

MANUAL PARA LA IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES EN SALUD



UASLP

Aida Ortega Velázquez • Luis Meave Gutiérrez Mendoza
Laura Carmen Martínez Turrubiarres
María Auxiliadora Gabino Campos • Rosa Ícela Ortega Puente
Lilían Arenas García • María Elizabeth Ramírez Hernández

Manual para la identificación y análisis de incidentes en salud/ coordinadores Aida Ortega Velázquez, Luis Meave Gutiérrez Mendoza. – San Luis Potosí : UASLP, 2021.

1 recurso en línea (50 p. : fotografías color)

Incluye Bibliografía.

ISBN 978-607-535-247-3

1. Daño del paciente. 2. Responsabilidad médica. 3. Seguridad del paciente. I Ortega Velázquez, Aida, Coord.. II. Gutiérrez Mendoza, Luis Meave, coord. III. Título

362.1068 – scdd23

Coordinadores:

© Aida Ortega Velázquez	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
© Luis Meave Gutiérrez Mendoza	Universidad Autónoma de San Luis Potosí Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Autores y titulares por orden alfabético de apellido:

© Arenas García Lilian,	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
© Gabino Campos María Auxiliadora,	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
© Gutiérrez Mendoza Luis Meave,	Universidad Autónoma de San Luis Potosí Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto
© Martínez Turrubiarres Laura Carmen,	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
© Ortega Puente Rosa Icela,	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
© Ortega Velázquez Aida,	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
© Ramírez Hernández María Elizabeth,	Universidad Autónoma de San Luis Potosí

El contenido del libro se terminó en octubre de 2019. Los derechos de autor e ISBN se vieron retrasados por la Pandemia de SARS-Cov2-COVID19.

ISBN 978-607-535-247-3

Primera Edición

San Luis Potosí, S.L.P., México.



Esta obra fue financiada por el proyecto "Impacto de la cultura de seguridad del paciente en la calidad de la atención de los servicios de salud" con Clave 233147 del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE-CONACyT.

Algunos derechos reservados. Se permite la distribución, copia y exhibición por terceros de esta obra, siempre que se mencione la autoría y procedencia, se realice con fines no comerciales y se agregue la licencia abierta mencionada. La realización de obras derivadas requiere la autorización por escrito de los autores de la misma.

Para referenciar este libro:

APA

Ortega Velázquez, A., Gutiérrez Mendoza L.M. & Ramírez Hernández, M.E. (2021). Manual para la identificación y análisis de incidentes en salud. San Luis Potosí: Los coordinadores. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7426>

Vancouver

Ortega Velázquez A, Gutiérrez Mendoza LM, Martínez Turrubiarres LC, Gabino Campos MA, Ortega Puente RI, Arena García L. et al. Manual para la identificación y análisis de incidentes en salud. San Luis Potosí: Los coordinadores; 2021. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7426>

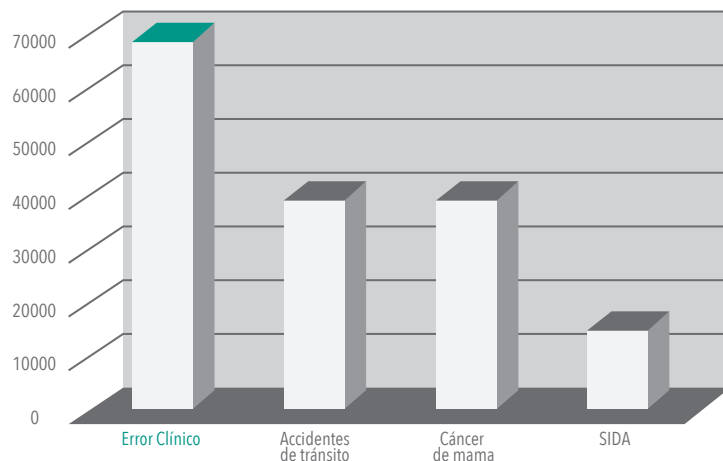
1. Introducción

i Con datos provenientes de diversas instituciones en Estados Unidos de América (E.U.A.) en la década de los años noventa, se hizo evidente que los pacientes hospitalizados podrían sufrir algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria; no relacionado a la enfermedad o la causa de su ingreso.

El término que se utilizó para denominar este hecho fue *“medical error”*. Este factor de mortalidad se convirtió en la causa de uno de los principales motivos de muerte en E.U.A. El Instituto de Medicina de los E.U.A., así como la asociación de Hospitales Americanos, estimaron que entre 44,000 y 98,000 americanos morían cada año en los hospitales a causa de errores médicos, como se muestra en la Gráfica 1 (American Hospital Association, 1999).

Gráfica 1.

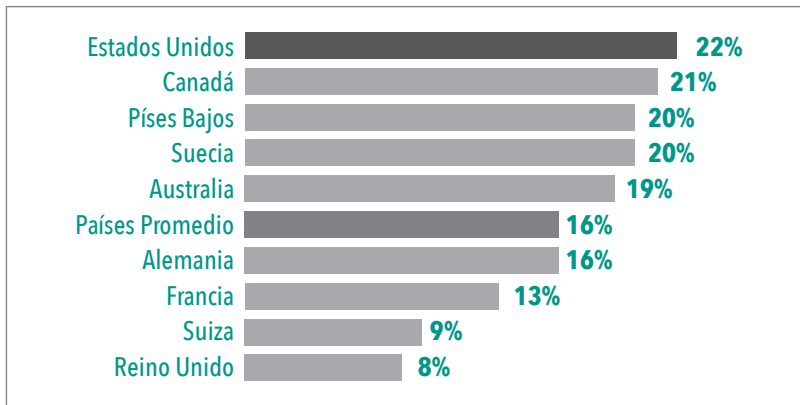
Muertes anuales en E.U.A.



Este factor de mortalidad hospitalaria se ha convertido en un problema mundial y desde finales de la primera década del siglo XXI, ha adquirido mayor preocupación e interés. Sin embargo, todavía en el año 2018, muchos países, entre ellos México, no lo incorporan en la agenda política, como el problema real que representa y la magnitud que conlleva.

Algunos países desarrollados, en el año 2011, generaron estadísticas en relación a sus errores médicos, de medicación y de laboratorio, mediante tasas comparativas que revelan la magnitud del problema y que muestra la Gráfica 2.

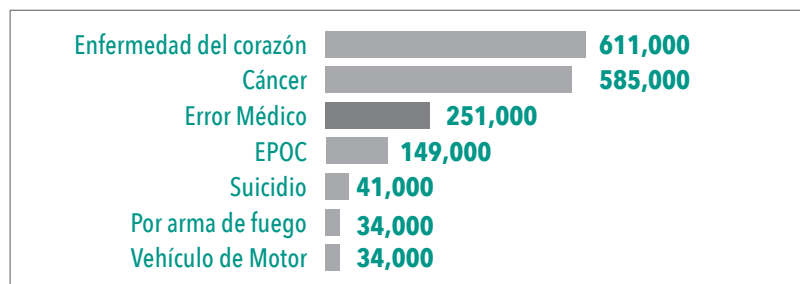
Comparación de Tasas de Errores Médicos, Medicación y de Laboratorio en Países Desarrollados.



Gráfica 2.

La presencia de errores durante el cuidado asistencial se ha estudiado con mayor rigurosidad en los últimos años en busca de datos más fehacientes de la magnitud del problema. En Estados Unidos de América en el año 2016, se evidenció que los errores médicos en hospitales y otros centros de salud son muy comunes y podrían ser considerados como la tercera causa de muerte en el país, solo por debajo de las enfermedades cardiovasculares y de todos los tipos de cáncer, registrando alrededor de 251,000 vidas por año como puede observarse en la gráfica 3 (Makary & Daniel, 2016).

Principales Causas de Muerte en E.U.A en el año 2013.



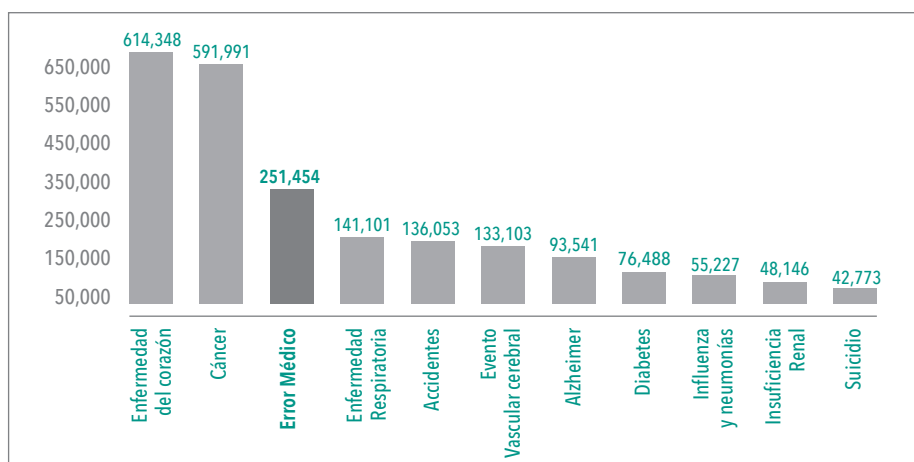
Gráfica 3.

Fuente: Martin Makaray, Michael Daniel study at Johns Hopkins University School of Medicine Jim Sargent, USA TODAY.

El error médico, como causa de muerte, está por encima de afecciones frecuentes como son las enfermedades respiratorias, los accidentes de tránsito o los eventos vasculares cerebrales, como puede observarse en la gráfica 4.

Gráfica 4.

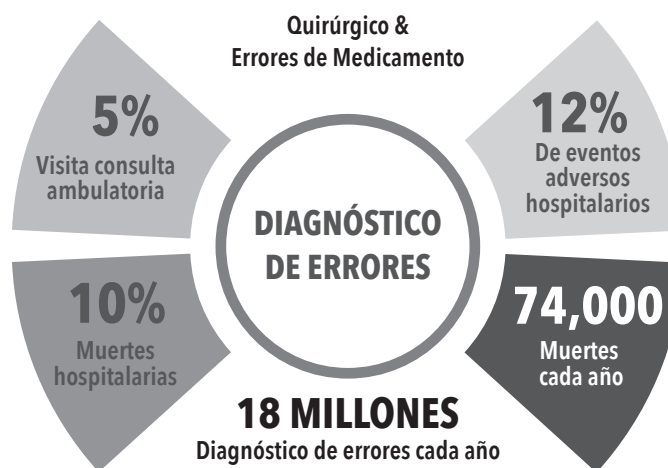
Principales Causas de Muerte en E.U.A.



En la gráfica 5, se puede advertir el diagnóstico de los errores médicos: el 5% estaba vinculado a la consulta ambulatoria, el 10% a muertes hospitalarias, el 12% a eventos adversos hospitalarios y se reportaban 74,000 muertes al año.

Gráfica 5.

Diagnóstico de errores.



Una de las mayores preocupaciones para los países en desarrollo es la carencia de datos similares a los que generan los países desarrollados en relación a este tema, lo cual merma la capacidad y la posibilidad de atender dicha problemática con mayor eficacia.

La seguridad del paciente se ha posicionado en la agenda mundial en las últimas dos décadas, con el objetivo de reducir y mitigar prácticas inseguras en los sistemas de salud. Para alcanzar dicha seguridad, es necesaria la implementación de buenas prácticas basadas en evidencias de seguridad demostradas a través de óptimos resultados logrados con los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que anualmente millones de personas en el mundo sufren daño o mueren como resultado de prácticas de salud inseguras (WHO | World Alliance for Patient Safety, 2014).

Lo anterior introduce el concepto de "incidente de la seguridad del paciente" que es un evento o circunstancia que pudo implicar o resultó en un daño innecesario al paciente (Patient Safety Incident, 2016).

Una de las concepciones más innovadoras en materia de seguridad del paciente, es **implementar buenas prácticas basadas en evidencia**, que se definen como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible y actualizada en la toma de decisiones, en relación al cuidado del paciente individual. **Involucra la integración de la experiencia clínica individual que se refiere a la práctica acumulada; la educación y las habilidades clínicas; los valores, preferencias, preocupaciones y expectativas individuales de los pacientes; y la mejor evidencia científica relacionada al proceso de toma de decisiones para el cuidado del paciente, que usualmente se localiza en investigación clínica relevante que ha sido efectuada con metodología transparente y sólida** (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996; Sackett, 2002).

La implementación de prácticas seguras basadas en evidencia puede dificultarse y se requieren estrategias que atiendan la complejidad de los sistemas de salud, así como la sensibilización y empoderamiento de los

"La seguridad del paciente se ha posicionado en la agenda mundial en las últimas dos décadas".

"En México, es prioritario avanzar en materia de seguridad del paciente lo cual lleve al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Naciones Unidas".

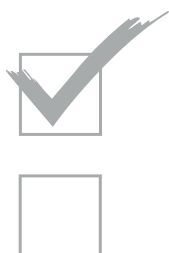


directivos y profesionales; pero sobre todo se hace necesaria una apuesta por la cultura de seguridad del paciente (Johnson, Hallsey, Meredith & Warden, 2006).

En México, es prioritario avanzar en materia de seguridad del paciente lo cual lleve al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Naciones Unidas, donde en tercer lugar destaca: "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015).

Dicho objetivo incluye metas específicas en relación a la tasa mundial de mortalidad materna; a las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años; a la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; a la cobertura sanitaria universal incluyendo el acceso a servicios de salud esenciales de calidad; al aumento de la financiación de la salud y a la contratación, desarrollo, capacitación y retención del personal sanitario en los países en desarrollo; y al reforzamiento de las capacidades en materia de alerta temprana, reducción y gestión de riesgos para la salud de dichos países (Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015).

Shanafelt y colaboradores (2010) señalaron como objetivo estratégico y prioritario la prevención del error en la atención de salud, así como la necesidad de un cambio en la atención médica hacia una cultura de calidad y seguridad.

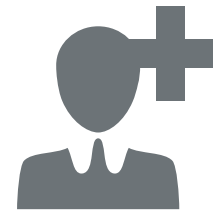


Es necesario que el personal de salud en los hospitales cambie el enfoque tradicional del error, cuando algo sale mal, que es "culpar y avergonzar" (*to blame and shame*), y sustituirlo por la nueva perspectiva de enseñar y aprender (*to teach and learn*), en busca de reducir el índice de equivocación (Downie, Caulfield & Flood, 2011).

Los sistemas de salud en los países desarrollados se enfocan principalmente en implementar cambios estructurales en beneficio de la seguridad del paciente; sin embargo, dichos cambios precisan estar acompañados de una transformación cultural para la mejora en la calidad y el desempeño de dichos sistemas (Institute of Medicine, 2001; Le Grand, May & Mulligan, 1998; Shortell, Bennett & Byck, 1998).

Dado lo anterior, se debe considerar el concepto de cultura organizacional, que incluye un amplio rango de fenómenos sociales como la vestimenta tradicional, lenguaje, comportamiento, creencias, valores, símbolos de estatus y autoridad, mitos, ceremonias y rituales. Además de modos de deferencia y subversión de una organización; los cuales ayudan a definir el carácter y las normas de esta (Nutley, Daview & Mannion, 2000; Schein, 1990).

La cultura organizacional se considera como una variable que tiene influencia sobre el desempeño de los hospitales y que contribuye a la calidad de la atención, así como una herramienta que puede utilizarse para obtener mejores resultados a nivel sistémico, incluyendo ambientes laborales mejorados y seguridad del paciente y del personal (Mawji et al., 2002; Shortell, 2000; Ozer et al., 2008).



Un profesional de la calidad en salud tiene como objetivo aumentar la atención en salud, optimizar su valor y optimizar los resultados al liderar actividades en las áreas de seguridad del paciente, regulación y acreditación, revisión y rendición de cuentas en relación a la calidad, avance del proceso y desempeño, análisis de información de salud, salud poblacional y transiciones en la atención (NAHQ & Professionals, 2018).



Los hospitales actualmente demandan profesionales que cuenten con preparación apropiada en calidad de la atención, lo cual es esencial para desarrollar e implementar sistemas efectivos de gestión de la calidad. Ser un profesional de esta índole requiere de amplias nociones en áreas tanto clínicas como administrativas, además de un alto grado de conocimiento y habilidad en la filosofía y práctica de técnicas para garantizar y mejorar la calidad (Rondeau & Birdi, 2005).



En relación al estudio de los accidentes y lesiones que ocurren en las organizaciones, es pertinente hacer referencia a la pirámide de Heinrich que se muestra a continuación.

En ella se sugiere que ocurre un incidente con lesiones graves (o incidente centinela) por cada 30 incidentes con lesiones leves y por cada 300 procedimientos realizados, es decir que existe una relación 1-30-300.

Figura 1.

Pirámide de Heinrich



Fuente: (Conde Mercado & Navarro Robles, 2015).



La fórmula anterior permite calcular un estimado de incidentes en salud y eventos centinela, a través de los datos de egresos hospitalarios del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" en los últimos 15 años, del cual se obtiene la siguiente tabla comparativa.

Tabla 1.

Estimación de incidentes y de eventos adversos graves o centinelas a partir del número de egresos.

AÑO	TOTAL DE EGRESOS	NÚMERO ESTIMADO DE INCIDENTES	NÚMERO ESTIMADO DE EVENTOS GRAVES O CENTINELA
2003	12,606	420	42
2004	13,358	445	45
2005	14,214	474	47
2006	14,003	467	47
2007	14,992	500	50
2008	16,006	534	53
2009	17,123	571	57
2010	18,050	602	60
2011	17,420	581	58
2012	17,629	588	59
2013	18,783	626	63
2014	19,458	649	65
2015	19,309	644	64
2016	16,076	536	54
2017	16,278	543	54
2018	17,065	569	57

Fuente: Elaboración propia de los autores con información proporcionada por el Departamento de Bioestadística Hospitalaria.

Sin embargo, en el estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS) en el que participó México, se evidenció que el 10% de los pacientes hospitalizados sufría algún tipo de daño en un día determinado. Además este número se duplicaba si se tomaba en cuenta el total de la hospitalización, por lo que es ineludible comprender la complejidad de los Sistemas de Salud y un error, si se compara con la industria de producción de bienes. En las primeras páginas de este manual, se ha presentado la importancia de la seguridad del paciente, así como la necesidad de aprender de los errores en el área de la salud.

Como profesionales de la salud con experiencia en el área médico-asistencial, estamos convencidos de que la teoría es sumamente importante. Sin embargo, *en la práctica cotidiana existe una brecha significativa para contar con escenarios controlados.*

Por lo anterior, ***la propuesta metodológica exhibida en este manual tiene el objetivo de fungir como una herramienta de fácil uso para cualquier equipo profesional que labore dentro de un centro asistencial que pudiera ser hospitalario o no, público o privado y que tenga la encomienda de recibir, canalizar, dar seguimiento y atender cualquier situación relacionada con la seguridad del paciente.*** Se pretende además que esta propuesta pueda inspirar a otras instituciones de atención a la salud a generar herramientas similares e implementar medidas prácticas basadas en evidencia.



A pesar de que en México existe la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, dirigida por la Secretaría de Salud, en las instituciones de salud de todo el país, no consta un posicionamiento en los organigramas, en donde debería aparecer el área de Calidad y Seguridad del Paciente. Esto debido a los limitantes que obstaculizan la capacidad de gestión y toma de decisiones al respecto.

A continuación, se muestra una recopilación del posicionamiento de las áreas de calidad en las diversas instituciones y organismos de salud en México.

Tabla 2.

Posicionamiento de las Áreas de Calidad Hospitalaria y Servicios Estatales de Salud.

	INSTITUCIÓN		POSICIÓN EN EL ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL
	HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD	Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango	
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer		Área de Calidad no especificada en el Sitio web consultado	
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío		No disponible en el sitio web al momento de la consulta	
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán		No disponible en el sitio web al momento de la consulta	
Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria, Hospital Bicentenario 2010		Gestoría de Calidad y Seguridad del Paciente	
Hospital Regional de Alta Especialidad Oaxaca		No disponible en el sitio web al momento de la consulta	
Hospital Regional de Alta Especialidad de Chiapas		No disponible en el sitio web al momento de la consulta	
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca		No disponible en el sitio web al momento de la consulta	
HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA	Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga		Área de Calidad no especificada en el sitio web consultado
	Hospital General de México Dr. Manuel Gea González		Subdirección de Calidad
HOSPITALES DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ	Hospital Central Ignacio Morones Prieto		Subdirección de Calidad
	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública		Jefatura de Departamento
	Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa		Gestoría de Calidad
	Hospital General de Matehuala		Gestoría de Calidad
	Hospital General de Ciudad Valles		Gestoría de Calidad
ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD ESTATALES	San Luis Potosí		Jefatura de Departamento
	Morelos		Jefatura de Departamento
	Nuevo León		Dirección Adjunta
	Yucatán		Subdirección
	Veracruz		Coordinación
	Puebla		Jefatura de Departamento
	Oaxaca		Dirección de Área

Fuente: Elaboración propia.

Los datos anteriores muestran como en diversas instituciones y organismos de salud en México aún no se incorpora la calidad como área de trabajo específica en sus esquemas jerárquicos. Únicamente se admite a nivel de función de ciertos departamentos que usualmente tienen otras funciones prioritarias. Además, en la mayoría de los casos en los cuales existen departamentos, áreas, direcciones o subdirecciones de calidad, estas se encuentran en niveles jerárquicos por debajo de lo deseable, disminuyendo así su autonomía, autoridad y capacidad de gestión.

“en México aún no se incorpora la calidad como área de trabajo específica en sus esquemas jerárquicos”.

2. Costos de los Incidentes en Salud

Los incidentes en salud pueden ocurrir en cualquier sistema de salud. El impacto y los costos de cada incidente son únicos para el paciente, la institución y el sistema de salud.

El costo sanitario directo es el financieramente tangible y relativamente fácil de obtener si tenemos acceso a la cuenta del paciente. El objetivo para estimarlo radica en identificar el momento o circunstancia en la que ocurrió el incidente; generalmente se puede consignar en las notas médicas o de enfermería y a partir de ese momento se da un seguimiento hasta la resolución del incidente. Se debe considerar que en algunas ocasiones se presenta más de un incidente en salud en un mismo paciente.

Se ha descrito que el costo de los incidentes en salud en los casos más graves (eventos adversos graves o centinela) a nivel internacional es de \$10,000 dólares (Ehsani, Jackson & Duckett, 2006; Kaushal et al. 2007; Miimann et al., 2012).

Los costos anteriores se estipularon mediante información proporcionada por países desarrollados, con lo cual se consideró indispensable identificar el costo de los eventos adversos centinela en México y se localizó que en el año 2013, la Subdirección de Calidad del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” indagó sobre el costo de los incidentes en salud más graves, que fueron reportados. Como resultado del estudio se identificó que en México en un hospital académico, el costo promedio en ese año fue de \$8,900 dólares (rango \$ 217.68 USD a \$ 36, 753.11 USD) (Gutiérrez-Mendoza, et al., 2015).





El costo de los eventos adversos centinelas, descritos anteriormente, se registró únicamente el costo sanitario directo, soslayando los gastos funerarios en caso de defunción y otros gastos relacionados con la discapacidad generada o los inherentes al hospedaje y alimentación del familiar o familiares cuidadores.

En el Hospital Académico, en donde se realizó el estudio, se distinguió que el 60% del costo total del incidente en salud, fue cubierto por el Sistema de Protección Social en Salud; sin embargo, hubo casos cubiertos en su totalidad y otros parcialmente. También se estableció que el 14.7% de los casos fueron incidentes en salud graves que ocurrieron en otras instituciones públicas o privadas, pero fueron referidas a este, por la capacidad resolutoria del hospital académico. Lo anterior, representó \$79,412.53 dólares, el 25% del costo directo institucional del total del gasto de los incidentes en salud graves. Es importante mencionar que el 82% de los eventos se identificó como prevenibles (Gutiérrez-Mendoza, 2015).



En el estudio Iberoamericano de Eventos adversos, en donde participó México en el año 2009, no se describieron los costos inherentes al paciente o al sistema de salud (IBEAS 2010).



3. Proceso de atención a los incidentes en salud en el Hospital Central "Ignacio Morones Prieto"

Como resultado de lo establecido por el Consejo de Salubridad General, donde se indica que deben priorizarse los incidentes que se presenten con más frecuencia en la institución, la Subdirección de Calidad del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" elaboró el formato de "Notificación de Evento Adverso" para estandarizar el registro de dichos incidentes, y poder así generar un plan de trabajo basado en recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Subdirección de calidad de acuerdo a sugerencia del Manual de Certificación Estándar se encargó de elaborar las definiciones institucionales para la categorización de dichos incidentes en salud a partir de los conceptos teóricos que han sido aprobados por organismos reconocidos en

el área de la salud como son la OMS y el Institute for Healthcare Improvement (IHI).

El plan de trabajo requiere que el hospital tome acciones en las áreas donde ocurre la notificación del incidente; la institución basa su criterio en lo establecido por la OMS que indica que los incidentes prioritarios son los que se relacionan con fallas en los procesos y procedimientos.

A continuación, se describen los **pasos que se realizan al interior del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” para notificar, analizar, sesionar y emitir recomendaciones de los incidentes en salud:**

La primera parte del proceso inicia a partir de que acontece un incidente en salud, a raíz del cual se emite un registro escrito por parte del personal de salud que haya estado presente durante el suceso.

El formato recaba la información desde la perspectiva del profesional de salud. Se indaga cómo se suscitaron los hechos y de las posibles causas por las cuales se generó el incidente. Si bien el personal que realiza el llenado del formato tiene la libertad de mantenerse en el anonimato, los siguientes datos del incidente deben incluirse: el nombre del departamento, el área, la función que desempeña la persona que notifica el incidente dentro del hospital, fecha y hora, el turno, el nombre completo del paciente (para realizar la solicitud del expediente clínico), la edad del paciente (estableciendo como grupos vulnerables a los pacientes de 0 a 5 años, mayores de 60 años, embarazadas y personas con discapacidad), el servicio de donde proviene, el número de cama y el diagnóstico de ingreso. Por último, se requiere que se describa si se tomó alguna medida dentro del servicio o del hospital para evitar que se presentara el incidente.

Una vez que llegan los formatos de “Reporte de Evento Adverso” a la Subdirección de Calidad, se asigna una fecha en la cual se lleva a cabo la lectura del incidente en la que participa el equipo de trabajo de la Subdirección y se realiza un pre-análisis interno para determinar si dicho evento califica o no como un incidente en salud de acuerdo a las definiciones institucionales y utilizando el esquema de espina de pescado, conocido también como causa-efecto o de Ishikawa.



1. Registro por escrito del incidente en *formato**.
2. Se indagan hechos y posibles causas.



Datos que debe integrar el **REPORTE DE EVENTO ADVERSO** (*Formato de reporte y seguimiento del incidente):

1. Nombre del departamento
2. Área
3. Función de la persona que notifica.
4. Fecha
5. Hora
6. Turno
7. Nombre completo del paciente
8. Edad
9. Servicio de procedencia
10. No. de cama
11. Diagnóstico de ingreso
12. Información acerca de las medidas tomadas al respecto del incidente

3. La subdirección de Calidad convoca a los jefes de divisiones del hospital.
4. Se analizan los casos en las divisiones médicas.
5. Discusión ordenada de los involucrados con base en el "Reporte de evento adverso".
6. Se presentan debilidades en el proceso de atención.
7. Reevaluación del caso por los participantes de la sesión.
8. se establecen compromisos, acuerdos y recomendaciones.
9. Se redacta una minuta de la carta compromiso.
10. Se establece tiempo de cumplimiento de compromisos.
11. Se asigna folio por caso en la SREA.
12. Se sesiona el caso en el COCACEP.



Posteriormente, la Subdirección de Calidad envía un comunicado donde se convoca a reunión a los jefes de las divisiones del hospital, y se incluye un resumen del incidente ocurrido "no contiene el pre análisis" que realiza la Subdirección. La asistencia a las sesiones es de carácter voluntario, incluso para el personal de salud que haya estado involucrado en el incidente. De acuerdo a la procedencia de notificación, el personal de enfermería es el que ha mostrado mayor apego a reportar incidentes.

Dependiendo del tipo de incidente, se analizan en las divisiones médicas los casos de manera individual, como los "eventos centinela"; o se sesiona sobre más de un caso, que se hayan presentado en un periodo de tiempo y que correspondan a la misma división.

Se procede con una discusión ordenada coordinada por los integrantes de la Subdirección de Calidad, en donde se presenta la evidencia documentada en el formato "Reporte de evento adverso" y en el expediente clínico. Se presentan las debilidades en el proceso de atención, considerando para esto el pre-análisis efectuado por el equipo de la Subdirección. Y, se reevalúa de acuerdo a lo aportado por los asistentes a la sesión y el personal que participó y/o presenció el incidente en salud. Al término del análisis se establecen compromisos, acuerdos y recomendaciones por parte de los asistentes.

Posteriormente, se hace una minuta de la carta compromiso donde queda establecido en consenso la clasificación del caso, y se establece un tiempo para el cumplimiento de compromisos para asegurar que estos sean efectuados.

Los incidentes en salud tratados se integran a la plataforma del SREA (Sistema de Registro de Eventos Adversos), donde se le asigna un folio a cada caso y alimentan los registros de todos los incidentes en salud a nivel nacional.

Finalmente, los casos se sesionan cada dos meses en el COCACEP (Comité de Calidad y Seguridad del Paciente) en donde se presentan a todos los Directivos los incidentes sesionados, compromisos establecidos y grados de avance de cada uno.

4. IDENTIFICACIÓN DE:

14

ÁREAS DE OPORTUNIDAD y PROPUESTAS DE MEJORA

Área de oportunidad:

En el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", el carácter de la asistencia a las sesiones de análisis de incidentes en salud, por parte del personal involucrado de manera directa en alguno de los mismos, es absolutamente voluntario.

Área de oportunidad:

La sesión de análisis de los incidentes en salud se lleva a cabo algunas semanas o meses después de la fecha en que ocurrieron estos. Se esperaría que al sesionar los departamentos en donde sucedieron los incidentes, presentaran propuestas o evidencias de acciones que pudieran disminuir el riesgo o evitar su reincidencia. Sin embargo, las acciones y propuestas se generan durante la sesión de discusión como resultado de un acuerdo colectivo entre los miembros de la junta.

Propuesta de mejora:

Se sugiere que los Jefes de División/Departamento/ Servicio exhorten al personal de salud de las áreas donde hayan sucedido los incidentes en salud, a presentarse a la sesión de análisis. Con el objetivo de fortalecer la implementación de las propuestas que se generen en consenso.

Propuesta de mejora:

Se sugiere pedirles a los departamentos en los cuales se haya suscitado el evento adverso que generen propuestas o evidencias con anticipación y que sean presentadas en la sesión de discusión de dichos eventos. Así como, redefinir los objetivos de la sesión de discusión de los eventos adversos (modificar el objetivo principal de generar propuestas nuevas durante la sesión), para enfocar la discusión en cada evento adverso. Así cada departamento implicado en el evento mencionará las propuestas preferentes en base a las evidencias (revisión bibliográfica); y los presentes en la sesión emitirán una opinión profesional respecto a las propuestas, lo que permitirá seleccionar y priorizar las más adecuadas. Lo anterior, permitirá realizar un **Análisis de Eventos Adversos Basados en Evidencia**.



Área de oportunidad:

A partir de la generación de propuestas y compromisos para disminuir el riesgo de eventos adversos, el proceso de seguimiento para asegurar su cumplimiento resulta inefectivo debido a que dicho proceso requiere de una cantidad considerable de tiempo por parte del personal de la Subdirección de Calidad del HCIMP. Por consiguiente, los incidentes quedan registrados, pero no se tiene evidencia de lo que se hizo para atenderlos.

Propuesta de mejora:

Diseñar e implementar una plataforma informática institucional, que permita la semaforización por parte de la Subdirección de Calidad del HCIMP, a través de la cual se generen recordatorios automáticos en las fechas acordadas para la entrega de evidencias por parte de los departamentos; y así comprobar que se están atendiendo las recomendaciones para disminuir la probabilidad de que se vuelvan a presentar eventos adversos por causas ya analizadas.

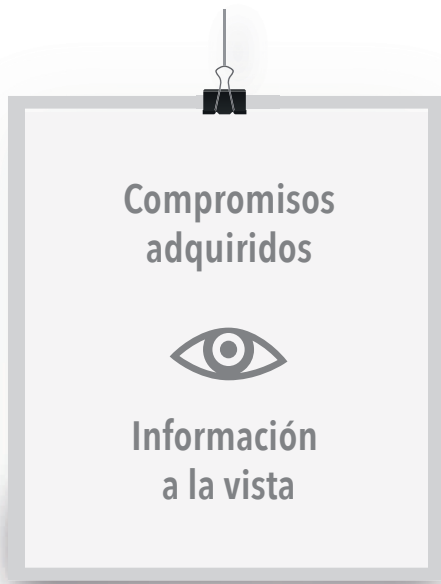
Área de oportunidad:

Se ha detectado que en el HCIMP existe la necesidad de promover una mayor sensibilización y divulgación hacia el personal en relación a la incidencia y prevalencia de los eventos adversos que se suscitan, así como hacia las medidas y compromisos acordados que tienen el objeto de disminuir estos.

Propuesta de mejora:

Generar una estrategia de intervención que propicie la apertura de canales de comunicación ascendente posterior a la toma de decisión, para que la información, instrucciones o indicaciones puedan fluir desde niveles organizacionales superiores hacia niveles organizacionales inferiores (Greenberg y Baron, 2003).

Difundir, en lugares estratégicos, los compromisos adquiridos de manera que puedan estar a la vista de todo el personal del hospital; por ejemplo, con la colocación de distintos carteles con leyendas breves como: "¿Sabías que a partir del 10 de enero de 2018, se dejarán de utilizar los decimales en las concentraciones de medicamentos?"; "Los 10 eventos adversos en este mes han sido los siguientes:..."; "Las barreras de seguridad para la administración de los medicamentos son las siguientes".



Área de oportunidad:

Algunos incidentes en salud que se suscitan en la institución tienen el potencial de ser prevenidos por parte del personal de salud. Además de su identificación, la disminución en el riesgo de la incidencia de los eventos adversos requiere que el personal entienda su rol en el sistema de calidad, las consecuencias y la gravedad que representa la falla del mismo (Quality Systems for blood safety, WHO 2002).

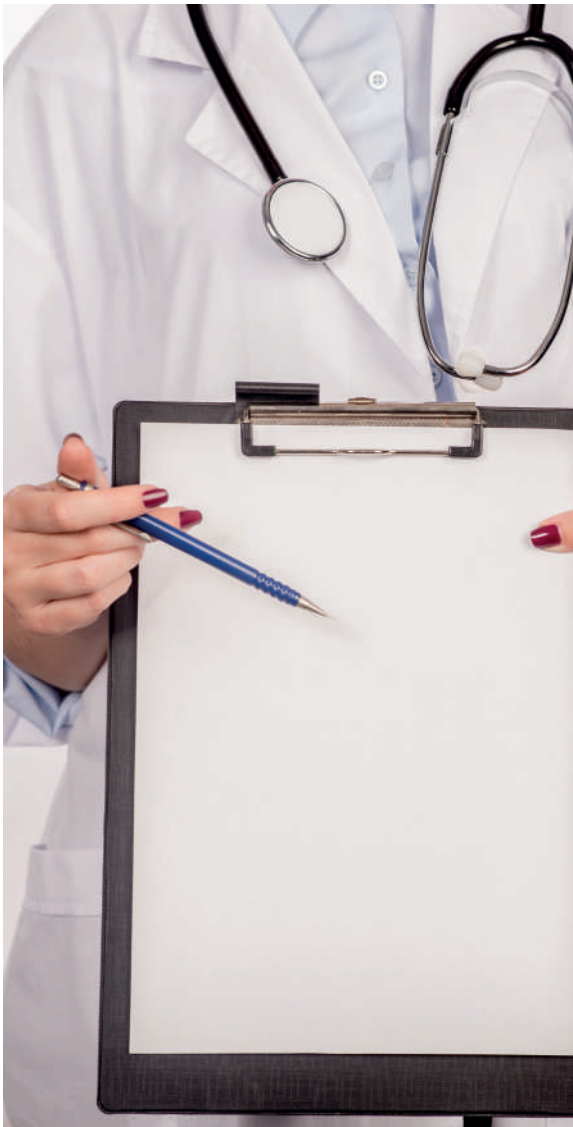
**Propuesta de mejora:**

Se propone capacitar al personal de salud para que sea competente en reconocer y atender situaciones clínicas que estén propensas a generar un error (Nichols, 2008), así como sensibilizarlo y concientizarlo para que pueda percatarse de su papel en los incidentes y de las consecuencias. Se sugiere la **realización de asambleas y capacitaciones periódicas donde se puedan exponer y discutir los eventos adversos reales** que se han producido en la institución.

Realizar auditorías del trabajo práctico de los médicos para la identificación de altos niveles de error, no con el objetivo de aplicar medidas disciplinarias a los trabajadores, sino **como parte de un control de calidad institucional** (Downie, Caulfield & Flood, 2011). La identificación de los orígenes del error a través de la aplicación de alguna metodología, como el análisis de la causa raíz (More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009), podría conducir a la mejora de los procedimientos; un ejemplo de esto sería el intercambio de información entre los distintos médicos que estén atendiendo a un mismo paciente (Downie, Caulfield & Flood, 2011).

Área de oportunidad:

Se ha identificado que uno de los factores que más influyen en la incidencia de errores y fallas en la prescripción de medicamentos es la comunicación inadecuada entre el personal de salud, principalmente entre enfermeras y médicos. En el HCIMP se han suscitado errores en relación a la prescripción y administración del medicamento indicado así como la dosis, lo que puede generar situaciones que pongan en riesgo a los pacientes de sufrir un evento adverso.

**Propuesta de mejora:**

Se recomienda la implementación de intervenciones activas enfocadas en la reducción de estos errores y fallas, como son los sistemas de retroalimentación y revisión inmediata de las prescripciones de medicamentos (Velo & Minuz, 2009).

Por consiguiente se propone:

1. **Capacitar para reafirmar el conocimiento de los 7 correctos** en relación a la administración de medicamentos por el personal de enfermería, donde se identifique si se trata del paciente correcto, el medicamento, la dosis, la vía de administración, la velocidad de infusión, la hora y el registro.
 2. Implementar una estrategia para el momento de la aplicación del medicamento al paciente, donde el personal de salud le proponga a él o a su familiar (alfabeta) la **hoja de indicaciones de los medicamentos y las dosis**. El personal de salud debe entonces pedir al paciente que lea en voz alta cada uno de los medicamentos y dosis de la lista mientras dicho personal coteje y verifique la corrección de los datos. En caso de ser correctos, el paciente puede entonces constatar que la información es correcta y firmar la hoja (MMU-Consejo de Salubridad General, el encargado de verificar la idoneidad es un químico clínico, no la enfermera).
-

Área de oportunidad:

Se ha identificado que algunas prácticas aumentan el riesgo de que sucedan errores en el HCIMP, como que se designen responsabilidades a miembros del personal que no cuentan con el entrenamiento necesario, o a la excesiva carga de trabajo asignada a algunos de los miembros. La literatura señala que la seguridad del paciente con frecuencia requiere de mucho más esfuerzo y modificaciones que van más allá de que los trabajadores sean cuidadosos.

Se ha indicado que las deficiencias en el diseño, organización, mantenimiento, entrenamiento y administración de los sistemas de salud pueden crear condiciones en las cuales es más probable que los individuos cometan errores (Reason, 2000). Un ejemplo de esto son las decisiones administrativas que resultan en cargas excesivas de trabajo para los médicos (Gaba & Howard, 2002).

Propuesta de Mejora:

Como objetivo a largo plazo, el HCIMP podría **trabajar para corregir los defectos sistemáticos en el manejo institucional**, ya que esta podría ser la manera más efectiva de reducir el error humano (Reason, 1997).



Área de oportunidad:

Se ha identificado que existe cierta renuencia entre los miembros del personal médico a exponer las debilidades detectadas en el proceso de atención con el resto del personal, así como de divulgar sus errores. Esta situación se relaciona con la tendencia a enfocarse en los individuos en lugar de las causas sistémicas, ya que es más fácil y menos costoso disciplinar a una persona que hacer cambios fundamentales a un sistema. Esto ha llevado a la creación de una cultura de culpa donde los profesionales de la salud no efectúa el reporte de errores médicos (Views of practicing physicians and the public on medical errors, 2003).

**Propuesta de Mejora:**

Para que puedan atenderse los errores médicos de forma significativa, se debe permitir que los médicos sean humanos y proveerlos de un método no punitivo para divulgar y discutir los errores médicos, y evitar que sean juzgados por otros (Wu, 2000). **Se debe educar y entrenar a los médicos para que sean más abiertos y honestos en las discusiones acerca de sus errores para que así otros médicos puedan tener la oportunidad de aprender de errores médicos previos y prevenir su reincidencia** (Lester & Tritter, 2001).

Algunos estudios indican que la mayoría de los errores médicos son producto de errores sistémicos, y por consiguiente proponen un enfoque en el cual se recomienda que no se fije la atención sobre los médicos considerados como las “manzanas podridas”, ya que la remoción de estos del sistema donde se encuentra en flujo constante e influenciado por muchos participantes, lleve a una reducción de errores (Deskin & Hoye, 2004).

A pesar de lo expuesto anteriormente, es muy importante ser consciente de que la cultura del personal de la salud en México como parte de la población latina, todavía existe una barrera que imposibilita dar el paso que ya han dado otras culturas de los países desarrollados como lo son: “la culpa y el castigo”. Por lo anterior, existen eventos adversos graves o centinelas que en los centros médicos académicos deben ser analizados por la persona encargada del área de calidad hospitalaria únicamente con el personal médico en formación de pregrado o posgrado que participó; y evitar que compañeros u otros médicos, tomen represalias en contra de ellos.

Área de oportunidad:

La alfabetización en salud (AS) es la habilidad de poder obtener, procesar y entender información básica en relación a la salud que se precisa para tomar decisiones para el cuidado de la misma (Nielsen-Bohman & Rudd, 2005; Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian & Weiss, 2007). La población más vulnerable es la que posee un menor nivel de AS, ya que esto provoca falta: de conocimiento de los síntomas de la enfermedad, de medidas preventivas, de la utilización adecuada de medicamentos y de la menor posibilidad de tener una relación adecuada con su médico, que a su vez les lleva a requerir más consultas de emergencia y hospitalizaciones (Baker, Par-

ker, Williams & Clark, 1998; Gazmararian, Williams, Peel & Baker, 2003).

Las medidas que se han tomado para la alfabetización en salud han surgido de países desarrollados y estas han reflejado las características de sus economías, poblaciones y sistemas de salud; en cambio los estudios de la AS en países subdesarrollados son muy escasos a pesar de la alta probabilidad de que la AS sea endémica en estas regiones (Dowse, 2016). Se ha identificado la necesidad de implementar estrategias en la población de pacientes del HCIMP que permitan aumentar el nivel de alfabetización en salud.



Propuesta de Mejora:

En un estudio realizado por Konfino, Mejía, Majdani & Pérez-Stable (2009) en un hospital universitario de Argentina, se encontró que era importante conocer el nivel de AS de los pacientes, y que parecía existir una relación entre el nivel educativo y la probabilidad de presentar inadecuada AS. En dicho estudio se consideró a todos los pacientes con un nivel de instrucción formal menor a 7 años como una población en riesgo de ser analfabeto en salud. Por ello, se recomienda registrar el nivel educativo del paciente en la historia clínica en el HCIMP para ser utilizado como un factor que puede ayudar a generar un indicador de AS del paciente.

Existen una serie de **puntos claves** que nos indican que el paciente puede poseer un bajo nivel de AS, como son:

La frecuente inasistencia a consultas programadas; la falta de seguimiento y apego a un tratamiento indicado; que el paciente no sea capaz de dar el nombre de los medicamentos que toma; para que sirven y la dosis; que el paciente solo identifique sus medicamentos de manera visual (por ejemplo de acuerdo al color o la forma de la pastilla); que el paciente no haga preguntas o haga menos preguntas de lo normal.

Se recomienda informar al personal de salud acerca de estos puntos claves e invitarlos a incluir algunos otros, para que se consideren a la hora de la atención a los pacientes en el HCIMP. De este modo, **el personal podrá hacer un esfuerzo adicional con los pacientes que identifiquen con baja AS.**

Además, se recomienda capacitar al personal de salud para que se **implemente la técnica "Teach Back"**

con los pacientes para ayudarlos a que recuerden y entiendan información importante en relación a su diagnóstico, tratamiento y medicación. Esta consiste en que repitan la información e instrucciones que el personal les ha dado con anterioridad, el personal debe hacer preguntas como: ¿Dígame que le dirá usted a su familia acerca de lo que hemos platicado?; ¿Dígame 3 cosas que usted puede hacer para ayudar a controlar su Diabetes?; ¿Cuáles son algunos de los signos que usted debe identificar para ayudarlo a saber cuándo tiene que tomar su medicamento? (Weiss, 2007).

Se sugieren además algunas **estrategias para aumentar la comprensión de los pacientes** como son el uso de imágenes para clarificar algún concepto médico complejo, asegurando que las imágenes se coloquen en contexto. Por ejemplo, al ilustrar una parte interna del cuerpo, se debe colocar dentro del cuerpo exterior para que las personas puedan identificar donde está realmente (Houts, Doak, Doak & Loscalzo, 2006).

Se recomienda el **uso de lenguaje simplificado**, en vez de utilizar términos médicos complejos, así decir: "panza" en vez de "abdomen"; "tomar" en vez de "tragar"; "dañino" en vez de "adverso"; "grasas" en vez de "lípidos"; "que dura poco tiempo" en vez de "agudo" (Graham & Brookey, 2008).

Si se van a tratar temas generales de salud, se recomienda que se den pocos mensajes a la vez, así como **indicarles a los usuarios que hagan acciones específicas**, por consiguiente, sería mejor enfocarse en los comportamientos y no en los principios médicos (Ong, de Haes, Hoos & Lammes, 1995).



Área de oportunidad:

En el HCIMP se ha identificado que los pacientes que reciben tratamiento en el hospital podrían evitar la recurrencia de eventos adversos. El involucramiento de los pacientes para que participen de manera activa en su cuidado, se ha vuelto una prioridad para los diseñadores de las políticas públicas con el objetivo mejorar la calidad de la atención (Hibbard, Mahoney, Stock & Tusler, 2007; Hibbard & Cunningham, 2008; Johnson, 2011; Fitzsimons & Fuller, 2002).

Propuestas de Mejora:

Se propone que el personal de salud que se encuentre en contacto directo con los pacientes hospitalizados, **involucre al paciente y a su acompañante en el cuidado activo de su salud**, dándoles instrucciones precisas e indicaciones de lo que deben cuidar mientras no se encuentre presente algún personal de salud. Algunos ejemplos podrían ser que se vigile constantemente la bolsa de drenaje para asegurarse que no esté habiendo cambios en la coloración de la orina; verificar que la vía intravenosa por la que se está suministrando suero/medicamentos no esté siendo bloqueada por el cuerpo del paciente; hacerle saber al paciente/familiar que tiene derecho a aclarar cualquier duda que tenga respecto a su tratamiento y que este tiene una obligación de responder; verificar de manera visual que el medicamento que se esté aplicando al paciente sea el mismo que se le haya prescrito.



Área de Oportunidad:

Existe una proporción importante de pacientes del HCIMP que son adultos mayores, y se ha determinado que se necesitan estrategias específicas para atenderlos y trabajar con ellos.

Propuestas de Mejora:

Se recomienda abordar la **atención a los adultos mayores desde el respeto, la aceptación y el apoyo**. Cualquier sesión de instrucción debe realizarse a **media mañana** cuando sus niveles de energía son más altos, y es importante **que la información sea breve y que la persona hable despacio**, pero no tanto como para que la persona se distraiga o se aburra. Además se debe proveer a los pacientes con la **información escrita** de lo que se menciona. Se recomienda al respecto que se utilice poco texto, fácil de entender y de un **tamaño de letra visible**. A su vez instar a los pacientes a que mantengan la información escrita en una ubicación en su hogar donde puedan revisarla frecuentemente como puede ser sobre el refrigerador, cerca del teléfono o en el buró. Es importante también hacer una **conexión entre el nuevo conocimiento que se está tratando de enseñar y las experiencias anteriores de las personas**; recordar y contar historias de lo vivido puede ayudar a los adultos a facilitar el nuevo aprendizaje. Además, si estamos trabajando en la adquisición de nuevos procedimientos o habilidades **se debe tratar de realizar una demostración en vez de solo una descripción** (Cornett, 2006).

Área de oportunidad:

En el HCIMP se ha determinado que una cantidad importante de pacientes tienen que ser readmitidos al hospital poco tiempo después de haber egresado. Los pacientes son vulnerables a una gran variedad de eventos adversos luego de ser dados de alta (Forster, Murff, Peterson, Gandhi & Bates, 2003).

Propuestas de Mejora:

En relación a la población de pacientes que son adultos mayores, Courtney et al. (2009) propusieron una intervención posterior al alta de dichos pacientes. Para ello, una enfermera, después de 48 horas del alta, visitó al paciente para apoyarlo y aconsejarlo, incluso, en algunos casos, realizó algunas visitas posteriores si así lo requería el paciente. Además se contactó telefónicamente con los pacientes para darle seguimiento semanalmente durante 4 semanas; y después mensuales durante los siguientes 5 meses. Además, la enfermera estaba disponible en su horario de trabajo para que los pacientes la llamaran de ser necesario.

Durante las llamadas telefónicas, se trataron temas de salud general, manejo del régimen de tratamiento dado, problemas o preocupaciones, niveles de adherencia a las recomendaciones dadas en el hospital; y se les ofreció información, retroalimentación positiva y apoyo a los pacientes. Se encontró que estas intervenciones podrían reducir la utilización de los servicios de salud de emergencia y así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que estén en riesgo de ser readmitidos al hospital. Debido a esto se propone que el HCIMP adapte e implemente una estrategia similar, en la cual se realicen visitas a domicilio y se hagan **llamadas telefónicas para conocer el estado de salud de los pacientes que hayan sido dados de alta para asistirlos y apoyarlos en lo que pudieran necesitar.**

Se sugiere además que los posibles ejecutores de dicha estrategia sean practicantes de las áreas de la salud que estén rotando por dicha institución.



**Área de oportunidad:**

Se ha identificado que existe cierta aversión por parte del personal médico cuando se trata de informar a los pacientes de errores cometidos que les causaron algún daño o incidente en el HCIMP. Lo que le impide al médico develar su error es el temor de que esto incremente la posibilidad de que los pacientes decidan tomar alguna acción legal en su contra; sin embargo, estudios previos indican que la honestidad de los médicos, el pedir una disculpa y la demostración de una expresión sincera de arrepentimiento por el malestar e inconveniencias que se la hayan causado al paciente, puede provocar que los pacientes queden con pocos ánimos de iniciar algún proceso legal (Waite, 2005).

Un estudio de Harvard encontró que menos del 2% de los eventos adversos negligentes resultaban en demandas (Localio et al., 1991). Se ha mostrado además que lo que los pacientes quieren realmente es una explicación de lo que les sucedió, y que les aseguren que se están dando pasos para rectificar el problema y para evitar que vuelva a suceder (Hickson, 1992; Berlinger, 2003).

Propuesta de Mejora:

El Código Internacional de Ética Médica establece que los médicos deben tratar a sus pacientes con honestidad y actuar en el mejor interés de los mismos ("WMA - The World Medical Association-WMA International Code of Medical Ethics", 2018). Asimismo, el Código de Ética de la Asociación Médica de Canadá establece que un médico ético debe tomar todos los pasos razonables para prevenir que haya daño en los pacientes, y en caso de que este se suscite se debe informar al paciente de lo sucedido ("Code of Ethics", 2018).

Se recomienda, por consiguiente, fomentar comportamientos en los médicos del HCIMP como son: **el informar al paciente del error cometido, darle una explicación de lo que sucedió, ofrecerle una disculpa que sea sincera y asegurarle que se tomarán pasos para rectificar el problema y sobre todo para evitar que vuelva a suceder, y así prevenir la incidencia de futuras acciones legales.**

Área de Oportunidad:

En los diversos organismos de salud en México existe una evidente ausencia de áreas dedicadas exclusivamente a la mejora de la calidad en salud. Además, a pesar de que algunos hospitales e instituciones sí cuentan con estos departamentos, áreas, direcciones o subdirecciones, no se encuentran en un nivel jerárquico deseable.

Propuesta de Mejora:

Debido a esta situación se recomienda que en las distintas instancias de salud en México, se establezcan áreas con un enfoque específico a la mejora de la calidad en salud, y que estas tengan mayor autonomía dentro de las instituciones para así aumentar su capacidad de gestión y autoridad.

El enfoque en la mejora de la calidad es de suma relevancia para las instituciones de salud, debido a que de esta manera se protegen los intereses del paciente y el rendimiento financiero de las instituciones se ve favorecido. Para lograr esto, se debe trabajar en mitigar los efectos de una mala calidad en la atención de la salud como son las ineficiencias en los procesos, el uso excesivo de recursos y los daños prevenibles, para alcanzar un nivel óptimo de la calidad y la mejora en los resultados de los pacientes que conllevan un bienestar fiscal a la institución (Stephen et al., 2013).



5. Glosario de términos Internacionales

Algunos países y organismos internacionales han definido términos en materia de seguridad del paciente con el propósito de mejorar su estudio y facilitar la comprensión y transferencia de información. A continuación, se exponen las definiciones más ampliamente aceptadas.

Tabla 3.

CONCEPTO	Definiciones y Conceptos Establecidos por Organismos Internacionales			
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención de salud hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas contra el riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>)	Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos (<i>Agency for Healthcare Research & Quality, 2005</i>).	Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguro y minimizar los posibles daños (<i>La Seguridad del Paciente en Siete Pasos, 2005</i>).	La prevención del daño a los pacientes (<i>Institute of Medicine, 2017</i>).
DAÑO	Deterioro de la estructura o función del cuerpo y/o cualquier efecto perjudicial que haya surgido a partir del mismo (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>).			
GRADO DE DAÑO	Gravedad y duración del daño, e implicaciones de tratamiento, que resulten de un incidente (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>).			
INCIDENTE	Evento o circunstancia que podría haber resultado o que resultó en un daño innecesario a un paciente (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>).	Cualquier incidente inesperado o no intencionado que pueda producir o inducir daño para una o más personas que están recibiendo asistencia sanitaria financiada por parte del NHS (<i>La Seguridad del Paciente en Siete Pasos, 2005</i>).		
CUASI-INCIDENTE	Incidente que no alcanzó al paciente (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>).			
INCIDENTE PREVISTO	Incidente en la seguridad del paciente que potencialmente puede causar daño, pero que ha sido previsto, y que como resultado no producen daños a los pacientes (<i>La Seguridad del Paciente en Siete Pasos, 2005</i>).			
INCIDENTE SIN DAÑOS	Incidente que alcanzó al paciente, pero no causó ningún daño apreciable. (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>).			
INCIDENTE CON DAÑOS (EVENTO ADVERSO)	Incidente que resultó en el daño a un paciente (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>).	Daño ocasionado por una intervención médica (<i>Institute of Medicine, 2017</i>).		
EVENTO CENTINELA	Involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo de que esto ocurra (<i>Institute of Medicine, 2017</i>).			
ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ	Proceso sistemático e iterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente a través de la reconstrucción de la secuencia de eventos y preguntándose repetidamente: ¿por qué?, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes (<i>More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009</i>).			

6. Definiciones Operacionales en México

Algunos investigadores e instituciones en México han generado diversos conceptos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4.

CONCEPTO	Definiciones Operacionales para México en Relación a la Seguridad del Paciente.				
El Instituto Nacional de Rehabilitación	Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de él, que comprende enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.	Error: la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan incorrecto, y puede manifestarse por la realización de algo incorrecto (error de comisión) o la no realización de lo correcto (error de omisión).	Incidente: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.	Casi-error o cuasi falla: acontecimiento peligroso que no ha producido daño, que ha sido evitado por casualidad o intervención oportuna, y que sirve de aviso de la posibilidad que ocurra un evento adverso.	
Consejo Nacional de Salubridad	Seguridad del paciente: conjunto de acciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos, que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe.	Amenaza para la seguridad del paciente: todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo.	Evento adverso: incidente que produce daño leve o moderado al paciente.	Evento centinela: hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.	
Estudio de la gestión de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad	Indicadores centinela: son útiles para la identificación de eventos o sucesos no esperados, con resultado final de muerte, de grave lesión física o psicológica, o el riesgo de desarrollo de alguna de ellas, entendiendo riesgo como todas aquellas circunstancias del proceso de atención que colocan al paciente en una situación de riesgo adicional al de la patología de base. Argumenta además que dichos eventos son indeseables, prevenibles y de consecuencias graves, cuya presencia alerta a la organización sobre algún problema significativo en el proceso de atención, y que se llaman "centinelas" porque representan una señal de la necesidad de iniciar una investigación inmediata y la puesta en marcha de medidas correctivas.				
Categorización de los niveles de gravedad del daño adaptados a partir del National Patient Safety Agency	Sin daño: impacto evitado (cualquier incidente de seguridad del paciente que tuvo el potencial de causar daño pero fue evitado, resultando sin daño alguno para los pacientes) o no evitado (cualquier incidente de seguridad del paciente acontecido pero sin producir ningún daño a los pacientes).	Moderado: incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento y que causó un daño significativo, pero no permanente a uno o más pacientes.	Bajo: incidente de seguridad del paciente que requiera una observación adicional o tratamiento menor y que causó un daño mínimo a uno o más pacientes.	Grave: incidente de seguridad del paciente que tiene como resultado un daño permanente en uno o más pacientes.	Muerte: incidente de seguridad del paciente que provocó directamente la muerte de uno o más pacientes.
Referencias	Manual Para el Control y Seguimiento de Eventos Adversos, 2015; Guía Técnica para el Análisis Causa – Raíz de Eventos Adversos en hospitales, 2013; Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente, 2013; Hernández Llamas et al., 2006; La Seguridad del Paciente en 7 pasos, 2005.				

7. Definiciones Institucionales para la Clasificación de Incidentes en Salud del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

La Organización Mundial de la Salud define que existen diferentes tipos de Incidentes y se relacionan con las siguientes causas (More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009):

1. Trámites administrativos, administración para la atención a la Salud.
2. Fallas en proceso / procedimientos asistenciales.
3. Fallas en los registros clínicos.
4. Infección asociada a la atención en salud.
5. Medicación / administración líquidos parenterales.
6. Sangre / productos sanguíneos.
7. Nutrición.
8. Oxígeno / gases / vapores.
9. Dispositivos / equipos médicos.
10. Comportamiento o las creencias del paciente.
11. Caídas de paciente.
12. Accidentes de los pacientes.
13. Infraestructuras/locales/instalaciones.
14. Recursos / gestión de la organización.
15. Relacionadas con el laboratorio clínico, imagenología o el de patología.



Institute for Healthcare Improvement	Organización Mundial de la Salud
Categoría A: Circunstancia o evento que tiene la capacidad de causar error.	Factor latente*
Categoría B: Un error que no alcanzó al paciente.	Quasi falla**
Categoría C: Un error que alcanzó al paciente, pero no causó daño aparente.	Incidente sin daño
Categoría D: Un error que alcanzó al paciente y requirió la supervisión o la intervención para confirmar que esto no causó ningún daño al paciente.	Incidente sin daño
Categoría E: Daño temporal al paciente y requirió intervención.	Incidente con daño / Evento adverso leve***
Categoría F: Daño temporal al paciente y requirió iniciar o prolongar la hospitalización.	Incidente con daño / Evento adverso moderado****
Categorías G: Daño permanente al paciente.	Incidente con daño / Evento adverso grave*****/ Centinela*****
Categoría H: Requirió intervención para sostener la vida.	Incidente con daño / Evento adverso grave*****/ Centinela*****
Categoría I: Muerte del paciente.	Incidente con daño / Evento adverso grave*****/ Centinela*****

Factor latente:** el acontecimiento o la situación que podría haber tenido como resultado de un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por intervención oportuna. *Quasi falla** es el acontecimiento o la situación que podría haber tenido como resultado de un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por la casualidad o por intervención oportuna. *****Leve:** el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración y la intervención necesaria es nula o mínima (0 a 72 horas). ******Moderado:** el resultado para el paciente es sintomático y exige intervención, prolonga la estancia, causa un daño o pérdida funcional. *******Grave:** el resultado para el paciente es sintomático, exige una intervención que le salve la vida, una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, causa un daño o pérdida funcional de larga duración (mayor a 90 días). *******Centinela:** es cualquier evento no anticipado en el cuidado a la salud que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente y que resulta en la muerte, lesiones físicas o psicológicas permanentes.



8. Cultura de Seguridad del Paciente

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud (Gómez et al., 2011). Se puede decir que **existe una cultura de seguridad cuando hay un esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, y se cuenta con el compromiso del personal y de la jefatura** (Soule, 2011).

“La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental”

La creación de una cultura institucional de seguridad del paciente lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud. Asimismo, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar o disminuir en lo posible la aparición de eventos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva, la aplicación de planes de mejora que se completen con un seguimiento adecuado, para mejorar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada por la OMS como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente (Ibarra-Cerón, Olvera-Sumano y Santacruz-Varela, 2011).

Se define cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación (Torijano et al., 2010).

De acuerdo con Torijano y colaboradores (2010), algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones dedicadas al cuidado de la salud son:

- La reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de seguridad del paciente, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.
- La disminución del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar de forma abierta cuando las cosas fallan.
- La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención sanitaria como consecuencia de los incidentes reflejados.
- La reducción en los amplios costos financieros y sociales provocados por incidentes de seguridad del paciente, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

En todos los estudios y experiencias que involucran la seguridad de los pacientes, surgen como elementos ineludibles aspectos organizacionales como: frecuencia de eventos adversos, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, franqueza de la comunicación, comunicación de errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia y problemas en el cambio de turno. Por lo que teniendo en cuenta que la seguridad del paciente se basa tanto en estructura como en costumbres y hábitos, se hace indispensable la utilización de medidas apropiadas para evaluar los elementos intangibles a través de manifestaciones tangibles (Meléndez et al., 2014).

Para medir los diferentes aspectos de la cultura sobre la seguridad del paciente se han diseñado diferentes escalas, entre las cuales algunas han tenido mayor proyección que otras. Algunas se han enfocado a los aspectos sociales, mientras que otras lo han hecho sobre áreas específicas como la cirugía, para tratar de identificar aspectos específicos de la especialidad (Fajardo-Dolci et al., 2010).

Una de escalas más utilizadas es castellano es la versión traducida al español del cuestionario "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC), elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), la cual ha sido utilizada en países como: Estados Unidos, Japón, Nueva Zelanda, España y América Latina, incluyendo a México, el cual contiene 42 reactivos agrupados en 12 dimensiones (Ver tabla 1):

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Aspectos organizacionales:

1. Frecuencia de eventos adversos.
2. Percepción de seguridad.
3. Expectativas y acciones de la dirección.
4. Aprendizaje organizacional.
5. Trabajo en equipo.
6. Franqueza de la comunicación.
7. Comunicación de errores.
8. Dotación de personal.
9. Apoyo de la gerencia.
10. Problemas en el cambio de turno.

"Teniendo en cuenta que la seguridad del paciente se basa tanto en estructura como en costumbres y hábitos, se hace indispensable la utilización de medidas apropiadas para evaluar los elementos intangibles a través de manifestaciones tangibles".

Tabla 6.

Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente

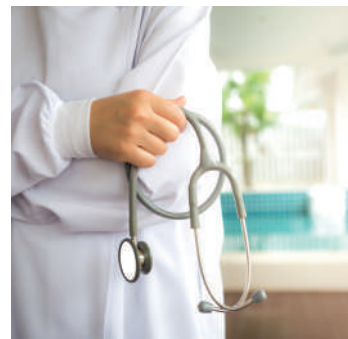
1. Trabajo en equipo en la unidad / servicio	CUATRO PREGUNTAS: Apoyo, respeto y solidaridad del personal en situación normal y de sobredemanda.
2. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión / servicios para favorecer la seguridad	CUATRO PREGUNTAS: Retroinformación, apertura para la comunicación y grado de interés de la gerencia por la seguridad del paciente.
3. Aprendizaje organizacional / mejora continua	TRES PREGUNTAS: Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación.
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	TRES PREGUNTAS: Interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva.
5. Percepción de seguridad	CUATRO PREGUNTAS: Prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos.
6. Franqueza en la comunidad	TRES PREGUNTAS: Informe de la gerencia sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos.
7. Feed back y comunicación sobre los errores	TRES PREGUNTAS: Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien.
8. Frecuencia de eventos notificados	TRES PREGUNTAS: Reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente.
9. Trabajo en equipo entre unidades / servicios	CUATRO PREGUNTAS: Cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas / servicios / unidades.
10. Dotación de personal	CUATRO PREGUNTAS: Disponibilidad y organización personal.
11. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	CUATRO PREGUNTAS: Pérdida de información y problemas durante los cambios y transiciones.
12. Respuesta no punitiva a los errores	TRES PREGUNTAS: Utilización negativa de la información sobre errores y temor a las represalias.

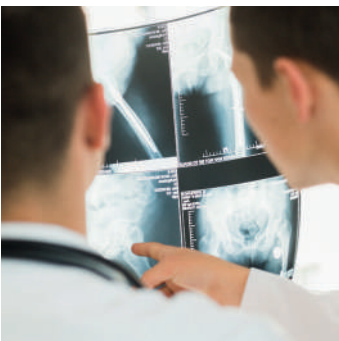
Fuente: *Peréz-Castro y Vázquez et al. (2014).*

El estudio de la cultura para la seguridad del paciente se enfoca desde diferentes perspectivas o dimensiones. Hasta el momento, el informe de la frecuencia y severidad de los incidentes es una de las que menos se toma en cuenta. En este sentido, debe existir un compromiso directivo permanente para promoverlo y facilitarlo, proporcionando las herramientas necesarias para identificar los patrones más prevalentes en los incidentes de seguridad que permitan evaluar con datos duros las intervenciones para su prevención. De igual manera, se debe establecer correlaciones entre la cultura del personal de salud y los resultados de los pacientes, con el fin de darle sentido al esfuerzo de su estudio y no solamente establecer comparaciones entre unidades hospitalarias sin propósitos claros (Fajardo-Dolci et al., 2010).

La revisión de la literatura sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente coinciden con lo propuesto por el instrumento HSOPSC, Sammer et al. (2010) identificaron lo que ellos llaman subculturas relacionadas con la seguridad del paciente, a continuación se definen cada una de ellas:

1. **Liderazgo.** Diversos autores ha señalado la importancia del liderazgo para la cultura de seguridad del paciente (Mohr, Abelson & Barach, 2002; Dickey, 2005; Blake, Kohler, Rask, Davis & Naylor, 2006; McFadden, Henagan & Gowen III, 2009; Vogelsmeier, Scott-Cawiezell, Miller & Griffith, 2010). Un líder exitoso comparte su visión personal y demuestra compromiso para alcanzar los objetivos, pero para que esto suceda las organizaciones encargadas de la salud deben implementar programas de capacitación para desarrollar habilidades de liderazgo y reforzar los factores de una cultura de seguridad (Mohr, Abelson & Barach, 2002).
2. **Trabajo en equipo.** Se considera la segunda dimensión crítica de la cultura de seguridad del paciente. Los equipos de trabajo resultan fundamentales para el funcionamiento de la organizaciones, por lo que su número ha aumentado de manera sustancial en las organizaciones actuales y, entre ellas, en las que se encargan del cuidado de la salud debido a las ventajas potenciales que ofrecen: (a) efectividad en las tareas (mejora de la salud y satisfacción del paciente), (b) salud mental (moral y bienestar de los miembros del equipo) y (c)





viabilidad (permanencia en el tiempo de los miembros del equipo) (Bower, Campbell, Bojke, & Sibbald, 2003, citados en Ortega, Martí, Gil, Antino y Martínez, 2014).

3. **Medicina basada en evidencia.** Se refiere a que las decisiones clínicas deben estar basadas en la evidencia científica disponible pero reconociendo al mismo tiempo las preferencias del paciente. Las organizaciones encargadas de la salud que demuestran evidencia sobre las mejores prácticas, incluyendo procesos estandarizados, protocolos check lists y guías clínicas demuestran una adecuada cultura de seguridad (Saamer et al., 2010).
4. **Comunicación.** Una de las metas nacionales para la seguridad del paciente de la Joint Commission en 2007 fue la implementación estandarizada del manejo de la comunicación, incluyendo la oportunidad de preguntar y responder cuestiones. Se analizaron más de 3000 eventos centinelas de 1995 a 2004 y se encontró que el 65% de los problemas reportados eran causados por una deficiente comunicación. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de una adecuada comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente.
5. **Aprendizaje.** Una cultura de aprendizaje existe en un hospital cuando se busca aprender de los errores e incorporar las mejoras en los procesos en la calidad de la atención. El aprendizaje está ligado con el liderazgo, el cual debe promover un ambiente favorable para el aprendizaje (Sammer, 2010).
6. **Cultura justa.** Se refiere a un tipo de cultura que aprende y hace mejoras en base a la propia identificación de sus debilidades (Frankel, Leonard & Denham, 2006). Una cultura justa se caracteriza por ser No punitiva y por tener una atmósfera de trabajo donde no se culpabilice de los errores o fallos que tenga el empleado (Sammer, 2010).
7. **Atención centrada en el paciente.** Este concepto se define como las necesidades y preferencias del paciente las cuales incluyen: valores, apoyo emocional, confort físico, información, comunicación, educación seguimiento, coordinación para el cuidado, involucramiento con familiares y amigos (Luxford, Safran & Delbanco, 2011). La atención centrada en el paciente permite a este último empoderarse en su tratamiento y cuidado, así como estar al tanto de las decisiones acerca de su tratamiento (Sammer, 2010).

Para una mayor comprensión de la tipología de la cultura de seguridad del paciente se presenta una tabla con las subculturas y sus propiedades. (Ver tabla 7).

Tabla 7.

Tipología de la Cultura de Seguridad del Paciente

Subcultura de la cultura de seguridad del paciente	Propiedades
Liderazgo	Responsabilidad Cambio en el compromiso de gestión Supervisiones ejecutivas Gobernanza Relaciones abiertas Compromiso médico Prioridad en los recursos Vigilancia Visibilidad misión/visión
Trabajo en equipo	Alineación Trabajo multidisciplinario Respeto mutuo Seguridad psicológica Disposición para adaptarse/ flexibilidad
Medicina basada en evidencia Comunicación	Apoyo Alta fiabilidad Ciencia de la seguridad Estandarización: protocolos, checklist, guías clínicas Tecnología/ automatización Claridad Enfoque de abajo hacia arriba Claridad en la transferencia de la información Vínculo entre los ejecutivos y otros empleados Informes/retroalimentación
Aprendizaje	Información Celebrar el éxito/recompensas Educación y entrenamiento incluyendo médicos Aprender de los errores/ evaluación Monitorear Mejora del rendimiento Proactividad Compartir las lecciones aprendidas
Cultura justa	No tener culpa Compartir información Informes no punitivos Confianza
Atención centrada en el paciente	Comunidad/participación Compasión/cuidado Pacientes empoderados/experiencias de los familiares Enfocarse en el paciente Participación formal en el cuidado de la promoción de la salud Pacientes y familias informados Historias de pacientes

Fuente: Traducción y adaptación en base a Sammer (2010).

Agradecimientos

Directivos del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

Directivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Directivos de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Toda la familia del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto que permite con su compromiso, esfuerzo y dedicación mejorar los procesos asistenciales en beneficio de los pacientes.

Bibliografía

Agency for Healthcare Research & Quality. (2005). Patient Safety Organization (PSO) Program. Recuperado de <https://pso.ahrq.gov/>

American Hospital Association (1999). *Hospital Statistics*. Chicago. Recuperado de <https://www.aha.org/front>

Baker, D., Parker, R., Williams, M., & Clark, W. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal Of General Internal Medicine*, 13(12), 791-798. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x>

Berlinger, N. (2003). Broken Stories: Patients, Families, and Clinicians After Medical Error. *Literature And Medicine*, 22(2), 230-240. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1353/lm.2003.0014>

Canadian Medical Association, CMA (2018). *Code of Ethics*. Recuperado de <https://www.cma.ca/En/Pages/code-of-ethics.aspx>

Canadian Patient Safety Institute. (2016). *Patient Safety Incident*. Recuperado de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Patient-Safety-Incident.aspx>

Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Conde, J. y Navarro, L. (2015). *Seguridad del paciente*. México: Prado.

Cornett, S. (2006). *The Effects of Aging on Health Literacy*. The Ohio State University. Recuperado de http://medicine.osu.edu/sitetool/sites/pdfs/ahcepublic/HL_Module_Elderly.pdf

Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K., & Hamilton, K. (2009). Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and

Telephone Follow-Up Program. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(3), 395-402. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02138.x>

Deskin, W. & Hoyer, R. (2004). Another look at medical error. *Journal Of Surgical Oncology*, 88(3), 122-129. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/jso.20122>

Downie, J., Caulfield, T. & Flood, C. (2011). *Canadian Health Law and Policy* (4th ed.). Markham: LexisNexis.

Dowse, R. (2016). The limitations of current health literacy measures for use in developing countries. *Journal Of Communication In Healthcare*, 9(1), 4-6. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/17538068.2016.1147742>

Ehsani, J.P., Jackson, T. & Duckett, S.J. (2006). The incidence and cost of adverse events in Victorian hospitals 2003-2004. *Med J Aust*, 184(11), 551-555.

Evolución de la Seguridad del paciente el contexto mundial y su perspectiva en México (2007). Recuperado de <https://amcg.org.mx/images/docs/pacientes/herramientas/Seguridad.pdf>

Forster, A., Murff, H., Peterson, J., Gandhi, T., & Bates, D. (2003). The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital. *Annals Of Internal Medicine*, 138(3), 161. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007>

Gaba, D. & Howard, S. (2002). Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. *New England Journal Of Medicine*, 347(16), 1249-1255. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1056/nejmsa020846>

Gazmararian, J., Williams, M., Peel, J. & Baker, D. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education And Counseling*, 51(3), 267-275. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00239-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00239-2)

Guía Técnica para el Análisis Causa - Raíz de Eventos Adversos en hospitales. (2013). Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00A.pdf

Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente (2013). Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

Glosario en español para administradores e instructores de centros de vivienda con asistencia (ALF). (2015). Recuperado de <https://alf.usf.edu/docs/ALF%20Glosary%2028MAY2015.pdf>

Graham, S. & Brookey, J. (2008). Do Patients Understand?. *The Permanente Journal*, 12(3), 67-69.

Greenberg, J. & Baron, R.A. (2003). *Behavior in Organizations: Understanding and Managing the Human Side of Work*, (18th Edition). Upper Saddle River: Prentice-Hall.

Gutiérrez-Mendoza, L.M., Torres-Montes, A., Soria-Orozco, M., Padrón-Salas, A., y Ramírez-Hernández, M.E. (2015). Costs of serious adverse events in a community teaching hospital, in Mexico. *Cirugía y Cirujanos*, 83(3), 211-216 Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/7866/d250b0ab3c6816fa07f927a187c4607bcc3c.pdf>

Health literacy: a prescription to end confusion. (2005). *Choice Reviews Online*, 42(07). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5860/choice.42-4059>

Hickson, G. (1992). Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 267(10), 1359-1363. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1001/jama.267.10.1359>

Hernández, H., Castro, J., Robledo, H., González, J., Medina, J., Delint, E., et al. (2006). *Innovaciones en gestión hospitalaria en México: El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE*. Ciudad de México:

Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf>

Houts, P., Doak, C., Doak, L., & Loscalzo, M. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education And Counseling*, 61(2), 173-190. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.004>

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2018). Web *Ihi.org*. Recuperado de <http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>

Institute of Medicine. (2001). *Health Care Quality Initiative*. Crossing the quality chasm: a new health system for the twenty-first century. Washington DC: National Academy Press.

Johnson, K., Hallsey, D., Meredith, R. & Warden, E. (2006). A Nurse-driven System for Improving Patient Quality Outcomes. *Journal Of Nursing Care Quality*, 21(2), 168-175. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200604000-00013>

Kaushal, R., Bates, D.W., Franz, C., Soukup, J.R. & Rothschild, J.M. (2007). Costs of adverse events in intensive care units. *Crit Care Med*, 35(11), 2479-2483.

Konfino, J., Mejía, R., Majdalani, M., & Pérez-Stable, E. (2009). Alfabetización en Salud en Pacientes que Asisten a un Hospital Universitario. *Pubmed Central*, 6(69), 631-634. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180496/>

Le Grand, J., Mays, N. & Mulligan, J. A., eds. (1998). *Learning from the NHS internal market.* , London, UK.: King's Fund

Lester, H. & Tritter, J. (2001). Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Medical Education*, 35(9), 855-861. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.01003.x>

Localio, A., Lawthers, A., Brennan, T., Laird, N., Hebert, L., & Peterson, L. et al. (1991). Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence. *New England Journal Of Medicine*, 325(4), 245-251. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199107253250405>

Jefe de Departamento de Gestión del Cuidado (2015). *Manual Para el Control y Seguimiento de Eventos Adversos*. México: Subdirección de Enfermería. Dirección Quirúrgico. Secretaría de Salud.

Makary, M. & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *The BMJ*, 353, i2139. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

Mawji, Z., Stillman, P., Laskowski, R., Lawrence, S., Karoly, E., Capuano, T. & Sussman, E. (2002). First do no harm: integrating patient safety and quality improvement. *The Joint Commission Journal On Quality Improvement*, 28(7), 373-386.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *La Seguridad del Paciente en Siete Pasos*. Madrid: Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf

Mittmann, N., Koo M., Daneman, N., McDonald, A., Baker, M., Matlow, A., Krahn, M., Shojania, K.G. & Etchells, E. (2012). The economic burden of patient safety targets in acute care: a systematic review. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 4, 141-165. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3476359/>

National Association for Healthcare Quality. (2018). *What is a healthcare quality professional?*. Recuperado de <https://nahq.org/about/healthcare-quality-professional>.

Nutley, S.M., Davies, H.T.O. & Mannion, R. (2000) Organizational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*. 111-119. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/qhc.9.2.111>

Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2015). Salud y Bienestar-Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Ong, L. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)

Organigrama Interno de la SIDSS. (2014). Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.sidss.salud.gob.mx/contenidos/UnidadesSS/HospitalesRegionales.html>,

Ozer, M., Bakir, B., Teke, A., Ucar, M., Bas, T. & Atac, A. (2008). Military Medical Graduates' Perceptions of Organizational Culture in Turkish Military Medical School. *Journal Of Medical Systems*, 32(4), 317-325. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10916-008-9136-x>

Paasche-Orlow, M., Parker, R., Gazmararian, J., Nielsen-Bohlman, L. & Rudd, R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal Of General Internal Medicine*, 20(2), 175-184. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x>

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents.* Aldershot, Hants, England: Ashgate.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Rondeau, K. & Birdi, N. (2005). The role and function of quality assurance officers in Ontario hospitals. *The Quality Assurance Journal*, 9(3), 179-185. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/qaj.335>

Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H. & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal For Quality In Heal-*

th Care, 21(1), 18-26. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Sackett, D. (2002). Clinical epidemiology what, who, and whither. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(12), 1161-1166. Recuperado de [http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00521-8](http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00521-8)

Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45(2), 109-119. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.45.2.109>

Seguridad del Paciente. (2015). *Dirección General de Calidad y Educación en Salud*. Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_00.html

Shanafelt, T., Balch, C., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L. & Satele, D. et al. (2010). Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Annals Of Surgery*, 251(6), 995-1000. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1097/sla.0b013e3181bfdab3>

Shortell, S., Bennett, C. & Byck, G. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 593-624. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.00107>

Shortell, S. M., Jones, R. H., Rademaker, A. W., Gillies, R. R., Dranove, D. S., Hughes, E. F., Budetti, P. P., Reynolds K. S. & Huanf, C.F. (2000). Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Medical Care*, 38, 2, 207-217. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3767158>

Swenson, S.J., MD, MMM; Dilling, J.A., BSIE, CMPE; McCarty, P.M., BS; Bolton, J. W., MBA; Harper, C.M. & MD (2013). The Business Case for Heal-

th-Care Quality Improvement. *Journal Patient Safety*, 9(1), 44-52. Recuperado de https://www.aadgp.org/wp-content/uploads/Stephen_Swensen_The_Business_Case_for_Health_Care_Quality.pdf

The Joint Commission. (2005). Jointcommission.org. Recuperado de <https://www.jointcommission.org/>

United States Department of Labor. (2017). *Occupational Safety and Health Administration*. Recuperado de <https://www.osha.gov/dsg/hazcom/whatishazcom.html>

Velo, G. & Minuz, P. (2009). Medication errors: prescribing faults and prescription errors. *British Journal Of Clinical Pharmacology*, 67(6), 624-628. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03425.x>

Views of practicing physicians and the public on medical errors. (2003). *American Journal Of Ophthalmology*, 136(2), 401-402. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9394\(03\)00536-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9394(03)00536-1)

Waite, M. (2005). To Tell the Truth: The Ethical and Legal Implications of Disclosure of Medical Error. *Health Law Journal*, 13(1), 1-33. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/3f6e/8fb0e5c4a-5f00a2183421980e72c5449622d.pdf>

Weiss, B. D. (2007). *Removing Barriers to Better, Safer Care: Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand: Manual for Clinicians*. 2nd edition. American Medical Association Foundation and American Medical Association, Chicago. Recuperado de https://med.fsu.edu/userFiles/file/ahec_health_clinicians_manual.pdf

WMA - The World Medical Association-WMA International Code of Medical Ethics. (2018). *Wma.net*. Recuperado de <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>

World Health Organization (WHO) (2009, January). *More Than Words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

World Health Organization (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43072/1/9241592443.pdf>

Wu, A. (2000). Medical error: the second victim. *Western Journal Of Medicine*, 172(6), 358-359. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/ewjm.172.6.358>.



Imágenes extraídas de www.freepik.com

Licencia de libre uso atribuyendo al autor.

Universal icons_0melapics / Freepik

Pág. 6

Young-doctor-supporting-his-patient: Pressfoto / Freepik

Group-of-successful-doctors-in-the-hospital: Javi_indy / Freepik

Pág. 10

Business-report-Graphs-and-charts-Business-reports-and-pile-of-documents-Business-concept: jcomp / Freepik

Pág. 11

Stethoscope-on-blue-background-with-space: Designed by Freepik

Crop-businessman-writing-on-paper: Designed by Freepik

Pág. 13

Prescription-Writing-by-Doctor: welcomia / Freepik

Pág. 14

Business-advisor-giving-his-opinion: Pressfoto / Freepik

Pág. 16

Professional-surgeon-writing-on-the-whiteboard: Designed by Freepik

Pág. 17

Detail-of-doctor-with-stethoscope-holding-clipboard: Dragana_Gordic / Freepik

Pág. 18

Blurred-abstract-background-interior-view-looking-out-toward-to-empty-office-lobby-and-entrance-doors-and-glass-curtain-wall-with-frame: topntp26 / Freepik

Pág. 19

Doctors-checking-an-x-ray: Pressfoto / Freepik
Two-doctors-in-lab: Designed by Freepik

Pág. 20

Female-doctor-explaining-diagnosis-to-her-young-woman-patient: javi_indy / Freepik

Pág. 22

Happy-doctor-holding-clipboard-with-patients: Pressfoto / Freepik

Pág. 23

Woman-in-retirement-home: Designed by Freepik

Pág. 24

Asian-doctor-speaking-on-phone: Designed by Freepik

Pág. 25

Doctor-and-patient: ijeab / Freepik

Pág. 26

business-man-financial-inspector-and-secretary-making-report-calculating-or-checking-balance-Internal-Revenue-Service-inspector-checking-document-Audit-concept: snowing / Freepik

Pág. 29

Blur-hospital: mrsiraphol / Freepik

Pág. 31

Woman-in-wheelchair-in-old-age-home: Designed by Freepik

Pág. 34

Stethoscope-in-the-hands-of-doctor: Jannoon028 / Freepik

From-above-hands-folded-together: Designed by Freepik

Pág. 35

Doctors-checking-medical-history: Doctors-checking-medical-history

Two-doctors-in-lab 2: Designed by Freepik

Two-doctors-in-lab: Designed by Freepik

Top-view-of-man-in-old-age-home: Designed by Freepik

The logo for UASLP, consisting of the letters "UASLP" in a bold, white, sans-serif font, centered within a solid blue rectangular background.

UASLP