

# LEY DE SEGURIDAD SANITARIA / SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ley Nicolás.

## CAPÍTULO I

### FINALIDAD, OBJETIVOS, PRINCIPIOS, DEFINICIONES

ARTÍCULO 1º: Finalidad. La presente ley tiene por fin establecer el marco jurídico e institucional para el ejercicio del derecho a una asistencia sanitaria segura, y que respete la dignidad de los seres humanos, mediante la mejora de sus condiciones de práctica, la protocolización y jerarquización de los procesos de atención, la incorporación de herramientas tecnológicas adecuadas, la disminución de daños evitables, y el cuidado del marco de trabajo de los profesionales de la salud, condición esencial para garantizar la seguridad de la atención.

ARTÍCULO 2º: Objetivos. Son objetivos de la presente ley:

- a) Garantizar en forma integral y eficaz el derecho a una atención sanitaria segura.
- b) Promover instrumentos tendientes a inculcar una cultura de seguridad del paciente en el personal de la salud, los gestores de establecimientos proveedores de servicios de salud y los dirigentes de las organizaciones sanitarias;
- c) Mejorar la transparencia de la información referida a los procesos de atención sanitaria.

d) Impulsar el desarrollo e implementación de protocolos de actuación y sistemas de auditoría y vigilancia, que disminuyan la posibilidad de ocurrencia de daños evitables en las prácticas de salud;

e) Fomentar procedimientos para la identificación y el análisis de riesgos relacionados con procesos sanitarios que resulten en daños prevenibles, a los fines de disminuir su incidencia futura en situaciones similares, incentivando su reporte para el aprendizaje.

f) Promover la jerarquización de las tareas sanitarias con visión sistémica; generando programas de reporte de incidentes cuya confidencialidad se encuentre debidamente protegida.

g) Generar las condiciones que estimulen la confianza entre trabajadores de la salud, pacientes, familiares y acompañantes;

h) Perfeccionar los mecanismos que sancionen las malas prácticas sanitarias, en concordancia con la legislación vigente, detectando las razones que han llevado a dicha actuación, así como también cual es la falla o debilidad del sistema sanitario. Distinguir con claridad los casos atribuibles a responsabilidad profesional o a situaciones sistémicas.

i) Incentivar a las instituciones de salud a fin de que planifiquen e implementen procesos de inversión apropiados para garantizar las mejores condiciones en el ejercicio profesional;

j) Fomentar la participación de representantes de pacientes y familias que hayan sufrido daños producidos por el servicio de salud, en los procesos de diseño de estrategias y definición de acciones destinadas a reducir la probabilidad de recurrencia.

k) Posibilitar e incentivar la participación de los pacientes y sus familiares en el diseño y aplicación de iniciativas acerca de sus procesos de diagnóstico y

tratamiento, tendientes a disminuir la aparición de eventos adversos relacionados con el cuidado de su salud;

l) Promover un trato humano, recíproco y centrado en las personas, entre trabajadores de la salud, pacientes, familiares y acompañantes.

m) Promover el efectivo cumplimiento de los derechos del paciente de acuerdo a las leyes vigentes. Dar a conocer y estimular el cumplimiento adecuado de los deberes del paciente.

n) Impulsar la incorporación de contenidos asociados a la seguridad del paciente, de modo transversal, en los programas de estudio de grado y posgrado vinculados con la atención sanitaria, y promover la capacitación continua de los agentes de salud en esa materia.

o) Brindar cuidado y protección a los profesionales de la salud afectados por eventos adversos de los cuales hayan sido partícipes o testigos, a los fines de evitar consecuencias indeseadas, en personas con sentido de responsabilidad, o la generación de segundas víctimas en estos procesos traumáticos.

p) Impulsar un modo de actuación sanitario basado en el criterio de “cultura justa”, que promueva el reporte de fallas y errores y su análisis transparente orientado a la mejora continua de los procesos.

ARTÍCULO 3º: Principios: La prestación de los servicios de salud, se desarrollará bajo los siguientes principios:

a) Seguridad del paciente: la seguridad del paciente se entenderá como un tema de salud pública central en la agenda sanitaria;

b) Prevención: el funcionamiento integral del sistema de salud tendrá como relevante finalidad la de prevenir daños evitables;

c) Trato: el comportamiento del personal de la salud atenderá a las necesidades clínicas y psicológicas del paciente y sus familiares, mediante un trato digno, humanizado y centrado en la persona, que tienda a su contención emocional acorde a las circunstancias. Pacientes y familiares deberán un trato respetuoso hacia los profesionales sanitarios.

d) Autonomía del paciente: de conformidad con los principios legales, se deberá informar al paciente toda práctica, tratamiento o medicación, explicados en lenguaje que pueda ser comprendido por él o su familiar a cargo”. (Ley 26.529)

ARTÍCULO 4º: Definiciones: A efectos de la interpretación y aplicación de la presente ley, se considerarán las siguientes definiciones:

Seguridad del paciente: de conformidad a lo establecido por la OMS, es el conjunto de estructuras y procesos de una organización que reduce al mínimo la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al proceso de atención médica y en el caso de su ocurrencia genera las acciones necesarias para minimizar el impacto en el paciente, su familia y el equipo de salud.

La seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud. Un mínimo aceptable alude a las nociones colectivas de los actuales conocimientos, los recursos disponibles y el contexto en el que se dispensa la atención, sopesados con respecto al riesgo de no dispensar ningún tratamiento o dispensar otro diferente.

Incidente de seguridad: es un desvío del proceso de atención que pone en riesgo la seguridad del paciente pudiendo generar o no daño efectivo. Si el daño es efectivo se denomina evento adverso.

Evento adverso no evitable: se entiende por evento adverso no evitable la afectación de la salud de un paciente, producida en el curso de su atención sanitaria, sin que hubiere mediado posibilidad de prevenirlo mediante un obrar diligente adecuado a reglas del ejercicio profesional o reconocidas buenas prácticas aplicables en el caso concreto.

Evento adverso evitable: se entiende por evento adverso evitable la afectación de la salud de un paciente, producida en el curso de su atención sanitaria, habiendo mediado posibilidad de prevenirlo mediante un obrar diligente, oportuno y adecuado a reglas del ejercicio profesional o reconocidas buenas prácticas aplicables en el caso concreto.

Evento centinela: suceso imprevisto, fuera del curso esperable en la práctica médica, que causa la muerte, daño permanente o daño temporal derivado de la atención sanitaria

## CAPÍTULO II

### PRESUPUESTOS MÍNIMOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 5º: Las instituciones proveedoras de servicios de salud dotarán a su organización de los medios que permitan:

- a) establecer protocolos de actuación del personal de salud, tendientes a la prevención de daños evitables;
- b) diseñar planes de auditoría de los sistemas de trabajo, de evaluación de las prestaciones individuales del servicio y monitoreo de indicadores de seguridad del paciente, para perfeccionar los sistemas y mejorar las prácticas;

- c) disponer de un método que asegure la investigación de las causas que produjeron incidentes de seguridad, eventos adversos y eventos centinela, con criterio no punitivo, y la consecuente adopción de medidas que eviten su repetición y garanticen el aprendizaje;
- d) garantizar un procedimiento que permita la presentación de quejas u objeciones sobre carencias y deficiencias en la prestación del servicio, sin temor a represalias, y su correspondiente análisis;
- e) asegurar una dotación de personal de salud que satisfaga las necesidades del servicio y el bienestar del personal;
- f) instaurar una duración de los turnos y de las horas de trabajo del personal de la salud, que eviten su agotamiento físico o mental;
- g) prever medidas de protección del personal de la salud para salvaguardarlos de toda violencia o intimidación ejercidas por razón de su labor.

ARTÍCULO 6º: La autoridad de aplicación nacional y las autoridades de aplicación locales, en los ámbitos de sus respectivas jurisdicciones, adoptarán las medidas que consideren apropiadas para que las instituciones proveedoras de servicios de salud cumplan adecuadamente con los presupuestos indicados en el artículo precedente.

ARTÍCULO 7º: Las autoridades nacionales, provinciales o locales, en los ámbitos de sus respectivas jurisdicciones, reglamentarán el proceso por el cual las instituciones proveedoras de servicios de salud deberán implementar, en un plazo máximo de cuatro años, el uso de la historia clínica informatizada, encriptada y operada mediante firma digital conforme las condiciones establecidas en el Capítulo IV de la Ley 26.529,

La autoridad de aplicación nacional coordinará con las autoridades de aplicación locales las acciones necesarias para que las historias clínicas informatizadas respondan a sistemas que permitan el uso indistinto en todas las jurisdicciones.

ARTÍCULO 8º: Las autoridades de aplicación nacional y locales, en los ámbitos de sus respectivas jurisdicciones, determinarán la asignación de tiempos protegidos remunerados a los fines de garantizar la capacitación de los agentes de la salud en contenidos asociados a la cultura de la seguridad del paciente. En caso de estar operativos programas nacionales o provinciales en esta materia, los mismos pueden cumplir acabadamente el objeto de la presente norma.

### CAPITULO III

#### REGISTRO UNIFICADO DE EVENTOS CENTINELA

ARTÍCULO 9º: La autoridad de aplicación nacional implementará un Registro Unificado de Eventos Centinela (RUDEC). Las instituciones que brinden servicios de salud reportarán al RUDEC el evento centinela que se hubiese producido. El RUDEC deberá garantizar la confidencialidad de la información obtenida.

ARTÍCULO 10º: Las autoridades de aplicación de todas las jurisdicciones del país implementarán un sistema de inmediata investigación dirigida a determinar

las causas raíces del evento centinela que se hubiese producido. Los resultados de tales evaluaciones serán comunicados al RUDEC.

ARTÍCULO 11: El RUDEC procederá a divulgar los resultados de las investigaciones llevadas a cabo, mediante los canales que sean más eficaces para incentivar el aprendizaje y prevenir la aparición de nuevos eventos.

## CAPÍTULO IV

### REGISTRO UNIFICADO DE SANCIONES E INHABILITACIONES

ARTÍCULO 12: Las autoridades encargadas del control del ejercicio profesional de los profesionales de la salud en todos los ámbitos jurisdiccionales del país, informarán la adopción de medidas disciplinarias a la Red Federal de Profesionales de la Salud (REFEPS), constituida por Resolución 2081/2015 del Ministerio de Salud de la Nación con anuencia de las autoridades sanitarias de todas las jurisdicciones del país.

ARTÍCULO 13: La autoridad judicial que hubiese dispuesto alguna medida inhabilitante del ejercicio de la actividad respecto de profesionales de la salud, las informarán al REFEPS a los fines de su cumplimiento. Asimismo, al momento de recibir una denuncia penal contra personal de salud, la autoridad judicial deberá pedir informe al REFEPS, sobre la persona que hubiera sido denunciado/a.

ARTÍCULO 14: El REFEPS registrará la información recibida por las vías previstas en los artículos precedentes, y la transmitirá a las autoridades de todas las jurisdicciones en las que el profesional sancionado o inhabilitado estuviese matriculado, para que se dispongan las previsiones que correspondan.

Las suspensiones o inhabilitaciones en el ejercicio de la profesión dispuestas por una autoridad competente, sea cual fuere la jurisdicción de dicha autoridad, serán de cumplimiento obligatorio en todo el país

ARTÍCULO 15: Las autoridades encargadas de la matriculación de los profesionales de la salud y del control de su ejercicio profesional en todos los ámbitos jurisdiccionales del país, consultarán y evaluarán en sus respectivas tramitaciones la información centralizada por el REFEPS.

El REFEPS realizará una estadística anual con los indicadores más relevantes a su cargo, la que deberá ser elevada al Ministerio de la Salud de la Nación.

## CAPÍTULO V

### CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD PROFESIONAL

ARTÍCULO 16: Las autoridades que tengan a su cargo las certificaciones de especializaciones de los profesionales de la salud, las comunicarán a la REFEPS.

ARTÍCULO 17: Las autoridades certificantes de especialidades de los profesionales de la salud, implementarán un sistema para revalidar las certificaciones cada DIEZ (10) años, a excepción de aquellas especialidades y disciplinas que dispongan actualmente de mecanismos voluntarios de certificación por períodos menores, las que mantendrán su actual pauta de regularidad, pero con carácter obligatorio. La revalidación será obligatoria para mantener vigente la especialización certificada. La autoridad de aplicación determinará por vía reglamentaria los tiempos y los modos de ejecución de las revalidaciones.

El Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Federal adecuarán los mecanismos de revalidación cada 10 años. En la primera ocasión que lo hagan deberán obligar a los entes evaluadores a incorporar mecanismos de simulación, para aquellas especialidades que requieran la valoración de la destreza técnica propia de la actividad.

ARTÍCULO 18: Será obligatoria la certificación de las condiciones físicas y el estado cognitivo y conductual de todos los profesionales de la salud, cada DIEZ (10) años a partir del momento de su matriculación

Las exigencias de esta certificación serán establecidas por la autoridad de aplicación nacional, evaluando las necesidades que impongan las especialidades que se ejerzan.

A partir de los SETENTA Y CINCO (75) años de edad la certificación deberá realizarse cada TRES (3) años.

ARTÍCULO 19: Las revalidaciones de especialidades y certificaciones periódicas previstas en los artículos precedentes, serán comunicadas al REFEPS para su registración.

ARTÍCULO 20: Las instituciones que brinden servicios de salud no podrán ofrecerlos sino a través de profesionales de la salud que se encuentren habilitados para desarrollar la especialidad correspondiente al servicio ofrecido, y que hayan dado cumplimiento a lo previsto en los artículos anteriores.

“El Ministerio de Salud y el Consejo Federal de Salud establecerán, en un plazo de CINCO años, el mecanismo de acreditación institucional y determinación de calidad de los prestadores sanitarios del país, a los fines de su categorización, de conformidad con estándares reconocidos internacionalmente

ARTÍCULO 21: Las certificaciones y revalidaciones aprobadas por la autoridad correspondiente en una jurisdicción, serán reconocidas en las restantes jurisdicciones del país.

La autoridad de aplicación nacional establecerá un marco de estándares mínimos que garanticen procesos de certificación y revalidación de calidad, alineados con los objetivos de seguridad del paciente previstos en la presente ley.

## CAPITULO VI

### EVALUACION NACIONAL

ARTICULO 22: Crease, en el plazo de 90 días desde la promulgación de la presente, en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación un programa oficial que emita un informe en el plazo de 2 años, sobre las condiciones de la práctica sanitaria en todo el país, a partir de un muestreo representativo. El estudio deberá conformar un análisis tanto desde el punto de vista material, como regulatorio, dispositivos críticos, tratamiento profesional, equipamiento, aprendizaje, funcionamiento de las residencias, niveles de especialización, cumplimientos de las pautas de buena práctica, estrés laboral, litigiosidad, sanciones, recurrencias de acciones conflictivas y/o todo otro aspecto vinculado con la seguridad de los pacientes y profesionales.

La finalidad del informe, que debe hacerse público en los 60 días posteriores a su finalización, es enfocar las reformas necesarias para garantizar la seguridad del paciente, la transparencia y las condiciones de justicia en el marco de las prestaciones sanitarias.

## CAPÍTULO VII

### AUTORIDADES DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 23: Serán autoridades de aplicación de la presente ley las máximas autoridades sanitarias del orden nacional y provincial, conforme sus respectivas competencias.

ARTÍCULO 24: Las autoridades que tengan a su cargo el control de la matrícula profesional y el juzgamiento ético de los matriculados, ejercerán sus funciones atendiendo a las disposiciones de la presente ley.

La autoridad de aplicación respectiva velará por el cumplimiento de las obligaciones que esta ley les impone.

ARTÍCULO 25: La autoridad de aplicación nacional y las autoridades provinciales, determinarán los mecanismos que resulten necesarios para la implementación efectiva de programas de seguridad del paciente.

Su aplicación en hospitales y centros de atención públicos y privados deberá asegurar condiciones mínimas de estructura y procesos de atención con el objeto de reducir al máximo posible la frecuencia de eventos adversos prevenibles.

## CAPITULO VIII

### CARRERA HOSPITALARIA EN INSTITUCIONES PUBLICAS DE SEVICIOS DE SALUD.

ARTICULO 26: La totalidad de las jurisdicciones deberán reglamentar la carrera sanitaria, de modo tal que el acceso al ejercicio profesional en las instituciones sanitarias resulte de métodos de selección transparentes, equitativos y orientados a generar la mejor oferta posible.

ARTICULO 27: Será obligatorio postularse y ganar el concurso precitado para poder acceder a cualquier cargo dentro de las instituciones de salud, siendo requisito fundamental el pedido de informe al REFEPS.

## CAPÍTULO IX

## DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 28: Las instituciones de asistencia de la salud de todos los sectores dedicarán anualmente la semana del día 17 de septiembre, instituido por la Organización Mundial de la Salud como Día Mundial de la Seguridad del Paciente, para desarrollar temas que propendan a generar la cultura de la seguridad en el diseño y la prestación del servicio de salud.

A tal fin se promoverá la participación de sociedades científicas, instituciones académicas y de investigación, organizaciones, funcionarios, profesionales, agentes sanitarios y trabajadores de la salud, pacientes y representantes de la comunidad, para compartir experiencias y lecciones aprendidas que hayan mejorado sistemas y prácticas asistenciales.

Las actividades deben incluir una agenda específica destinada a jueces, peritos, fiscales, comunicadores sociales, investigadores sociales y todos aquellos de cuya observancia, decisión u acción depende la salud de las personas o el buen juicio sobre una situación determinada.

ARTÍCULO 29: Esta ley es de orden público.

ARTÍCULO 30: Invitase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

ARTÍCULO 31: La presente ley entrará en vigencia a partir de los CIENTO OCHENTA (180) días de la fecha de su publicación.

ARTÍCULO 32: El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días contados a partir de su publicación.

ARTÍCULO 33: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Fabio J. Quetglas

Acompañan los diputados/as :
Vidal, M.E
Arjol, M
Lena, G
Garcia, Ximena
Azcarate, L
Carrizo, Carla
Manzi, R
Castets, C
Monti, F
Stefani, H
Martin, J
Bachey, K
Coli, M
Carrizo, Soledad

## FUNDAMENTOS

La búsqueda de seguridad es una pulsión esencial que ha movilizadado a la humanidad desde el fondo de la historia, y que ha motivado el estudio de procesos riesgosos, el análisis de las capacidades requeridas para enfrentar circunstancias complejas, y la elaboración de protocolos, recomendaciones y diversos formatos de compilación de buenas prácticas orientadas a disminuir la ocurrencia de resultados indeseados. Esa búsqueda se ha dado en todos los ámbitos, pero es especialmente sensible en las materias que ponen en juego la vida y la calidad de vida de los seres humanos, como es la salud.

La vida y la salud como bienes jurídicos a proteger poseen el rango constitucional, de conformidad a los tratados suscriptos por el país e incorporados al derecho interno atento lo dispuesto en el art 75 inc 22 de nuestra Carta Magna.

En atención a esos principios, debe considerarse al daño evitable durante la asistencia sanitaria un problema de salud pública. A nivel global, se estima que el daño a los pacientes es la 14<sup>a</sup> causa de morbilidad, comparándose con enfermedades como la tuberculosis y la malaria; como así también está entre las 10 primeras causas de discapacidad (OMS, 2019). La mayor carga de enfermedad recae en países en vías de desarrollo. (OCDE, 2017).

La Organización Mundial de la Salud, mediante la resolución “Acción Mundial para la Seguridad del Paciente” WHA 72,6 (2019) busca dar prioridad a la seguridad del paciente como paso fundamental en la construcción, diseño, operación y evaluación de los sistemas de salud de todo el mundo. Conmina a concebir al “paciente” desde la dignidad humana y no como un organismo que necesita reparación.

“Primero no dañar” es un aforismo profesional de la salud milenario atribuido a Hipócrates. Sin embargo, el error profesional en la asistencia de la salud, a pesar de los esfuerzos por evitarlo, sucede y genera daño en los pacientes.

Es sabido que la mayoría de los eventos adversos son resultado de un deficiente funcionamiento sistémico, y no de la responsabilidad puntual de un profesional, y por eso el sentido de la presente Ley es generar incentivos favorables orientados a dotar de mejores garantías a pacientes y profesionales, desde la formación, hasta la carrera profesional, desde la incorporación de tecnología e implementación de programas de gestión del riesgo en las organizaciones de salud, hasta las disposiciones en favor de la transparencia.

Receptando una regla de sentido responsable, el CCCN establece “Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor es la diligencia exigible al agente y la valoración de la previsibilidad de las consecuencias”.

En el informe fundacional “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América (1999), se estimó que entre 44.000 y 98.000 personas morían por año como resultado de errores cometidos por profesionales de la salud.

En una publicación del British Medical Journal de 2016, “Medical error—the third leading cause of death in the US”, los autores Martin A. Makary y Michael Daniel estiman, en base a diferentes investigaciones, que las muertes producidas anualmente por eventos adversos asociados a los cuidados de la salud estarían en el rango de 210.000 a 400.000. BMJ 2016; 353:2139.

El impacto económico de las fallas de seguridad es considerable y afecta los recursos del sistema de salud. Aproximadamente el 15% de la actividad total de los hospitales y de su gasto es consecuencia directa de los eventos adversos

(OCDE, 2017). Estos hallazgos se suponen aún mayores en su frecuencia dentro del primer nivel de atención (OMS, 2019).

En la región el estudio IBEAS afirma que los eventos adversos alcanzan hasta un 20% de los egresos hospitalarios.

Los tipos de eventos adversos más frecuentes y graves son conocidos (infecciones asociadas al cuidado de la salud, caídas, errores asociados a medicación, de diagnóstico y quirúrgicos, entre otros).

Numerosos reportes describen que la frecuencia de eventos adversos asociados al cuidado de la salud ha aumentado en frecuencia durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, por la exigencia a la que han sido sometidos los sistemas de salud a nivel global, la hospitalización y la asistencia respiratoria mecánica prolongada.

Los sistemas de prestación de servicios sanitarios son complejos por su diseño y propensos a cometer errores. Los factores humanos constituyen las características físicas, psicológicas y sociales que afectan la interacción humana con los equipos, sistemas, procesos, otras personas y equipos de trabajo, son un elemento central en la mayoría de los casos de daños, que operan en sistemas en los que los procedimientos y las prácticas están mal diseñados. Las culturas punitivas de culpabilización de los individuos impiden la notificación de incidentes relacionados con la seguridad e impiden el aprendizaje (OMS 2019).

La evidencia científica ha demostrado que la inmensa mayoría de los daños asociados a la asistencia sanitaria es producto de fenómenos emergentes atribuibles a la falibilidad humana, la complejidad del sistema de atención y la vulnerabilidad de las barreras defensivas. La diligencia, y pericia individual son condiciones necesarias, pero no suficientes para garantizar la seguridad de los pacientes.

Resulta prioritario impulsar políticas y acciones para minimizar y, cuando sea posible, eliminar todas las fuentes de riesgo y daño a los pacientes durante la asistencia sanitaria, con centro en el paciente, basadas en la ciencia y mediante alianzas estratégicas. La asistencia de la salud requiere de profesionales sanitarios que, a partir del momento de su graduación, inicien un camino de educación permanente y continua. En nuestro país, dicha formación no es obligatoria, no se encuentra adecuadamente estructurada y menos controlada, y dar cumplimiento a este imprescindible requisito depende exclusivamente a la iniciativa de cada profesional. El ejercicio de la medicina y otras profesiones asociadas a la salud constituyen praxis calificadas en base a conocimiento científico, y la certificación y calificación de su ejercicio no puede dejarse librada a la autorregulación.

Hoy, la recertificación habilitante y de especialidades es voluntaria. Se impulsa su condición obligatoria para asegurar al máximo posible la calidad y la seguridad de la atención de las personas. Esa formación requiere la adquisición continua de conocimientos científicos, habilidades, aptitudes, actitudes y valores, dada la velocidad con la que se renueva el conocimiento científico, la complejidad creciente de la tecnología aplicada a la práctica, las habilidades de comunicación e información, el reconocimiento del otro como fundamento ético de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas. Estas capacidades deben ser demostradas y probadas a través de las modalidades de evaluación que determinen las sociedades, y colegios médicos y el control permanente de las autoridades sanitarias

Además de trabajar para impulsar la regulación de programas de gestión de riesgo con carácter obligatorio para todas las organizaciones de salud, de todos los subsectores del sistema sanitario, que estandaricen la atención y brinden seguridad tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios, corregir

fallas sistémicas, resulta necesario aumentar la fiscalización sobre la habilitación de los profesionales individuales, sus condiciones de trabajo y brindar mayores garantías sobre la calidad de la atención.

Las acciones para la seguridad del paciente son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tiene por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias (Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Ministerio de Salud. Febrero 2021)

La seguridad del paciente exige indiscutiblemente ser consciente de la necesaria “cultura de la seguridad” y para llegar a ese objetivo el único camino es la educación de todos los agentes responsables del cuidado de los pacientes, reglas cada vez más claras, inversión en contextos laborales calificados, y facilitar una cultura que posibilite los reportes adecuados para el aprendizaje en base a la evidencia, para lo cual resulta imprescindible que los programas se encuentren protegidos por un marco de confidencialidad y respeto. Una de las definiciones de cultura de la seguridad más aceptadas por el sector de salud es la siguiente: “El producto de valores, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización” (Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Ministerio de Salud. Febrero 2021) La Cobertura Universal de Salud (CUS) y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), no resultarán posibles si no se garantiza que los servicios de salud sean seguros.

La tendencia global en políticas públicas contemporáneas es orientar el esfuerzo sanitario a la búsqueda de seguridad, trato humano, calificación profesional, garantías en el perfeccionamiento de las mejores prácticas, condiciones

adecuadas de ejercicio, sanciones a las acciones indebidas, y perfeccionamiento de la relación de los profesionales con los pacientes y sus familias.

Al hablar de Cultura de Seguridad, hablamos de un marco de cultura justa, abierta, dispuesta a revelar y discutir las fallas y los errores, no punitiva ante el error, pero sí ante un acto inequívocamente temerario. Debe quedar muy clara la diferencia.

Ahora bien, aunque es evidente que los eventos adversos con consecuencias graves tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos (primera víctima), no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados.

También son víctimas, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el evento adverso y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello. Se define segunda víctima a todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso con consecuencias en su vida personal y profesional.

Las segundas víctimas requieren una adecuada gestión en el marco de la seguridad del paciente.