

## **Paciente seguro y hospital seguro**

### **Articulación de conceptos desde la acreditación**

Carlos Édgar Rodríguez, Director de Acreditación

El concepto de seguridad está de moda en el mundo. Las razones son abrumadoras: cada día más personas resultan afectadas por desastres naturales o antrópicos, violencia en las grandes ciudades, tráfico caótico y de alto riesgo, contaminación, daños ambientales, delincuentes comunes, atentados terroristas, imprudencias de todo tipo, corrupción y, en general, una gama inabordable de riesgos, peligros y daños que afectan la vida de las personas, generan incertidumbre, devastación, drama, dolor, muerte, aparte de enormes costos económicos, sociales y de implicaciones en el desarrollo de las comunidades e incluso en la sobrevivencia de la especie en el planeta.

Los efectos de estos eventos nos llaman la atención sobre la necesidad de prepararnos oportunamente, conocer con el mayor detalle posible los riesgos y trabajar proactivamente en el camino de la prevención e intervención oportuna. Los recientes desastres de Haití y Japón o las inundaciones en nuestro país, entre otras calamidades, ponen de presente la fragilidad del ser humano, al tiempo que nos proponen retos de trabajo conjunto y la necesidad de estudiar e intervenir en procura de un mundo más seguro.

En inglés los términos “security” y “safety” son complementarios y nos permiten entender la seguridad como un asunto de carácter multidimensional. Para efectos prácticos podríamos afirmar, en nuestro idioma y como convención del presente artículo, que se entiende la seguridad desde un punto de vista general, como el grado de protección contra peligros, daños, pérdidas (incluso delincuencia), seguridad de las instalaciones, entre otros, es decir, la seguridad en su visión macro de entorno y también podemos entender la seguridad como un asunto específico, por ejemplo, la seguridad directa de las personas, para el caso de los servicios de salud el riesgo de daño directo a los pacientes, asociado a la prestación de los servicios de salud, la seguridad desde lo micro. Nos referimos así, a asuntos generales como la seguridad social, ciudadana, industrial, tecnológica, entre otras, así como a la seguridad de las instalaciones de salud y a asuntos específicos, como la seguridad personal, en el caso de la atención en salud, por ejemplo, a la seguridad en el suministro correcto de un medicamento. Esta convención simple, puede ser de utilidad para entender las acciones necesarias frente al abordaje de los distintos riesgos.

En este orden de ideas, es claro desde lo macro, que los sistemas de salud que se ofrecen a una sociedad deben ser seguros. Así, si un sistema de salud presenta fallas en su diseño y estas fallas hacen que se restrinja el acceso, que las acciones no sean oportunas, que no se disponga de los medicamentos necesarios, que se pierda la información o los recursos sean mal utilizados. De esta manera, tendremos un problema de seguridad del sistema y lo consideraremos un mal sistema, un sistema inseguro. Las intervenciones de seguridad que se desarrollen, por ejemplo, mayores controles al flujo y aplicación correcta de los recursos para evitar la corrupción, mejoras en el diseño para garantizar acceso, oportunidad, calidad, controles a los sistemas de información, etc., harán de ese sistema de salud, un mejor sistema, un sistema seguro.

Es evidente que la seguridad de los sistemas generales puede superar, en mucho, el alcance de acciones de la mayoría de nosotros, pero la intervención de la seguridad con enfoque de prevención e intervención del riesgo en sistemas específicos es nuestra responsabilidad del día. Desde esta perspectiva revisaremos dos iniciativas claves para

las instituciones de salud: “La alianza mundial por la seguridad del paciente” y la iniciativa “hospital seguro frente a los desastres”.

La 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó, en mayo de 2002, la Resolución WHA55.18, en la que se pide a los estados miembros “que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria”.

Dicha asamblea instó a la OMS a elaborar normas y patrones mundiales y a apoyar los esfuerzos de los estados miembros para formular políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.

En octubre de 2004, la OMS presentó formalmente la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, la cual se define como “un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los estados miembros, la Secretaría de la OMS, expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.” Esta alianza definió seis esferas de trabajo, con el fin de implementar mejoras importantes frente al tema de seguridad para los pacientes de todos los países del mundo.

1. La investigación en el campo de la seguridad del paciente.
2. El lanzamiento de retos mundiales en pro de la seguridad del paciente.
3. La responsabilidad y la participación de los pacientes: los pacientes por su propia seguridad.
4. La elaboración de una taxonomía relacionada con la seguridad del paciente.
5. La búsqueda de soluciones para reducir los riesgos de la atención sanitaria.
6. La notificación y la enseñanza para mejorar la seguridad del paciente.

A partir de estas directrices, la OMS ha impulsado múltiples acciones concretas orientadas a promover la investigación del daño asociado a la atención en salud, a construir propuestas de intervención y a identificar problemas de seguridad, entre otros. Desde esta perspectiva, se han lanzado iniciativas como “una atención limpia es una atención más segura”, orientada a reducir las infecciones asociadas al cuidado de la salud; “mejorar la seguridad de la atención quirúrgica”; motivar “pacientes en defensa de su seguridad” y soluciones específicas en pro de la seguridad, como la identificación y separación física de medicamentos de aspecto o nombre similar; promover los chequeos para la identificación correcta de pacientes; contar con las condiciones para hacer segura la entrega de los turnos del personal que realiza la atención directa; aplicar los “correctos” en el suministro de los medicamentos: (paciente, dosis, vía, horario, entre otros); conformar listas de chequeo para “cirugía correcta” (prevención de infección, seguridad anestésica, disponibilidad de sangre, paciente correcto y sitio anatómico correcto, entre otros); controlar la aplicación de soluciones concentradas de electrolitos; evitar errores en la conexión de catéteres y tubos; evitar la reutilización de los dispositivos de inyecciones y fortalecer la higiene y el lavado de manos.

Por otra parte la OMS, en respuesta a los planteamientos de la Conferencia Mundial sobre la reducción de los desastres realizada en enero de 2005, en Kobe (Japón), lanzó la iniciativa global: “Hospital Seguro Frente a Desastres” como una “responsabilidad colectiva” y un indicador mundial de reducción de desastres. La iniciativa parte del argumento de que “los desastres ocasionados por las amenazas naturales, generan consecuencias humanas. Las pérdidas físicas y emocionales que causan nos deben

impulsar a aspirar a un mundo más seguro, por lo que un desastre sigue siendo principalmente un asunto de índole social y sanitaria”. Los desastres generan heridos y personas que requieren ayuda médica y protección, si las instalaciones de salud colapsan, el efecto de daño sobre la población ocasionado por el desastre aumenta.

Para la OMS se denomina “Hospital Seguro” a “un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura, inmediatamente después de un fenómeno destructivo de gran intensidad, de origen natural”.

Los hospitales y clínicas de un país constituyen un patrimonio social, tienen un elevado valor simbólico, están ocupados todo el tiempo por personas vulnerables, son esenciales para la respuesta a los heridos, deben coordinar acciones de salud pública y prevenir la aparición de epidemias asociadas a los desastres, entre otras funciones. La reducción de la vulnerabilidad de las instalaciones de salud, constituye un reto enorme para la sociedad, para los directivos de las instituciones y para los modelos de calidad. Cuando se expiden reglamentos que exigen a las instituciones mejorar su capacidad de respuesta ante las emergencias y desastres, se está haciendo eco de una necesidad que resulta visible cuando se presenta el desastre.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto que la meta de hospitales seguros frente a los desastres debe promoverse para dos efectos:

1. Asegurar que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de resiliencia (ver recuadro), que fortalezca su capacidad de seguir funcionando, en situaciones de desastre.
2. Que se implementen medidas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes.

Las instituciones que ya existen deben esforzarse en mantener la infraestructura; el reforzamiento estructural es necesario y pueden requerirse inversiones importantes. Según la propia OPS, entre el 8 y el 15 % del valor total. Debe además garantizarse que se incluyen consideraciones de seguridad, frente a terremotos en todas las nuevas construcciones de salud, esto puede incrementar hasta en un 2 % el costo total, pero como siempre resultará más económico entre más a tiempo se haga y desde luego, mucho más económico que volver a construir por improvisación o falsos ahorros, cuando se presente un desastre.

En Colombia tenemos avances importantes en materia reglamentaria para los dos abordajes de seguridad que estamos delineando. Para el tema de seguridad de paciente, desde 1994 con la expedición de las primeras normas sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad, incluyendo la resolución 0741 de 1997, hasta el decreto 1011 de 2006 y las resoluciones 1043, 1445 y 1446 de 2006, que contienen requisitos de estructura, proceso y resultado, orientados al cumplimiento tanto de las condiciones de seguridad de las instalaciones de salud como de la seguridad en la atención a los pacientes. Es importante resaltar que la exigencia de una política de seguridad de paciente para el proceso de acreditación, se convirtió en un fuerte impulsor del sistema; a pesar de ello tenemos que avanzar mucho más allá de la prescripción normativa y fortalecer los sistemas de prevención de eventos adversos. La visión punitiva del reporte de eventos adversos y una excesiva presión para glosar los pagos de atenciones en las

que se presenten este tipo de eventos constituyen los principales retos para el desarrollo del sistema.

En el mismo sentido, frente a la seguridad de las instalaciones se expidió la Ley 400 de 1997, que en su artículo 54 ordenó la evaluación de la vulnerabilidad sísmica (plazo de tres años) y la intervención o reforzamiento (plazo seis años). En el 2001 estos plazos fueron modificados por la Ley 715, ampliándolos en cuatro más para los estudios y otros cuatro para la intervención. Finalmente, en el año 2007 la Ley 1151 (plan nacional de desarrollo 2006 -2010) amplió el plazo en cuatro años más para las acciones de reforzamiento estructural. El plazo último para el reforzamiento estructural, de acuerdo con todas estas modificaciones, es hasta el 21 de diciembre de 2013. En el 2008 se expidió la Ley 1229 que modifica y adiciona la Ley 400 y finalmente en el año 2009 el Gobierno Nacional acogió la iniciativa global “Hospital seguro frente a desastres”, con la resolución 000976. En el 2010 se actualizó el reglamento NSR -10, el cual fue expedido con el decreto 926 de marzo de 2010 y modificado con el decreto 2525 de julio de 2010 y el decreto 92 de enero de 2011. Es importante que estas disposiciones se cumplan, que el gobierno no amplíe más los plazos y hagamos más seguras las instalaciones de salud frente a los desastres.

La acreditación en salud contiene requisitos de entrada que apuntan a la seguridad en una visión mixta. Hay requisitos orientados a la seguridad del paciente acorde con los planteamientos de la OMS y los desarrollos del país, y requisitos en los estándares de ambiente físico para que las instituciones desarrollen su capacidad de respuesta ante las emergencias y los desastres, acordes igualmente con los planteamientos de la iniciativa “Hospital seguro frente a desastres” y con enfoque de riesgo. Para concluir, las iniciativas son complementarias, no antagónicas, y son abordadas con detalle en el modelo de evaluación de la acreditación. Es necesario que las instituciones que cumplen requisitos superiores de calidad, den ejemplo claro de cumplimiento de las normas en la materia y lideren las estrategias que se ha planteado el gobierno para tener instituciones seguras en un concepto integral: las instalaciones y los pacientes.

*Algunos términos utilizados en las dos iniciativas deben comprenderse desde la perspectiva de seguridad que se esté estudiando:*

*Eventos adversos* (Iniciativa Hospital seguro frente a desastres).

“Aquellas alteraciones o daños de diverso tipo (a la salud, los bienes, el medio ambiente, entre otras) que demandan respuesta inmediata de la comunidad afectada y dependiendo de la capacidad de respuesta, pueden considerarse como emergencias o desastres.

*Eventos adversos* (Iniciativa seguridad del paciente).

En 2009 la OMS publicó el: “Marco conceptual en la clasificación internacional para la seguridad del paciente”. Lejos de unificar una definición para evento adverso en esta perspectiva, el grupo redactor propuesto por lo menos 13 definiciones, aquí dos ejemplos:

- “Evento que causa un daño involuntario al paciente, por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente”.
- “Lesión que es consecuencia de una intervención médica y no se debe a la enfermedad de fondo del paciente”.

*Vulnerabilidad*

“Las condiciones determinadas por factores o procesos físicos, sociales, económicos y ambientales que aumentan la susceptibilidad y la exposición de una comunidad al impacto de las amenazas”. EIRD de las Naciones Unidas, Ginebra, 2004. La acreditación en salud contiene requisitos de entrada que apuntan a la seguridad en una visión mixta. Hay requisitos orientados a la seguridad del paciente acorde con los planteamientos de la OMS y los desarrollos del país, y requisitos en los estándares de ambiente físico para que las instituciones desarrollen su capacidad de respuesta ante las emergencias y los desastres, acordes igualmente con los planteamientos de la iniciativa “Hospital seguro frente a desastres” y con enfoque de riesgo. Para concluir, las iniciativas son complementarias, no antagónicas, y son abordadas con detalle en el modelo de evaluación de la acreditación. Es necesario que las instituciones que cumplen requisitos superiores de calidad, den ejemplo claro de cumplimiento de las normas en la materia y lideren las estrategias que se ha planteado el gobierno para tener instituciones seguras en un concepto integral: las instalaciones y los pacientes.

#### *Amenaza o peligro*

“Un evento físico potencialmente perjudicial, fenómeno o actividad humana que puede causar pérdida de vidas o lesiones, daños materiales, grave perturbación de la vida social y económica o degradación ambiental. Las amenazas incluyen condiciones latentes que pueden materializarse en el futuro. Pueden tener diferentes orígenes: natural (geológico, hidrometeorológico y biológico) o antrópico (degradación ambiental y amenazas tecnológicas). EIRD de las Naciones Unidas, Ginebra, 2004.

#### *Resiliencia*

“Capacidad de un sistema, comunidad o sociedad potencialmente expuesto a amenazas para adaptarse, resistiendo o cambiando, con el fin de alcanzar o mantener un nivel aceptable en su funcionamiento y estructura. Está determinada por el grado en que el sistema social es capaz de organizarse para incrementar su capacidad de aprender de desastres pasados, con el fin de protegerse mejor en el futuro y mejorar las medidas de reducción de los riesgos”. EIRD de las Naciones Unidas, Ginebra, 2004.