

# Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes

2002 – 2007  
Zulma Ortiz



Instituto de Investigaciones  
Epidemiológicas



## Objetivos

Describir el programa  
Señalar los avances

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Estado del arte

## 9 áreas de acción



Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (2004).  
OMS-OPS



Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

### ACTION AREAS 2006–2007

Action area 1	The <b>Global Patient Safety Challenge</b> will galvanize global commitment and action on a patient safety topic which addresses a significant area of risk for all Member States. In 2005–2006, the Global Patient Safety Challenge is focussing on health care-associated infection with the theme <i>Clean Care is Safer Care</i> . For 2007–2008, the Global Patient Safety Challenge will focus on the topic of safer surgery with the theme <i>Safe Surgery Saves Lives</i> .
Action area 2	<b>Patients for Patient Safety</b> will ensure that the voice of patients is at the core of the patient safety movement worldwide.
Action area 3	<b>Reporting and Learning</b> will promote valid reporting, analytical and investigative tools and approaches that identify sources and causes of risks in a way that promotes learning and preventative action.
Action area 4	<b>Taxonomy for Patient Safety</b> will develop an internationally acceptable system for classifying patient safety information to promote more effective international learning.
Action area 5	<b>Research for Patient Safety</b> will facilitate an international research agenda which supports safer health care in all WHO Member States.
Action area 6	<b>Safety Solutions</b> will translate knowledge into practical solutions and disseminate these solutions internationally.
Action area 7	<b>Safety in Action</b> will spread best practices for implementation of changes in organizational, team and clinical practices to improve patient safety.
Action area 8	<b>Technology for Patient Safety</b> will focus on the opportunities to harness new technologies to improve patient safety.
Action area 9	<b>Care of acutely ill patients</b> will identify key patient safety priorities for action in the care of seriously ill patients.
Action area 10	<b>Patient safety knowledge at your fingertips</b> will work with Member States and partners to gather and share knowledge on patient safety developments globally in the form of a global report.

## En resumen: La Alianza intenta

- Enfrentarse a los retos basándose en la mejor evidencia disponible.
- Implicar a los pacientes, usuarios y profesionales en la mejora del plan de acción.
- Asegurar la sostenibilidad de la acción pasados los 2 años del período inicial.
- Evaluar formalmente el nivel y naturaleza de las infecciones asociadas a los servicios sanitarios.
- Adoptar un sistema de vigilancia y registro universal.
- Conducir y analizar las causas de los problemas poniendo énfasis en los sistemas.

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz



**WORLD ALLIANCE  
for  
PATIENT SAFETY**

World Health Organization

**Patients for  
Patient Safety**



Susan Sheridan  
Consumers Advancing  
Patient Safety



**Defensores de  
pacientes se  
reunieron para  
promover la  
atención  
materno-infantil  
en las Américas**

Oak Brook, Illinois,  
Estados Unidos  
del 11 al 15 de junio de 2007






Conferencia Internacional  
en seguridad de pacientes:  
**RETOS Y REALIDADES  
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
DE ESPAÑA (SNS)**

15-16 de Noviembre 2006 Madrid España  
Organiza: Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS,  
Ministerio de Sanidad y Consumo

Asesorado: Alicia Salas, Universidad Carlos III, Leganés



El Estudio Nacional sobre los Efectos  
Adversos (ENEAS 2005)  
5.624 historias  
1.063 pacientes con eventos adversos  
9,3% (IC95%: 8,6% - 10,1%.)]

[www.errorenmedicina.anm.edu.ar/newsletters/news21-2006.html](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/newsletters/news21-2006.html)

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz



## Joint Commission International

El 31 de Diciembre de 2005, el centro de estadísticas de eventos centinelas de la Joint Commission actualizó el listado de eventos centinelas [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

Esta base se implementó en Enero de 1995 recibiendo 3,548 reportes de eventos centinelas que afectaron a 3,664 pacientes y 2,683 (73 %) de muertes. Los 10 eventos reportados más frecuentemente fueron

Suicidio del paciente	464
Cirugía en el sitio equivocado	455
Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas	444
Error en la medicación	358
Retraso en el tratamiento	269
Caída del paciente	189
Muerte o injuria incapacitante	138
Asalto, violación u homicidio	121
Muerte perinatal	109
Error en las transfusiones	94

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Soluciones para pacientes

1. Identificación de pacientes
2. Higiene de manos
3. Medicamentos de aspecto o nombre similar
4. Comunicación para la derivación de los ptes
5. Intervenciones quirúrgicas en sitio erróneo, con el procedimiento erróneo o la persona errónea
6. Medicamentos de concentración elevada
7. Conciliación de medicaciones
8. Conexiones erróneas de catéteres, sondas y cánulas
9. Reutilización de agujas

<http://www.jcipatientsafety.org/>



Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Programa de mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes

- **2001:** creación de Comité de Error. Res. 517/01 del Honorable Consejo de Administración de la ANM, Buenos Aires
- **2002:** diseño del Programa
- **2003 - 2004:** becas del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Instituto "Alfredo Lanari" y el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca "Dr. Felipe Glassman" y en el 2004 permite continuar con el programa en estas instituciones y comenzar en los hospitales de niños: la "Santísima Trinidad de Córdoba" y "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".
- **2005 – 2006:** se implementan sistemas de comunicación y coordinación que favorecen el interés por la implementación del programa en nuevas instituciones.
- **2007:** Convenio con Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## AVANCES

- **Publicaciones**
- **Suscriptos a la red**
- **Comité de Seguridad funcionando**
- **Jornadas**

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

### Publicaciones

**30 editoriales** en el boletín de la página

Epidemiología del Error Médico. Lew D, Ortiz Z. Bol A N de Medicina 2001, 79(2); 301-307

La seguridad en la atención médica. Ortiz Z. La revista del ITAES. 2005; 7 (3):22-25

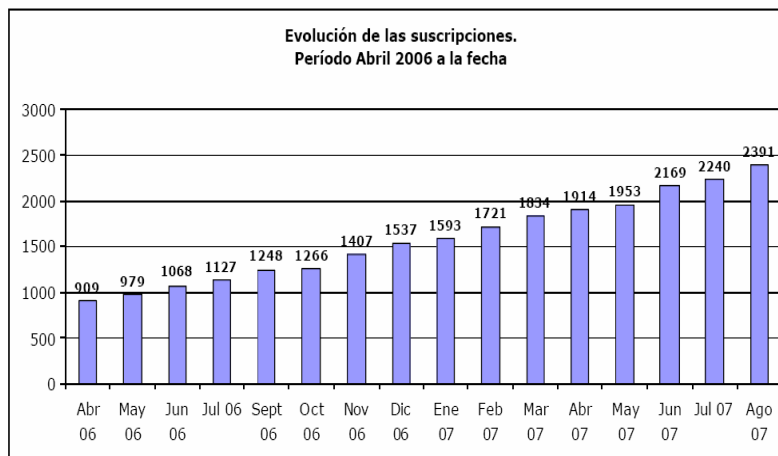
Surveillance of health care errors. An overview of the published data in Argentina. Codermatz MA, Trillo C, Berenstein G, Ortiz Z. Medicina (B Aires). 2006;66 (5):427-32.

Esandi ME, Giorgetti O, Garcia Dieguez M, Jorge C, Trillo C, Ortiz Z. La cultura de la seguridad. La revista del ITAES 2007; 9(1):18-25

Implementación de un programa para la seguridad en la atención de los pacientes. **Libro en prensa.**

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Suscriptos a la red



Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Suscriptos a la red

PAÍS	SUSCRIPTOS
Argentina	1043
Mexico	311
Colombia	247
Peru	228
España	219
Chile	88
Uruguay	62
Ecuador	28
Venezuela	23
Cuba	21
Bolivia	20
Panamá	15
Costa Rica	14
sin identificar	11
Guatemala	11

PROFESIÓN. Suscriptos Seguridad del Paciente. Agosto de 2007

PROFESIÓN	SUSCRIPTOS	%
Médicos	1462	61,15
Otras ocupaciones	283	11,84
Enfermeros	259	10,83
estudiantes	101	4,22
Farmacéuticos	75	3,14
Abogados	69	2,89
Bioquímicos	48	2,01
Psicólogos	36	1,51
Administración / Auditoria	33	1,38
Odontólogos	15	0,63
Sociólogo	10	0,42
<b>Total</b>	<b>2391</b>	

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Comité de Seguridad funcionando

- ? Hospital Italiano
- ? Hospital Garrahan
- ? Hospital Posadas
- ? Hospital de Niños de Córdoba "Santísima Trinidad"
- ? Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca
- ? Servicio de Neonatología del Hospital Pena de Bahía Blanca
- ? Hospital Privada de la Comunidad de Mar del Plata
- ? Instituto Universitario CEMIC

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Otras iniciativas

- ? FUNDALEU
- ? Hospital de Clínicas
- ? Hospital Argerich
- ? Dirección de Bioquímica, Farmacia y D. C. Santa Fe
- ? Zona Sanitaria Metropolitana. Subsecretaría de Salud.  
Ministerio de Salud Neuquén
- ? Universidad Nacional del Nordeste. UNNE. Facultad de  
Medicina. Cátedra de Farmacología. Provincia de Corrientes.
- ? Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital.

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Jornadas 2004

### 1ª Jornadas 18 de noviembre de 2004: Experiencias sobre error en medicina y seguridad del paciente. 1989 – 2004.

- ? Sistematización de la Evaluación Científica local sobre Error en Medicina | Dra. Carolina Trillo
- ? Experiencia en Error Médico y Seguridad del Paciente - Lanari | Dr. Lucas Gustavo De Feo
- ? Experiencia en el hospital de la AMBBlanca “Dr. Felipe Glasman”. | Dr. Marcelo García Dieguez.
- ? Metodología para el abordaje de la cultura. | Lic. Karina Faccia
- ? Error en medicina. Elementos jurídicos. Aspectos legislativos. | Dr. Carlos L. Do Pico
- ? ¿Cómo se puede enfrentar la epidemia de errores en medicina?. | Dr. Luis Fiscella
- ? Cambios en el abordaje del error médico. | Dr. José Ceriani
- ? Comunicación de eventos en medicina transfusional, una oportunidad para mejorar la atención de los pacientes. | Dra. Silvina Kuperman.
- ? Estrategia para disminuir los eventos adversos en pediatría. | Dra. Nélica Fernández Busso
- ? Error del proceso desde la prescripción hasta la administración del medicamento. | Dra. Graciela Calle
- ? Error en cirugía. | Dr. Alberto R. Ferreres.

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Jornadas 2005

### 2ª Jornadas 18 de Noviembre de 2005: Cultura, Derechos y Políticas”.

- La cultura organizacional para la seguridad en la atención de los pacientes y del equipo de salud. José Ceriani Cernadas. Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Experiencias en la Implementación de un programa de Seguridad en la atención en un establecimiento especializado. Pablo Desmery. FUNDALEU.
- Es posible un cambio hacia la cultura de la seguridad?. María Esther Olocco, Hospital de Niños Santísima Trinidad, Córdoba.
- Políticas de Seguridad en el Sistema de Salud de España. Jesús Casal Gómez. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
- Implicancias médico legales del error en medicina. Alberto Ferreres. Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional
- ¿Qué pasa cuando los médicos se equivocan? Alberto Agrest. Academia Nacional de Medicina
- Los factores de riesgo para la producción del error en la práctica asistencial diaria. Juan Pekolj. Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano.
- ¿Qué pasa cuando el error médico llega a la Justicia? Daniel Pablovsky. Ministerio Público Fiscal de la Nación
- Tipificación jurídica del error médico. Vadim Mischanchuk. Abogado Estudio Marco Real & Asoc.

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Jornadas 2006

### 3ª Jornadas 10 de agosto de 2006 “Los pacientes por la seguridad del paciente”.

“La voz del usuario en la Seguridad del Paciente”, coordinada por la Dra. Graciela Berenstein (CIE-ANM). Los expositores fueron: Dr. Ezequiel Holmberg (ADELCO), Sra. Claudia Cattivera (Pacientes-online), Lic. Aurora Vilas (SOSTEN) y Abogada Sonia may (Apostar a la Vida). Invitada extranjera: Dra. Isabel Cristina Chaw Ortega (Directora de Calidad de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de Perú, y presidenta del Comité de Seguridad del Paciente).

“Propuestas de Mejora en Seguridad de Pacientes” coordinada por: Dr. Juan Carlos O'Donnell (Fundación Garrahan). Los expositores fueron: Académico Alberto Agrest (ANM), Dr Alejandro Cragno (Prof. del Área Clínica de la Universidad Nacional del Sur). Invitado extranjero: Jorge Manuel Sánchez González (Director General de Difusión e Investigación de la CONAMED, Comisión Nacional de Arbitraje Médico en México).

“Pacientes por la Seguridad de los pacientes” coordinada por: Dra. Zulma Ortiz. Invitada extranjera: Dra. Susan Sheridan (Consumer Advancing Patient Safety - Lead of the World Health Organization's Patients for Patient Safety initiative) (OPS-OMS).

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Jornadas 2007

### 4ª Jornadas 28 y 29 de noviembre “Soluciones para la seguridad de los pacientes”

Iniciativas en seguridad de pacientes de la Organización Panamericana de la Salud para América Latina y el Caribe. Jonas Gonseth. OPS

La Joint Commission como Centro Colaborativo de OMS para las Soluciones en Seguridad de Pacientes. Karen Timmons. Joint Commission International

Evaluación externa de la calidad (Acreditación) en la región de las Américas: ¿Qué podemos hacer? Dr. Guillermo Williams por Argentina. Ministerio de Salud de la nación

Error en Cirugía. Thomas Russell. Colegio Americano de Cirugía

¿La acreditación mejora la calidad de los cuidados? Karen Timmons. Joint Commission International

Desafíos globales y locales en seguridad de los pacientes. Dennis S. O'Leary, Joint Commission.

Soluciones de seguridad para evitar la morbi/mortalidad materna e infantil-estandarización de procesos asistenciales. Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. ANM

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

## Proyectos de investigación

1. Epidemiología de eventos adversos asociados a la atención del parto en las maternidades de los Hospitales J. M. Cullen y J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.
2. Estudio de las barreras y obstáculos para la adopción de Guías de Práctica Clínica en las maternidades de los hospitales J. M. Cullen y J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe,
3. Higiene de manos. Bases para el diseño de una campaña comunicacional. CEDES-IIE.
4. Documentación clínica. Lineamientos para un marco regulatorio. IIE
5. Detección, análisis y prevención del error en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en argentina. AAFH, UNNE, Neuquén, Santa Fe, IIE.
6. Epidemiología de eventos adversos en la población de neonatos internados en un servicio de neonatología público. Hospital Penna de Bahía Blanca
7. Análisis de Causa Raíz (ACR) como herramienta para el análisis de las muertes maternas. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, CEDES, Fondo de Población de Naciones Unidas, Argentina, OPS, UNICEF, IIE.

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

***“...En realidad la cultura, no sé si Argentina, pero a nivel nacional si yo cometí un error, y me incluyo en la situación, primero ocultamos, si me equivoco lo oculto, porque tengo miedo, porque el error implica una culpa de por sí. Yo creo que no hay una cultura para decir, somos personas benévolas todos, de decir bueno te perdono, no me tenés porqué perdonar, pero bueno. Hablando se podría revertir parte de esta situación...” (Enfermera sala de internación)***

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

*Hay que aceptar que la medicina es proclive al error y es comprensible la **inevitabilidad del error** por la incertidumbre inherente a toda actividad humana, la predictibilidad incompleta y sólo probabilística que ofrecen los conocimientos médicos, y los inevitables límites impuestos por el tiempo.*

Acad. Alberto Agrest, 2005

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz

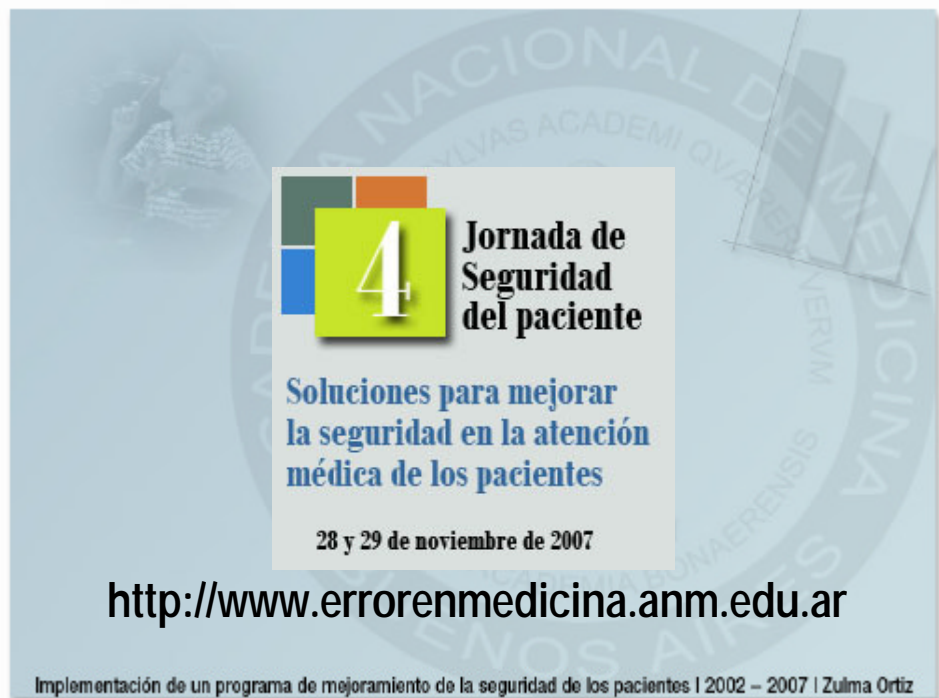
¿En qué medida nuestras deficiencias son un reflejo del patrón de educación médica? Muchas de las críticas dirigidas a los médicos no son acerca de su competencia clínica; más bien parecen reflejar una deficiencia en las habilidades básicas de tratar a los enfermos como seres humanos, pobre comunicación, falta de bondad, desconsideración y, en síntesis, todas las facetas de las buenas relaciones interpersonales que la sociedad tiene derecho a demandar de sus médicos. ¿Pueden enseñarse tales actitudes? Y aún si se puede, dado nuestro pobre desempeño ¿Quién las enseñará?

David J. Watherall

Emeritus Regius Professor of Medicine, University of Oxford

*The inhumanity of medicine. Time to stop and think. BMJ 1994; 309: 1671-2*

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz



**4** Jornada de Seguridad del paciente

Soluciones para mejorar la seguridad en la atención médica de los pacientes

28 y 29 de noviembre de 2007

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>

Implementación de un programa de mejoramiento de la seguridad de los pacientes | 2002 – 2007 | Zulma Ortiz