

## Seguridad del paciente: implementación de políticas para la creación de cultura en la promoción de prácticas seguras

**Álvaro Mondragón Cardona;**  
**Johana Carolina Rojas Mirquez;**  
**Daniel Tobón García;**

*Estudiantes de Medicina y Cirugía, Facultad Ciencias de la Salud  
Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.  
Correo electrónico: aemondragon@utp.edu.co*

**Ricardo Gómez Ossa, MD;**

*Médico y Cirujano, Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud,  
Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.*

**Alfonso J. Rodríguez-Morales, MD, MSc, DTM&H, FFTM  
RCPS (Glasg), PhD(c).**

*Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad  
Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia Coordinador, Oficina  
de Investigación Científica, Cooperativa de Entidades de Salud de  
Risaralda (COODESURIS), Pereira, Risaralda, Colombia.*

**Patient safety: implementation of policies for the creation  
of culture in the promotion of safe practices.**

Es posible inferir que la presencia de un sujeto durante cualquiera de los momentos que implica la atención en salud, involucra para el mismo una exposición a todos los posibles factores de riesgo que se generan durante el proceso. El análisis del proceso de atención en salud, permite demostrar que fallos en la atención inicial, el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado del paciente dentro o fuera de una institución, pueden terminar impactando en el desarrollo de un evento adverso, como estado separado de la patología o condición propia del sujeto y que sinérgicamente empeora el estado y desenlace del mismo (1).

Considerado el riesgo como la exposición a un “proceso”, se hace necesario para su prevención realizar un análisis del mismo desde una perspectiva social, cultural y económica, con la necesaria contextualización en cada uno de los momentos de éste. A partir de análisis de este tipo y donde lamentablemente la principal motivación ha sido la realización de estudios económicos, donde se considera el costo derivado del desarrollo de un evento adverso, se justifica la importancia de disminuir la ocurrencia de los mismos. La seguridad del paciente surge entonces como propuesta para, a partir del análisis necesario, identificar estrategias que permitan disminuir la ocurrencia de eventos adversos y por consiguiente las consecuencias económicas de los mismos. La seguridad del paciente, surge entonces a partir de la identificación de los eventos adversos resultantes de la práctica clínica cotidiana, que pueden generar incapacidad, morbilidad, aumento en la estancia hospitalaria, demandas a los servicios de salud, muertes, conflictos entre los entes prestadores de salud y sobrecostos, entre otras consecuencias (2).

Durante el proceso de exposición a los servicios de salud, son factores que aumentan la probabilidad de desarrollar un evento adverso entre otros: el uso de técnicas inapropiadas, la comunicación ineficiente, la formación inadecuada del personal, monitorización y seguimiento deficientes, fallos en supervisión y apoyo y la implementación de tecnologías sin la capacitación suficiente o el uso de tecnologías obsoletas (3).

Maslow, en su teoría jerárquica de las necesidades básicas del hombre, divididas en necesidades “de déficit” y necesidades “del ser”, incluye en las primeras como segundo nivel las “necesidades de seguridad”, desde todas sus perspectivas e implicaciones. Es así como desde la formulación de teorías

Recibido : Marzo 7 de 2012.  
Aceptado : Abril 10 de 2012.

a una perspectiva práctica no es posible aislar la necesidad de brindar seguridad a los sujetos expuestos para considerar el desenlace de un adecuado servicio de salud con impacto positivo en cuanto a la salud del individuo y su propia calidad de vida (4).

Considerando que anualmente aproximadamente 100.000 personas mueren a causa de algún tipo de evento adverso, en cualquiera de los momentos de exposición al servicio de salud, que la mayoría de los mismos son potencialmente prevenibles, y las enormes consecuencias sociales y económicas desencadenadas de las personas que no mueren pero son afectadas por un evento adverso, motivaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a promover la cultura de la seguridad del paciente, es así como en el marco de la 55ª asamblea general de la OMS se promueve la prestación de servicios de calidad considerando la Seguridad del Paciente como estrategia para dicho logro (3).

La cultura de seguridad del paciente implica la promoción de estos ideales en los trabajadores de la salud o relacionados con alguna de las fases del proceso de atención, donde cada uno acepte la responsabilidad de generar seguridad sobre ellos mismos, sobre sus compañeros de trabajo, sobre sus pacientes y visitantes, cultura de dar prioridad a la seguridad por encima de la obtención de metas financieras, cultura en la que se fomente y recompense la identificación, comunicación y resolución de problemas de seguridad, cultura que ofrece herramientas para el aprendizaje de seguridad sobre la ideación de estrategias organizacionales en la prevención de accidentes, cultura que proporciona los recursos, estructura y comunicación necesarios para mantener los sistemas de seguridad de una manera eficaz (5).

Vicente y colaboradores en 1998 en BMJ realizando un análisis del contexto de los riesgos y la seguridad en la medicina clínica, establecen varios aspectos sencillos constituyentes en factores de riesgo para el desarrollo de eventos adversos, los cuales han sido poco implementados, siendo esto costo-efectivo, por la carencia en la creación y ejecución de políticas de seguridad del paciente en nuestro medio, entre los que se señala: la identificación de riesgos institucionales, organización y manejo de factores de riesgo, promoción de ambientes de trabajo sanos, creación de conciencia de trabajo en equipo, fortalecimiento de los actores del proceso con el apoderamiento de políticas individuales de seguridad, disminución de la carga laboral y la carga temporal de los trabajadores de salud y administrativos, organización, estandarización y comunicación de los diferentes procesos de atención promoviendo procesos con riesgo disminuido (6).

El estudio de los eventos adversos y la promoción de estrategias o políticas de seguridad del paciente desde 1995 en el estudio Harvard de eventos adversos, pasando por 1998 la creación de una publicación exclusiva para el análisis de eventos adversos "*To Err is Human*", 2002 la promoción de la necesidad de desarrollar políticas de seguridad de paciente por medio del manifiesto de la 55ª Asamblea General de la

OMS, 2004 la creación de la alianza en pro de la seguridad del paciente y 2005 el lanzamiento del primer reto mundial para la promoción de seguridad del paciente, entre otros, han sido iniciativas mundiales que señalan el impacto del problema, identifican que es posible prevenirlo enfatizando en la costo-efectividad de hacerlo e invitan a sumarse en la implementación de estas estrategias (7).

Se hace necesario entonces empezar a intervenir esta problemática desde todos los escenarios posibles, implementando su discusión y aprendizaje en los modelos curriculares de la formación para profesionales de salud, donde se pongan en común las diferentes políticas de seguridad del paciente y se fomente la creación e implementación de las diferentes estrategias que estas promueven, en los diferentes escenarios y niveles de complejidad de atención y entre todos los profesionales de salud y personas relacionadas con cualquier momento del proceso de atención (8).

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no se presentaron conflictos de intereses con este estudio.

## Referencias

1. Amalberti R, Bami J. 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf.* 2011; doi:10.1136/ bmjqs.2010.048710.
2. Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* 2007; 23: 112-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe de la 55ª Asamblea Mundial. Ginebra: OMS; Marzo de 2002.
4. Maslow A. *Motivation and Personality*. Third edition. 1987.
5. Ramos B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Rev. Cubana Salud Pública* 2005; 31: 239-44.
6. Vicente C, Taylor A, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998; 316: 1154.
7. Bond WF, King AE. Modeling for the decision process to implement an educational intervention: an example of a central venous catheter insertion course. *J Patient Saf.* 2011; 7: 85-91.
8. Mondragón-Cardona A, Rojas-Mirquez J, Gomez-Ossa R, Rodríguez-Morales AJ, Mezones-Holguin E. La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2012; (aceptado, en prensa).