producir sobrecargas en los procesos de implementación.

## **Objetivo Estratégico N°1**

**Hacer que el “0 daño evitable” a los pacientes sea una mentalidad y una regla de compromiso en la planificación y prestación de servicios de salud en todas partes**

Este primer objetivo, que trata sobre la idea de “Cero Daño” ha sido ponderado muy cuidadosamente. Los argumentos a favor y en contra de este concepto se extienden por todo el mundo, y muchos especialistas en seguridad del paciente dudan acerca de la sabiduría de establecer un objetivo general tan ambicioso. Por un lado, están quienes dicen que sin una visión convincente, ningún programa tendrá la chance de ser aceptado dentro de la miríada de programas de salud que se dirigen desde los más altos niveles. Por otra parte, muchos especialistas sostienen que establecer un objetivo inalcanzable termina siendo desmoralizador y desmotivador, haciendo que sean menos quienes abracen la causa de la seguridad del paciente.

La necesidad de establecer un objetivo holístico audaz para abordar la mera existencia de daños deriva de la necesidad de asumir plenamente la responsabilidad de resolver definitivamente los problemas subyacentes de seguridad, riesgo y daño durante la atención sanitaria. Después de 20 años, el discurso sobre la naturaleza multifacética de la seguridad del paciente no ha sido suficiente para infundir en los dirigentes, gerentes y personal clínico el enfoque y compromiso necesario para impulsar mejoras significativas. Tampoco han servido de mucho los impactantes números que muestran un panorama desolador. Al día de hoy, las organizaciones y establecimientos de salud presentan niveles de desempeño muy variables en términos de seguridad. Esta variabilidad puede verse en todo el mundo, tanto entre países, regiones y localidades como entre los distintos campos de atención e incluso dentro de encuentros individuales. Los errores provocados por sistemas defectuosos son comunes y continúan dañando personas. Estos problemas no son exclusivos de ningún sistema de salud y a lo largo de los años han demostrado ser en su mayoría intratables.

Sin embargo, la reducción de los niveles actualmente inaceptables de daños evitables está totalmente a nuestro alcance. Por supuesto que es altamente improbable que se pueda alcanzar el "cero daño" en un futuro cercano. Pero no por eso debemos tolerar la producción de este tipo de daño a los pacientes. Nadie puede discutir esto. Por esta razón, el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente establece el concepto de "cero daño" como una visión o una filosofía y no como un objetivo concreto. Llevar el nivel de daños a cero tal vez nunca será posible. Sin embargo, un estado mental de "cero daño", acompañado por un marco de referencia para la planificación y prestación de servicios de salud más seguros significaría un cambio monumental que nos permitiría salir del status quo actual que convive sin cuestionarse mucho los inaceptables niveles de daño actuales. La seguridad del paciente debe estar presente en cada plan, en cada paso del diseño de programas, en cada decisión clínica, en cada oportunidad de aprendizaje a partir del error. Esta filosofía crearía un nuevo paradigma en el cuidado de la salud que sería verdaderamente transformador; lejos de ser un objetivo puramente idealista o intangible, tiene el potencial de reducir drásticamente las muertes, la discapacidad y las lesiones físicas y psicológicas producidas por cuidados inseguros.

Dentro de este primer objetivo estratégico general, se incluyen cinco estrategias puntuales:

1. Desarrollar una **política, una estrategia y un plan de implementación amplio** en materia de seguridad del paciente para el sistema de salud del país y todos sus componentes, como una prioridad fundamental dentro de los programas de Cobertura Universal de Salud (CUS) de la población.
2. Movilizar y asignar **recursos adecuados** para la implementación de programas de seguridad del paciente en todos los niveles del sistema de salud.
3. Establecer **leyes que faciliten** la prestación de una atención segura a los pacientes y que protejan a los trabajadores de salud de daños evitables.
4. Alinear todas las actividades de **reglamentación, acreditación e inspección** de la atención de la salud con el objetivo de mejorar el desempeño en materia de seguridad del paciente.
5. Generar máxima **conciencia del Día Mundial de la Seguridad del Paciente y de los Desafíos Mundiales de Seguridad del Paciente**, como una forma de mantener un alto perfil público y político para este tema.

Para cada una de estas estrategias puntuales, el programa de la OMS describe acciones concretas que deberían desarrollar los "Socios en Acción" (Gobiernos, Organizaciones de Salud, Partes interesadas y la OMS). Para profundizar, se sugiere recurrir al documento original.

## Objetivo Estratégico N°2

### **Construir sistemas y organizaciones de salud altamente confiables, que protejan diariamente a los pacientes de daños evitables**

Un factor clave de éxito en industrias de alto riesgo ajenas al sector salud es el énfasis que ponen en la prevención de accidentes, daños y errores que pueden tener serias consecuencias. A consecuencia de este enfoque, ha surgido el concepto de *resiliencia*, que es la capacidad de la organización de mantener un estado seguro de funcionamiento, recuperarse rápidamente y restaurar ese estado de seguridad cuando algo sale mal. Tales organizaciones tienen la capacidad de anticiparse a los problemas, de utilizar permanentemente los datos para vigilar los procesos y condiciones de trabajo, de responder de manera oportuna y adecuada a las señales, y de aprender tanto de los éxitos como de los fracasos.

El concepto de resiliencia tiene su aplicación práctica en la idea de "Organizaciones Altamente Confiables" (HRO, por sus siglas en inglés). El trabajo académico en este campo es extenso, y trata de identificar las características de aquellas organizaciones cuyo desempeño en seguridad es impecable, especialmente en ámbitos de trabajo complejos donde la más mínima falla puede llevar a resultados catastróficos. La mayoría de estos estudios se han realizado en industrias y situaciones operativas ajenas a la atención médica. Sin embargo, el concepto ha dado lugar a un intenso debate en el movimiento de seguridad del paciente; algunas voces cuestionan haber puesto demasiado énfasis en aprender de los fracasos y haber desatendido el estudio de los factores del éxito (por qué las cosas salen bien).

Estas dos escuelas de pensamiento han sido denominadas "Seguridad 1" y "Seguridad 2". En realidad, ambos abordajes son necesarios si se quiere lograr un cambio transformador en la seguridad del paciente. Debería ser posible aprender tanto de los eventos adversos y de sus causas como de los eventos de excelencia reportados por pares y desvíos positivos. La disciplina científica de la seguridad del paciente y las herramientas o abordajes para aprender de los eventos adversos ya tienen una ontología muy establecida con conceptos, definiciones acordadas y términos preferidos para quienes se dedican a la investigación. Pero sabemos que los sistemas socio-

técnicos son complejos; hoy se cree que los factores contribuyen a originar incidentes en un entorno de atención podrían ser los mismos que permiten la excelencia en otro. Los responsables de mejorar y mantener la seguridad de las organizaciones deben invertir en mecanismos de aprendizaje que respondan a las señales que arrojan tanto lo bueno como lo malo. Sin embargo, justo es decir que se ha prestado mucha menos atención a la forma de construir confiabilidad que al estudio de los errores. Por eso resulta importante que el desarrollo de Organizaciones Altamente Confiables sea uno de los siete objetivos estratégicos de este Plan de Acción Mundial.

Dentro de este segundo objetivo estratégico general se incluyen cinco estrategias puntuales:

1. Desarrollar y mantener en todas las organizaciones de salud una **cultura de apertura y transparencia** que promueva el aprendizaje, no la culpa y el castigo
2. Desarrollar y operar eficazmente un marco de **buena gobernanza en seguridad** del paciente dentro de cada componente del sistema de salud.
3. Desarrollar la capacidad de **liderazgo** a nivel gerencial y clínico en todos los niveles (nacional, provincial, equipos de salud) para garantizar un foco fuerte y visible tras el objetivo de una atención libre de daños.
4. Adoptar una fuerte **perspectiva de factores humanos** (o de ergonomía) que contribuya a fortalecer la resiliencia de las organizaciones de salud y de las prácticas clínicas.
5. Desarrollar, ensayar regularmente y actualizar **planes de contingencia** para mitigar el impacto de brotes de enfermedades, desastres naturales y grandes accidentes

Para cada una de estas estrategias puntuales, el programa de la OMS describe acciones concretas que deberían desarrollar los "Socios en Acción" (Gobiernos, Organizaciones

de Salud, Partes interesadas y la OMS). Para profundizar, se sugiere recurrir al documento original.

## **Objetivo Estratégico N°3**

### **Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos**

Cuando los pacientes acuden al sistema de salud para recibir asesoramiento, estudios diagnósticos, tratamiento o rehabilitación, ingresan en una maquinaria de procesos de atención que a menudo se encuentran interconectados. El número y rango de los procedimientos clínicos es enorme y varía desde acciones relativamente simples, como la prescripción de un medicamento, a otras mucho más complejas, como una cirugía de corazón a cielo abierto. En este último tipo de procedimientos, la preparación del paciente, la cirugía en sí misma y el cuidado posterior implican muchos procesos, cada uno de los cuales se divide en numerosos pasos y etapas, que pueden involucrar rutinariamente hasta 60 personas o más.

Una gran proporción de los incidentes de seguridad del paciente que ocurren en todo el mundo se deben a defectos en el diseño y funcionamiento de muchos procesos clínicos. El análisis de los reportes de incidentes y de la literatura demuestra, por ejemplo, que los errores diagnósticos son frecuentes. Los mismos se producen por numerosos factores, dentro de los cuales se incluyen errores de juicio clínico, falta de solicitud de los estudios correctos, pérdida de los resultados de los análisis y problemas de comunicación dentro de los equipos de salud. Dentro de estas razones se destaca también la falla para comunicarse de manera efectiva con los pacientes. Continúan viéndose en diferentes partes del mundo cirugías de lado, sitio o paciente equivocado, errores transfusionales o colocación de la prótesis incorrecta. Muchos pacientes fallecen porque no se trabaja adecuadamente para protegerlos de infecciones asociadas al cuidado. Madres y bebés mueren en muchos países durante o luego del parto debido a prácticas inseguras, por no tomar las decisiones correctas a tiempo o por carencia de equipamiento. Una gran cantidad de incidentes de seguridad ocurren también por errores en la selección, almacenamiento, prescripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos o por fallas en su vigilancia.

En muchos países de bajos ingresos (y en algunos de ingresos medios), el contexto de la prestación de servicios de salud es muy diferente al de los países desarrollados. Muchas veces, los establecimientos de salud de estos países son incapaces de brindar las condiciones mínimas necesarias para llevar adelante el trabajo clínico, más allá de la seguridad como generalmente se la describe en países de altos ingresos: no tienen agua corriente ni jabón; no cuentan con instrumentos esterilizados; no hay barbijos ni camisolines; no hay apoyo para reparar o mantener la infraestructura, incluyendo la electricidad; el manejo de residuos biológicos es defectuoso; no hay redes de suministro sólidas y los medicamentos son almacenados en condiciones inadecuadas; no hay mantenimiento preventivo de equipos ni medidas para prevenir incendios; los servicios de higiene y limpieza hospitalaria son pobres; no cuentan con tecnología informática o de procesamiento de datos. Si no se aborda primero esta falta de infraestructura básica que expone a los pacientes múltiples tipos de daño, poco sentido tendrá hacer cumplir las listas de verificación o intervenciones de seguridad del paciente complejas elaboradas en países desarrollados.

Se requiere un enfoque mucho más amplio de la seguridad del paciente en países con recursos limitados que reciben las visitas y recomendaciones de expertos clínicos de los países más prósperos. Sin duda su presencia significa una importante forma de apoyo, pero a veces, en lugar de recibir asesoramiento o formación en alguna técnica quirúrgica, lo que estos países necesitan es que les enseñen a manejar residuos de manera segura, a mantener una incubadora neonatal o a abordar el estado nutricional de los pacientes.

Este pensamiento más amplio sobre lo que constituye la seguridad en la atención clínica también se requiere en países donde hay conflictos e inestabilidad política. En estos contextos, donde ya hay de por sí falta de recursos, la existencia de sistemas de salud muy debilitados aumenta enormemente la necesidad de atención médica. Las poblaciones transfronterizas de refugiados o migrantes en campamentos, como así también las frecuentes epidemias en estos lugares crean enormes desafíos. Las agencias y organizaciones de ayuda humanitaria tienen mucha sabiduría y experiencia para contribuir con una atención más segura.

Estos ejemplos ponen de relieve la necesidad de un enfoque sistémico cuando se diseñan procesos clínicos. Los requisitos para un diseño seguro variarán dependiendo de las circunstancias y situaciones, por lo que los procesos deberán adaptarse en consecuencia. La totalidad de los factores que influyen en el proceso de atención clínica deben ser considerados cuando se diseñan los procesos: el medio ambiente, el entorno, la infraestructura física, los procedimientos, el equipamiento, los controles de seguridad, el trabajo en equipo, los riesgos, la cultura y estructura organizacional y las políticas y regulaciones locales.

En última instancia, el diseño y funcionamiento seguro de los distintos procesos de atención de la salud supone sobreponerse a los desafíos que plantean su gran diversidad y complejidad. Hoy se pueden llevar a cabo, por ejemplo, más de 4.000 procedimientos clínicos y quirúrgicos. Para los médicos, enfermeros y demás profesionales resulta difícil mantenerse al día debido a la gran cantidad de información que se publica (7000 trabajos por día en la principal base de datos de la ciencia médica). Por lo tanto, es increíblemente difícil para el sobrecargado personal de la salud estar al tanto de la última y mejor evidencia científica.

Ciertas características comunes a todos los procesos clínicos pueden originar distintos tipos de daños. Una identificación incorrecta del paciente, por ejemplo, puede llevar a errores de medicación o a operar en el sitio equivocado. La mejora de la comunicación, tanto dentro del equipo de salud como entre los profesionales y pacientes ayudaría a prevenir millones de eventos adversos. Otro ejemplo: los cambios en el envasado y etiquetado de los medicamentos por parte de la industria farmacéutica ayudarían a prevenir errores por medicamentos con similitud visual, fonética u ortográfica (LASA), salvando muchas vidas.

Existen además otras áreas clínicas claves donde constantemente se producen daños a consecuencias de fallas en la seguridad de la atención. Los datos surgidos de los reportes de incidentes y de numerosos estudios de investigación han demostrado que las caídas de pacientes representan una proporción sustancial de daño evitable. Las mismas se producen en hospitales y centros de salud de todo el mundo, pero el 80% de ellas ocurren en países de ingresos bajos y medios. Las caídas pueden tener graves consecuencias: fracturas de cadera, hemorragias cerebrales y a veces la muerte. Dentro

de las causas subyacentes de estos eventos se incluyen la mala supervisión de los pacientes ancianos, la falta de evaluación o de comunicación del riesgo de caídas y los peligros del ambiente. Dentro de las soluciones más exitosas para paliar este problema se incluyen un trabajo en equipo más cohesionado, una adecuada vigilancia, la creación de una cultura de seguridad correcta, una revisión crítica de los factores de riesgo ambientales y la aplicación firme y consistente de las mejores prácticas para hacer que la prevención de caídas sea una prioridad organizacional.

También existen una variedad de programas clínicos a nivel mundial, regional, nacional y local que tienen distintos marcos de organización, de liderazgo y de ejecución. La mayoría pueden no tener una interacción directa con los programas de seguridad del paciente, pero tienen influencia sobre la misma. Dentro de estos programas se incluyen los de vacunación, transfusión, radioterapia, inyecciones, partos, cirugía, salud mental, tercera edad, accidentología, enfermedades comunicables y no comunicables, etc. La seguridad del paciente juega un rol central en todas estas áreas, pero la forma de identificar las fuentes de riesgo y daños, como la forma de combatirlos han sido poco exploradas.

Dentro de este tercer objetivo estratégico general se incluyen cinco estrategias puntuales:

1. Identificar todos los **procedimientos clínicos de alto riesgo** y mitigar sus riesgos, con énfasis en la creación de procedimientos operativos estándar.
2. Implementar un programa para mejorar la seguridad en la gestión y uso de medicamentos basado en el Tercer Desafío Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente, denominado "**Medicación sin daños**"
3. Establecer medidas rigurosas y basadas en la evidencia para la prevención y el **control de las infecciones asociadas al cuidado** de la salud (IACS), buscando reducirlas al mínimo y previniendo la resistencia a antimicrobianos.

4. Asegurar ampliamente y en todas las etapas la **seguridad de los dispositivos médicos, medicamentos, sangre, hemoderivados, vacunas** y otros productos médicos.
5. Poner en marcha y mantener **programas activos de mejora de la seguridad de los pacientes** en una amplia gama de esferas clínicas determinadas por las prioridades nacionales y locales

Para cada una de estas estrategias puntuales, el programa de la OMS describe acciones concretas que deberían desarrollar los "Socios en Acción" (Gobiernos, Organizaciones de Salud, Partes interesadas y la OMS). Para profundizar, se sugiere recurrir al documento original.

## **Objetivo Estratégico N°4**

### **Involucrar y empoderar a los pacientes y familias para que colaboren y apoyen el viaje hacia una atención de salud más segura**

El compromiso y empoderamiento de los pacientes son quizás las herramientas más poderosas para mejorar su propia seguridad. Los pacientes, sus familias y otros cuidadores informales aportan ideas a partir de sus experiencias de cuidado que no pueden ser sustituidas ni replicadas por clínicos, gerentes o investigadores, sobre todo cuando dichos pacientes han sufrido daños durante su atención. Los pacientes, familias y cuidadores informales pueden servir a su vez como observadores vigilantes de la condición clínica de ellos o de sus seres queridos, alertando a médicos, enfermeros y demás profesionales cuando surgen nuevas necesidades. Si cuentan con la información adecuada, todas estas personas pueden ser los ojos y oídos del sistema.

En la mayoría de los países, en particular en los de ingresos medios y bajos, los pacientes no hacen sentir su voz pidiendo mejoras en la seguridad de su atención. En muchos sistemas de salud, los pacientes tienen un rol excesivamente pasivo y sus opiniones no son lo suficientemente escuchadas. Esto puede estar ocurriendo por distintos factores: falta de identificación de personas que defiendan sus intereses o los animen a levantar la voz cuando ven peligros para su seguridad; pobre alfabetización en

salud; ausencia de una infraestructura organizacional o de espacio dentro de las estructuras de gobernanza; falta de financiación.

Desde 2005, la OMS cuenta con el Programa "Pacientes por la Seguridad del Paciente" que ha sido co-desarrollado y co-mantenido por un equipo de defensores de la seguridad del paciente y "campeones", dentro de los cuales se cuentan pacientes víctimas de daños y miembros de familias que han perdido a algún ser querido a consecuencia de una atención insegura. Dentro de sus objetivos se destacan la concientización sobre los derechos de los pacientes, la transparencia en todas las interacciones y las asociaciones efectivas con prestadores de salud para reforzar el rol de los pacientes en su propia seguridad. Se trata de una red internacional única de promotores de la seguridad del paciente y de campeones. En sus años de existencia, el grupo se ha consolidado como una voz global sobre la preocupación más importante que tienen los pacientes: la seguridad de su propia atención. El grupo emitió la "Declaración de Londres", en las que se esbozan cuatro grandes áreas de acción. Estas son:

- Diseñar y promover programas para la seguridad y el empoderamiento de los pacientes.
- Desarrollar e impulsar un diálogo constructivo con todos los actores preocupados por la seguridad del paciente.
- Establecer sistemas para reportar y abordar el daño durante la atención en todo el mundo.
- Definir mejores prácticas para hacer frente a daños de todo tipo durante la atención y promover dichas prácticas en todo el mundo.

La co-producción con los pacientes permite construir una base sólida para la mejora de los sistemas de salud. Los pacientes "viajan" a través de los distintos componentes del sistema, por lo que es más probable que tengan una visión más panorámica que los distintos prestadores, quienes suelen manejarse dentro de una parte pequeña del sistema. Los pacientes y sus familias son los usuarios finales del sistema de salud. A menudo son los únicos que tienen una visión completa de los resultados de su atención. Su perspectiva acerca de cómo se puede hacer más segura la misma es en todos los casos muy valiosa. Su enorme interés público y personal sobre su salud y el

conocimiento que tienen de la misma podría aprovecharse para hacerlos socios más frecuentes en la mejora de la seguridad de los pacientes.

El Marco de la OMS sobre Servicios de Salud Integrados Centrados en las Personas (WHO Framework on Integrated People-Centred Health Services –IPCHS-), es un llamado a producir un cambio fundamental en la forma en que se financian, gestionan y prestan los servicios sanitarios. Busca apoyar el progreso de los países hacia la cobertura universal de salud, pasando de sistemas de salud diseñados en torno a las enfermedades e instituciones sanitarias hacia sistemas de salud centrados en la persona.

La OMS recomienda aplicar cinco estrategias interrelacionadas:

- Involucrar y empoderar a las personas y comunidades
- Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas
- Reorientar el modelo de atención
- Coordinar los servicios dentro y entre los sectores
- Crear un entorno propicio

Mucho se ha hecho para achicar la actual distancia emocional y la falta de empatía entre los profesionales de la salud y los pacientes. A veces las quejas sobre su atención son tomadas como las principales voces de los pacientes. La pandemia COVID-19, con las expresiones públicas de gratitud y reconocimiento por los que hacen los trabajadores de salud en todo el mundo y la preocupación por las condiciones en las que muchos están trabajando, ha arrojado una nueva luz sobre esta relación. Esto habla a favor de la oportunidad de establecer en el futuro asociaciones más sólidas basadas en la compasión entre los pacientes y los prestadores de salud.

Es necesario que la participación de los pacientes y las familias sea una parte integral de la seguridad del paciente; esta participación debería ser uno de los pilares de la atención de la salud, y los pacientes/familias deberían ser incorporados en todas las estructuras encargadas de organizar y gestionar los sistemas, convirtiendo a la seguridad de los pacientes y la calidad de atención en un tema de supervisión comunitaria y nacional. Debe dárseles un lugar igualitario en los foros mundiales de

liderazgo y planificación de programas de seguridad. Esto permitiría que la voz y experiencia de los pacientes y las familias tengan una influencia poderosa y beneficiosa en todos los niveles del sistema de salud: desde las políticas mundiales y nacionales hasta la práctica clínica de todos los días; todas las estrategias deberían ser vistas a través de la lente del paciente.

Si bien resulta fundamental identificar a los defensores y promotores de los pacientes para aumentar su participación y la de sus familias, resulta igualmente importante identificar, hacer crecer e incentivar a líderes dentro del sector salud que tengan valores alineados con este concepto. Estos dirigentes abogarían por una mayor participación y representación de los pacientes en sus estructuras de gobierno, prioridades estratégicas y presupuestos. Su imperativo moral sería integrar los roles de los pacientes y ciudadanos en el trabajo de sus organizaciones y generar una cultura de seguridad y respeto que fomente la escucha activa de las voces de los pacientes dentro de sus organizaciones. Esto funciona en ambos sentidos. Una cultura que brinda mayor seguridad a los pacientes, generalmente es también más segura para los trabajadores de la salud.

Más importante aún es que los pacientes reciban la información que necesitan para gestionar su propio cuidado y hacerse cargo de su seguridad en la mayor medida posible. Las organizaciones de salud, con el apoyo de entidades nacionales e internacionales, deben comprometerse a aplicar políticas que promuevan la transparencia con los pacientes en todo su viaje por el sistema de salud, incluyendo el consentimiento plenamente informado, el acceso a sus historias clínicas y la plena revelación de lo ocurrido cuando sufren un daño que pudo ser evitado. Los pacientes deben poder manifestar sus inquietudes respecto a su atención y se les debe alentar activamente a que presenten informes sobre incidentes de seguridad, de la misma forma que se les pide a los médicos, enfermeros y resto del personal de salud. Se debe dar a estos informes plena validez como "reporte de incidentes" y no incluirlos en la categoría separada de "quejas".

Los países se encuentran en diferentes puntos del camino hacia una mayor participación y compromiso de los pacientes. Incluso aquellos más avanzados en co-producción no se han centrado lo suficiente en la seguridad del paciente. Se debería ser

más enfático en este tema y considerar la seguridad del paciente como un derecho humano fundamental; la participación del paciente es clave para el diseño de estrategias que permitan cumplir con este derecho. Dentro de las actividades que pueden contribuir a fortalecer la participación del paciente se incluyen: el fortalecimiento del Programa de Pacientes para la Seguridad de Pacientes de la OMS; el establecimiento de redes focalizadas en la seguridad del paciente en todos los países; la participación de los pacientes y familias cuando se elaboran documentos nacionales de seguridad del paciente; el aumento de la sensibilización y educación de la población sobre la seguridad del paciente, y la amplificación de la voz del paciente como fuerza impulsora de mejoras en seguridad.

Dentro de este cuarto objetivo estratégico general se incluyen cinco estrategias puntuales:

1. Involucrar a los representantes de los pacientes y las familias, así como a las organizaciones comunitarias y la sociedad civil en el **co-diseño de políticas**, planes, estrategias, programas y directrices destinadas a hacer más segura la atención de la salud.
2. **Aprender de la experiencia de pacientes** y familias que han estado expuestos a una atención insegura para mejorar la comprensión acerca de la naturaleza del daño y fomentar el desarrollo de las soluciones más efectivas.
3. Aumentar la conciencia de la población y fomentar dentro de ella la capacidad de **defensores y promotores de la seguridad** del paciente.
4. Establecer el principio de apertura y transparencia en toda la atención médica, incluyendo la **revelación de incidentes** de seguridad a los pacientes y sus familias
5. Asegurarse de que los **representantes de los pacientes y las familias se encuentren involucrados** en la implementación del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente.

Para cada una de estas estrategias puntuales, el programa de la OMS describe acciones concretas que deberían desarrollar los "Socios en Acción" (Gobiernos, Organizaciones de Salud, Partes interesadas y la OMS). Para profundizar, se sugiere recurrir al documento original.

## **Objetivo Estratégico N°5**

**Inspirar, capacitar y dotar de habilidades a los trabajadores de la salud para que contribuyan a diseñar e implementar sistemas de atención más seguros.**

Si bien todos los profesionales de la salud se comprometen a mantener seguros a sus pacientes, la mayoría cree cumplir con este compromiso mediante una práctica diligente y ética, características que definen a un buen profesional. Son muchos menos quienes piensan más allá de esto y aprecian plenamente el alcance de los riesgos a los que se exponen los pacientes durante su atención y la escala de daños evitables que se producen a diario en todo el mundo.

Esta falta de comprensión y toma de conciencia del problema puede parecer desconcertante. Ciertamente la misma no se debe a la falta de compasión de los profesionales de la salud. Se produce porque los programas de formación de grado y posgrado tradicionales están orientados a la resolución de problemas clínicos en base a evidencias científicas. Generalmente ignoran los aspectos sistémicos que hacen a la seguridad de los pacientes, y no brindan capacitación en factores humanos (o ergonomía).

Además, la capacitación en habilidades clínicas "blandas" se centra casi exclusivamente en la relación médico-paciente a nivel individual (saber escuchar y comunicarse). Sin duda esto es sumamente importante; de hecho resulta esencial para brindar una atención segura y de calidad y lograr buenos resultados. Sin embargo, el abordaje basado en una serie de episodios individuales de atención no resulta suficiente. Los profesionales necesitan apreciar la totalidad de la pintura, tomando conciencia de la escala y la naturaleza de los riesgos a los que se exponen los pacientes durante los procesos de atención, junto con el conocimiento de lo que deben hacer para

orientar su práctica hacia su minimización o eliminación. Esto implica darse cuenta de que cada encuentro clínico se inscribe dentro de un sistema más amplio de atención que puede afectar la seguridad del paciente en cualquier momento.

Resulta esencial que todos los trabajadores, administradores y autoridades del sector salud se encuentren familiarizados y comprendan los conceptos básicos de seguridad del paciente. En particular deben tener en claro: la magnitud y el impacto de la atención médica insegura; la naturaleza de los riesgos; el mecanismo de producción de daños; los conceptos básicos de la ciencia de la seguridad; la forma de investigar los incidentes y eventos adversos, y las prácticas de seguridad para que la asistencia sanitaria sea lo más segura posible.

La OMS ha publicado una "Guía Curricular de Seguridad del Paciente para las Escuelas de Medicina" (*Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*) y también una edición multi-profesional (*Multi-professional Edition*). Ambos documentos han sido ampliamente difundidos, traducidos y adaptados en muchos países. A su vez, los principales grupos prestadores de salud de todo el mundo han desarrollado programas de capacitación en seguridad del paciente. También lo han hecho cuerpos regulatorios y profesionales de distintos países.

Pese a esto, la influencia de estas iniciativas sobre los actuales planes de estudio ha sido muy limitada. El desafío no se encuentra en la creación de políticas, sino en su implementación. Persisten hoy numerosas barreras para garantizar que la seguridad del paciente tenga un rol más central en los programas de formación. Dentro de las mismas se incluyen: la falta de espacio en los planes de estudio; la falta de interés de los distintos actores; las deficiencias en la coordinación y planificación de la educación; el limitado interés de los dirigentes y la insuficiente cantidad de médicos y enfermeros "campeones" de la seguridad.

Además, la educación en seguridad del paciente se ha visto muy dificultada por otra serie de factores entre los que se incluyen:

- La falta de familiaridad de los educadores para enseñar seguridad del paciente como una nueva área de conocimiento y aprendizaje.

- La reticencia de las instituciones académicas a impartir en los estudiantes conocimientos que vayan más allá de las disciplinas clínicas por falta de espacio en los planes de estudio.
- La educación no se ha mantenido al día con los avances en tecnología y sistemas para una atención más segura.

En muchos entornos de bajos ingresos ni siquiera hay suficiente capacitación en aspectos básicos de las distintas especialidades clínicas. En algunos países, por ejemplo, hay radioterapeutas ejerciendo sin haber pasado por ningún programa de capacitación formal y acreditado. Esto hace que sea aún más difícil entrenarlos en seguridad del paciente cuando carecen de la formación básica de su especialidad.

Además, en estos entornos, muchos profesionales de la salud brindan una amplia gama de servicios. Pueden hacer tanto una cirugía general como una cesárea; estudiar y atender a niños con fiebres muy altas y a adultos con malaria; pueden tratar una enorme variedad de enfermedades tropicales desatendidas y diagnosticar cáncer sin tecnología sofisticada. Es muy difícil que profesionales tan sobrecargados de tareas y con presiones de semejante complejidad tengan energía y tiempo para aprender competencias de seguridad del paciente que puedan incorporar a su práctica. Los planes de estudio en seguridad del paciente en estos países de bajos ingresos deben tener en cuenta las diversas y especiales circunstancias que enfrentan sus profesionales de salud.

La toma de decisiones para la elaboración e implementación de planes de estudio en salud varía en todo el mundo. En muchos países, la responsabilidad recae en los ministerios de educación y no de salud. Los organismos de acreditación o los reguladores, cuando existen, pueden tener también la responsabilidad de lo que se enseña, cuándo y a quién. Los cuerpos profesionales y las asociaciones colegiadas de médicos y enfermeros también pueden establecer y supervisar estándares educativos que a su vez luego impulsan el diseño de planes de estudios. Obviamente, los propios proveedores de educación, ya sean universidades o institutos independientes también son importantes responsables de la política educativa. Aprovechar las sinergias entre

estos grupos dispares, que actualmente no existe, es absolutamente esencial si se quieren ver avances.

En resumen, la capacitación y el entrenamiento de los profesionales de la salud han sido herramientas infrautilizadas y poco valoradas para abordar el enorme desafío de mejorar la seguridad de los pacientes como se la entiende hoy en día.

Tradicionalmente, los planes de formación de los profesionales de la salud prestan poca atención a la seguridad del paciente como la conocemos hoy en día, y a consecuencia de esto:

- Los profesionales no se sienten obligados a asumir responsabilidades que vayan más allá del cuidado de pacientes individuales; no sienten que deban hacer mayormente nada para hacer más seguro el sistema de atención como un todo.
- Hay una escasa comprensión de la naturaleza de los riesgos en la atención de la salud y de la importancia de fortalecer los sistemas.
- Se hace muy poco hincapié en la importancia del trabajo en equipo y la comunicación efectiva para proteger a los pacientes de daños evitables.

Considerando las mejores prácticas dentro de la atención de la salud y en otras industrias de alto riesgo, resulta evidente que se requieren nuevos enfoques radicales, incluyendo abordajes multidisciplinarios e interprofesionales; sólo así la capacitación y el entrenamiento jugarán el papel que deben en la mejora de la seguridad de los pacientes.

Dentro de este quinto objetivo estratégico general se incluyen cinco estrategias puntuales:

1. **Incorporar la seguridad del paciente en todos los planes de estudios** de grado y de posgrado de los profesionales de la salud, y en programas más amplios de desarrollo profesional, estimulando siempre el enfoque inter-profesional.

2. Identificar y desarrollar **centros de excelencia para la formación** en seguridad del paciente
3. Garantizar que las **competencias básicas en seguridad** del paciente formen parte de **los requisitos regulatorios** para todos los profesionales de la salud.
4. **Incluir el compromiso con la seguridad del paciente en las evaluaciones de desempeño** de los profesionales y administradores de salud.
5. Garantizar un **ámbito de trabajo seguro para el personal** de salud (diseño del lugar de trabajo, prácticas seguras, equipos de protección personal, seguridad psicológica etc.)

Para cada una de estas estrategias puntuales, el programa de la OMS describe acciones concretas que deberían desarrollar los "Socios en Acción" (Gobiernos, Organizaciones de Salud, Partes interesadas y la OMS). Para profundizar, se sugiere recurrir al documento original.

## **Objetivo Estratégico N°6**

**Garantizar un flujo constante de información y conocimiento para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daño evitable y las mejoras en la seguridad de la atención.**

Todo programa de salud requiere de una fuente confiable y válida de datos que proporcionen información y permitan elaborar indicadores para actividades claves como: identificar prioridades y problemas, benchmarking (comparación con organizaciones similares), desarrollar planes de acción, o medir el desempeño e impacto de las intervenciones. En el mundo de la salud pública, especialmente en la prevención y control de enfermedades transmisibles, ya existe una larga tradición en el armado de una infraestructura de información que se remonta a fines del siglo XIX. De hecho, sin buenos datos y sistemas de información, poco se habría avanzado en la reducción de la propagación y de la carga de las enfermedades infecciosas en el mundo.

A lo largo del siglo XX, se adoptó un enfoque similar para abordar a escala global enfermedades no transmisibles como el cáncer, las enfermedades cardíacas, la hipertensión, la diabetes, la obesidad, y muchas más. Se reunieron datos sobre el riesgo, los factores causales y la mortalidad, entre otros. Estos desarrollos continuaron en el siglo XXI y se transformaron en un recurso esencial para apuntalar a nivel nacional y mundial la lucha contra las enfermedades no transmisibles. De manera similar, programas de importancia vital, como los destinados a prevenir muertes prematuras, reducir las enfermedades relacionadas con la pobreza y mejorar la salud de niños y adultos en todo el mundo, dependen de buenos datos y de su análisis focalizado; el trabajo para brindar la amplitud y profundidad de la información requerida ha sido crucial para los progresos que se han hecho.

La necesidad de contar con buenos sistemas de información va más allá de toda duda en el diseño de programas de mejora de la salud con objetivos claros.

A pesar de una década o más de trabajo en seguridad del paciente, la capacidad y posibilidad de los programas mundiales, nacionales y locales tendientes a reducir riesgos, evitar daños y mejorar la seguridad de la atención, se encuentra muy limitada por la ausencia de sistemas de información de alta calidad. Existen hoy muchas fuentes de datos de distinto tipo que pueden arrojar luz sobre la seguridad de los pacientes, incluyendo: sistemas de reportes de incidentes, quejas, reclamos por mala praxis, incidentes reportados por los pacientes, muertes evitables; trigger tolos, auditorías sobre la atención clínica, encuestas de cultura organizacional, auditorías sobre eventos centinela, etc. Excepto aquellos que están especialmente diseñados para identificar y analizar incidentes de seguridad, la mayoría de estos indicadores fueron desarrollados con otro propósito. Sólo pueden considerarse como indicadores sustitutos de la seguridad, si bien algunos son muy útiles funcionando tal y como están.

Las actuales fuentes de datos, por lo tanto, se encuentran muy fragmentadas y dispersas, y distan de ser un verdadero sistema de información integrada, necesaria para avanzar con los programas de seguridad. Hoy son pocos los dirigentes de salud que pueden describir con confianza qué datos utiliza su organización para supervisar y aprender de los incidentes de seguridad. Son incluso menos quienes entienden las fortalezas y limitaciones de estos datos para comprender la seguridad de los pacientes.

Una adecuada evaluación de lo que cada dato puede sumar en relación a los conceptos claves descritos en la "Clasificación Internacional de la OMS para la Seguridad del Paciente" ayudaría a orientar las inversiones en este sentido.

El hilo conductor de todos los flujos de información deberían ser las experiencias y opiniones de los pacientes y sus familias, algo que a menudo falta o a lo que no se da prioridad cuando se diseñan los sistemas de información de salud.

Al día de hoy, la mayor inversión de tiempo y dinero se ha destinado al desarrollo y ejecución de sistemas de reportes de incidentes de seguridad. Algunos han creado grandes bases de datos, pero eso sólo no alcanza. Hay todavía mucho que aprender de otras industrias de alto riesgo en donde el reporte, la investigación y la respuesta tienen lugar en una cultura justa despojada del factor "culpa", donde el foco está puesto más en el aprendizaje que en el reporte en sí. Tanto es así, que en estas industrias la reducción del riesgo y la mejora de la seguridad se demuestran regularmente. Este no es en general el caso en la atención de la salud, si bien hay algunos ejemplos exitosos en el mundo, principalmente en el ámbito de establecimientos de salud de agudos.

Muchos programas de seguridad del paciente han exagerado sus expectativas respecto al posible impacto de los reportes de incidentes. En una teoría ideal, todas las ocurrencias dentro de un servicio de salud que han causado o podrían causar daño se identificarían rápidamente, gatillando una investigación y un aprendizaje. La acción resultante llevaría a rediseñar los procesos de atención, productos, procedimientos y estilos de trabajo de individuos y equipos. Estas modificaciones normalmente llevarían a su vez a una reducción mensurable y sostenida del riesgo para futuros pacientes. Algunos tipos de daños serían así eliminados por completo. Hasta aquí la teoría, pero en el mundo real son muy pocos los sistemas o establecimientos de salud que pueden acercarse a este ideal de desempeño en la captura de incidentes y aprendizaje.

Un sistema de reporte de incidentes debe contar con recursos adecuados a la cantidad de incidentes que se reportan. Si se notifican tal cantidad de eventos que se hacen imposibles de mirar, manejar y mucho menos analizar, las personas que dedican su tiempo a archivar concienzudamente estos informes se desmoralizarán. En ausencia de esta capacidad, las organizaciones deberían ser más selectivas sobre los distintos

temas y asuntos, especificando claramente el tipo de incidentes que deben ser reportados. Esto permitiría que los sistemas de reportes lleven a una gestión de riesgos y de mejora en tiempo real, tal como ocurre en otras industrias. La discusión e investigación local permitirá así profundizar en las probables causas y diseminar las lecciones aprendidas. En el reporte de incidentes, como en tantas áreas de la medicina, "más no siempre es mejor" (Nota del traductor).

La investigación y el desarrollo fue una de las áreas prioritarias del primer programa de seguridad del paciente de la OMS. La investigación sobre seguridad del paciente ha tomado varias direcciones desde entonces. Dentro de ellas figuran los estudios sobre la extensión y las causas de daño a los pacientes en distintas especialidades clínicas (ej: anestesia), en áreas de tratamiento (ej: medicación), en grupos demográficos (ej: neonatos), y en entornos de atención (ej: quirófanos). A su vez, otros patrones establecidos de daños se han re-conceptualizado y estudiados desde la perspectiva de seguridad del paciente (ej: infecciones asociadas al cuidado). Se han evaluado soluciones tecnológicas y de otro tipo para reducir riesgo, y se han aplicado a la medicina conceptos e intervenciones de otras disciplinas (ej: organizaciones altamente confiables)

Durante la última década se ha intentado que toda esta investigación se traduzca en mejoras concretas. Al día de hoy parece necesario una nueva labor metodológica en algunas áreas clave, incluyendo: a) un mayor uso de la teoría y los modelos lógicos; b) una mejor descripción de las intervenciones, sus mecanismos de acción y formas de implementación; c) una mejor explicación de los resultados deseados y no deseados, y d) una ponderación y descripción más detallada del contexto y de su influencia en la efectividad de las medidas que se proponen.

Durante la próxima década, la mayor necesidad en cuanto a investigación será contar con más ensayos que evalúen formalmente la efectividad de las políticas, acciones de salud pública e intervenciones clínicas destinadas a mejorar la seguridad de los pacientes. Para desarrollar esos ensayos, los investigadores deberían aprender de los progresos realizados en otras áreas de la medicina (como en el estudio de las enfermedades cardiovasculares y neurológicas), donde se han podido probar una serie de intervenciones a escala global mediante los llamados "megaensayos". Sin embargo,

este paralelismo no es tan sencillo. Muchos de estos megaensayos han involucrado intervenciones terapéuticas bastante lineales, mientras que en el mundo de la seguridad del paciente la mayoría de las intervenciones son complejas e involucran intervenciones sociales y no farmacológicas. El desarrollo de la investigación en seguridad del paciente requerirá una gran cooperación entre los investigadores, algo que no se ha visto mayormente hasta ahora en los estudios sobre seguridad del paciente.

El paso mundial de los sistemas basados en papel a las infraestructuras digitales permite que la investigación e innovación en materia de seguridad del paciente se lleven a cabo de manera oportuna, eficiente y rentable. La búsqueda de datos en las historias clínicas electrónicas podría convertirse en el abordaje por defecto de los estudios acerca de la epidemiología y la carga de morbilidad de los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes. Estas plataformas digitales también pueden utilizarse para elaborar modelos de predicción de riesgos, complementados con informes analíticos basados en inteligencia artificial, a fin de identificar a las personas que corren mayor riesgo de ser dañadas a causas de incidentes relacionados con la seguridad. Los avances en tecnología informática sanitaria también ofrecen oportunidades para apoyar la prestación de servicios y la autogestión de enfermedades mediante, por ejemplo, el apoyo informatizado a la toma de decisiones por parte de los profesionales o de los pacientes. El paso a las infraestructuras digitales, sin embargo, no está exenta de riesgos, como ser la utilización de algoritmos sesgados o la violación de datos que puede afectar a poblaciones enteras. En el futuro inmediato, estas tecnologías se limitarán a aquellos sistemas de salud bien dotados de recursos.

La traslación de las investigaciones a mejoras concretas en la seguridad de los pacientes no comienza ni termina con la presentación de los resultados de las investigaciones a los encargados de formular políticas y/o a los profesionales. La implementación de nuevas prácticas casi siempre implica un proceso de desarrollo organizacional, que incluye aspectos tales como las actitudes profesionales y la cultura. Resulta prioritario centrar los programas de investigación en los problemas identificados y aplicar soluciones definitivas si realmente se quiere que la atención sea más segura. Será esencial para los investigadores establecer relaciones mucho más estrechas con los encargados de la formulación de políticas, para pasar del actual modelo en donde la investigación es la que "empuja" las políticas por otro en el cual los

investigadores respondan más rápidamente a las necesidades de quienes toman las decisiones.

Dentro de este sexto objetivo general del plan de acción se incluyen cinco estrategias puntuales:

1. Establecer o reforzar los sistemas de **reporte de incidentes y aprendizaje**
2. Crear un **sistema integrado de información** sobre la seguridad de los pacientes basado en todas las fuentes de datos relacionados con los riesgos y daños inherentes a la prestación de servicios de salud.
3. Crear y desarrollar al máximo la capacidad y el potencial de los **programas de mejora de la seguridad de los pacientes**.
4. Desarrollar y financiar **programas activos de investigación en seguridad** del paciente, especialmente la investigación traslacional (cómo pasar de la evidencia a la práctica de todos los días)
5. Desarrollar una **estrategia digital** para mejorar la seguridad de la atención.

Para cada una de estas estrategias puntuales, el programa de la OMS describe acciones concretas que deberían desarrollar los "Socios en Acción" (Gobiernos, Organizaciones de Salud, Partes interesadas y la OMS). Para profundizar, se sugiere recurrir al documento original.

## **Objetivo Estratégico N°7**

### **Desarrollar y mantener asociaciones, sinergias y solidaridad a nivel multinacional y multisectorial para mejorar la seguridad de los pacientes**

Durante las últimas dos décadas, el abordaje a la mejora de la seguridad del paciente ha sido a través de la lente del sistema de salud, con pocos estructuras y mecanismos definidos para trasladar los distintos elementos de seguridad al punto final de atención.

Muchos programas clínicos relacionados de alguna manera con la seguridad funcionan de manera aislada, con una limitada interacción, integración o conexión con los elementos sistémicos de la seguridad del paciente. El eslabón perdido ha sido la falta de institucionalización de la seguridad del paciente en las distintas áreas de práctica clínica. Y esto a pesar que la seguridad del paciente es una parte importante en la prestación de servicios de salud a todos los niveles, incluyendo los entornos comunitarios, de atención primaria y hospitalaria.

Resulta vital desarrollar mecanismos para integrar e implementar estrategias de seguridad del paciente en todos los programas globales técnicos de salud, en programas de enfermedades verticales y áreas de riesgo. Esto tendrá un potencial impacto en la reducción del daño evitable y en la mitigación de riesgos asociados a la atención clínica, productos y dispositivos. Las áreas claves dentro de este ámbito de acción incluyen: seguridad de los medicamentos, seguridad quirúrgica, control de infecciones, manejo de sepsis, seguridad diagnóstica, higiene ambiental e infraestructura, seguridad de las inyecciones, seguridad transfusional, seguridad de radiaciones, entre otras.

Los puntos en común y la singularidad de cada área de seguridad necesitan ser identificados y reconocidos. El Plan de Acción Global de Seguridad de Pacientes de la OMS busca hacer esto mediante la integración y el aumento de la capacidad y los recursos dispersos en búsqueda de un bien mayor.

Dado que la seguridad del paciente se encuentra integrada a todos los sistemas de salud del mundo, para mejorarla resulta fundamental trabajar en sinergia generando una amplia gama asociaciones con distintos actores, como los Estados Miembros de la OMS, los órganos intergubernamentales, las agencias especializadas de las Naciones Unidas (ej: Unicef, ILO), socios para el desarrollo, organizaciones profesionales, ONG's, sociedad civil, organizaciones de pacientes, universidades, expertos y defensores/campeones de la seguridad del paciente.

Las asociaciones han ayudado a dar forma al diseño e implementación de varias iniciativas de la OMS para la seguridad del paciente. El primer desafío mundial del paciente ("El cuidado limpio es un cuidado más seguro"), por ejemplo, reunió a casi

todos los expertos mundiales en la prevención y control de infecciones relacionadas con el cuidado de la salud (IACS). Los mismos ayudaron elaborar el primer conjunto de directrices basadas en la evidencia para la higiene de manos, que la OMS publicó para respaldar la implementación del desafío. El programa se vio reforzado por una coalición de Estados Miembros, asociaciones profesionales, centros académicos, ONG's y representantes de pacientes gracias a lo cual se abarcó al 90% de la población mundial. La OMS alienta a todas las partes interesadas a que emprendan iniciativas de colaboración para mejorar la seguridad de los sistemas de salud a nivel global y a que presten su apoyo especialmente a los países de ingresos bajos y medios. Iniciativas como *Global Patient Safety Collaborative* pueden ayudar a reducir el riesgo de daños evitables y a mejorar la seguridad de muchos sistemas y establecimientos de salud de todo el mundo.

Para amplificar y difundir las buenas prácticas en seguridad del paciente y el aprendizaje a todo nivel, es importante crear sociedades y establecer redes en todo el mundo. Todas las iniciativas colaborativas y alianzas deben basarse en el respeto y la confianza mutua, en una comunicación clara y en una visión compartida de los resultados que se quieren alcanzar. La coordinación, co-planificación y co-producción podrían sentar las bases de alianzas por la seguridad del paciente de este tipo. Todas las sociedades para la seguridad del paciente deberían tener una composición multidisciplinaria y multisectorial.

Resulta muy valioso contar con redes que estimulen el diálogo, compartan estrategias adaptables de intervenciones de bajo costo, promuevan el aprendizaje continuo y difundan lecciones aprendidas que también puedan funcionar en países de ingresos bajos y medios o en Estados frágiles. Las redes de seguridad del paciente que incluyen diversos tipos de actores y que son multidisciplinarias pueden ser útiles para mejorar la atención, haciendo que se más integrada y centrada en la persona en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud. En el campo de la seguridad del paciente intervienen de manera activa muchos interesados que pueden aportar su experiencia, buenas prácticas y enseñanzas.

En los últimos años, la OMS ha establecido una Red Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de conectar: actores e interesados de agencias e instituciones

nacionales e internacionales de calidad y seguridad del paciente; ministerios de salud; centros de coordinación nacionales, regionales y zonales de países de las seis regiones de la OMS; centros de coordinación de la OMS para la calidad de atención y la seguridad del paciente; cuerpos profesionales internacionales y otros interesados clave. Los principales objetivos de esta red son: fomentar el compromiso de los dirigentes; reunir evidencias desde distintos puntos de vista; informar las políticas y prácticas futuras; fortalecer la transferencia de conocimientos y de capacidad técnica entre las fronteras; institucionalizar la seguridad del paciente para que sea sostenible; fomentar el intercambio y la aplicación de las mejores prácticas.

Los objetivos estratégicos de seguridad del paciente de la OMS buscan proporcionar un liderazgo global en este campo y aprovechar mejor los conocimientos, la experiencia y la innovación para mejorar la seguridad del paciente en entornos de salud de todo el mundo. La singular función convocante de la OMS es un vehículo para mejorar la seguridad del paciente y gestionar el riesgo de la atención sanitaria mediante la colaboración, el compromiso, y la acción coordinada a nivel internacional de los Estados Miembros, las instituciones, los expertos técnicos, los pacientes, la sociedad civil y la industria, como así también de los asociados para el desarrollo sostenible y otras partes interesadas.

Dentro de este séptimo objetivo general del plan de acción se incluyen cinco estrategias puntuales:

1. **Involucrar plenamente a todas las partes** interesadas que puedan tener un impacto positivo en la seguridad de los pacientes.
2. Promover un entendimiento común y un **compromiso compartido** entre todas las partes interesadas para llevar a cabo con éxito este Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente.
3. Establecer **redes y reuniones de consulta** para proporcionar asesoramiento autorizado en tiempo real.

4. Fomentar **iniciativas multisectoriales y transfronterizas** para acelerar las acciones en seguridad del paciente.
5. **Trabajar estrechamente con otros programas técnicos** para fortalecer la seguridad del paciente, particularmente en lugares de bajos recursos.

Para cada una de estas estrategias puntuales, el programa de la OMS describe acciones concretas que deberían desarrollar los "Socios en Acción" (Gobiernos, Organizaciones de Salud, Partes interesadas y la OMS). Para profundizar, se sugiere recurrir al documento original.

## Implementación

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente ha sido desarrollado con el pleno reconocimiento de que los países se encuentran en diferentes etapas en su camino por reducir el daño a los pacientes y fortalecer sus sistemas nacionales de salud. Además, reconoce que los objetivos políticos, prioridades estratégicas y eficacia de las intervenciones varían según la cultura, el contexto y los recursos de los distintos países y subpoblaciones. Por lo tanto, no existe una sola política, estrategia o intervención que pueda aplicarse universalmente a todos los entornos de atención médica. Las mismas deben ser adaptadas antes de su implementación. Este plan de acción presenta siete objetivos estratégicos alcanzables a través de 35 estrategias dirigidas a todos los Estados Miembros de la OMS, y presenta acciones sugeridas para que los ejecutores de los distintos países puedan seleccionar, priorizar, adaptar e implementar.

La priorización, viabilidad y rapidez de ejecución también variará según el contexto. La aplicación de estas estrategias a nivel nacional será en el largo plazo para la mayoría de los Estados Miembros. Por lo tanto, se recomienda que cada país evalúe su situación actual e identifique áreas de progreso que pueden ser fortalecidas, como así también lo que falta desarrollar a nivel de políticas y prácticas.

Muchas iniciativas y estrategias adoptadas a nivel sub-nacional y en ciertas instituciones de salud puntuales pueden servir como ejemplos de eficacia e impulsar una adopción más amplia en todo un país.

Las intervenciones que vienen desde arriba, como la regulación, acreditación, liderazgo, cultura de seguridad y reporte público pueden ser fuerzas impulsoras para mejorar la seguridad de los pacientes. Estas intervenciones políticas tienen que mostrar su valor traducándose en una significativa reducción del daño en los distintos puntos de valor. Además, deben ser complementadas con intervenciones de mejoras de seguridad del paciente que vengan desde abajo, tales como el desarrollo de competencias, los sistemas de reporte y aprendizaje, la comunicación y el trabajo en equipo, la participación del paciente, y las distintas soluciones para los procesos de atención de alto riesgo. Las iniciativas locales de mejora de la seguridad dispararán la demanda de políticas e intervenciones sistémicas mejor adaptadas a través de un círculo de retroalimentación.

La OMS y las organizaciones no gubernamentales pueden dar forma y acelerar la implementación de la seguridad del paciente en los distintos países mediante la promoción, la coordinación, la orientación normativa y el apoyo técnico. Este abordaje sistémico, que coordina intervenciones en todos los niveles, ayudará en los próximos diez años a crear un ecosistema de mejora de la seguridad de los pacientes (ver figura).

La seguridad del paciente es un asunto de todos. Esta agenda escapa al alcance de cualquier agencia de calidad y seguridad. La implementación requerirá de asociaciones efectivas. Todos los dirigentes a nivel nacional deben contribuir a la aplicación de este plan de acción mundial, individualmente y a través de asociaciones en: liderazgo, política, gobernanza, coordinación, asignación de recursos, participación de los pacientes, familias y comunidades, promoción y defensa de la seguridad y prácticas basadas en la evidencia. Sólo a través de la cohesión y las medidas complementarias de todos los interesados la visión del "Cero Daño" podrá convertirse en una realidad.

Los éxitos deben ser celebrados y difundidos para aumentar la conciencia y el apoyo de las partes interesadas y del público. La movilización de pacientes, familias y

comunidades para que participen en la planificación e implementación de las soluciones y acciones resulta crucial para el éxito del plan.

## **Pasos en la implementación del Plan Mundial de Acción para la Seguridad del Paciente**

Si todas las partes interesadas avanzan con pasos concretos en la implementación del plan de acción, el éxito quedará demostrado y será mensurable. Algunos países podrán dar estos pasos más rápidamente que otros.

**Paso 1-** Realizar una **evaluación general** de los principales riesgos para la seguridad y de las barreras para mejorar a todo nivel en los respectivos sistemas de salud actuales; elaborar un mapa de las políticas, estándares, legislación, regulación y mecanismos institucionales existentes. Es muy posible que ya existan programas de seguridad corriendo, y debería estudiarse su historial de eficacia. Distintas herramientas de evaluación validadas por la OMS y otras organizaciones internacionales pueden ayudar en este proceso. El análisis del panorama normativo ilustrará sobre los elementos que faltan y las áreas de acción prioritarias para una atención más segura.

**Paso 2-** Asegurar un **fuerte compromiso de los líderes políticos y organizativos**. La evaluación del panorama realizada en el paso anterior ayudará a brindar los argumentos para conseguir este apoyo y a que se le dé a la seguridad del paciente la prioridad que tiene. También ayudará toda la información que se pueda conseguir sobre la carga de daños al paciente y su impacto económico, especialmente si se dispone de datos locales y nacionales. A su vez, la cobertura de los medios de comunicación sobre las historias de pacientes que han sufrido daños evitables puede gatillar un discurso público que aliente a los dirigentes políticos a adoptar medidas para una atención más segura. El estímulo a la participación de los dirigentes sanitarios en las Cumbres Ministeriales Mundiales sobre la Seguridad del Paciente que realiza periódicamente la OMS podría también ayudar a que la idea cobre impulso y logre que apoyen la causa. La participación del país en iniciativas emblemáticas de la OMS en materia de seguridad del paciente, como son los *Desafíos Mundiales en Seguridad del Paciente*, también ayudaría a brindar visibilidad y permitir que se avance hacia un compromiso pleno.

**Paso 3-** Establecer un **mecanismo sostenible para la implementación** de políticas, estrategias y planes de seguridad del paciente. Se necesita un centro, instituto, departamento o unidad designado, o al menos un coordinador nacional de seguridad del paciente para organizar y supervisar la implementación del plan en todo el país. Cualquiera sea el mecanismo que se adopte, debe ser trasladado eficazmente a nivel sub-nacional y a los centros de atención médica. Si se dispone de recursos y el sistema de salud está bien desarrollado, esta ayuda podría provenir de equipos independientes o de cuadros que sean parte del sistema general de gobernanza en salud.

**Paso 4- Adecuar el plan al contexto y las prioridades nacionales.** Este Plan Mundial de Acción para la seguridad del paciente brinda una estructura y un marco de trabajo para la construcción de un programa integral de seguridad del paciente que fluya desde el nivel nacional hacia los establecimientos de salud y los equipos clínicos. Es necesario tener en cuenta el contexto de la atención médica del país, la estructura de su sistema de salud, su forma de financiamiento y sus prioridades actuales. Los países que ya cuentan con plan nacional de acción tal vez quieren revisarlo en función de esta acción mundial que la OMS propone, actualizándolo y/o ajustándolo según su contexto particular. Los planes de acción locales deberían pasar por un riguroso proceso de consulta del que participen todas las partes interesadas, incluyendo las organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

Algunos de los criterios para establecer prioridades podrían ser:

- Medidas esenciales y críticas para reducir riesgos a los pacientes.
- Intervenciones que sean relativamente fáciles de implementar y que tengan un alto impacto sobre el daño evitable.
- Intervenciones en seguridad del paciente que sean consistentes con las prioridades sanitarias nacionales o sub-nacionales.
- Intervenciones en seguridad del paciente que contribuyan a mejorar el desempeño del sistema de salud y sus resultados.

- Intervenciones que sean de naturaleza sistémica, que beneficien a una gran cantidad de pacientes y garanticen la sostenibilidad de las mejoras.

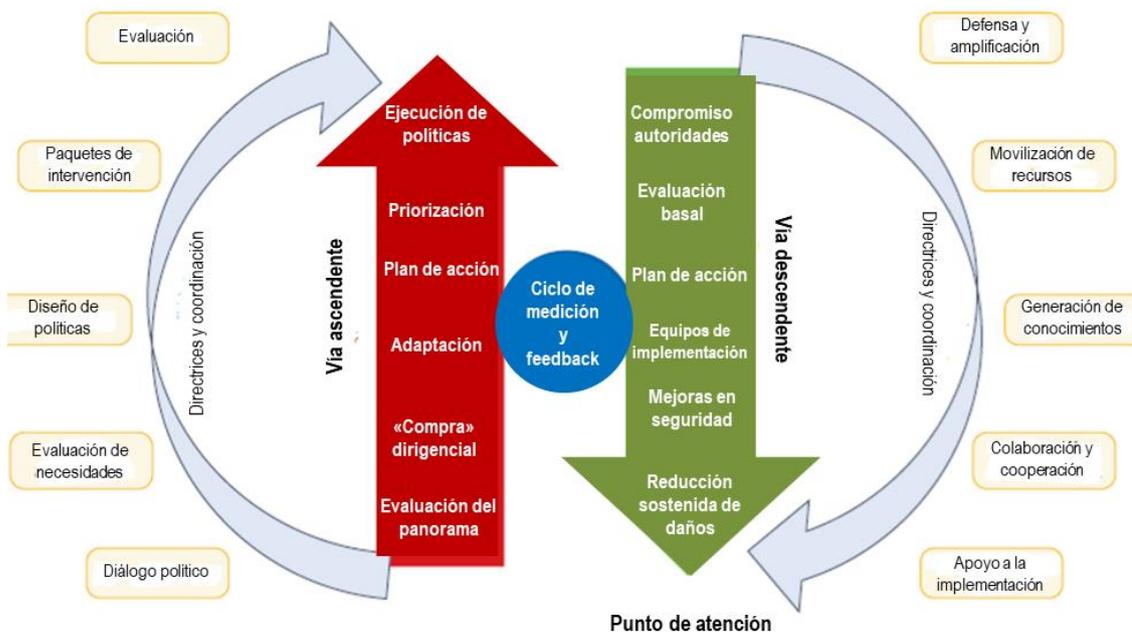
En base a las prioridades y a los plazos estimados de implementación, se deberían establecer los procesos y resultados que deben alcanzarse a corto (2-3 años), a medio (3-6 años) y a largo plazo (7-10 años). Los países deben a su vez definir indicadores para evaluar el desempeño en seguridad, tanto a nivel nacional como a nivel de los establecimientos de salud.

#### **Paso 5- Decidir y diseñar el modelo de cambio para la implementación**

Para garantizar un abordaje holístico a la seguridad del paciente, con una visión clara y el compromiso de todos los actores interesados, se requiere de una robusta estrategia de gestión del cambio. Algunas de las mejores prácticas para lograr mejoras sostenibles son:

- Abordar gradualmente las mejoras. Comenzar con una implementación a pequeña escala y que arroje rápidos resultados.
- Reconocer y recompensar a los equipos por su buen trabajo.
- Utilizar un enfoque de gestión de proyectos para implementar las intervenciones planificadas. Asignar funciones y responsabilidades a todas las partes interesadas, definir plazos y designar a una persona clave para coordinar y supervisar la implementación.
- Desarrollar un sistema de tutoría y entrenamiento. Identificar las mejores prácticas y los modelos de conducta deseables (individuales y organizacionales) que podrían inspirar e impulsar mejoras.
- Romper los compartimentos estancos (silos). Estar en permanente contacto y cooperación con otros programas y actores interesados.

### El Ecosistema de Implementación de la Seguridad del Paciente



## Objetivos Mundiales de Seguridad para el año 2030

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente proporciona una dirección estratégica a todos los actores relevantes y partes interesadas para el trabajo en mejoras en todos los niveles del sistema de salud. La visión, misión y objetivos de este plan se establecen tempranamente en el documento. Resulta imperativo brindar indicadores definitivos para garantizar que se progresa en la dirección correcta con un ritmo que permita alcanzar los objetivos propuestos en el plazo convenido (2030). Los objetivos mundiales de seguridad del paciente son un conjunto mínimo de parámetros que podrán ser utilizados para seguir los progresos y las tendencias.

Cada uno de los indicadores sugeridos más abajo está vinculado con alguno de los 7 objetivos estratégicos descritos en el documento, y serán instrumentales para vigilar los progresos de las estrategias esbozadas en el plan de acción. Se han propuesto

indicadores para cada uno de los objetivos estratégicos, los cuales deberían ser alcanzados en 2030, en consonancia con los objetivos mundiales de desarrollo sostenible.

Los gobiernos, organismos internacionales, organizaciones y centros de salud deben alinear sus propios objetivos con estas medidas globales, teniendo en cuenta el contexto local, sus prioridades, línea de partida y capacidad. Se trata de un conjunto mínimo de indicadores, y los interesados pueden añadir los indicadores que les resulten pertinentes, adecuados a su contexto.

## **Objetivo estratégico 1: Hacer que el “0 daño evitable” a los pacientes sea una mentalidad y una regla de compromiso en la planificación y prestación de servicios de salud en todas partes**

### Objetivos Mundiales de Seguridad para 2030:

- Todos los países han creado e implementado una política y una estrategia nacional de seguridad del paciente.
- Todos los países están recordando el Día Mundial de la Seguridad del Paciente (17 de septiembre)
- Todos los países están implementando uno o más de los Desafíos Mundiales de la OMS en materia de seguridad de los pacientes.

## **Objetivo estratégico 2: Construir sistemas y organizaciones de salud altamente confiables, que protejan diariamente a los pacientes de daños evitables.**

### Objetivos Mundiales de Seguridad para 2030:

- Todos los países han designado un coordinador nacional de seguridad del paciente.
- Todos los países están realizando encuestas periódicas sobre cultura de seguridad en los establecimientos de salud.
- Todos los países han incluido el tema de factores humanos y los requisitos de capacitación en esta área en sus programas de licencia y acreditación

## **Objetivo estratégico 3: Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos**

### Objetivos Mundiales de Seguridad para 2030:

- 50% de reducción relativa de la tasa de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)
- 50% de reducción relativa de los daños graves y evitables relacionados con la medicación.
- 50% de reducción relativa de las muertes por tromboembolismos venosos (TEV) durante o después de la hospitalización.
- 50% de reducción relativa de muertes por caídas durante la hospitalización.

## **Objetivo estratégico 4: Involucrar y empoderar a los pacientes y familias para que colaboren y apoyen el viaje hacia una atención de salud más segura**

### Objetivos Mundiales de Seguridad para 2030:

- Todas las políticas y directrices en materia de seguridad de la atención son co-desarrolladas con la participación de representantes de pacientes y familias.

## **Objetivo estratégico 5: Inspirar, capacitar y dotar de habilidades a los trabajadores de la salud para que contribuyan a diseñar e implementar sistemas de atención más seguros.**

### Objetivos Mundiales de Seguridad para 2030:

- Todos los países han incorporado el tema de seguridad del paciente en sus planes de estudio de grado y posgrado.

## **Objetivo estratégico 6: Garantizar un flujo constante de información y conocimiento para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daño evitable y las mejoras en la seguridad de la atención.**

### Objetivos Mundiales de Seguridad para 2030:

- Todos los países tienen sistemas de reporte de incidentes y aprendizaje funcionando en todas o algunas partes de sus sistemas de salud.

**Objetivo estratégico 7: Desarrollar y mantener asociaciones, sinergias y solidaridad a nivel multinacional y multisectorial para mejorar la seguridad de los pacientes.**

Objetivos Mundiales de Seguridad para 2030:

- Todos los países participan en las Cumbres Anuales Ministeriales de Seguridad del Paciente de la OMS
- Todos los países han establecido una red nacional de seguridad del paciente.