Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO
144.ª reunión
Punto 6.6 del orden del día provisional

EB144/29
12 de diciembre de 2018

Seguridad del paciente

Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente

Informe del Director General

1. El panorama mundial de la atención sanitaria está cambiando, y los sistemas de salud operan en entornos cada vez más complejos. Los nuevos tratamientos, tecnologías y modelos de atención pueden presentar potencial terapéutico, pero también plantear nuevas amenazas para una atención segura. Se está cobrando conciencia de que la seguridad del paciente es un gran problema mundial de salud pública que va en aumento. Los esfuerzos mundiales por reducir la carga de daños al paciente no han logrado cambios sustanciales en los 15 últimos años a pesar de los trabajos pioneros en algunos entornos de atención sanitaria. Las medidas de seguridad —incluso las aplicadas en entornos de ingresos altos— han tenido un impacto limitado o desigual, y la mayoría no se han adaptado para su aplicación eficaz en países de ingresos bajos y medios.

2. Todos los Estados Miembros y asociados están realizando esfuerzos por alcanzar la cobertura sanitaria universal y cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, los beneficios de un mayor acceso a la atención sanitaria se han visto socavados por estructuras, culturas y conductas de servicio que dañan involuntariamente a los pacientes y pueden llegar a tener consecuencias mortales. Las medidas mundiales en materia de seguridad del paciente permitirán proporcionar una cobertura sanitaria universal dando al mismo tiempo a las comunidades la confianza de que sus sistemas de atención sanitaria protegen su seguridad y la de sus familias. Los responsables de la elaboración de políticas deben asegurarse de que, al planificar su visión de la cobertura sanitaria universal y asignar los correspondientes recursos, sus modelos de atención no sean fallidos y despilfarradores.

CARGA MUNDIAL DE DAÑOS AL PACIENTE EN LA ATENCIÓN SANITARIA

3. Se estima que anualmente se pierden en todo el mundo 64 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad a causa de una atención poco segura. Esto significa que los daños a los pacientes debidos a acontecimientos adversos figuren entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad.[1] Los datos disponibles indican que cada año se producen en hospitales de países de

[1] Presentación en la mesa redonda «Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike» en el encuentro sobre grandes retos de la Fundación Bill y Melinda Gates, 18 de octubre de 2018 (https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint, consultado el 5 de noviembre de 2018). Artículo de próxima publicación basado en datos de las Academias Nacionales de Ciencia, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide, consultado el 23 de octubre de 2018).

ingresos bajos y medios 134 millones de acontecimientos adversos por atención poco segura , que dan lugar a 2,6 millones de fallecimientos.[1] Aproximadamente dos terceras partes de la carga mundial de acontecimientos adversos causados por una atención poco segura, y de la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, corresponde a países de ingresos bajos y medios.[2] Las estimaciones indican que, en los países de ingresos altos, aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre daños al recibir atención hospitalaria.[3]

4. Muchos prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad del paciente y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura. A continuación se señalan algunos ejemplos:

- Los **errores de medicación** son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US$ 42 000 millones anuales;[4]

- La prevalencia de **infecciones contraídas en establecimientos sanitarios** en poblaciones heterogéneas de pacientes es aproximadamente del 7,6% en los países de ingresos altos y del 10% en los países de ingresos bajos y medios, según datos procedentes de varios países.[5] Por otra parte, se calcula que la probabilidad de fallecimiento es un 64% mayor en las personas infectadas por *Staphylococcus aureus* resistente a la penicilina que en las infectadas por una cepa no resistente. En la actualidad, en Europa y Estados Unidos de América las infecciones por microorganismos resistentes se cobran anualmente la vida de al menos 50 000 personas;[6]

- Los **procedimientos quirúrgicos poco seguros** provocan complicaciones en casi el 25% de los pacientes sometidos a intervenciones con hospitalización; anualmente, casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que 1 millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella;[7]

- Las **prácticas de inyección poco seguras** en entornos de atención sanitaria pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro

[1] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide, consultado el 23 de octubre de 2018).

[2] Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf. Publicación inicial en línea: 18 de septiembre de 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616, consultado el 23 de octubre de 2018).

[3] Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. París, OCDE, 2017 (https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf, consultado el 23 de octubre de 2018).

[4] Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (https://ssrn.com/abstract=2222541, consultado el 23 de octubre de 2018).

[5] Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1, consultado el 23 de octubre de 2018).

[6] Global Burden http://www.who.int/medicines/technical_briefing/tbs/TBS2016_AMR_GAP.pdf.

[7] WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1, consultado el 7 de noviembre de 2018).

directo para los pacientes y los profesionales sanitarios; se estima que anualmente suponen la pérdida de 9,2 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad;[1]

- Los **errores diagnósticos** afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves; la mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida;[2]

- Las **prácticas de transfusión poco seguras** exponen a los pacientes al riesgo de reacciones adversas a la transfusión y de transmisión de infecciones;[3] los datos sobre reacciones adversas a la transfusión procedentes de un grupo de 21 países muestran una incidencia media de 8,7 reacciones graves por cada 100 000 unidades de componentes sanguíneos distribuidas;[4]

- Los **errores de irradiación** abarcan los casos de sobreexposición a la radiación y aquellos en los que se irradia al paciente incorrecto o la zona equivocada;[5] según un examen de los datos publicados a lo largo de 30 años sobre seguridad en radioterapia, se estima que la incidencia general de errores es de 1500 por cada millón de ciclos de tratamiento;[6]

- A menudo, la **septicemia** no se diagnostica a tiempo para salvar la vida del paciente; como muchas de las infecciones que la causan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica. Se estima que anualmente se ven afectadas 31 millones de personas, con más de 5 millones de fallecimientos;[7]

- Las **tromboembolias venosas** figuran entre los acontecimientos adversos más frecuentes y prevenibles, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización; se estima que anualmente se dan 3,9 millones de casos en los países de ingresos altos y 6 millones de casos en los países de ingresos bajos y medios;[5]

- La **atención poco segura en salud mental** presenta características especiales, y las preocupaciones en materia de daños evitables se asocian sobre todo al aislamiento y el uso de

---

[1] Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf. Publicación inicial en línea: 18 de septiembre de 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616, consultado el 23 de octubre de 2018).

[2] Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. BMJ Qual Saf. 2014 Sep;23(9):727-31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002627 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24742777, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[3] Clinical transfusion process and patient safety: Aide-mémoire for national health authorities and hospital management. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_eht_10_05_en.pdf?ua=1, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[4] Janssen MP, Rautmann G. The collection, testing and use of blood and blood components in Europe. Utrecht, Dirección Europea de Calidad del Medicamento y la Asistencia Sanitaria (EDQM) del Consejo de Europa, 2014 (https://www.edqm.eu/sites/default/files/report-blood-and-blood-components-2014.pdf, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[5] Boadu M, Rehani MM. Unintended exposure in radiotherapy: identification of prominent causes. Radiother Oncol. 2009; 93:609–617. (https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.08.044, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783058, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[6] Shafiq J, Barton M, Noble D, Lemer C, Donaldson LJ. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. Radiother Oncol. 2009;92:15-21. (https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.03.007, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[7] Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, et al. Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. Am J Respir Crit Care Med 2016; 193(3): 259-72.

restricciones físicas, a las conductas autolesivas y el suicidio, a las fugas y a la merma en la capacidad de los pacientes para defender sus derechos.[1]

5. Las deficiencias en la atención primaria también contribuyen a la carga mundial derivada de una atención poco segura.[2] La mitad de la carga mundial de daños al paciente se produce en atención primaria y ambulatoria, y hasta cuatro de cada 10 pacientes se ven afectados por fallos de seguridad. En los países de la OCDE, esto puede suponer más del 6% de los días de hospitalización y más de 7 millones de ingresos hospitalarios anuales. Se estima que hasta el 80% de los daños en atención primaria pueden evitarse.[3] La seguridad del paciente reviste una importancia crucial a lo largo de todo el proceso asistencial, desde la atención domiciliaria, primaria y comunitaria hasta la atención a enfermos agudos y crónicos y los cuidados paliativos.

6. Una atención sanitaria poco segura puede tener consecuencias trágicas para los pacientes afectados, pero sus consecuencias van mucho más allá: no poner suficiente énfasis en la seguridad del paciente conlleva importantes repercusiones financieras, tanto para los países de ingresos altos como para los de ingresos bajos y medios. Los datos disponibles indican que, en los países de la OCDE, el 15% del gasto y la actividad hospitalarios es atribuible al tratamiento de pacientes afectados por deficiencias de seguridad.[4] En los países de ingresos bajos y medios, la atención de calidad deficiente ocasiona unos costos anuales de entre US$ 1,4 y 1,6 billones por pérdida de productividad.[5] En el plano político, las deficiencias en materia de seguridad conllevan una pérdida de confianza en los sistemas de salud, los gobiernos y las instituciones sociales.[4] Con carácter general, la aplicación adecuada y sistemática de estrategias de implicación de los pacientes y programas de transmisión de conocimientos básicos sobre salud podría reducir hasta un 15% los daños totales, lo que supondría un excelente rendimiento de la inversión.[3]

7. Los sistemas de prestación de atención sanitaria son complejos por su diseño y están sujetos a errores. En la mayoría de los casos de daños al paciente, un elemento central son los factores humanos en el marco de sistemas cuyos procedimientos y prácticas están deficientemente diseñados. Las culturas punitivas en las que se culpa al individuo obstaculizan la notificación de incidentes de seguridad e impiden que se aprenda de ellos. Algunos grupos de pacientes son más vulnerables a los incidentes de seguridad: los ancianos, los niños, los migrantes, los pacientes crónicos y las personas que reciben cuidados paliativos.

---

[1] D'Lima, Archer S, Thibaut BI, Ramtale SC, Dewa LH, Darzi A. A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. Syst Rev. 2016; 5:203 (https://doi.org/10.1186/s13643-016-0365-7, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[2] Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. Qual Saf Health Care. 2007;16:127–131 (https://doi.org/10.1136/qshc.2006.021147; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403759, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[3] Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. París, OCDE, 2018 (http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf, consultado el 23 de octubre de 2018).

[4] Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. París, OCDE, 2017 (https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[5] Academias Nacionales de Ciencia, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC), The National Academies Press, 2018 (https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide, consultado el 23 de octubre de 2018).

ACTUACIONES DE LA OMS HASTA LA FECHA

8. La necesidad mundial de atención de calidad y seguridad del paciente se planteó por primera vez ante la Asamblea Mundial de la Salud en 2002. En la resolución WHA55.18, titulada «Calidad de la atención: seguridad del paciente», se instó a los Estados Miembros a prestar la máxima atención posible al problema de la seguridad del paciente. Desde 2002, sucesivas resoluciones de los comités regionales han establecido el mandato de mejorar la seguridad del paciente, y la OMS ha desempeñado un papel determinante a la hora de marcar la agenda mundial en dicha materia proporcionando liderazgo, estableciendo prioridades, convocando a expertos, fomentando la colaboración, creando redes, publicando orientaciones, facilitando el cambio, creando capacidad y efectuando un seguimiento de las tendencias.

9. La labor de la OMS en materia de seguridad del paciente comenzó en 2004 con la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; su naturaleza ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, a la par de los cambios de los mandatos y las prioridades de la Organización. Una de las formas concretas en las que la OMS ha facilitado las mejoras en la seguridad de la atención sanitaria en los Estados Miembros es a través del concepto de **Retos mundiales por la seguridad del paciente,** en los que se identifica una carga en el ámbito de la seguridad del paciente que plantea un riesgo importante y significativo. El primero de estos retos, «Una atención limpia es una atención más segura», puesto en marcha en 2005, tenía por finalidad reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria, principalmente mediante la mejora de la higiene de las manos. El segundo Reto mundial de la OMS por la seguridad del paciente, «La cirugía segura salva vidas», lanzado en 2008, impulsó medidas para reducir los riesgos asociados a la cirugía, con el apoyo de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS. En 2017, la Directora General de la OMS puso en marcha el tercer Reto, «Medicación sin daño», que aspira a reducir un 50% en cinco años los daños graves evitables asociados a la medicación en todo el mundo.[1]

10. Desde 2016, los Gobiernos de Alemania y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en colaboración con la OMS, vienen codirigiendo **Cumbres Ministeriales sobre Seguridad del Paciente,** de carácter anual, a fin de promover el compromiso y liderazgo políticos para dar prioridad a la seguridad del paciente a nivel mundial. Los ministros de salud, delegados de alto nivel, expertos y representantes de organizaciones internacionales impulsan la agenda de seguridad del paciente en el terreno del liderazgo político. Cada año, la Cumbre se celebra en un país distinto; en 2018 tuvo lugar en Japón, donde se aprobó la Declaración de Tokio sobre seguridad del paciente.[2]

11. La OMS está colaborando con destacados asociados internacionales y con varios países para impulsar mejoras en la seguridad del paciente. La Organización ha creado la **Red Mundial de Seguridad del Paciente** para interconectar a agentes y partes interesadas; en la actualidad participan en ella miembros de más de 125 países y organizaciones internacionales clave. La Organización lleva 12 años apoyando la **red Pacientes en Defensa de su Seguridad,** creada por la OMS con el fin de fomentar la implicación de los pacientes y sus familias.

12. **Orientación técnica y recursos:** la OMS ha publicado la guía de planes de estudio multiprofesionales en seguridad del paciente para contribuir a la formación sobre seguridad del paciente en universidades, escuelas e instituciones profesionales en los ámbitos de la enfermería, la farmacia, la medicina, la odontología y la partería. La colección de documentos técnicos de la OMS sobre una atención primaria más segura abarca nueve monografías, referidas a los pacientes, al personal de salud, a los

[1] *Medication Without Harm*: WHO's Third Global Patient Safety Challenge (http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/, consultado el 23 de octubre de 2018).

[2] Declaración de Tokio sobre seguridad del paciente, tercera Cumbre Ministerial Mundial sobre Seguridad del Paciente, 14 de abril de 2018, Tokio (Japón). (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf, consultado el 7 de noviembre de 2018).

procesos de atención y a las herramientas y tecnologías, en las que se analiza la magnitud y naturaleza de los daños y se ofrecen posibles soluciones y medidas prácticas para mejorar la seguridad en la atención primaria. La OMS ha publicado la lista de verificación de la seguridad del parto para reducir los riesgos asociados al parto y la lista de verificación de la seguridad quirúrgica para reducir los riesgos asociados a la cirugía. También ha elaborado el modelo mínimo de información para la seguridad del paciente y una guía de usuario para facilitar la recopilación de acontecimientos adversos, su análisis y el aprendizaje mundial a partir de ellos. La OMS ha publicado los instrumentos normalizados conocidos como soluciones para la seguridad del paciente y los procedimientos normalizados de trabajo «High 5s» para unas prácticas clínicas seguras. A fin de fortalecer la base científica de la seguridad del paciente, la OMS ha promovido la investigación y establecido prioridades mundiales para la investigación relacionada con la seguridad del paciente,[1] ha generado estimaciones de la carga mundial que supone la atención poco segura y ha establecido un programa de financiación de las investigaciones.

UN NUEVO IMPULSO A LAS MEDIDAS MUNDIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

13. Las organizaciones modernas de atención sanitaria son un buen ejemplo de «sistemas adaptativos complejos».[2] A medida que el grado de complejidad e impredecibilidad sigue aumentando, cada vez se otorga más relevancia y reconocimiento a determinantes más intangibles de la seguridad del paciente, así como a la necesidad de una perspectiva más integrada de la seguridad basada en el sistema en su conjunto. En primer lugar, existe un «déficit de conocimientos» a la hora de entender la magnitud del problema y sus factores contribuyentes y causantes. Apenas existen datos ni estudios sistemáticos sobre la carga de los daños en países de ingresos bajos y medios y las causas de esos daños. En segundo lugar, hay un «déficit de políticas» que refleja un entorno normativo inadecuado. En la mayoría de los sistemas de salud no se han formulado políticas en materia de seguridad del paciente, o si estas existen tienen un carácter fragmentado. Es necesario comprender las opciones normativas disponibles y el modo de adaptarlas al contexto local. En tercer lugar, hay un «déficit de diseño» que implica una aplicación inapropiada de los datos científicos para diseñar políticas, estrategias, planes y herramientas de aplicación en materia de seguridad del paciente en el contexto local y en entornos con recursos limitados. En cuarto lugar, es necesario crear equipos de capacitadores encargados de los aspectos científicos y prácticos de la gestión —tanto en el ámbito organizativo como en el de la prestación de la atención— a fin de colmar el «déficit de prestación». Por último, existe también un «déficit de comunicación» que solo se podrá resolver cuando se recopilen, generalicen y difundan en todo el mundo prácticas óptimas, innovaciones y mecanismos de adaptación aislados.

14. La necesidad de garantizar la seguridad del paciente abarca casi todos los atributos de los sistemas de salud, ámbitos de atención, grupos demográficos y áreas temáticas. Por consiguiente, un enfoque sistémico para diseñar y aplicar las políticas, estrategias y planes en materia de seguridad del paciente resulta esencial en diferentes entornos y niveles. Una situación en la que las distintas intervenciones siguen fragmentadas y desconectadas supone un peligro grave para la vida y el bienestar de los pacientes. Las intervenciones para mejorar la seguridad del paciente deben estar coordinadas con los objetivos generales del sistema de salud e incorporarse a todos los programas. Deben constituir la base del **fortalecimiento de los sistemas de salud**.

[1] Conforme a lo expuesto en la publicación Global priorities for patient safety research. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44205/9789241598620_eng.pdf?sequence=1, consultado el 7 de noviembre de 2018).

[2] Forrester JW. Counterintuitive behaviour of social systems. Cambridge, Estados Unidos, Alumni Association of the Massachusetts Institute of Technology, 1971 (https://ocw.mit.edu/courses/sloan-school-of-management/15-988-system-dynamics-self-study-fall-1998-spring-1999/readings/behavior.pdf, consultado el 23 de octubre de 2018).

15. La atención primaria es el primer punto de contacto entre la población y la atención sanitaria. Es el entorno en el que se crea y se sostiene la confianza general del público en los sistemas de atención sanitaria. Una atención poco segura y de baja calidad es uno de los motivos cruciales por los que los pacientes optan a menudo por acudir directamente a la atención secundaria saltándose la atención primaria. Por ello, abordar la **seguridad del paciente en el nivel de la atención primaria** es crucial para asegurar la confianza y disponer de un sistema de salud que funcione con un alto nivel de desempeño. El enfoque para lograr la cobertura sanitaria universal se expresa de forma convincente en la Declaración de Astaná sobre atención primaria de salud.[1] La seguridad del paciente debe integrarse en dicho enfoque, de modo que pase a formar parte integrante de los sistemas y las prácticas.

16. Los datos y los conocimientos generados por las investigaciones no siempre se incorporan a las políticas y prácticas de seguridad del paciente. Hay que solucionar esta desconexión. La **investigación aplicada** en diferentes contextos y entornos permitirá abordar eficazmente necesidades específicas y responder a situaciones específicas de los distintos países; una especial atención a las necesidades de grupos de población vulnerables, como los ancianos y los migrantes, así como los niños y los pacientes con enfermedades crónicas, permitirá establecer el orden de prioridades adecuado en las intervenciones.

17. **Los pacientes, las familias y las comunidades** son coproductores de salud. Su papel es fundamental para garantizar una atención centrada en las personas. Implicar a los pacientes, las familias y los cuidadores es clave para prestar una atención segura. Es necesario actuar para empoderarlos y capacitarlos como asociados informados y conocedores en la atención sanitaria. Las organizaciones de atención sanitaria deben proporcionar una plataforma que garantice que se escuche a los pacientes a la hora de diseñar y aplicar las políticas y que fomente la colaboración entre los pacientes, las familias, las comunidades, los proveedores de atención sanitaria y los responsables de la elaboración de políticas. Deben promoverse las campañas públicas como método para lograr que las personas sean más conscientes de su papel para garantizar una atención segura, así como de su derecho a recibir dicha atención. La atención segura y la protección frente a los daños debe ser un derecho de toda persona tratada en un sistema de salud. Los países deben plantearse la elaboración y aplicación de una carta de derechos del paciente como vía para conseguir ese objetivo.

18. **Un liderazgo eficaz y un personal competente y compasivo** son requisitos imprescindibles para prestar una atención segura. Los conceptos y principios relativos a la seguridad del paciente deben pasar a ser parte indispensable de la formación y educación clínicas y del desarrollo profesional continuo para todas las categorías de profesionales de la salud. La seguridad del paciente exige que se rediseñen los procesos de atención y se pongan en práctica procedimientos normalizados en todos los niveles del sistema de atención sanitaria para que sean menos susceptibles a los errores humanos.

19. **La disponibilidad de información** en cuanto a la frecuencia, tipos y causas de los errores, acontecimientos adversos y cuasiincidentes resulta crucial para elaborar y aplicar políticas, estrategias y planes en materia de seguridad del paciente. Por ello, el establecimiento de sistemas para notificar acontecimientos adversos y aprender de ellos debe tener especial prioridad entre las intervenciones para mejorar la seguridad del paciente. El entorno de notificación debe ser abierto, justo, no culpabilizante y no punitivo, a fin de alentar a los profesionales de la salud a notificar los incidentes y aprender de ellos y dar a los pacientes, familiares y cuidadores la oportunidad de relatar sus experiencias. También se necesitan estudios más rigurosos para estimar la carga total que supone la atención poco segura.

20. En el siglo XXI es indispensable el **uso de tecnologías digitales** para la aplicación de intervenciones en materia de seguridad del paciente y para el seguimiento y cuantificación de su impacto. En una era en la que los sistemas de prestación de atención sanitaria son cada vez más complejos, las tecnologías digitales

[1] Declaración de Astaná sobre atención primaria de salud (https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf, consultado el 6 de noviembre de 2018).

pueden ayudar a respaldar y mejorar elementos cruciales para la seguridad del paciente, como la notificación de incidentes y el análisis de las notificaciones para extraer enseñanzas, el seguimiento de las intervenciones en materia de seguridad del paciente, la educación y formación de los profesionales sanitarios, la implicación de los pacientes y sus familiares y el aprendizaje institucional.

21. Incorporar el concepto multidimensional de la **cultura de seguridad del paciente** en todos los niveles de los sistemas de atención sanitaria es una premisa imprescindible para prestar a las poblaciones una atención segura y centrada en las personas. Aunque la cultura de seguridad tiene muchas vertientes, algunas de ellas resultan cruciales, como el liderazgo, el aprendizaje institucional, los factores humanos, el trabajo en equipo y la comunicación, y la implicación de pacientes y familiares. Un aspecto importante de este esfuerzo consiste en apreciar la interconexión entre las personas, los sistemas y las culturas y darse cuenta de que centrarse en **la mejora de los sistemas y el aprendizaje** es el mejor modo de mejorar la seguridad del paciente.

22. La grave carga que supone la atención poco segura solo puede afrontarse mediante esfuerzos mundiales coordinados basados en los principios de la rendición de cuentas y la cooperación. Es necesario establecer un **mecanismo de coordinación mundial** dotado del mandato de capacitar a los países para que apliquen unas normas mínimas en materia de seguridad del paciente, compartan información basada en el análisis de los incidentes graves que afecten a la seguridad del paciente y en las enseñanzas extraídas, y difundan las mejores prácticas en materia de seguridad del paciente, entre otras funciones.

EL PAPEL DE LAS PARTES INTERESADAS

23. Los gobiernos nacionales están en situación de designar la seguridad del paciente como prioridad normativa en el marco de unas políticas y planes más amplios en materia de cobertura sanitaria universal, y de proporcionar apoyo político y recursos para incorporar los elementos esenciales de seguridad del paciente a los sistemas de salud y a la atención de primera línea. Coordinar y fomentar la colaboración intersectorial e intrasectorial en pro de la seguridad del paciente también es una función importante de los ministerios de salud y los gobiernos. Otros organismos gubernamentales e instituciones académicas y de investigación, los diversos organismos encargados de la formación de los profesionales sanitarios, las organizaciones de la sociedad civil, la industria y otras partes interesadas cruciales, tanto en el nivel nacional como internacional, también serán agentes importantes de la transformación necesaria.

24. La OMS colaborará estrechamente con los centros colaboradores de la OMS, las asociaciones profesionales internacionales, las organizaciones de pacientes, los expertos internacionales en el campo de la seguridad del paciente y los gobiernos nacionales para apoyar la elaboración y difusión de recursos técnicos y las intervenciones en los países en pro de la seguridad del paciente.

25. La OMS seguirá cooperando con los países y los asociados para facilitar las medidas mundiales en materia de seguridad del paciente invirtiendo y movilizando recursos, intercambiando conocimientos, coordinando los esfuerzos y fomentando la acción intersectorial, aportando conocimientos técnicos, y estableciendo sistemas y prácticas en materia de seguridad del paciente que permitan avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

26. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota del informe y a que sus deliberaciones proporcionen orientaciones adicionales para impulsar las medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. El Consejo quizás desee centrar sus deliberaciones en los siguientes aspectos:

- aumento de la concienciación mundial sobre la seguridad del paciente como un reto de importancia creciente para la salud pública;

- políticas y estrategias adecuadas para mejorar la seguridad en el sector de la atención sanitaria;
- intercambio de prácticas óptimas en materia de seguridad del paciente y fomento de la enseñanza recíproca para mejorar la capacidad nacional.

= = =