



## Libre de cualquier tipo de daño

La aceleración de la mejora en materia de seguridad del paciente quince años después de *To Err Is Human* (*Errar es de humanos*)

Informe de un panel de expertos recopilado por  
The National Patient Safety Foundation  
(Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente)

Ha sido posible realizar este proyecto en parte gracias a la generosa subvención de AIG (American International Group, Inc.) para ayudar al progreso de la misión con respecto a la seguridad del paciente. AIG no ha influido de ninguna manera en la tendencia de este informe ni en su contenido.



© Copyright 2015 por la National Patient Safety Foundation.  
Todos los derechos reservados.

Traducido por TransPerfect Translations. Publicado inicialmente como: *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*

Podrá descargar este informe en el sitio web de la Fundación, [www.npsf.org](http://www.npsf.org).

Podrá imprimir este informe o cualquiera de sus partes para uso personal o con fines educativos para su organización.

Nadie podrá modificar de ninguna manera o utilizar este informe en ningún contexto comercial, sin el permiso escrito de la editorial:

National Patient Safety Foundation  
A la atención de: Director, Information Resources  
268 Summer Street, Sixth Floor  
Boston, MA 02210  
[info@npsf.org](mailto:info@npsf.org)

Acerca de la National Patient Safety Foundation®

La visión de la National Patient Safety Foundation es crear un mundo en el que los pacientes y aquellos que se preocupan por ellos se encuentren libres de peligro. La NPSF, que ha sido la portavoz principal para la seguridad del paciente desde 1997, colabora con los pacientes y sus familias, la comunidad de la asistencia sanitaria y las partes interesadas clave para promover la seguridad del paciente y del personal sanitario y divulgar estrategias para impedir el daño.

La NPSF es una organización independiente sin ánimo de lucro 501(c)(3). Podrá encontrar información con respecto a la labor de la National Patient Safety Foundation en [www.npsf.org](http://www.npsf.org).



## Contenido:

|  |      |
|--|------|
| Resumen del informe  | iv   |
| Reconocimientos  | vi   |
| Avales   | viii |
| Prólogo  | x    |
| Introducción: La seguridad del paciente es una cuestión relativa a la salud pública  | 1    |
| El estado actual de la seguridad del paciente:<br>El progreso y la necesidad de la aceleración   | 5    |
| El progreso futuro depende de un enfoque sistémico total con respecto a la seguridad   | 8    |
| Recomendación 1:<br>Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad   | 11   |
| Recomendación 2:<br>Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente                           | 14   |
| Recomendación 3:<br>Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen unos resultados significativos                     | 18   |
| Recomendación 4:<br>Aumentar la financiación para la investigación de la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación | 21   |
| Recomendación 5:<br>Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua  | 24   |
| Recomendación 6:<br>Apoyar al personal sanitario   | 26   |
| Recomendación 7:<br>Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura                             | 29   |
| Recomendación 8:<br>Lograr una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente                                   | 32   |
| Conclusión: Llamamiento a la acción  | 35   |
| Anexo: Resumen de las recomendaciones y tácticas   | 37   |
| Referencias  | 41   |

## Resumen del informe

La seguridad del paciente es una cuestión seria en el ámbito de la sanidad pública. Al igual que la obesidad, los accidentes de tráfico y el cáncer de mama, los daños causados durante la asistencia sanitaria tienen unas importantes implicaciones con respecto a la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida, y afectan a los pacientes negativamente en cualquier ámbito de dicha asistencia. Aunque la seguridad del paciente ha avanzado de forma importante desde que el Institute of Medicine publicó *To Err Is Human: Building a Safer Health System* en 1999, la labor para conseguir una asistencia más segura para los pacientes ha progresado a un ritmo mucho más lento de lo que se esperaba.

A pesar de una demostrada mejora en áreas problemáticas específicas, como son las infecciones contraídas en hospitales, las mejoras en la seguridad del paciente han sido limitadas. Aunque algunas de las intervenciones han sido efectivas, hay muchas que han sido inefectivas, e incluso algunas de las prometedoras intervenciones tienen aún cuestiones sin resolver. El sistema de asistencia sanitaria continúa operando con un bajo grado de fiabilidad, lo que significa que los pacientes padecen daños que podrían evitarse o ser mitigados.

Mientras que, con la publicación de *To Err Is Human*, se incrementó el enfoque con respecto a la seguridad del paciente, la expectativa en aquel momento era que un amplio intercambio de datos y una implementación de las intervenciones para resolver asuntos concretos, darían como resultado mejoras permanentes y sustanciales. Durante la década y media transcurrida, ha quedado cada vez más claro que las cuestiones de seguridad son mucho más complejas —y están mucho más generalizadas— de lo que inicialmente se apreciaba. La seguridad del paciente consiste en algo más que la mortalidad; también abarca la morbilidad y otras formas más sutiles de perjuicio, como son la pérdida de la dignidad y del respeto. Implica más que la asistencia dentro del hospital; incluye la seguridad en cada esfera de cuidados: las clínicas de asistencia ambulatoria, los centros de diagnóstico y quirúrgicos independientes, las instalaciones para la asistencia a largo plazo, así como los hogares de los pacientes y los hospitales, además de otras ubicaciones.

Aunque nuestra comprensión del problema del perjuicio al paciente se ha hecho más profunda y ha madurado, este progreso ha ido acompañado por una intensidad cada vez menor en el enfoque del problema. No se debe relegar la seguridad del paciente a un segundo plano, procediendo de cualquier manera tan solo hacia aquellos males concretos que en la actualidad se miden y que son el objetivo por mejorar mediante

incentivos. El avance en la seguridad del paciente requiere un cambio general de las intervenciones reactivas y fragmentarias hacia un enfoque sistémico total de la seguridad. Adoptar tal enfoque supondría un liderazgo que priorizara de manera habitual la cultura de la seguridad y el bienestar y la seguridad del personal sanitario. Esto significa un desarrollo más completo de la ciencia, la valoración y las herramientas de la seguridad del paciente. Para lograr un impacto máximo, será importante pasar de la competición respecto a la seguridad, a la coordinación y colaboración entre todas las organizaciones. Un enfoque así también significará considerar la seguridad en todos los aspectos de la asistencia sanitaria continua y no tan solo en los hospitales. Para lograr que se escuche la voz del paciente, se deberá incluir también la colaboración con los pacientes y sus familias en cualquier momento del recorrido.

Este informe reconoce las áreas de progreso, destaca las carencias restantes y, lo más importante, detalla las recomendaciones específicas para acelerar el progreso. Estas recomendaciones se basan en la implantación de un enfoque sistémico total y una cultura de la seguridad:

- 1. Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad**
- 2. Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente**
- 3. Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen resultados significativos**
- 4. Aumentar la financiación para la investigación de la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación**
- 5. Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua**
- 6. Apoyar al personal sanitario**
- 7. Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura**
- 8. Garantizar una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente**

El éxito de tales acciones requerirá la implicación activa de cada participante en el sistema de asistencia sanitaria: las juntas y los órganos rectores, la dirección, las agencias gubernamentales, las alianzas entre el sector público y privado, las organizaciones sanitarias, los marcos y las prácticas sanitarias, los investigadores, las asociaciones profesionales, los entes reguladores, los educadores, el personal sanitario, así como los pacientes y sus familias. Esperamos que estas recomendaciones y las tácticas específicas para la implementación que las acompañan estimularán una acción general e impulsarán un importante movimiento hacia un sistema de asistencia sanitaria más seguro. Los pacientes no se merecen menos.



## Reconocimientos

La National Patient Safety Foundation reconoce con gratitud: A Donald M. Berwick, MD (Doctor en Medicina), MPP (Máster en Política Pública) y Kaveh G. Shojania, MD, por su trabajo como copresidentes de este proyecto; a los miembros del Panel de Expertos por su participación; a Diane W. Shannon, MD, MPH (Máster en Salud Pública), por la autoría principal en este informe; a Erin Hartman, MS (Máster en Ciencias), por la edición de este informe; y a Kate Humphrey, MD, por su investigación y apoyo. La NPSF también agradece a AIG su financiación para este informe.

### PARTICIPANTES EN EL PANEL DE EXPERTOS

**Donald M. Berwick, MD, MPP\***

**Copresidente del panel**

Presidente Emérito y Principal Investigador,  
Institute for Healthcare Improvement (Instituto para la  
Mejora en la Atención Sanitaria)  
Profesor, Departamento de Política Sanitaria,  
Harvard Medical School

**Kaveh G. Shojania, MD**

**Copresidente del panel**

Director, Centro para la Mejora de la Calidad y la  
Seguridad del Paciente, Universidad de Toronto  
Editor en Jefe, *BMJ Calidad y Seguridad*

**Brian K. Atchinson, Abogado**

Presidente y Director General, PIAA

**David W. Bates, MD, MSc (Máster en Ciencias)**

Director de Innovación y Principal Vicepresidente, Jefe  
de la División de Medicina Interna General,  
Brigham and Women's Hospital  
Director Médico de Análisis Cualitativo y Clínico,  
Partners HealthCare

**Alice Bonner, PhD (Doctorado), RN (Enfermera  
diplomada)**

Profesora Asociada, School of Nursing (Facultad de  
Enfermería)  
Asociada de la Facultad, Centro para la Política Sanitaria  
Northeastern University

**Russell P. Branzell, FCHIME (Principal investigador de  
Instituto para la Gestión Ejecutiva de la Información  
Sanitaria), CHCIO**

Director General y Presidente, College of Healthcare  
Information Management Executives (CHIME o Instituto  
para la Gestión Ejecutiva de la Información Sanitaria)

**Pascale Carayon, PhD**

Profesora de Calidad Total de Procter & Gamble  
Bascom, Directora del Centro para la Mejora de la  
Productividad y la Calidad  
Facultad de Ingeniería  
Universidad de Wisconsin-Madison

**Mark R. Chassin, MD, FACP (Principal Investigador del  
Instituto Americano de Médicos), MPP, MPH\***

Presidente y Director General, The Joint Commission

**Michael R. Cohen, RPh (Farmacéutico diplomado), MS,  
ScD (hon) (Doctorado en Ciencias, con honores), DPS  
(hon) (Diplomado en Salud Pública, con honores)**

Presidente, Instituto para el Uso Seguro de los  
Medicamentos  
Profesor Asociado Adjunto, Temple University

**Joanne Disch, PhD, RN, FAAN (Investigador Principal de  
la Academia Americana de Enfermería)**

Profesora ad Honorem, Universidad de Minnesota,  
Facultad de Enfermería  
Miembro de la Junta, Aurora Health Car

**Mary Dixon-Woods, BA (Graduada), DipStat (Diploma  
en Estadística), MSc, Phil (Doctora en Filosofía)**

Profesora de Sociología Médica e Investigadora de la  
Wellcome Trust, Universidad de Leicester  
Profesora Visitante, Dartmouth Institute for Health  
Policy and Clinical Practice (Instituto Dartmouth para la  
Política Sanitaria y la Práctica Clínica)  
Profesora Adjunta, Universidad Johns Hopkins  
Profesora Visitante, Imperial College  
Subdirectora Jefe, *BMJ Calidad y Seguridad*

**Susan Edgman-Levitan, PA**

Directora Ejecutiva, Centro John D. Stoeckle para la  
Innovación en el Cuidado Primario, Hospital General de  
Massachusetts

**Jane D. Englebright, PhD, RN, CENP (Certificada en la  
Práctica de Enfermería Ejecutiva), FAAN**

Directora General y Enfermera, Responsable de  
Seguridad del Paciente, Vicepresidenta Principal,  
Corporación de Hospitales de América (HCA, por sus  
siglas en inglés)

**Frank Federico, RPh**

Vicepresidente, Institute for Healthcare Improvement  
Presidente, National Coordinating Council for  
Medication Error Reporting and Prevention (Consejo  
de Coordinación Nacional para la Notificación y la  
Prevención de los Errores en la Medicación)  
Vicepresidente, Joint Commission Patient Safety  
Advisory Group (Grupo de Asesoramiento para la  
Seguridad del Paciente de la Joint Commission)

\*Miembros del original Comité sobre la Calidad de la Sanidad en América del Institute of Medicine

## RECONOCIMIENTOS: PANEL DE EXPERTOS (cont.)

**Tejal K. Gandhi, MD, MPH, CPPS (Centro para la Protección y la Seguridad Personales)**  
Presidenta y Directora General, National Patient Safety Foundation  
Presidenta y Directora General, NPSF Lucian Leape Institute

**Vicki S. Good, MSN (Máster), RN, CENP, CPSS**  
Directora del Sistema Administrativo para la Seguridad Clínica,  
CoxHealth  
Expresidenta inmediata, American Association of Critical Care Nurses (Asociación Americana de Enfermeras para el Cuidado Crítico)

**Helen W. Haskell, MA (Máster)**  
Fundadora y Presidenta, Mothers Against Medical Error (Madres contra el Error Médico)  
Presidenta, Consumers Advancing Patient Safety (Progreso de los Consumidores en la Seguridad del Paciente)

**Robin R. Hemphill, MD, MPH**  
Directora de Seguridad y Ejecutiva para la Concienciación sobre el Riesgo,  
Directora, VA National Center for Patient Safety (Centro Nacional de la VA para la Seguridad del Paciente)  
Veterans Health Administration (Administración de la Salud de los Veteranos)

**Lucian L. Leape, MD\***  
Ex Presidente Inmediato, NPSF Lucian Leape Institute  
Profesor Adjunto, Harvard School of Public Health

**Stephen E. Muething, MD**  
Vicepresidente para la Seguridad, Cincinnati Children's Hospital Medical Center (Centro Médico Hospitalario de los Niños de Cincinnati)  
Director Clínico, Children's Hospitals Solutions for Patient Safety

**Peter J. Pronovost, MD, PhD, FCCME**  
Vicepresidente Principal para la Calidad y Seguridad del Paciente, Johns Hopkins Medicine  
Director, Johns Hopkins Armstrong Institute

**Kathryn Rapala, DNP, JD, RN, CPPS**  
Vicepresidenta para la Gestión del Riesgo Clínico,  
Aurora Health Care

**Mark L. Rosenberg, MD, MPP**  
Presidente y Director General, The Task Force for Global Health

**Sanjay Saint, MD, MPH**  
Jefe de Medicina, VA Ann Arbor Healthcare System  
George Dock Profesor de Medicina, University of Michigan Medical School

**Eric J. Thomas, MD, MPH**  
Profesor de Medicina, Decano Asociado para la Calidad Sanitaria, University of Texas Medical School en Houston  
Director, The University of Texas - Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety (Centro Conmemorativo Hermann para la Calidad y la Salud de la Atención Médica)

**Jed Weissberg, MD, FACP**  
Principal Investigador, Institute for Clinical and Economic Review (ICER) (Instituto para la Revisión Económica y Médica)  
Facultad, Institute for Healthcare Improvement  
Vicepresidente Principal (retirado), Kaiser Foundation Health Plan

## PERSONAL DE LA NPSF

**Tejal K. Gandhi, MD, MPH, CPPS**  
Presidenta y Directora General

**Patricia McGaffigan, RN, MS**  
Directora de Operaciones y  
Vicepresidenta Principal, Programa de Estrategia y Gestión

**David Coletta**  
Vicepresidente Principal, Alianzas Estratégicas

**Ed Devenne**  
Vicepresidente Principal, Finanzas

**Caitlin Y. Lorincz, MS, MA**  
Directora Principal, Programas

**Patricia McTiernan, MS**  
Vicepresidenta Auxiliar, Comunicaciones

**Elma Sanders, PhD**  
Gerente de Comunicaciones

**Anita Spielman, CPPS**  
Gerente, Recursos para la Información e Investigación



---

\* Miembros del Comité original para la Calidad de la Sanidad en América del Institute of Medicine.

## Avales

Las organizaciones que se enumeran a continuación han avalado el contenido de este informe. Hay pendientes avales adicionales.

Las organizaciones interesadas en avalar este informe deberían ponerse en contacto con [info@npsf.org](mailto:info@npsf.org).

|   |   |
|---|---|
| Alliance for Quality Improvement and Patient Safety                     | HIMSS   |
| American Academy of Nursing   | Hospital Quality Institute                                    |
| American Association for Physician Leadership                           | Informed Medical Decisions Foundation                         |
| American Association of Critical-Care Nurses                            | Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS) |
| American Nurses Association   | Institute for Healthcare Improvement                          |
| Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)                             | Institute for Safe Medication Practices                       |
| Association of periOperative Registered Nurses                          | John D. Stoeckle Center for Primary Care Innovation           |
| Aurora Health Care  | Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors  |
| Baptist Easley Hospital   | Medical University of South Carolina                          |
| Baptist Health South Florida  | Memorial Hermann Health System                                |
| Boston Children's Hospital  | MHA Keystone Center   |
| Buffalo Hospital, part of Allina Health                                 | Minnesota Alliance for Patient Safety                         |
| Canadian Patient Safety Institute                                       | National Association for Healthcare Quality                   |
| Carolina Pines Regional Medical Center                                  | National Partnership for Women & Families                     |
| Center for Medical Simulation   | NHS Improvement   |
| Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety (SPS)                | Oregon Patient Safety Commission                              |
| Cincinnati Children's Hospital Medical Center                           | Pacific Business Group on Health                              |
| Citizens for Patient Safety   | Society of Hospital Medicine                                  |
| Collaborative for Accountability and Improvement                        | Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM)               |
| Collaborative Latin America Forum in Quality and Patient Safety (CICSP) | Spartanburg Regional Healthcare System                        |
| College of Healthcare Information Management Executives                 | The Task Force for Global Health                              |
| Corizon Health  | Tennessee Hospital Association                                |
| CoxHealth   | Tidelands Health  |
| Emergency Medicine Patient Safety Foundation                            | Trident Health  |
| Fairview Health Services  | Vidant Health   |
| Franciscan Alliance   | Virginia Mason Health System                                  |
| Hampton Regional Medical Center   |   |





**National Patient Safety Foundation**  
**Declaración de Visión**

*Creando un mundo en el que los pacientes y aquellos que se preocupan por ellos se encuentran libres de daño*

## Prólogo

En junio de 1998, el Institute of Medicine (IOM) convocó el Comité sobre la Calidad de la Sanidad en América para explorar e informar sobre el funcionamiento de la sanidad en los EE. UU. La publicación inicial del grupo, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, lanzado a finales de 1999, se centraba en la seguridad del paciente, y captó la atención como muy pocos otros informes de la IOM lo habían hecho hasta entonces o a partir de aquel momento, en parte debido a que estimaba que hasta un total de 98.000 pacientes hospitalizados en los EE. UU. morían cada año como resultado de los fallos cometidos en la seguridad del paciente (IOM 2000). Aunque las estadísticas de mortalidad citadas en el informe han sido cuestionadas en alguna ocasión, no hay duda de que la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el daño del paciente son demasiado elevadas, y varios estudios posteriores han sugerido que los números del IOM eran inferiores a las cifras reales (James 2013). Independientemente de cómo se calcularan las estimaciones, estas sirvieron para un importante fin, ya que atrajeron la tan necesitada atención hacia la seguridad del paciente.

En la década y media desde la publicación de *To Err Is Human*, la comunidad sanitaria ha aprendido mucho sobre los problemas con respecto a la asistencia del paciente y ha celebrado áreas en las que se aprecia una mejora. Sin embargo, ahora entendemos que el problema es mucho más complejo de lo que inicialmente se apreciaba. Este informe representa los hallazgos de un panel de expertos que convocó la National Patient Safety Foundation para tratar la situación actual de la seguridad del paciente. \*Tuvimos la suerte de contar, entre los miembros de nuestro panel, con tres individuos que formaron parte del comité original del IOM.

*To Err Is Human* afirmaba: “La situación actual no es aceptable y no se puede tolerar durante más tiempo” (IOM 2000). Lamentablemente, esta afirmación todavía es válida hoy en día. A pesar de que se ha cobrado mayor conciencia, los pacientes todavía sufren daños evitables durante sus interacciones con el sistema de asistencia sanitaria. Aún queda una gran labor por realizar. Lograr la seguridad verdadera es un largo recorrido. Quizás nunca sea posible eliminar el daño totalmente, ya que siempre habrá nuevas tecnologías y tratamientos que conllevarán nuevos riesgos; la protección de los pacientes contra un determinado peligro podría aumentar su riesgo de exposición a otro, lo que podría producir un desequilibrio. Lo que procuramos es que la sanidad se centre en la seguridad

---

\*Este informe representa las opiniones de los panelistas expertos; no representa un examen literario exhaustivo, aunque en la medida de lo posible, se ha basado en evidencia publicada.

hasta el punto de que: (1) haya unas estrategias de prevención efectivas para muchos de los daños actuales, evitables y comunes que conocemos y (2) las organizaciones de formación se interesen por la posibilidad del daño evitable para estar dispuestas a identificar los problemas y desarrollar las acciones correctas. El título de este informe, “Libre de cualquier tipo de daño”, es a lo que aspiramos, lo que nos guiará como nuestra estrella polar, mientras tratamos de alcanzar unos sistemas más seguros.

Hoy por hoy, no debemos dejar que las prioridades rivales en la sanidad desvíen nuestra atención de tan importante objetivo como es el evitar cualquier tipo de daño para los pacientes. Por el contrario, debemos mantener los ojos bien abiertos sobre la carretera y pisar el acelerador. En este informe, aspiramos a enfatizar tanto el progreso en la seguridad del paciente como las serias carencias que todavía restan. Al escribir en nombre del panel de expertos, sugerimos las medidas de acción que todos los participantes deberían tomar para mejorar la seguridad del paciente de manera minuciosa. Por el bien de los pacientes en cualquier parte del mundo, no deberíamos perder de vista nuestros objetivos ni vacilar ante nuestro compromiso para alcanzarlos.

**Donald M. Berwick, MD, MPP**

Presidente Emérito y Principal Investigador,  
Institute for Healthcare Improvement  
Profesor, Departamento of Health Care Policy  
Harvard Medical School

**Kaveh G. Shojania, MD**

Director, Centre for Quality  
Improvement and Patient Safety  
University of Toronto  
Editor en Jefe, *BMJ Calidad y Seguridad*



## Definiciones destacadas con respecto a la Seguridad del Paciente

*Basadas en el Glosario AHRQ PSNet [nd], Runciman et al. 2009, y en otros tal y como se especifica.*

**Eventos adversos por medicación:** un evento adverso relacionado con el uso de medicamentos.

**Evento adverso:** cualquier lesión causada por la asistencia médica.

Algunos ejemplos incluyen el neumotórax por la colocación de un catéter venoso central, la anafilaxis debido a la penicilina y a la infección en heridas postoperatorias. Identificar algo como adverso no implica un “error”, una “negligencia” o una asistencia de mala calidad. Simplemente indica que un resultado clínico no deseado fue el resultado de algunos aspectos del diagnóstico o de la terapia, no del proceso de la enfermedad subyacente. Los eventos adversos evitables son el subconjunto causado por un error.

**Error:** un acto de comisión (realizar algo de manera equívoca) u omisión (no hacer lo adecuado) que conduce a un resultado no deseado o a una considerable posibilidad de que se dé tal resultado. Por ejemplo, pedir una medicación para un paciente con una alergia documentada a tal medicación sería un acto de comisión. No recetar una medicación, cuyos grandes beneficios han sido probados, a un paciente elegible (p. ej., una pequeña dosis de heparina no fraccionada como la profilaxis para una tromboembolia venosa para un paciente después de una artroplastia de cadera), representaría un error de omisión.

**Daño:** un deterioro de la estructura o de la función del cuerpo y/o de cualquier efecto perjudicial que surja de estos posteriormente, incluyendo la enfermedad, la lesión, el sufrimiento, la discapacidad y la muerte, y que puede ser físico, social o psicológico.

**Cultura justa:** una cultura que reconoce que no se debería considerar a los médicos individuales, responsables de los fallos del sistema sobre el cual no poseen ningún control. Una cultura justa también reconoce que muchos de los errores individuales o “activos” representan interacciones predecibles entre los operadores humanos y los sistemas en los que trabajan. Sin embargo, y a diferencia de la cultura que no promueve “la culpa” como su principio rector, una cultura justa no tolera el menosprecio consciente de los claros riesgos hacia los pacientes o la falta grave (como, por ejemplo, la falsificación de un registro o llevar a cabo funciones profesionales mientras se esté intoxicado).

**Seguridad del paciente:** seguridad del paciente se refiere a que este está libre de lesiones accidentales o evitables que se producen debido a la asistencia médica. Por lo tanto, las prácticas o las intervenciones que mejoren la seguridad del paciente son aquellas que reducen la ocurrencia de los eventos adversos evitables.

**Cultura de seguridad:** la cultura de la seguridad de una organización es el producto, tanto individual como colectivo, de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la salud y de la gestión de la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de la seguridad positiva se caracterizan por unas comunicaciones basadas en la confianza mutua, unas percepciones con respecto a la importancia de la sanidad compartidas y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas (Comisión de Salud y Seguridad o Health and Safety Commission 1993).

La cultura de la seguridad se refiere tanto (a) al intercambio intangible del valor de la seguridad entre los miembros de una organización como a (b) los resultados tangibles de este valor compartido en forma de comportamiento y estructura (Groves 2014).

**Seguridad sistémica total:** la seguridad que se aplica de forma sistémica y uniforme (a través del proceso total) (Pronovost et al. 2015).

## Abreviaturas utilizadas en este informe

|               |   |
|---------------|---|
| ACGME         | Accreditation Council for Graduate Medical Education (Consejo de Acreditación para Graduados en Medicina)   |
| AHRQ          | Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad Sanitarias), Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales de EE. UU.   |
| CDC           | Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)  |
| CLABSI        | (por sus siglas en inglés) infección del torrente sanguíneo relacionada con el catéter venoso central   |
| CMS           | Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid)  |
| CPOE          | (por sus siglas en inglés) ingreso informatizado de la orden médica   |
| EHR           | (por sus siglas en inglés) expediente médico electrónico  |
| FAA           | (por sus siglas en inglés) Administración de la Aviación Federal  |
| FDA           | US Food and Drug Administration (Administración para los Alimentos y la Medicina de EE. UU.)  |
| HAI           | (por sus siglas en inglés) infección contraída en un hospital   |
| health IT/HIT | tecnología de la información sanitaria  |
| HHS           | (por sus siglas en inglés) Ministerio de Sanidad y de Servicios Sociales de EE. UU.   |
| IOM           | Institute of Medicine (Instituto de Medicina)   |
| ISMP          | Institute for Safe Medication Practices (Instituto para las Prácticas de una Medicación Segura)   |
| LLI           | National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute (Instituto Lucian Leape de la National Patient Safety Foundation)   |
| NHS           | National Health Service (UK) (Servicio Nacional de Salud, Reino Unido)  |
| NPSF          | National Patient Safety Foundation (Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente)  |
| NQF           | National Quality Forum (Fórum para la Calidad Nacional)   |
| NRC           | US Nuclear Regulatory Commission (Comisión Regulatoria Nacional de los EE. UU.)   |
| OIG           | Office of the Inspector General, US Department of Health and Human Services (Oficina del Inspector General), Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales de EE. UU.  |
| ONC           | Office of the National Coordinator for Health Information Technology, US Department of Health and Human Services (Oficina del Coordinador Nacional para la Tecnología de la Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y de Servicios Sociales) |
| PSO           | (por sus siglas en inglés) organización para la seguridad del paciente  |
| SPS           | Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety (Soluciones de los Hospitales Infantiles para la Seguridad del Paciente)   |
| VA            | US Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration (Departamento de Asuntos para Veteranos, Administración para la Salud de los Veteranos)   |
| VTE           | (por sus siglas en inglés) tromboembolia venosa   |

# Introducción: La Seguridad del Paciente es una Cuestión de Salud Pública

El informe del Institute of Medicine\* (IOM) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* motivó tanto a individuos como a organizaciones a considerar seriamente los daños causados por la asistencia médica: unos daños que muchos, en la asistencia sanitaria, habían considerado tradicionalmente como inevitables (IOM 2000). Se había instigado a los profesionales de la sanidad y al público por igual a centrarse en reducir los daños en los hospitales, incluyendo los eventos adversos por medicamentos (ADE, por sus siglas en inglés), las lesiones quirúrgicas, las muertes evitables, las caídas, las quemaduras, las úlceras por presión y el confundir las identidades de los pacientes.

A pesar del progreso de los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública. El daño evitable es todavía inaceptablemente frecuente, en todos los ámbitos de la asistencia y entre todas las poblaciones de pacientes. Estudios recientes sugieren que el número total debido a los problemas de seguridad sigue siendo alto (Landrigan et al. 2010; OIG 2010; Classen et al. 2011; James 2013). Los daños causados durante la asistencia sanitaria conllevan unas importantes implicaciones para la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida, y no son menores que la obesidad, los accidentes de tráfico o aéreos o el cáncer de mama.

***A pesar del progreso de los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública.***

Para comprender el impacto total de los problemas relacionados con la seguridad del paciente, debemos considerar tanto la mortalidad como la morbilidad. Este cambio es análogo al cambio de enfoque en las últimas décadas, desde la medicina de cuidados intensivos hasta la gestión de las enfermedades crónicas. La mayoría de las amenazas con respecto a la seguridad del paciente son menos similares a un ataque al corazón o a un derrame cerebral, que matan de manera fulminante, y más similares a la diabetes o a la hipertensión: crónicas y más complejas y que afectan de forma significativa a la salud y al bienestar. Esta evolución en las opiniones será crítica a la hora de alcanzar un cambio real.

---

\*El Institute of Medicine se constituyó recientemente como una unidad del programa de las National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina) y continúa su estudio de consenso tradicional y sus actividades de convocatoria.

Además, aunque la seguridad en el hospital es todavía un objetivo importante, proteger a los pacientes de cualquier daño durante la asistencia médica implica más cosas que reducir o prevenir los problemas relacionados con la seguridad durante la hospitalización. Los pacientes reciben más asistencia en ubicaciones situadas fuera del hospital (las clínicas de asistencia ambulatoria, los centros de diagnóstico y quirúrgicos independientes, las instalaciones para asistencia a largo plazo, sus hogares y otras ubicaciones) y merecen asistencia segura en cada ubicación, así como también cuando transitan entre ubicaciones.

Mientras que las estimaciones de la mortalidad relacionadas con las cuestiones de seguridad de los pacientes en los hospitales captaron la atención, hace ya 15 años, (y continúan siendo

controvertidas), ahora podemos reconocer también unos problemas de mayor alcance que causan un daño importante a los pacientes de todas las edades, en todos los campos de la sanidad y en todas las

situaciones sanitarias. Estos problemas son más insidiosos y menos dramáticos que los fallecimientos debido a cuestiones de seguridad, aunque tienen una gran importancia debido a su impacto en las vidas de los pacientes y al funcionamiento del sistema de asistencia sanitaria. (Para un resumen, véase la fig. 1). Todos los participantes en el ámbito de la asistencia sanitaria deberían comprometerse de nuevo y priorizar la seguridad del paciente en general y el objetivo de eliminar el daño a los pacientes en particular. Cada uno de nosotros, tanto el paciente, el familiar, el cuidador, el profesional sanitario, el contribuyente, como alguien que pague por los servicios médicos, no se merece menos.

***Todos los participantes en el ámbito de la asistencia sanitaria deberían comprometerse de nuevo y priorizar la seguridad del paciente en general y el objetivo de eliminar el daño a los pacientes en particular.***

Este informe proporciona unas recomendaciones estratégicas para impulsar las mejoras con respecto a la seguridad del paciente durante la próxima década y posteriormente. Esperamos que estas recomendaciones estimulen una acción general e impulsen este ámbito para avanzar con una visión unificada con respecto al futuro de la seguridad del paciente.

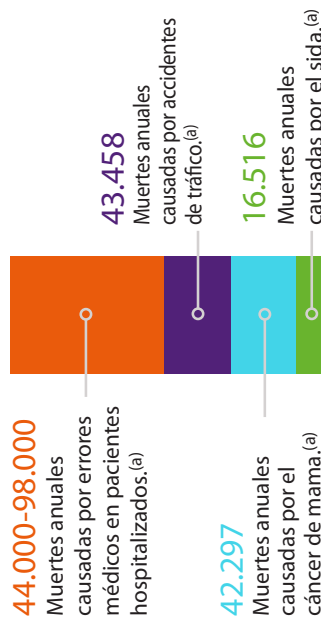


# LIBRE DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO:

LA ACELERACIÓN DE LA MEJORA EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUINCE AÑOS DESPUÉS DE TO ERR IS HUMAN (ERRAR ES DE HUMANOS)

El informe de un panel de expertos recopilado por The National Patient Safety Foundation (Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente) aboga por examinar tanto la mortalidad como la morbilidad ocasionada por errores médicos e ir más allá de los hospitales para mejorar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua.

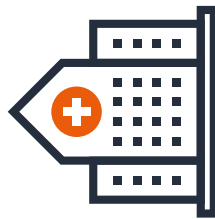
**TO ERR IS HUMAN ENMARCO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO UNA CUESTIÓN SERIA EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA (ESTIMACIONES DE 1999)**



**SEGÚN ALGUNOS INDICADORES, LA ASISTENCIA SANITARIA ES MÁS SEGURA DESDE QUE SE PUBLICÓ TO ERR IS HUMAN**

**1,3 millones**

Reducción estimada en enfermedades contraídas en hospitales (2011-2013) como consecuencia de la iniciativa federal Partnership for Patients (Alianza para los Pacientes).<sup>(b)</sup>



**PARA COMPRENDER EL IMPACTO TOTAL DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, DEBEMOS CONSIDERAR TANTO LA MORTALIDAD COMO LA MORBIDEZ**

**1 de cada 10** de pacientes sufrieron una enfermedad contraída en el ámbito de la asistencia sanitaria (como una infección, una úlcera por presión, una caída o un evento adverso por medicación) durante la hospitalización.<sup>(b)</sup>

Hay aproximadamente 1000 millones de visitas ambulatorias al año en los EE. UU.<sup>(c)</sup>

Hay unos **35 millones** de ingresos hospitalarios al año.<sup>(c)</sup>

**1000 millones**



**EL AVANCE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE REQUIERE UN CAMBIO GENERAL DE LAS INTERVENCIONES REACTIVAS Y FRAGMENTARIAS HACIA UN ENFOQUE SISTÉMICO TOTAL DE LA SEGURIDAD<sup>(d)</sup>**

- 1 Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad.
- 2 Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente.
- 3 Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen resultados significativos.
- 4 Aumentar la financiación para la investigación de la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación.
- 5 Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua.
- 6 Apoyar al personal sanitario.
- 7 Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura.
- 8 Garantizar una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente.

Figura 1.

Fuentes: (a) Institute of Medicine (IOM). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000. (b) 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; octubre de 2015. Publicación n.º 16-0006-EF de la AHRQ. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/qp/index.html>. (c) National Center for Health Statistics (NCHS). Faststats A-Z. Ambulatory Care and Hospital Utilization. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/> (d) National Patient Safety Foundation. Libre de cualquier tipo de daño: La aceleración de la mejora en materia de seguridad del paciente quince años después de To Err Is Human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. Disponible en: <http://www.npsf.org/free-from-harm>.



## El Informe de Referencia de la IOM

*To Err Is Human: Building a Safer Health System* proyectó los costes de las vidas humanas y financiero asociados con los problemas de seguridad. Se estimó la magnitud del problema y se indicó que hasta unos 98.000 pacientes hospitalizados en los EE. UU. mueren cada año como resultado de los problemas relacionados con su asistencia (IOM 2000). Al mencionar que los problemas de seguridad causaban más muertes que los accidentes de tránsito, el cáncer de mama o el sida, se redefinieron los daños relacionados con la seguridad como análogos a las enfermedades evitables.

El informe recomendaba un esfuerzo formado por cuatro componentes para mejorar la seguridad:

- Establecer un enfoque nacional para crear el liderazgo, la investigación, las herramientas y los protocolos para mejorar la base de conocimiento sobre la seguridad
- Identificar y aprender de los errores mediante el desarrollo de un sistema de notificación obligatorio público a nivel nacional y alentar a los médicos y las organizaciones de asistencia sanitaria para que desarrollen y participen en los sistemas de notificación voluntaria
- Mejorar las normas y las expectativas del rendimiento para las mejoras en la seguridad mediante las acciones de supervisión de las organizaciones, de los grupos profesionales y de agrupaciones de compradores en el ámbito de la asistencia sanitaria
- Cambiar la sanción a los individuos por sus errores a la implementación de unos sistemas seguros en las organizaciones de asistencia sanitaria para lograr prácticas seguras

La publicación de *To Err Is Human* fue un acontecimiento decisivo a la hora de enfocar la atención hacia la seguridad del paciente hasta un grado inusitado. Han sido muchos los que consideran el informe como un catalizador del movimiento de la seguridad del paciente.

## Más allá de la mortalidad: la multitud de peligros

- A pesar de un enfoque creciente y de algunas indicaciones de mejora, alrededor de **1 de cada 10 pacientes** sufre un evento adverso, como una infección contraída en el ámbito de la asistencia sanitaria, una úlcera por presión, un evento adverso por medicación evitable o una caída durante la hospitalización (AHRQ Efforts 2014 o Esfuerzos de la Agencia para la Investigación y la Calidad Sanitarias 2014).
- Una reciente investigación halló que aproximadamente **en 1 de cada 2 cirugías** se había cometido un error en la medicación y/o hubo un evento adverso por medicación (Nanji et al. 2015).
- Más de **700.000 pacientes externos** son tratados en urgencias cada año debido a un evento adverso causado por una medicación, siendo **120.000** de estos eventos adversos lo suficientemente graves para requerir hospitalización (Budnitz et al. 2006).
- Más de **12 millones de pacientes** cada año sufren un diagnóstico erróneo con respecto a la asistencia externa, la mitad de los cuales se considera que pueden causar daño (Singh et al. 2014).
- A nivel mundial, hay un total de **421 millones de hospitalizaciones** y aproximadamente **42,7 millones de eventos adversos** cada año (Jha et al. 2013).
- Cerca de **un tercio de los beneficiarios de Medicare** en centros de enfermería especializada sufrieron un evento adverso; la mitad se consideraron evitables (OIG 2014).

## El estado actual de la seguridad del paciente: el progreso y la necesidad de acelerar

El informe del IOM impulsó el ímpetu en la seguridad del paciente y ha conducido a ganancias en los últimos 15 años. Aunque la evidencia actual con respecto a la mejora general en la seguridad del paciente en los EE. UU. e internacionalmente es variada (Landrigan et al. 2010; Baines et al. 2013; Baines et al. 2015; Shojania and Marang-van de Mheen 2015), la mayoría del panel fue de la opinión de que la asistencia sanitaria general es más segura que en el pasado.

Durante una encuesta anónima realizada a los miembros de nuestro panel, con respecto a las percepciones de la seguridad del paciente, se les preguntó a los participantes si creían que la asistencia era más segura ahora de lo que había sido y por qué\*. La mayoría respondió afirmativamente y señaló varios avances positivos para respaldar su afirmación, como la creación de prácticas y parámetros estándar, más organizaciones que han adoptado la teoría de la alta fiabilidad, las mejoras en la seguridad de la medicación y los esfuerzos para mejorar la cultura. De hecho, gran parte del lenguaje y de los conceptos del enfoque de los sistemas están presentes en la asistencia médica hoy en día. Por otra parte, ahora sabemos que hay muchos factores que son vitales a la hora de conseguir la seguridad del paciente, incluyendo la transparencia, la comunicación, el trabajo en equipo, la ingeniería de factores humanos, la participación del paciente y la cultura de la seguridad organizativa.

***Gran parte del lenguaje y de los conceptos del enfoque de los sistemas están presentes en la asistencia médica hoy en día.***

Aparte de las mejoras concretas, el modo de pensar general también ha cambiado. La seguridad del paciente recibe ahora mucha más atención de los líderes organizativos, los pacientes, los profesionales sanitarios, los responsables de crear las políticas y los medios de comunicación: un logro notable por sí mismo, considerando la multitud de prioridades contrapuestas en el ámbito de la asistencia sanitaria. Como afirmó uno de los encuestados: “La seguridad está ahora firmemente instalada en el léxico de todos los profesionales de la asistencia sanitaria. La gente entiende los factores humanos y la formación en equipo, así como la necesidad de utilizar listas de verificación, otras ayudas y la tecnología”.

---

\*Un resumen de las respuestas de la encuesta del panel se encuentra disponible en <http://www.npsf.org/free-from-harm>.

Además, ciertos aspectos de la seguridad que anteriormente no estaban debidamente reconocidos están en estos momentos recibiendo más atención, como son la importancia de abordar la seguridad en marcos ambulatorios, en donde se proporciona la mayoría de la asistencia; la importancia de considerar la infrautilización o el uso excesivo del tratamiento, de un diagnóstico equivocado y de las complicaciones de la asistencia y la necesidad de abordar la ayuda del personal como un componente integral de la seguridad en la asistencia sanitaria. Por otra parte, la importancia de incluir la seguridad del paciente en la educación está mejor reconocida y cada vez más se están incluyendo los requisitos en los planes de estudio de muchas disciplinas y en varios niveles de formación.

La búsqueda de la seguridad no es antitética con buscar los aspectos de la efectividad de la calidad o del coste, ya que la seguridad es un elemento fundamental para conseguir un alto rendimiento en otras áreas. La relación entre la seguridad y otras dimensiones de la calidad, como son la efectividad, el enfoque centrado en la familia, la puntualidad, la eficiencia y la igualdad, son ahora más apreciados (IOM 2001). La interconectabilidad refleja otra lección importante de los últimos 15 años: las varias dimensiones de la calidad se interconectan y, al tratar una, se podría incidir en las otras. Por ejemplo, algunas de las prácticas óptimas para la seguridad podrían conducir a desequilibrios entre la seguridad y la eficiencia.

El uso incrementado de una asistencia documentada indica una notable mejoría. Las intervenciones han reducido satisfactoriamente las infecciones contraídas en los hospitales (HAI, por sus siglas en inglés), así como los eventos adversos relacionados con los medicamentos en los procedimientos quirúrgicos. El registro con códigos de barras ha demostrado reducir los errores en la administración de los medicamentos (Poon et al. 2010). La formación del equipo de un centro de salud ha mostrado que reduce la mortalidad en un 50 % en comparación con los sitios de control (Neily et al. 2010). Un proceso de comunicaciones por transferencia redujo los errores médicos en un 23 % y los eventos adversos evitables en un 30 % (ambos  $P < 0,001$ ) (Starter et al. 2014). Un informe reciente sobre la iniciativa de seguridad a gran escala “Partnership for Patients (Alianza para los Pacientes)” indicaba que esta había reducido las enfermedades contraídas en hospitales en 1,3 millones\* (US DHHS 2014).

Este progreso es importante, especialmente para un ámbito que cuenta solo con una antigüedad de 15 años y que todavía está desarrollando sus bases científicas, y que ha recibido una inversión limitada comparada con otras importantes actividades biomédicas, como son la “Guerra al Cáncer”, las cardiopatías, la diabetes, la genómica y la medicina personalizada, entre otras. Estos otros ejemplos han conseguido mejoras modestas y graduales durante décadas de una investigación bien respaldada con una base científica bien establecida: el producto de décadas de investigación básica y de trabajos realizados por instituciones y científicos. El hecho de que el progreso en este sector de la seguridad del paciente no haya sido más completo y dominante, es poco sorprendente, aunque quizás decepcionante. El campo de la seguridad del paciente todavía está en una etapa temprana, y la mejora de la seguridad del paciente es un problema complejo que requiere una labor procedente de diversas disciplinas para poder resolverla.

---

\*Hay quien ha cuestionado la metodología de este estudio y la carencia de un examen externo, sembrando la inseguridad con respecto a la validez de los resultados (Pronovost y Jha 2014).

Durante las reformas del sistema de asistencia sanitaria, la seguridad del paciente debería permanecer como una prioridad primordial. En algunas situaciones, la seguridad puede interactuar con otros elementos de calidad. Es imprescindible reconocer y comprender estas interrelaciones, así como priorizar problemas no reconocidos anteriormente, como son los errores en el diagnóstico. Además, los nuevos factores contribuyentes necesitan ahora una nueva atención, como son la posibilidad de introducir los nuevos errores a través de expedientes médicos electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés) (IOM2012) y la fatiga por alarmas de innumerables señales de equipos (ECRI 2013, Joint Comission 2013).



## El progreso futuro depende de un enfoque sistémico total con respecto a la seguridad

En los primeros años tras la aparición de *To Err Is Human*, se promovieron unos puntos de vista disparatados con respecto al mejor enfoque para conseguir una mejora. Algunos de los expertos del comité del IOM exigieron emular los procesos y las filosofías que habían funcionado en otras industrias, tales como la información sobre accidentes, las listas de verificación, el trabajo en equipo, la ingeniería de factores humanos y el enfoque sistémico (Leape et al. 2002). Otros refutaron que caracterizar los problemas de seguridad específicos e identificar los mecanismos para prevenirlos sería una mejor estrategia (Shojania et al. 2002, Brennan et al. 2005).

El último enfoque se introdujo en una era en la que los médicos y los investigadores se centraban en reducir o eliminar los daños específicos, tales como la tromboembolia venosa (VTE, por sus siglas en inglés), las complicaciones quirúrgicas y las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter venoso central (CLABSI). Mientras que este enfoque se había aplicado con éxito en algunas situaciones (Pronovost et al. 2006, Haynes et al. 2009), no había dado frutos en otras (Ubach 2014, Reames 2015). Además, este enfoque de proyecto por proyecto no había conducido a un cambio holístico y generalizado.

Para generar tal cambio holístico, necesitamos adoptar un enfoque más amplio con relación a la seguridad en vez de centrarnos en unas iniciativas de seguridad circunscritas y específicas. Para lograr el éxito, algunas iniciativas basadas en proyectos, como la lista de verificación de la CLABSI, necesitaron grandes cambios con respecto al trabajo en equipo y la cultura (Pronovost et al. 2006). Es revelador que la mayoría de las iniciativas tienen éxito solo cuando utilizan un enfoque más amplio. De hecho, un resultado fundamental de los últimos 15 años es que las iniciativas para la seguridad del paciente pueden progresar tan solo si el trabajo en equipo, la cultura y la participación del cliente son un enfoque clave. Tomando en cuenta el diseño de los sistemas, los fallos humanos, la ingeniería de los factores humanos, la cultura de la seguridad y la notificación de errores y los análisis, entonces el enfoque sistémico representa un punto de vista más exhaustivo.

***Al aceptar la seguridad como un valor fundamental, otras industrias han superado la competición para llegar a una etapa de cooperación. Las organizaciones de la asistencia sanitaria también deberían realizar este cambio.***

Al aceptar la seguridad como un valor fundamental, otras industrias han superado la competición para llegar a una etapa de cooperación. Las organizaciones de la asistencia sanitaria también deberían realizar este cambio. Mientras que algunas organizaciones

sanitarias han comenzado a colaborar cooperativamente entre sí para progresar con respecto a la seguridad del paciente, el compromiso de compartir información sobre la seguridad, al igual que compartir las prácticas óptimas, es más evidente entre hospitales pediátricos. Por ejemplo, la red de Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety (Soluciones de los Hospitales Infantiles para la Seguridad del Paciente o SPS, por sus siglas en inglés) ha visto mejoras importantes en los parámetros de la seguridad del paciente como resultado de la colaboración (Lyren et al. 2013). Por desgracia, muchas otras organizaciones sanitarias parecen creer que ellos mismos se deben diferenciar basándose en su registro de seguridad. Las organizaciones no deberían competir en seguridad, ya que tal competitividad ralentiza el progreso de la seguridad del paciente al obstaculizar la libre circulación de información crucial para prevenir el daño.

El progreso en la seguridad del paciente requiere un cambio general, un cambio de unas intervenciones reactivas y fragmentarias hacia un enfoque sistémico total de la seguridad en el que la seguridad es sistémica y se aplica de manera uniforme a través del proceso total (Pronovost et al. 2015). Tal cambio tendría efectos radicales.

Un enfoque sistemático total significaría una priorización constante de la cultura de la seguridad mediante el liderazgo. Significaría considerar la

***El avance en la seguridad del paciente requiere un cambio general de las intervenciones reactivas y fragmentarias hacia un enfoque sistemático total con respecto a la seguridad.***

seguridad en la totalidad de la asistencia sanitaria continua y abordar ambos, tanto la elevada mortalidad como la considerable morbilidad que causan los fallos en la seguridad. Significaría priorizar el bienestar y la seguridad del personal sanitario. Significaría evitar amontonar más iniciativas potencialmente inconexas en un sistema de prestaciones y cuidadores ya sometido a presión. El proceso significativo en la seguridad del paciente solo podrá ocurrir cuando un enfoque sistémico total sustente las iniciativas de mejora.

Para progresar hacia un enfoque sistémico total de la seguridad, recomendamos ocho pasos para seguir con sus medidas de acción específicas (véase fig. 2 y el resumen del anexo). La parte restante de este informe describe estas recomendaciones y las tácticas asociadas que se necesitan para conseguir una mejoría fundamental y general con respecto a la seguridad del paciente.

### Recomendaciones:

- 1. Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad**
- 2. Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente**
- 3. Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen resultados significativos**
- 4. Aumentar la financiación para la investigación de la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación**
- 5. Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua**
- 6. Apoyar al personal sanitario**
- 7. Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura**
- 8. Garantizar una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente**

Figure 2.

## OCHO RECOMENDACIONES PARA LOGRAR LA SEGURIDAD EN TODOS LOS SISTEMAS



### 1. LOGRAR QUE LOS LÍDERES ESTABLEZCAN Y MANTENGAN UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD

Una mejora en la seguridad requiere una cultura organizativa que permita y priorice la seguridad. Debe primar la importancia del cambio cultural en lugar de tratarla como un elemento más entre las diversas actividades relacionadas con la seguridad.



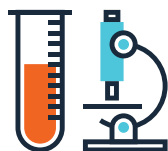
### 2. CREAR UNA SUPERVISIÓN CENTRALIZADA Y COORDINADA CON RESPECTO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La optimización de los esfuerzos hacia la seguridad del paciente requiere la implicación, la coordinación y la supervisión de los órganos directivos nacionales y de otras organizaciones de seguridad.



### 3. CREAR UN CONJUNTO COMÚN DE PARÁMETROS DE SEGURIDAD QUE REFLEJEN RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

La medición es fundamental para hacer avanzar las mejoras. Para fomentar la seguridad, tenemos que establecer unos parámetros estándar que abarquen toda la asistencia sanitaria y crear métodos para identificar y gestionar los riesgos y peligros de manera proactiva.



### 4. AUMENTAR LA FINANCIACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PARA LA CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN

Para lograr avances importantes en la seguridad del paciente, tanto la ciencia de la seguridad como la ciencia de la implementación deberían desarrollarse más para poder lograr una mejor comprensión con respecto a los riesgos para la seguridad y cuál es la mejor forma de prevenirlos.



### 5. ABORDAR LA SEGURIDAD EN TODA LA ASISTENCIA SANITARIA CONTINUA

Los pacientes se merecen una asistencia segura en todos y cada uno de los ámbitos. Las organizaciones de asistencia sanitaria necesitan mejores herramientas, procesos y estructuras para prestar una asistencia segura y para evaluar la seguridad de la asistencia en varios entornos.



### 6. APOYAR AL PERSONAL SANITARIO

La seguridad, la moral y el bienestar del personal son absolutamente necesarios para proporcionar una asistencia segura. Las enfermeras, los médicos, los asistentes médicos, los farmacéuticos y los técnicos, entre otros, necesitan apoyo para alcanzar su máximo potencial como sanadores.



### 7. COLABORAR CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS PARA PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA MÁS SEGURA

Los pacientes y sus familias necesitan participar activamente en todos los niveles de la asistencia sanitaria. En esencia, la participación del paciente se trata de la libre circulación de información al paciente y procedente de él.



### 8. GARANTIZAR UNA TECNOLOGÍA SEGURA Y OPTIMIZADA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La optimización de los beneficios de la seguridad y la reducción de las consecuencias involuntarias de la TI de la salud son críticos.

## Recomendación 1: Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad

Una mejora en la seguridad requiere una cultura organizativa que permita y priorice la seguridad. Desde la aparición de *To Err Is Human*, los expertos han exigido un cambio de la cultura generalizado en todas las organizaciones sanitarias (Sexton et al. 2006, Singer et al. 2007, Sorra y Dyer 2010). El concepto de la cultura de la seguridad se originó fuera del ámbito de la asistencia sanitaria, en los estudios de organizaciones de gran fiabilidad, las cuales “minimizan constantemente los eventos adversos a pesar de llevar a cabo una labor intrínsecamente compleja y peligrosa. Estas organizaciones mantienen un compromiso con la seguridad a todos los niveles, desde los proveedores de primera línea hasta los gerentes y ejecutivos”, con un compromiso mediante un liderazgo para alcanzar unas operaciones seguras de manera uniforme (AHRQ PSNet Safety Culture 2014). En el ámbito de la asistencia sanitaria, una sólida cultura de la seguridad es aquella en la que se responsabiliza a los profesionales y a los líderes sanitarios por una conducta profesional y no se les castiga por errores humanos, sino que se identifican y mitigan estos errores antes de que causen cualquier daño a los pacientes, y en la que un sólido círculo de comentarios permite al personal de primera línea aprender de errores previos y modificar los procesos para prevenir las recurrencias. En efecto, “mejorar la cultura de la seguridad en el contexto de la asistencia sanitaria es un componente esencial a la hora de prevenir o reducir errores y mejorar la calidad general de la asistencia sanitaria” (AHRQ PSNet Safety Culture 2014).

***Una mejora en la seguridad requiere una cultura organizativa que permita y priorice la seguridad.***

Debe primar la importancia del cambio cultural en lugar de tratarla como una más entre las diversas actividades relacionadas con la seguridad. Según el panel de expertos, esta es la recomendación más importante de este informe: que el liderazgo (tanto la junta como los órganos rectores así como los ejecutivos) deben establecer la cultura de la seguridad como pilar para conseguir la seguridad sistémica total. Generar y mantener el cambio de una cultura a gran escala necesaria requiere un sólido liderazgo. Existe información con respecto a las estrategias referentes a normas organizativas de avance, que fomentan una mejorada seguridad del paciente y la dirección compartida y una



sólida ayuda hacia el personal que se han identificado como críticos para establecer una sólida cultura de la seguridad (McKee et al. 2013, Dixon-Woods et al. 2014)

Se debería educar a los líderes sobre la importancia de la cultura de la seguridad y, para ello, necesitan las herramientas para crear esta cultura. Hay herramientas disponibles para efectuar el cambio cultural, como son los convenios organizativos, la formación sobre el respeto, las estrategias para tratar los comportamientos problemáticos, las encuestas sobre la cultura y los WalkRounds™ (IHI 2004, Joint Commission 2008, Kaplan 2013). Sin embargo, estas herramientas no son fáciles de implementar; en algunos casos, los WalkRounds ejecutivos no han sido efectivos a la hora de mejorar la seguridad (Martin et al. 2014, Rotteau et al. 2014, Singer and Tucker 2014). Además, muchas organizaciones utilizan hoy en día encuestas estándar para medir la cultura, aunque muchas tienen dificultades para mejorar las áreas que tienen una baja puntuación.

***Una cultura mejorada no es el medio para lograr un objetivo, sino que es el propio objetivo.***

Aunque existen herramientas disponibles para desarrollar una cultura de la seguridad, se necesita un conjunto común de prácticas óptimas. Uno se puede imaginar el desarrollo de un “paquete de medidas cultural”, análogo al conjunto de intervenciones que drásticamente redujeron la neumonía asociada a la asistencia respiratoria mecánica (Resar et al. 2005). Tal paquete cultural de medidas incluiría estrategias documentadas que los líderes y los equipos de una organización podrían implementar para impulsar un cambio de cultura significativo.

Para ayudar a que comience el proceso de transformación, los consejos de los hospitales deberían comprometerse a exigir que los líderes reconozcan una cultura de la seguridad como prioridad y como una actividad de la que son responsables. El papel de un líder efectivo es establecer la cultura de la seguridad mediante la definición de los objetivos y los valores de la organización: los líderes de la asistencia sanitaria deben comunicar clara e implacablemente que la asistencia segura es un objetivo primario y no negociable (Leonard and Franke 2012).

### Una cultura mejorada: el propio objetivo

El conocimiento pasa por tres fases: en primer lugar, aparece una simplicidad superficial; seguida de una confusa complejidad conforme afloran los problemas subyacentes no identificados antes; y finalmente, una profunda simplicidad (Schutz 1982). La simplicidad superficial con respecto a la seguridad del paciente comenzó con la noción de que deberíamos emular a la industria aeronáutica y otras industrias de alto riesgo que utilizan los informes sobre accidentes, el cambio de cultura y la atención a la comunicación y al trabajo en equipo. La confusa complejidad representa la situación actual: las iniciativas de seguridad se centran en una amplia variedad de objetivos de seguridad específicos, con intervenciones en cada una de ellas (listas de verificación para la cirugía, un paquete de medidas para las líneas centrales, el ingreso informatizado de la orden médica (CPOE) y el código de barras). En esta fase, el trabajo en equipo, la comunicación y la cultura son los medios para alcanzar objetivos, como la implementación exitosa de la lista de verificación quirúrgica o del paquete de medidas de la línea central.

Ahora estamos empezando a comprender la fase de la simplicidad profunda: una cultura mejorada no es el medio para lograr un objetivo, sino que es el propio objetivo. Por ejemplo, sabemos que la implementación superficial de una lista de verificación quirúrgica no es eficaz (Urbach et al. 2014). Sin embargo, un destacado trabajo en equipo y una cultura de intervención que también incluía una lista de verificación (en vez de al revés) redujo la mortalidad en un 50 % más que las tendencias seculares (Neily et al. 2010). De este modo, según este ejemplo de la lista de verificación, una centralización en la cultura (utilizando dichas listas como herramienta) puede mejorar los resultados. Este ejemplo ayuda a ilustrar por qué, según los panelistas, el liderazgo y la cultura son cruciales a la hora de acelerar el proceso con respecto a la seguridad del paciente.

Recomendamos que los líderes y otros participantes clave impulsen las siguientes tácticas para desarrollar y sostener una cultura de la seguridad.

### Recomendación 1: Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia   |
|----------|---|---|
| 1.1      | Una cultura de la seguridad es fundamental para fomentar las mejoras de la seguridad del paciente, y se necesita más atención para la mejora.   | Juntas/órganos rectores<br>Liderazgo                                    |
| 1.2      |   | Juntas/órganos rectores<br>Liderazgo                                    |
| 1.3      | Los líderes necesitan estrategias prácticas y tácticas para cambiar la cultura de forma verdadera.  | Juntas/órganos rectores<br>Liderazgo<br>Organizaciones de seguridad     |
| 1.4      | Las juntas, los líderes y los entes reguladores (p. ej., las agencias estatales) necesitan la educación suficiente con respecto a los fundamentos de la ciencia de la seguridad para promover los esfuerzos culturales. | Juntas/órganos rectores<br>Educadores<br>Liderazgo<br>Entes reguladores |



## Recomendación 2: Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente

Aunque los autores de *To Err Is Human* exigieron unos esfuerzos para la seguridad del paciente coordinados a nivel nacional hace 15 años, su recomendación no se ha cumplido. La optimización de los esfuerzos hacia la seguridad del paciente requiere la implicación, la coordinación y la supervisión de los órganos directivos nacionales y de otras organizaciones de seguridad. Muchos expertos han destacado ejemplos en otras industrias de alto riesgo como modelos para ser emulados por la asistencia sanitaria. Un elemento de seguridad común en varios campos es una agencia independiente central responsable de dirigir las investigaciones de los incidentes. Esta agencia central emplea o consulta con numerosos expertos que examinan los incidentes para desarrollar recomendaciones, algunas de las cuales se convierten posteriormente en obligatorias a través de la industria. En los EE. UU., la Federal Aviation Administration (FAA) supervisa la industria de la aviación de este modo; la Nuclear Regulatory Commission (NRC) desarrolla un papel similar en la industria de la energía nuclear. Estas agencias centrales investigan los problemas de seguridad, y crean y divulgan las prácticas óptimas para impulsar una mejora efectiva.

***La optimización de los esfuerzos hacia la seguridad del paciente requiere la implicación, la coordinación y la supervisión de los órganos directivos nacionales y de otras organizaciones de seguridad.***

Se necesita un tipo similar de supervisión, coordinación e intercambio entre las organizaciones, con respecto a la seguridad del paciente a nivel nacional. Para evitar una duplicación innecesaria y lograr que se intercambien lecciones valiosas entre todos los participantes, un enfoque coordinado debería incluir la colaboración entre las agencias públicas y las organizaciones privadas cuyas actividades apoyen la seguridad del paciente. Esta colaboración incluiría el establecimiento de prioridades, la identificación de los riesgos, y la creación y divulgación de las prácticas óptimas.

Además de fomentar una mayor colaboración y coordinación, el nombramiento de una agencia central también proporcionaría un mayor liderazgo centralizado y una

contabilidad por un trabajo que está en marcha en este campo. Una lección importante de los eventos en Mid-Staffordshire en el National Health System (NHS) en Inglaterra, en los que se comprobó que el suministro de una asistencia deficiente contribuyó al fallecimiento del paciente, es que cuando la responsabilidad entre grupos se vuelve difusa, no es propiedad de nadie (National Advisory Group 2013). Específicamente, el National Advisory Group on the Safety of Patients en Inglaterra halló que “la responsabilidad de la supervisión y el remedio para la calidad y los problemas de calidad y seguridad se encontraba, y todavía se encuentra hasta cierto punto, difusa en el NHS, con la responsabilidad dividida entre muchas agencias y con acciones de coordinación, comunicación, reconocimiento de pautas y de seguimiento, a veces, inexistentes o confusos”. El grupo de asesoramiento concluyó que “cuando hay tantas personas al cargo, no hay nadie a cargo” (National Advisory Group 2013).

Varios órganos han emprendido gestiones por todo el país que se han demostrado como valiosas. En los EE. UU., a nivel federal, los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) y los Centers for Disease and Prevention (CDC) han mostrado un activo liderazgo acerca de muchas iniciativas para la seguridad del paciente. Por ejemplo, en 2008 CDC lanzó la iniciativa PROTECT para reducir el riesgo de una sobredosis de medicación involuntaria entre niños (CDC 2012). En 2010, la CMS lanzó la Partnership for Patients, que cooperaba entre los sectores público y privado con un enfoque en la reducción de enfermedades contraídas en un hospital y en la mejora de las transiciones en la asistencia sanitaria. Datos preliminares demuestran que la colaboración ha sido efectiva, consiguiendo una disminución del 17 % con respecto a las enfermedades contraídas en un hospital entre 2010 y 2013\* (CMS 2013).

Otros ejemplos de la colaboración para fomentar la seguridad del paciente incluyen los grupos regionales, nacionales e internacionales. Algunas organizaciones sanitarias se están unificando para mejorar la asistencia sanitaria, incluyendo aquellas que operan en los mismos segmentos del mercado y otras que incluso podrían competir en el mismo segmento. SPS, una colaboración de hospitales pediátricos en Ohio, ha permitido compartir datos, prácticas óptimas y mejoras documentadas en seguridad, tales como reducir el número de paradas cardiopulmonares fuera de la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un 46 % (Children's Hospitals Solutions for Patient Safety [nd]).

Las organizaciones para la seguridad del paciente (PSO, por sus siglas en inglés), que se encuentran reguladas por la US Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia Estadounidense para la Investigación de la Atención Sanitaria o AHRQ, por sus siglas en inglés), se crearon para promover el aprendizaje compartido para mejorar la calidad y la seguridad a nivel nacional mediante el otorgamiento de protecciones de confidencialidad (AHRQ PSO [nd], por sus siglas en inglés). La intención de estas organizaciones es capturar los datos del informe del incidente usando formatos comunes para informar a un gobierno centralizado y también para ayudar con las medidas. Mientras transmiten la información a sus clientes, las PSO también sirven como enlace entre el esfuerzo fundamental y sus clientes. Sin embargo, la actual efectividad de las PSO para comunicar la información de la seguridad del paciente a los clientes y para trabajar con estos y reducir errores requiere un riguroso examen (Franke 2011).

La coordinación central también podría añadir un valor importante a la información con respecto a los incidentes. En la industria de la aviación, así como en otras industrias, un equipo de seguridad totalmente independiente informa de los incidentes y accidentes

---

\*Sin embargo, hay quien ha cuestionado la metodología de este estudio y la carencia de un examen externo, lo que siembra la inseguridad con respecto a la validez de los resultados (Pronovost et al. 2014).

más serios para asegurarse de que se puedan identificar imparcialmente las causas de todo el sistema y las mejoras necesarias (Macrae 2015). El NHS de Inglaterra se encuentra en la actualidad trabajando para implementar un modelo similar. Los informes de médicos voluntarios sobre ciertos tipos de eventos a organizaciones externas, como la US Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos o FDA), el independiente y sin ánimo de lucro Institute for Safe Medication Practices (Instituto para las Prácticas de la Medicación Segura o ISMP), el CDC y otros, ha sido un importante enfoque para capturar y aplicar información centralmente con respecto a eventos adversos y desarrollar estrategias para abordarlos. Dichos informes también han tenido un amplio efecto en la normativa de la FDA, las prácticas del sector, los estándares de la asistencia sanitaria, los objetivos de la seguridad del paciente a nivel nacional, y las prácticas óptimas de la seguridad en los medicamentos en los que se centraban (comunicación personal de Michael Cohen, Nov. 2015).

Además de estas organizaciones y colaboraciones con respecto a la seguridad, la asistencia sanitaria incluye numerosos organismos reguladores comprometidos con las actividades y la supervisión de la seguridad del paciente. Estos grupos incluyen la FDA; la US Office of the National Coordinator for Health Information Technology (Oficina Estadounidense para la Tecnología de la Información en la Asistencia Sanitaria o ONC, por sus siglas en inglés); el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales Estadounidense (HHS, por sus siglas en inglés), el cual incluye el AHRQ, los CMS, los CDC y la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) y el Foro sobre Calidad Nacional (NQF, por sus siglas en inglés), entre otros. Además, hay varios grupos para la defensa del paciente que se centran en la seguridad del paciente, así como organizaciones de seguridad sin ánimo de lucro, como la National Patient Safety Foundation, el Leapfrog Group y el Institute for Healthcare Improvement (Instituto para la Mejora de la Atención Sanitaria o IHI, por sus siglas en inglés).

Sin embargo, en los EE. UU. no existe un grupo central ni una estrategia nacional dedicados a alinear a todas las organizaciones implicadas en la seguridad del paciente. Sin un grupo primario que movilice la voluntad y actúe como un centro de coordinación para priorizar los esfuerzos con respecto a la seguridad del paciente, los pacientes y los profesionales de la asistencia sanitaria sufren una fragmentación y una duplicación de sus esfuerzos, la ausencia de una defensa efectiva, la falta de su responsabilidad última y la competición para la financiación.

Para llenar este vacío, la solución preferida sería formar una nueva organización, análoga a la FAA o a la NRC, para actuar como un punto focal para los esfuerzos relativos a la seguridad y para desarrollar una estrategia nacional para alinear y coordinar estos esfuerzos a través de las organizaciones públicas y privadas. En el clima político actual, parece improbable alcanzar tal solución. Una posible alternativa sería expandir el papel de una organización existente para que desarrollase la función de coordinador principal. Dadas las cifras con respecto al daño al paciente en el ámbito de la asistencia sanitaria, necesitamos promover el diálogo con respecto a la seguridad del paciente para convertirla en una prioridad de la salud pública. Necesitamos la misma coordinación y enfoque que en otras iniciativas de salud públicas, como, por ejemplo, el uso de cinturones de seguridad y la reducción del uso de cigarrillos, en las que los elaboradores de políticas, la industria y las organizaciones principales trabajan conjuntamente. Una estructura de supervisión para la seguridad del paciente nacional podría representar a los dispares grupos anteriormente mencionados y convertirse en una interfaz efectiva entre el gobierno, otras partes interesadas en la seguridad y el público con respecto a todos los aspectos de la seguridad en la asistencia sanitaria.

Recomendamos que las partes interesadas ejerciten las siguientes tácticas para facilitar la coordinación nacional y la supervisión de las actividades para la seguridad del paciente.

## Recomendación 2: Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia  |   |
|----------|--|--|---|
| 2.1      | Alinear y armonizar las actividades de seguridad nacional mediante el diseño o la creación de un organismo de coordinación central.  | La falta de coordinación entre numerosas agencias federales y organizaciones de seguridad conduce a una falta de estrategia nacional y de la armonización de los esfuerzos con respecto a la seguridad del paciente. | Congreso<br>HHS   |
| 2.2      | Expandir y acelerar los esfuerzos para una mejora colectiva (p. ej., las coaliciones específicas por especialidad o por región) con respecto a la seguridad del paciente a través de la asistencia continua. | La falta de compartición de datos o de prácticas óptimas limita los esfuerzos para promover una mejora efectiva.   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>HHS<br>Sociedades profesionales<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Organizaciones de seguridad |



## Recomendación 3: Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen resultados significativos

La medición es fundamental para hacer avanzar las mejoras. Ayuda a clarificar los objetivos, a compartir un mismo propósito y a confirmar que las organizaciones progresan en la dirección acertada a medida que pasa el tiempo. Sin embargo, la medición también conlleva unos posibles efectos negativos involuntarios. Una medición imprecisa oculta la verdadera situación y conduce a una desaconsejable complacencia o a que se centren unos esfuerzos desproporcionados en unos problemas menores. La cantidad de medidas que ahora requieren diferentes organismos reguladores pueden distraer la atención con respecto a objetivos importantes, y la tarea de recoger y analizar información es abrumadora. Otro problema es el uso involuntario de las medidas (p. ej., los indicadores de seguridad del paciente de la AHRQ, concebidos como una herramienta de criba y que se utiliza para el pago de sanciones) y las consecuencias involuntarias de las medidas que se utilizan en la actualidad (p. ej., sanciones económicas para hospitales con escasos recursos como consecuencia de la readmisión de la medición) (Joynt and Jha 2012), lo que puede producir consecuencias perjudiciales.

*La medición es fundamental  
para hacer avanzar las mejoras.*

Durante los últimos 15 años se ha alcanzado cierto progreso con respecto a la medición. Ahora se la considera habitual en muchas áreas de la asistencia sanitaria de una manera en que no se consideraba anteriormente. Hoy en día, las organizaciones de todo el país miden regularmente las HAI mediante unas definiciones validadas y fiables que han conseguido consenso nacional (Yoko 2014, CDC Identifying 2015). Muchos estados deben informar ahora con respecto a las HAI (CDC State-Based 2015). Un número creciente de medidas evalúa hoy en días lo que les importa a los pacientes: la experiencia del paciente. La encuesta de la Evaluación para el Consumidor del Hospital de los Sistemas y los Proveedores de Atención Sanitaria y las herramientas relacionadas proporcionan unas medidas estándar con respecto a la experiencia del paciente con la asistencia sanitaria, incluyendo algún elemento directamente relacionado con la seguridad del paciente, como la notificación al darlo de alta. Estas herramientas se utilizan extensamente y se encuentran en la actualidad ligadas al reembolso de Medicare, lo que aumenta su visibilidad e importancia (CMS 2013, CMS 2014). En los últimos 15 años, se ha experimentado también un aumento en la transparencia con respecto a la medición. Las tasas de mortalidad y complicaciones en muchos hospitales se exponen ahora públicamente: una actividad mucho menos común antes del informe del IOM (Ryan 2012).

Sin embargo, numerosos retos con respecto a la medición son muy específicos de la seguridad del paciente. En primer lugar, a diferencia de lo que ocurre con otros aspectos de la calidad, no existen unas medidas para la seguridad que se utilicen extensamente. La información administrativa no funciona bien para las medidas de seguridad. La metodología para la medición actual, que a menudo depende de una vigilancia retrospectiva a través de los datos sobre reclamaciones o la revisión de las gráficas, no detecta todos los ejemplos de errores, daños y de aquellos “eventos que nunca deberían de haber sucedido” (Thomas and Classen 2014). No se puede disponer de medidas de seguridad intersectorial a partir de los datos habituales, y es difícil utilizar grandes bases de datos para hallar ADE o errores de diagnóstico.

La medida que indica los “eventos adversos totales” es demasiado heterogénea para proporcionar información significativa para lograr una mejora, aunque se utiliza a menudo como medida principal para la evaluación de la seguridad del paciente (Vincent y Amalberti 2015, Shojania y Marang-van 2015). La medición de los eventos adversos proporciona una visión general con respecto a estas cuestiones, al indicar qué tipos de problemas de seguridad surgen comúnmente y al proporcionar una aproximación de su relativa frecuencia. Sin embargo, para cualquier tipo de evento adverso (HAI, ADE, complicaciones quirúrgicas, errores de diagnóstico), a menudo no medimos con la suficiente precisión para poder mostrar una mejora con el tiempo. Otro problema es que la clasificación de los eventos adversos podría cambiar con el tiempo; con nuevos daños o cambios en lo que los críticos consideran evitable, incluso si los hospitales disminuyen con éxito muchos de los eventos adversos evitables, la tasa de eventos adversos evitables podría parecer sin cambios (Vincent and Amalberti 2015). Además, cualquier categoría de eventos adversos tiene tantas causas heterogéneas que cualquier intervención podría no reducir la tasa lo suficiente para que se detecte un cambio. Incluso las mediciones de los resultados que pueden parecer relativamente sencillas, como las tasas de la VTE, pueden provocar errores (p. ej., los hospitales que realizan una mayor criba o análisis podrían dar una peor imagen, aunque proporcionen una mejor asistencia) (Bilimoria et al. 2013).

La revisión de las gráficas es una alternativa a la información administrativa aunque requiere una labor extremadamente intensa. Incluso cuando se simplifica utilizando instrumentos como la IHI Global Trigger Tool (Herramienta Desencadenante Global del IHI), estas herramientas podrían resultar demasiado contundentes para detectar cualquier mejora (Shojania y Marang-van de Meen 2015, Wong et al. 2015). Estas herramientas solo pueden identificar los eventos adversos específicos en la herramienta y solo pueden detectar aquellos eventos que están bien documentados.

Se han realizado un importante esfuerzo con respecto a los sistemas de notificación organizativos, lo cual formaba parte de la recomendación principal del informe de la IOM, aunque este esfuerzo a menudo ha proporcionado poco valor a las organizaciones por lo que respecta a una mejora efectiva. Un estudio reciente identificó cinco barreras que obstaculizan la efectividad sobre la notificación de incidentes: un procedimiento deficiente de la información con respecto a los incidentes, una participación inadecuada de los médicos, la acción posterior insuficientemente visible, una financiación y una ayuda institucional insuficientes con respecto a los sistemas de información de los incidentes, así como un uso inadecuado de la tecnología de la información en el ámbito de la asistencia sanitaria (TI en la asistencia sanitaria) (Mitchell et al. 2015). Según otro informe, “recogemos demasiado y actuamos muy poco” y deberíamos centrar nuestros esfuerzos cuanto antes para lograr que los informes conduzcan a una mejora efectiva (Macrae 2015). La notificación voluntaria a algunas de las organizaciones centrales, como el ISMP y la FDA, ha sido más efectiva. Por ejemplo, la ISMP lleva a cabo un programa de información sobre errores centralizado y voluntario, al cual cualquier profesional u organización de la asistencia sanitaria puede notificar con respecto a errores médicos. La ISMP utiliza a continuación su experiencia para compartir comentarios, prácticas óptimas y las lecciones



que se han aprendido de esos errores, de forma general a través de alertas y boletines. Se necesita realizar una mayor labor para optimizar las notificaciones organizativas y para determinar cómo expandir los programas centralizados efectivos.

Finalmente, todos estos métodos (reclamaciones, revisiones de gráficas o informes) son retrospectivos y reactivos. Al pensar en la prevención, necesitamos más y mejores modos de identificar y medir los riesgos y peligros en tiempo real o proactivamente, para intervenir potencialmente antes de que ocurra un evento adverso. Por ejemplo, identificar a los pacientes en riesgo de un ADE basándose en el número de medicaciones tomadas y otros factores que permitirían la intervención con un fármaco antes de que ocurriese el evento.

Para cambiar de rumbo, el campo de la seguridad necesita establecer unos parámetros estándar que abarquen toda la asistencia sanitaria continua. Asimismo, existe la necesidad de desarrollar las herramientas y los procesos para identificar los riesgos y gestionar los peligros de manera proactiva (p. ej., identificar los primeros indicios del deterioro clínico). Deberían mejorarse los sistemas de presentación de informes para asegurarse de que se implementan mejoras apropiadas en los sistemas como resultado de estos informes. Además, se necesitan mejores estrategias para incrementar la medición de los resultados que son importantes para los pacientes a través de los resultados informados por pacientes o problemas de seguridad. Finalmente, una vez que se hayan establecido los parámetros estándar a través de la continuidad de la asistencia, deberían crearse unos incentivos para la innovación y para un desarrollo adicional.

Recomendamos que los participantes utilicen las siguientes tácticas para acelerar el progreso con respecto a la medición de la seguridad del paciente.

### Recomendación 3: Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen resultados significativos

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia  |  |
|----------|--|--|--|
| 3.1      | Crear una cartera de proceso nacional para la seguridad del paciente y la medición del resultado de la asistencia continua, y retirar las medidas inválidas.   | Existe una carencia de medidas relevantes con respecto a la seguridad del paciente y al daño, y algunas de las medidas actuales son inefectivas.   | HHS (AHRQ, CDC, CMS)<br>NQF<br>Investigadores                |
| 3.2      | Desarrollar procesos y herramientas para identificar y medir los riesgos en tiempo real para gestionar los peligros de manera productiva (p. ej., identificar las señales precoces del deterioro clínico).                   | Gran parte de la medición de la seguridad es retrospectiva y no prospectiva.   | Investigadores<br>Proveedores                                |
| 3.3      | Mejorar los sistemas de presentación de informes sobre seguridad para asegurarse de que las mejoras de los sistemas apropiados se implementan y se proporcionan comentarios oportunos a todos aquellos que estén implicados. | Si bien se ha hecho un importante esfuerzo con respecto a los sistemas de presentación de informes, a menudo se añade poco valor en términos de mejoras reales. Se necesita más trabajo para identificar y comprender mejor cuáles son las formas más efectivas de presentar informes para mejorar la seguridad. | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>HHS<br>Proveedores |
| 3.4      | Desarrollar medidas de seguridad en entornos en la totalidad de la asistencia continua y desarrollar incentivos financieros y no financieros para la innovación y la mejora.   | Existen muy pocas medidas en materia de seguridad del paciente para los ámbitos externos al hospital.  | HHS (AHRQ, CDC, CMS)<br>NQF<br>Investigadores                |



## Recomendación 4: Aumentar la financiación para la investigación de la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación

Para lograr avances importantes en la seguridad del paciente, tanto la ciencia de la seguridad como la ciencia de la implementación deberían desarrollarse más completamente para poder tener una mayor comprensión con respecto a los riesgos para la seguridad y cuál es la mejor forma de prevenirlos. La ciencia de la seguridad investiga las causas subyacentes y los factores que contribuyen al riesgo y al daño, incluyendo los errores y los factores humanos. Esto incluye muchas disciplinas que normalmente no se consideran parte de la asistencia sanitaria. La investigación de la ciencia de la seguridad reconoce la importancia fundamental del diseño del sistema para impulsar el comportamiento del personal. En otras industrias, como la aeronáutica y la manufacturera, los expertos en seguridad aceptan el principio de que se espera el error humano y, por lo tanto, se deben prever y mitigar sus efectos. Además de designar sistemas para prevenir errores, la asistencia sanitaria debería entender mejor y aplicar más activamente los principios de la ciencia de la seguridad y la ingeniería de los factores humanos para identificar y mitigar los errores antes de que causen el daño.

*En otras industrias, los expertos en seguridad aceptan que se espera el error humano y, por lo tanto, se deben prever y mitigar sus efectos.*

La ciencia de la implementación complementa la ciencia de la seguridad del paciente, centrándose en la consecución, la ampliación, la traducción y la aplicación de las lecciones aprendidas en el laboratorio o en un entorno piloto. La identificación de prácticas valiosas y la implementación efectiva de estas son cruciales para tener éxito en el mundo real.

El progreso en la seguridad y en la ciencia de la implementación incluye un reconocimiento creciente de que existe la ciencia de la seguridad, y los médicos y los líderes organizativos están abiertos a oportunidades para la mejora mediante alianzas con disciplinas fuera del ámbito de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, los equipos de los centros han aplicado los enfoques en materia de seguridad del sector de la aviación y de las carreras automovilísticas para mejorar la asistencia postoperatoria (Catchpole et al.

2007). Han surgido foros que fomentan el trabajo interdisciplinario y las colaboraciones a gran escala, en las cuales las organizaciones afines trabajan conjuntamente para aprender y mejorar (Berwick et al. 2006, IHI 2015). Además, algunas organizaciones progresistas del ámbito sanitario han mostrado que, al aplicar atinadamente las estrategias y las herramientas utilizadas para diseñar y fabricar automóviles, puede mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la prestación de la asistencia sanitaria (Macculloch et al. 2010, Meyer 2010, Kaplan 2013).

Sin embargo, en muchos contextos, los líderes y los médicos de primera línea no se han expuesto a las lecciones seleccionadas de la ciencia de la seguridad o no las han aplicado. En otros ejemplos, las lecciones con respecto a lo que es efectivo para eliminar los defectos en otras industrias se encuentran a veces demasiado simplificadas, pierden elementos esenciales en su traslado a la asistencia sanitaria y condenan a algunas de ellas al fracaso. A veces una organización del ámbito sanitario logra conseguir una importante mejora, por ejemplo, al reducir la mortalidad con listas de verificación de seguridad quirúrgica (Haynes et al. 2009, Weiser et al. 2010), mientras que otras son incapaces de reproducir tales resultados (Ubach et al. 2014, Reames et al. 2015). Otro punto más es que algunas organizaciones pueden conseguir avances en un área, aunque, dentro de la misma organización, no consigan ningún avance positivo en otras áreas.

Es esencial la formación que se centra específicamente en la seguridad y en la calidad. Entre los ejemplos se cuentan el Interprofessional Fellowship Program in Patient Safety (Programa de Becas Interprofesional de la Seguridad del Paciente) y el Chief Residents in Quality and Safety Program (Programa de los Residentes Jefe sobre la Calidad y la Seguridad) dirigido por la US Veterans Administration (Administración de Veteranos de los EE. UU. o VA, por sus siglas en inglés) (Chan y Williams 2013, Watts et al. 2013). Los anteriores se basaron en el VA Quality Scholars Fellowship Program (Programa de Becas para Investigadores de la AV), el cual prepara a los médicos de manera efectiva para liderar iniciativas en materia de calidad (Splaine et al. 2009). La práctica y la educación interprofesionales también son necesarias para que cambiemos la manera en que formamos a los futuros médicos (Universidad de Minnesota [nd]). Además, es necesario formar a los investigadores para que lleven a cabo la investigación sobre la seguridad del paciente y educar al personal con respecto a la ciencia de la implementación para liderar los esfuerzos de mejora operativa.

En ocasiones, el entorno regulador se ha adaptado lentamente a las nuevas estrategias y tecnologías. Por esta razón, este campo carece de un número suficiente de historias con respecto a una transformación satisfactoria para informar e inspirar su reproducción. Finalmente, la naturaleza en continuo desarrollo de la ciencia contribuye inadvertidamente a la no aceptación de la ciencia de la seguridad y de la implementación. Por ejemplo, en el momento en que la innovación muestra una promesa inicial y los estudios posteriores no reproducen los resultados positivos, el público, los elaboradores de políticas y los médicos podrían no solo dudar de la efectividad de la intervención específica, sino también del mayor enfoque. Es importante destacar y fomentar la aceptación de este aspecto del proceso científico para asegurarse de que se puede mantener la voluntad de mejorar.

La investigación sustancial con respecto a la ciencia de la investigación y la ciencia de la implementación requerirán del compromiso de recursos financieros permanentes. Sin embargo, el presupuesto estimado de 2015 del National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Sanidad o NIH, por sus siglas en inglés) para la investigación en materia de seguridad del paciente, era de 1.010 millones de USD, lo que representa el 3,4 % del presupuesto total anual destinado a la investigación médica (30.1000 millones de

USD) (NIH 2015). En años recientes, el presupuesto de la AHRQ, la principal fuente de financiación federal estadounidense para la investigación en calidad y seguridad de la asistencia sanitaria ha atravesado una situación de riesgo al sufrir un gran recorte. La falta de fondos disponibles para la investigación y la precariedad de los fondos disponibles son serios obstáculos a la hora de mejorar la seguridad del paciente.

Recomendamos que las partes interesadas hagan uso de las siguientes tácticas para avanzar en la investigación de la seguridad del paciente y en la ciencia de la

### Recomendación 4: Aumentar la financiación para la investigación de la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia  |  |
|----------|--|--|--|
| 4.1      | Apoyar la colaboración entre los investigadores en materia de seguridad del paciente y los investigadores de las ciencias de la seguridad con otras industrias y sectores.   | Se necesita un método oficial para el aprendizaje y la innovación con respecto a la seguridad del paciente en el ámbito de la asistencia sanitaria.            | HHS (AHRQ)<br>Investigadores   |
| 4.2      | Identificar y hacer disponibles los recursos de financiación sostenibles para la seguridad y la investigación de la implementación, incluyendo la financiación federal y las alianzas entre el sector público y privado.                       | La seguridad del paciente carece de suficiente financiación, con respecto a su incidencia en los pacientes.  | HHS (NIH, AHRQ)<br>Congreso<br>Fundaciones/otras fuentes de financiación<br>Organizaciones de seguridad  |
| 4.3      | Ampliar los programas de investigadores para la seguridad en el ámbito de la asistencia sanitaria para formar a los investigadores con la especialización de la ciencia de la seguridad y formar a los líderes operativos y de implementación. | Es necesario un personal altamente formado para llevar a cabo la investigación de la seguridad del paciente y liderar los esfuerzos de las mejoras operativas. | HHS (AHRQ)<br>Fundaciones/otras fuentes de financiación  |
| 4.4      | Alentar a las organizaciones que han implementado con éxito las innovaciones en seguridad para establecer laboratorios de aprendizaje y colaboraciones para transmitirlos a otras organizaciones.  | Transmitir y mantener las innovaciones es crucial para unas mejoras importantes con respecto a la seguridad del paciente.                                      | Fundaciones/otras fuentes de financiación<br>Organización de asistencia sanitaria<br>HHS<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Organizaciones de seguridad |

implementación.



## Recomendación 5: Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua

Los pacientes se merecen una asistencia segura en todos y cada uno de los ámbitos. Hay aproximadamente mil millones de visitas ambulatorias al año en los EE. UU. comparadas con los 35 millones de ingresos hospitalarios (NCHS 2015). Sin embargo, *To Err Is Human* se centraba principalmente en la asistencia proporcionada en el ámbito hospitalario, y la mayoría de la investigación en materia de seguridad del paciente ha ocurrido en el entorno hospitalario (Ghandi and Lee 2010). Una menor investigación se ha centrado en el ámbito no hospitalario, incluyendo: los consultorios de los médicos; las farmacias comunitarias; las clínicas; los centros de imagenología, médicos y quirúrgicos ambulatorios; así como también los entornos a largo plazo, los de los hospicios y los de la asistencia domiciliaria. Un examen de la investigación con respecto a la seguridad del paciente ambulatorio preparado para la American Medical Association (Asociación Médica Americana o AMA, por sus siglas en inglés) halló que el trabajo estaba “notablemente limitado, tanto en cantidad como en capacidad para generalizar a partir de los estudios de los que se informó” (Lorincz et al. 2011). Escrito 10 años después de la publicación de *To Err Is Human*, el informe de la AMA señala lagunas de conocimiento con respecto a la magnitud de los problemas y daños en materia de seguridad ocurridos fuera de los hospitales. Una pieza complementaria al informe se refiere a este período como una “década perdida” (Wynia and Classen 2011).

***Los pacientes se merecen una asistencia segura en todos y cada uno de los ámbitos.***

Los riesgos para la seguridad del paciente son considerables en el ámbito ambulatorio. En un estudio, más de la mitad de las demandas por negligencia médica pagadas anuales ocurrieron debido a eventos ocurridos en el ámbito exterior al hospital y, en dos tercios, había implicados una lesión grave o la muerte (Bishop et al. 2011). Un estudio aparte halló que una cuarta parte de los pacientes de asistencia primaria habían sufrido un ADE y que un 11 % era evitable (Gandhi et al. 2003). Los ADE ocurrieron en un 11 % de los pacientes dados de alta en un estudio aparte y 25 % de estos eran evitables (Forster et al. 2005). La falta de coordinación entre los ámbitos de la asistencia sanitaria es también una de las mayores fuentes de problemas en materia de seguridad, especialmente durante las transiciones. Un informe documentaba que un tercio de los beneficiarios de Medicare en los centros de enfermería especializada sufrieron un evento adverso; la mitad se consideraron evitables (OIG 2014). Una mejor comprensión de los riesgos de las transiciones de la asistencia y una identificación de herramientas de prevención efectivas son esenciales. Finalmente, los errores de diagnóstico son otra fuente importante de daños evitables para aquellos pacientes que son atendidos en un ámbito fuera del hospital (Singh et al. 2014), como se destaca en

un informe reciente del Institute of Medicine (National Academies 2015).

Los contribuyentes, los elaboradores de políticas, los líderes organizativos y los profesionales sanitarios reconocen ahora la necesidad de una mayor coordinación y una mejor comunicación a través de la continuidad de la asistencia (Craig et al. 2011, Naylor et al. 2011). Sin embargo, importantes incentivos financieros ocultan actualmente una efectiva colaboración durante las transiciones de la asistencia sanitaria. Muchos hospitales no apoyan apropiadamente a los profesionales sanitarios para comunicarse de forma fiable con las instalaciones de la asistencia postaguda, como residencias de ancianos o centros de rehabilitación, o para compensarlos ocasionalmente por el tiempo que necesitan para hacerlo.

Se conoce muy poco con respecto a la epidemiología de la seguridad del paciente en los ámbitos externos al hospital, así como sobre las posibles estrategias para mejorarlos. Además, la infraestructura es mucho más limitada en estos ámbitos, ya que los hospitales tienen personal dedicado a la calidad y seguridad, a los sistemas de notificación, a las conferencias de revisión por homólogos y otros recursos que podrían no existir en otros entornos. Las organizaciones de asistencia sanitaria necesitan mejores herramientas, procesos y estructuras para prestar una asistencia segura y para evaluar la seguridad de la asistencia en varios entornos. Se necesita una investigación adicional para caracterizar de forma más plena los riesgos en todos los ámbitos a través de la continuidad de la asistencia.

Recomendamos que las partes interesadas aprovechen las siguientes tácticas para facilitar la coordinación y la comunicación, y a la larga aumentar la seguridad del paciente mediante toda una asistencia sanitaria continua.

## El error de diagnóstico examinado de nuevo

*Improving Diagnosis in Health Care (La mejora del diagnóstico en el ámbito de la asistencia sanitaria)*, un nuevo informe del Institute of Medicine, concluye que “son muchos los que sufrirán al menos un error de diagnóstico durante su vida, a veces, con consecuencias devastadoras”. A los efectos de este informe, se definen los errores de diagnóstico como diagnósticos que son imprecisos, erróneos o inadecuadamente tardíos. La investigación indica que tales errores están generalizados y son más comunes en el ámbito ambulatorio (56 % del total de los errores de diagnóstico) que en la sala de urgencias (28 %) o en el ámbito hospitalario (16 %). El informe destaca que una colaboración mejorada entre los profesionales de asistencia sanitaria, los pacientes y las familias, junto con una perfeccionada educación clínica y una formación con respecto a los procesos diagnósticos, serán importantes para la mejora (National Academies 2015).

## Recomendación 5: Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia  |   |
|----------|--|--|---|
| 5.1      | Aumentar la financiación para la investigación para comprender la epidemiología de la seguridad del paciente en toda la asistencia sanitaria continua (p. ej., la asistencia primaria, los centros de salud especializado, los centros quirúrgicos ambulatorios, los centros de diálisis, las residencias de la tercera edad). | Se conoce poco sobre la epidemiología de la seguridad del paciente en los ámbitos externos al hospital y sobre las estrategias para la mejora, aun cuando la mayor parte de la asistencia se preste a través de estos ámbitos. | Congreso<br>Fundaciones/otras fuentes de financiación<br>HHS (AHRQ, NIH)              |
| 5.2      | Expandir la infraestructura en la asistencia continua (p. ej., la especialización sobre la seguridad, los mecanismos de notificación, las colaboraciones) para identificar e implementar las prácticas óptimas para la mejora de la seguridad.   | Muchos ámbitos en la asistencia continua carecen de la infraestructura necesaria para una mejora.  | Centros y ámbitos ambulatorios<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Liderazgo |



## Recomendación 6: Apoyar al personal sanitario

La seguridad, la moral y el bienestar del personal son absolutamente necesarios para proporcionar una asistencia segura. Como se trató en *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care* (A través de los ojos del personal sanitario: crear alegría, sentido y una atención más segura), “la seguridad en el lugar de trabajo está... inextricablemente vinculada a la seguridad del paciente. A menos que se les otorgue a los cuidadores la protección, el respeto y el apoyo que necesitan, es más probable que cometan errores, no sigan las prácticas de seguridad y no trabajen bien en equipo” (LLI 2013).

Los miembros de un personal sanitario con dedicación, tanto las enfermeras como los médicos, los asistentes médicos, los farmacéuticos y los técnicos, entre otros, necesitan apoyo para alcanzar su máximo potencial como sanadores. Tal apoyo debería incluir la atención al daño tanto físico (p. ej., lesiones físicas, violencia en el lugar de trabajo, enfermedades relacionadas con el estrés) como emocional (p. ej., comportamiento irrespetuoso, intimidación abuso verbal) (LLI 2013).

***Los miembros de un personal sanitario con dedicación necesitan apoyo para alcanzar su máximo potencial como sanadores.***

En 2011, los hospitales estadounidenses informaron de aproximadamente siete lesiones y/o enfermedades relacionadas con el trabajo por cada 100 empleados a tiempo completo: una tasa de casi el doble que la industria privada en su conjunto (OSHA 2013). Por lo que respecta a los días perdidos de trabajo debido a lesiones, los hospitales se encuentran entre los lugares de trabajo más peligrosos en EE. UU. Los trabajadores de asistencia sanitaria corren el riesgo de sufrir lesiones físicas en el trabajo, a veces infligidas por pacientes violentos o por familias.

El comportamiento de intimidación entre los profesionales sanitarios tiene efectos directos sobre la seguridad del personal y la seguridad del paciente. Muchas organizaciones no abordan el comportamiento irrespetuoso de una manera decisiva y, con demasiada frecuencia, no se corrige o amonesta a individuos que desempeñan papeles poderosos o influyentes, cuando intimidan a otros (Joint Commission 2008). Los trabajadores sanitarios que se ven intimidados podrán verse amenazados a la hora de denunciar en el momento en que observan las violaciones de la seguridad o los fallos al completar las tareas relacionadas con la seguridad. Las organizaciones de asistencia sanitaria deberían seguir los pasos necesarios para eliminar el comportamiento de intimidación y abordar la seguridad del personal.

Están emergiendo grupos de concienciación acerca del apoyo al personal, como evidencia el aumento en investigación con respecto al agotamiento del personal y a los entornos de un trabajo saludable (Sainfort et al. 2001, Carayon et al. 2006, Linzer et al. 2014, Ulrich et al. 2014). El agotamiento personal es común. Alrededor de la mitad de los médicos en la asistencia primaria y algunas especialidades informan de síntomas de agotamiento (Shanafelt et al. 2012, Roberts et al. 2014, Shanafelt et al. 2014). Un estudio demostró que el desgaste del personal afectaba a más de la mitad del personal de la unidad neonatal de cuidados intensivos en algunas organizaciones; las unidades con proporciones más elevadas de desgaste tenían una peor puntuación con respecto a la cultura de la seguridad (Profit et al. 2014).

El importante papel de la alegría y del propósito en los resultados del trabajo de asistencia al paciente no se había reconocido extensamente hace 15 años; su reconocimiento como materia de investigación, y su discusión, suponen un progreso (LLI 2013). Para hallar esa alegría y propósito en su trabajo diario, cada empleado debería poder responder afirmativamente a tres preguntas cada día: (1) ¿Se me trata con dignidad y respeto? (2) ¿Tengo lo que necesito para poder realizar una contribución que dé sentido a mi vida? (3) ¿Se me reconoce y agradece por lo que hago? (LLI 2013) Además, un reciente artículo citaba la necesidad de promover un “objetivo cuádruple”, mediante la mejora de la experiencia de *proporcionar* una asistencia añadida al llamado objetivo triple de mejorar la experiencia individual de la asistencia sanitaria, mejorar la asistencia de la población y reducir el coste per cápita (Sikka et al. 2015)

Iniciativas recientes para desarrollar un entorno de trabajo saludable representan un importante paso adelante. La Joint Commission y asociaciones profesionales como la American Association of Critical-Care Nurses (Asociación Americana de Enfermeras para el Cuidado Crítico o AACN, por sus siglas en inglés) han divulgado directrices para la creación de entornos de trabajo saludables, especialmente en lo que se refiere a relaciones de comunicación e interpersonales (AACN 2005, Joint Commission 2012). La American Nurses Association anunció recientemente la iniciativa HealthyNurse™, la cual destaca el bienestar total de las enfermeras y el destacado papel que las enfermeras desempeñan a la hora de imitar aquellos comportamientos que promuevan la salud (ANA [nd]). Internacionalmente, el Royal College of Physicians (Colegio Real de Médicos en el Reino Unido) publicó recientemente un informe en el que se describe el vínculo entre el bienestar del personal y la gran calidad de la asistencia, y en el que se especifican las recomendaciones para promover la seguridad y el bienestar del personal de la asistencia sanitaria (RCP 2015).

Tanto la alegría en el trabajo como una seguridad mejorada son posibles si los profesionales de la asistencia sanitaria están lo suficientemente respaldados con respecto a sus esfuerzos para proporcionar una asistencia segura y efectiva. El apoyo debería incluir las oportunidades de formación continua relacionadas con las herramientas y los métodos para mejorar la calidad, la cultura de la seguridad y la ciencia de la implementación, así como con la resistencia y el trato de comportamientos problemáticos. Existe un claro deseo de educación en materia de calidad y seguridad entre el personal, y las

### Los diversos costes del fracaso a la hora de apoyar al personal sanitario

*Through the Eyes of the Workforce Creating Joy, Meaning and Safer Health Care*, un informe del Lucian Leape Institute (LLI) de la National Patient Safety Foundation describe cómo la falta de respaldo a un personal saludable sanitario da como resultado un daño físico y emocional por igual. El daño se asocia con una variedad de consecuencias adversas que tienen un efecto dominó sobre el sistema de la asistencia sanitaria. “Los costes del agotamiento, los pleitos, las horas laborales perdidas, la rotación de empleados y la incapacidad para atraer a un nuevo personal hacia la profesión asistencial son un despilfarro y se suman a la carga de enfermedades” (LLI 2013). El informe destaca que la falta de apoyo hacia el personal presenta efectos adversos en todos aquellos que están en contacto con el sistema de asistencia sanitaria: los pacientes, su familia, los profesionales sanitarios, los administradores y aquellos que pagan por la asistencia sanitaria.



organizaciones deberían aprovecharlo y fomentarlo. Por ejemplo, la IHI Open School proporciona formación en línea y herramientas para los profesionales sanitarios, y ha visto una descarga de más de 2 millones de cursos en línea en los últimos cuatro años. Además, las facultades médicas y de enfermería, así como los programas de residencia, se centran cada vez más en la formación en materia de calidad y seguridad (QSEN [nd], ACGME [nd]). Mediante el desarrollo de estas habilidades, el personal de cara al público tendrá el conocimiento y las herramientas que necesitan para crear unos sistemas más seguros.

El apoyo al personal debería incluir también una formación completa y abordar el desánimo, el agotamiento profesional y la falta de compromiso. Las organizaciones deberían esforzarse en proporcionar un apoyo efectivo y uniforme después de eventos críticos o adversos, para reducir el sufrimiento de los cuidadores y del personal que sufren daño psicológico después de verse involucrados en errores (Wu 2000, Seys et al. 2013). Las organizaciones de asistencia sanitaria deberían ofrecer apoyo de manera uniforme a todos los cuidadores, tanto de forma rutinaria como después de eventos adversos (Hu et al. 2012)

Recomendamos que los participantes utilicen las siguientes tácticas para respaldar mejor al personal.

### Recomendación 6: Apoyar al personal sanitario

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia   |  |
|----------|---|---|--|
| 6.1      | Las organizaciones deben adoptar las herramientas y los métodos modernos para la mejora de la calidad y formar a todos los profesionales en materia de cultura de la seguridad y de la ciencia de la implementación a lo largo de su trayectoria profesional.   | Proporcionar los conocimientos y las destrezas para mejorar la seguridad podría mejorar la satisfacción profesional, la participación, la resistencia y la seguridad del paciente.                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acreditadores</li> <li>Educadores</li> <li>Organizaciones de asistencia sanitaria</li> <li>Personal de asistencia sanitaria</li> <li>Los organismos de acreditación de los profesionales sanitarios</li> <li>Asociaciones profesionales</li> <li>Organizaciones de seguridad</li> </ul> |
| 6.2      | Ampliar o desarrollar los recursos que respaldan al personal, incluyendo las iniciativas para mejorar las condiciones laborales y para establecer un ambiente de respeto; los programas para apoyar al personal y mejorar la resistencia; los sistemas de la gestión de la fatiga y los programas de comunicación, disculpa y resolución. | La seguridad del personal es un requisito previo para la seguridad del paciente; sin embargo, el daño físico y psicológico y el agotamiento tienen una gran prevalencia en la asistencia sanitaria. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Juntas/órganos rectores</li> <li>Educadores</li> <li>Personal de asistencia sanitaria</li> <li>Liderazgo</li> <li>Asociaciones profesionales</li> </ul>   |
| 6.3      | Involucrar al personal en identificar los ámbitos para la medición y la creación de paneles de mano sobre bienestar y seguridad del personal, que serán revisados por el liderazgo y las juntas.  | Las medidas de seguridad física y psicológica normalizadas no están disponibles para la revisión por parte de los principales líderes.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Juntas/órganos rectores</li> <li>Personal de asistencia sanitaria</li> <li>HHS (AHRQ)</li> <li>Liderazgo</li> <li>NQF</li> </ul>  |



## Recomendación 7: Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura

Los pacientes y sus familias necesitan participar activamente en todos los niveles de la asistencia sanitaria. El término “participación del paciente” puede significar varias cosas para las distintas partes interesadas de la asistencia sanitaria y se puede concebir de maneras diferentes (Batalden et al. 2015). Las definiciones más comunes son las ideas de colaboración, comunicación, intercambio de información y respeto. La investigación reciente se centra en el daño emocional al paciente, que puede resultar de la falta de respeto. En particular, el daño emocional se percibe como algo que impacta a la dignidad del paciente “mediante la falta de demostración de un ‘respeto’ adecuado por el paciente como persona” (Sokol-Hessner et al. 2015) y algunos hospitales están comenzando a medir el daño emocional como parte de sus esfuerzos en materia de seguridad. En esencia, la participación del paciente se trata de la libre circulación de información al paciente y procedente de él. Se basa en un entorno en el que se trata siempre a los pacientes y a sus familias con respeto y se honra su dignidad personal (Sokol-Hessner et al. 2015). Mientras que en décadas pasadas se podría desanimar a los pacientes a ser participantes vocales en su asistencia sanitaria, hoy en día entendemos que la asistencia óptima *depende* de la implicación activa de los pacientes y de sus familias.

***Los pacientes y sus familias necesitan participar activamente en todos los niveles de la asistencia sanitaria.***

En los últimos años, ha crecido la concienciación pública de la necesidad de implicación del paciente y de la familia en la asistencia sanitaria. El informe del NPSF Lucian Leape Institute *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care (La seguridad es personal: la colaboración con los pacientes y sus familia para alcanzar la asistencia más segura)* resalta el concepto de que la participación del paciente es crucial para su propia seguridad en todos los niveles del ámbito de la asistencia sanitaria (NPSF LII 2014). Un informe sobre la seguridad del paciente de un grupo de asesoramiento del NHS en Inglaterra subrayó la importancia de la verdadera participación del paciente: “La participación del paciente es más que simplemente hablar con gente con respecto a los servicios. La participación significa que se escuche la voz del paciente a cualquier nivel del servicio, incluso cuando esta voz no sea más que un susurro” (National Advisory Group 2013).

Algunos estados de los EE. UU. han adoptado iniciativas para alentar la participación del paciente. Massachusetts exige a los hospitales que establezcan consejos consultivos para los pacientes y sus familias (HCFA 2012), Washington fomenta la toma de decisiones compartidas y otros estados están comenzando a seguir su ejemplo (NASHP 2012, IMDF [nd]). A nivel federal, tanto la Ley HITECH de 2009 (Ley de la Tecnología de la Información de la Salud para la Sanidad Clínica y Económica de 2009) y la Affordable Care Act de 2010 (Ley de Cuidado de Salud Asequible de 2010), fomentan y apoyan una participación mucho más significativa de

los pacientes, las familias y las comunidades a la hora de tomar decisiones y en el diseño de su asistencia. Los mecanismos incluyen, por ejemplo, la transparencia, los nuevos papeles en gobernanza, las medidas para los resultados notificados por los pacientes, las medidas para la experiencia notificada por los pacientes y las innovaciones de pago que reorientan la atención a la totalidad de la experiencia de la asistencia. Algunos responsables de las políticas han pedido incluso que el sistema de asistencia sanitaria colabore con los pacientes como *coproductores* de salud (Batalden et al. 2015, Berwick et al. 2015). Este cambio es importante para lograr la seguridad y requiere el cambio de papeles con respecto a los pacientes y los profesionales sanitarios. “Lo que tiene que ocurrir es que los médicos se bajen de su pedestal y que los pacientes dejen de estar de rodillas” (WHO 2012).

El nivel de intercambio de información con los pacientes ha aumentado de manera significativa en los EE. UU., en los últimos 15 años. La toma de decisiones compartida es un proceso bidireccional percibido cada vez más como la norma en la asistencia, así como un arma poderosa para una mayor seguridad. Asegurarse de que los pacientes posean plena información con respecto a la elección de sus tratamientos y que los profesionales sanitarios cuenten con una comprensión total acerca de los valores y de las preferencias de los pacientes puede reducir los errores (Elwyn et al. 2012). La carencia de una toma de decisiones fundamentada puede dar como resultado que los pacientes sean sometidos a pruebas y tratamientos que no habrían elegido si se les hubiera informado plenamente acerca de los riesgos y los beneficios (Sokol-Hessner et al. 2015). De hecho, exponer a pacientes a tratamientos que no hubieran querido si estuvieran mejor informados se puede considerar como un evento adverso evitable (Brownlee et al. 2014, Stacey et al. 2014, Wynia et al. 2014, Wolfson y Mende 2015).

Además, se ha progresado de manera significativa en el avance de la revelación de errores a los pacientes y la gestión de los procesos subsiguientes (Studdert et al. 2007, Mello et al. 2014). Varios grupos han estudiado el mejor modo de revelar errores, incluyendo la NQF, que avaló la divulgación total de “unos serios resultados inesperados” como una práctica segura en 2006 (AHRQ PSNet Error Disclosure 2014 o Divulgación de Errores de la Red para la Seguridad del Paciente de la AHRQ). La medida incluye los estándares para los médicos con respecto a los componentes clave de la divulgación.

Algunas organizaciones sanitarias están proporcionando cada vez más a los pacientes un mayor acceso a la información sobre su salud y su asistencia sanitaria, a través de los portales para pacientes, expedientes médicos accesibles que incluyen las notas de los médicos, las visitas médicas a pacientes en cama y otras iniciativas (Desbanco et al. 2012). También proporcionan más información que nunca a los consumidores a través de la notificación pública de la calidad y de la medición de la seguridad (p. ej., Leapfrog, Hospital Compare). (El informe de la LLI *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency [Una Luz de Esperanza: la atención sanitaria más segura a través de la transparencia]* proporciona cada vez más información sobre el papel de la transparencia en la seguridad del paciente).

Las organizaciones de asistencia sanitaria buscan cada vez más la aportación del paciente hasta un punto que no se había visto antes. En el entorno hospitalario, las estrategias para la participación del paciente y su familia incluyen los equipos de respuesta rápida activados por los pacientes (Winters et al. 2013), las políticas de visita abierta y las rondas multidisciplinarias

## Recomendaciones para la participación de los pacientes y sus familias

El Lucian Leape Institute (LLI) de la National Patient Safety Foundation convocó dos mesas redondas para desarrollar las recomendaciones para que los pacientes y sus familias se comprometieran a mejorar la seguridad de los pacientes. El informe de la LLI del 2014 que se produjo del tal esfuerzo, *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care* (La seguridad es personal: la participación con los pacientes y las familias para la mejor asistencia), establece: “La participación de los pacientes y sus familias en la mejora de la seguridad en la asistencia sanitaria significa crear alianzas efectivas entre aquellos que proporcionan la asistencia y los que la reciben, a todos los niveles, incluyendo los individuos con citas clínicas, los comités para la seguridad, las salas exclusivas, las salas de juntas, los equipos de investigación y los órganos normativos nacionales” (NPSF LLI 2014). El informe recomienda las iniciativas para los líderes de la asistencia sanitaria, los elaboradores de políticas y los proveedores de primera línea para promover la participación del paciente a todos los niveles de la asistencia.

de visitas a pacientes en cama. A nivel organizativo, muchos promueven la implicación de los pacientes en la mejora de la calidad y en los comités e iniciativas de seguridad, además de la creación de los consejos consultivos para el paciente y su familia (NPSF LLI 2014). Existe también un creciente apoyo con respecto a la implicación del paciente en el análisis de la causa principal (Echegaray et al. 2014). Un reciente informe de la NPSF destacó la importancia de entrevistar a los pacientes y a las familias durante el análisis de la causa principal, así como también de proporcionarles información sobre sus resultados (NPSF 2015).

Hay ciertos asuntos que impiden la implicación del paciente. En demasiados casos, la asistencia es precipitada, fragmentada e insensible a las necesidades de los pacientes individuales. Con demasiada frecuencia, falta la transparencia sobre las opiniones de los pacientes, el daño médico y los resultados del rendimiento. Se tiene que escuchar a los pacientes y a sus familias a través del acceso al expediente médico completo (y de la capacidad de anotarlo), de las rondas centradas en la familia, de la presencia de la familia durante 24 horas y de la capacidad de los pacientes para alertar a los profesionales de la asistencia al observar una situación urgente. Se debería alentar a los pacientes y a sus familias más a menudo para que participen activamente en la planificación de la asistencia, la prestación y la evaluación. En algunos casos, se establecen consejos consultivos para el paciente y su familia, pero no se les invita o no se les permite realizar un trabajo relevante. La implicación del paciente tiene que ser genuina. Deberían desarrollarse medidas significativas para la participación del paciente para asegurarse de que la participación no es simplemente superficial.

Recomendamos que las partes interesadas hagan uso de las siguientes tácticas para proporcionar un mejor apoyo y avanzar en la participación y colaboración del paciente y de su familia.

### Recomendación 7: Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia  |
|----------|---|--|
| 7.1      | La participación del paciente es crucial para su propia seguridad, aunque la formación y las herramientas para los pacientes, sus familias y el personal sanitario son limitadas. | Educadores<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias |
| 7.2      |   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias               |
| 7.3      | La participación de los pacientes debe ocurrir a todos los niveles del sistema sanitario.   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>HHS<br>ONC<br>Pacientes/familias |
| 7.4      |   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias               |
| 7.5      | La participación del paciente es una prioridad, y no podemos mejorar lo que no medimos.   | HHS (AHRQ)<br>NQF<br>Pacientes/familias  |



## Recomendación 8: Garantizar una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente

La tecnología brinda posibilidades para mejorar la seguridad del paciente, pero solo si podemos minimizar los riesgos. La tecnología de la información en la salud, que incluye los EHR, los portales de los pacientes, los intercambios de la información sanitaria y el software para los aparatos médicos “inteligentes”, ha sido promovida como una poderosa ventaja en la reforma de la asistencia sanitaria. Cuando se diseña e implementa bien, la TI de la salud puede facilitar la participación del paciente y la coordinación de la asistencia. Desde la publicación del informe del IOM hace 15 años, las organizaciones de la asistencia sanitaria han adoptado cada vez más estas nuevas tecnologías, y este desarrollo tiene implicaciones para la seguridad del paciente.

El uso generalizado de la TI ha conducido a una demostrable reducción en los errores médicos. El ingreso informatizado de la orden médica (CPOE, por sus siglas en inglés), ha demostrado la reducción de errores en un 50 % en un contexto de cuidados intensivos (Bates et al. 1998, Radley et al. 2013). Ya que la CPOE elimina prácticamente las órdenes escritas a mano, suprime la escritura ilegible como fuente de errores y retrasos en la asistencia. Y, lo que es más importante, las órdenes informatizadas pueden reducir drásticamente los errores en la dosis y los conocidos errores de alergia a alguna medicación. Los sistemas de administración de medicación electrónicos con verificación mediante un código de barras han mostrado una reducción de los errores de medicación de más del 50 % y la eliminación de los errores de transcripción (Poon et al. 2010). La tecnología ha reducido también los errores directamente relacionados con el cuidado clínico; por ejemplo, con las bombas inteligentes y el código de barras para las transfusiones (Fanikos et al. 2007, Askeland et al. 2009). La tecnología de la información de la salud también puede mejorar los resultados de los pacientes; por ejemplo, la implementación de los EHR avanzados se ha asociado a la reducción de la mortalidad entre los pacientes hospitalizados (Amarasingham et al. 2009, Parente and McCullough 2009, Banger and Graber 2015).

***La tecnología brinda posibilidades para mejorar la seguridad del paciente, pero solo si podemos minimizar los riesgos.***

Sin embargo, la TI de la salud no es una panacea para errores en el ámbito de la asistencia sanitaria. La implementación de la TI de la salud tiene efectos posteriores en el flujo de pacientes, la calidad de la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la asistencia sanitaria, el tiempo de los profesionales sanitarios y el contacto directo con los pacientes. La TI también puede introducir en potencia nuevos eventos adversos, como son los errores debido a la fatiga por alarma, a la incorrecta identificación del paciente, a copiar y pegar y al incorrecto funcionamiento del software. Un estudio reciente confirmó la existencia de eventos adversos relacionados con el uso de los sistemas médicos electrónicos que ocurren en la asistencia continua y halló que tales eventos estaban asociados a “una apreciable incidencia de un grave daño y muerte” (Graber 2015). Además, algunos sistemas pueden estar defectuosos. Un estudio de la simulación de un sistema de CPOE en 62 hospitales halló que el sistema no identificó un 52 % de errores potencialmente fatales (Metzler et al. 2010). Otro estudio analizó miles de incidentes relacionados con la CPOE, clasificó los errores, creó órdenes erróneas ficticias con los tópicos identificados y observó cómo los usuarios intentaban introducir tales órdenes en 16 de las ubicaciones de los estudios (Schiff et al. 2015). En total, se introdujeron un 79,5 % de órdenes incorrectas, con un 28 % introducidas fácilmente y con otro 28,3 % introducidas solo con leves faltas y sin ningún aviso.

La precaria operatividad entre los sistemas es causante de falta de integración de datos a través de la asistencia continua. Una encuesta de 63 asociaciones para la asistencia responsable halló que más del 95 % citaron la falta de interoperabilidad de TI de la salud como un importante problema (Premier 2014). Algunos sistemas también cuentan con una escasa utilidad, lo que puede producir nuevos errores (Harrington 2013, Kellermann y Jones 2013). Se ha demostrado que la TI de la salud contribuye al agotamiento de los médicos; los médicos de atención primaria que utilizan los sistemas de EHR con funciones más complejas presentaban una tasa de agotamiento mayor que aquellos que utilizaban unos sistemas con unas funciones menos complejas (Babbott et al. 2014).

Entre las causas subyacentes de estos problemas, se encuentra la falta de normas claras y aplicables para el desarrollo y uso de la TI de la salud y otras formas de tecnología, incluyendo los portales y las aplicaciones para pacientes, la telemedicina y las nuevas herramientas para análisis o diagnóstico. Incluso cuando existen regulaciones, puede que estas no se sigan. Una reciente carta de investigación documenta el casi completo fracaso de muchos de los 50 proveedores más destacados (proveedores con el mayor número de clientes que suministran asistencia y todos ellos certificados por la ONC) para participar en exámenes de utilidad básicos (Ratwani et al. 2015).

La optimización de los beneficios y la reducción de las consecuencias involuntarias de la TI de la salud son críticos. La ONC y otros grupos se centran ahora en identificar los peligros relacionados con la salud de la IT. Existen directrices disponibles para promocionar el uso seguro de la TI de la salud, como las guías SAFER que identifican las prácticas de seguridad clave recomendadas para la implementación del EHR (Sittig et al. 2014). Además, los proveedores y los responsables de la implementación deberían compartir la información con respecto a los peligros y prácticas óptimas de la TI de la salud. Se destacó esta necesidad en un informe de la FDA que recomendaba la creación de un centro nacional de seguridad de TI de la salud que contribuiría a este propósito (ONC 2014).

Una organización, el ECRI Institute, ha creado una Alianza Nacional para la TI de la Salud con respecto a la Seguridad del Paciente. Esta colaboración obtiene información y aportaciones por parte de los que desarrollan la TI de la salud, los PSO, los proveedores de los participantes, y otros, en un esfuerzo por reducir el riesgo, promover la seguridad del paciente y mejorar la innovación de la TI de la salud en un entorno no punitivo para compartir y aprender (ECRI 2015). Más de estos esfuerzos de colaboración podrían facilitar la transparencia con el desarrollo y la compartición de prácticas óptimas, para así optimizar el diseño y la implementación de la TI de la salud para mejorar la seguridad del paciente.

Recomendamos que los participantes aprovechen las siguientes tácticas para progresar en el uso seguro de la tecnología en el ámbito de la asistencia sanitaria.

### Recomendación 8: Garantizar una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia   |  |
|----------|---|---|--|
| 8.1      | Establecer mecanismos para que los proveedores y los usuarios sean transparentes con respecto a los peligros de seguridad y las prácticas óptimas de la TI de la salud. | La transparencia acerca de los problemas de seguridad es esencial para la mejora.   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>ONC<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Organizaciones de seguridad<br>Proveedores |
| 8.2      | Identificar y medir los efectos adversos y las consecuencias imprevistas de la TI de la salud e implementar las prácticas óptimas para mitigar el riesgo.               | La TI de la salud brinda la posibilidad de mejorar la salud del paciente, aunque hasta la fecha un diseño y una implementación con carencias limitan tal posibilidad. | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>HHS (AHRQ, FDA)<br>NQF<br>ONC<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Proveedores      |
| 8.3      | Establecer las expectativas para el rendimiento de la seguridad de la TI de la salud, como son los ensayos rutinarios para las órdenes inseguras.                       | Todavía falta una gran labor por realizar para optimizar los equipos actuales.  | Acreditadores<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Investigadores<br>Proveedores   |
| 8.4      | Diseñar la TI de la salud para facilitar la comunicación y la coordinación con el paciente y su familia.  | La TI de la salud puede facilitar la participación del paciente.  | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias<br>Proveedores  |



## Conclusión: Llamamiento a la acción

Aunque ha habido una gran mejora desde que el IOM publicó *To Err Is Human* en 1999, todavía una gran parte permanece sin cambios. Nosotros, en el ámbito de la asistencia sanitaria, somos más conscientes de la complejidad de los problemas inherentes a la eliminación del daño al paciente relacionado con la asistencia. Hemos realizado valiosas mejoras en los entornos circunscritos específicos. Hemos visto que el progreso es posible.

El panel atribuye gran importancia a que no hemos dado un paso importante ni cuantificable, que se aplique a todo el sistema, a la hora de mejorar la seguridad del paciente. Otras prioridades han opacado el programa para mantener a los pacientes a salvo del daño relacionado con la asistencia. Una colaboración insuficiente y quizás la falta de voluntad han paralizado el progreso. No hemos adoptado un enfoque sistemático total con respecto a la seguridad ni un programa único y coordinado.

La seguridad del paciente es un problema de salud pública que requiere la atención plena del sistema de asistencia sanitaria. No deberíamos competir con respecto a la seguridad, sino trabajar de una manera cohesiva y coordinada para acelerar el progreso total hacia la seguridad sistémica total.

Para impulsar esta aceleración, hemos realizado ocho recomendaciones clave:

- 1. Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad**
- 2. Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente**
- 3. Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen resultados significativos**
- 4. Aumentar la financiación para la investigación de la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación**
- 5. Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua**
- 6. Apoyar al personal sanitario**
- 7. Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura**
- 8. Garantizar una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente**

Las tácticas específicas para la acción, los fundamentos sobre la importancia de estas acciones y las audiencias a las que se deberían dirigir aparecen explicados en el informe y también aparecen resumidos en el anexo.



La seguridad debe ser una prioridad de primer orden, y las ocho recomendaciones perfilan un marco para avanzar desde un enfoque fragmentario, y que se centra en proyectos puntuales, hasta un sistema que tenga una cultura de la seguridad general, así como un enfoque riguroso con respecto a abordar la seguridad. No es casualidad que encabezamos nuestras recomendaciones con el liderazgo y la cultura, ya que estos eran los ámbitos abrumadores del desafío y los ámbitos más críticos para abordar según nuestros panelistas. No obstante, la cultura es necesaria aunque no suficiente, y este marco también destaca otros ámbitos prioritarios clave.

En la asistencia sanitaria, no podemos permitir que estas barreras sigan bloqueando nuestro éxito. Es fundamental que trabajemos juntos para adoptar un enfoque sistémico con respecto a la seguridad, para crear un programa coordinado y para lograr un sólido liderazgo organizativo que priorice la seguridad. La seguridad del paciente es un campo relativamente nuevo, y se ha avanzado, aunque a un ritmo mucho más lento de lo que nos gustaría. Debemos acelerar nuestros esfuerzos para crear un mundo en el que los pacientes y aquellos que se preocupan de ellos se encuentran libres de daños.



# Anexo: Resumen de las recomendaciones y tácticas

## Recomendación 1: Lograr que los líderes establezcan y mantengan una cultura de la seguridad

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia   |
|----------|---|---|
| 1.1      | Una cultura de la seguridad es fundamental para fomentar las mejoras de la seguridad del paciente, y se necesita más atención para la mejora.   | Juntas/órganos rectores<br>Liderazgo                                    |
| 1.2      |   | Juntas/órganos rectores<br>Liderazgo                                    |
| 1.3      | Los líderes necesitan estrategias prácticas y tácticas para cambiar la cultura de forma verdadera.  | Juntas/órganos rectores<br>Liderazgo<br>Organizaciones de seguridad     |
| 1.4      | Las juntas, los líderes y los entes reguladores (p. ej., las agencias estatales) necesitan la educación suficiente con respecto a los fundamentos de la ciencia de la seguridad para promover los esfuerzos culturales. | Juntas/órganos rectores<br>Educadores<br>Liderazgo<br>Entes reguladores |

## Recomendación 2: Crear una supervisión centralizada y coordinada con respecto a la seguridad del paciente

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia   |
|----------|--|---|
| 2.1      | La falta de coordinación entre numerosas agencias federales y organizaciones de seguridad conduce a una falta de estrategia nacional y de la armonización de los esfuerzos con respecto a la seguridad del paciente. | Congreso<br>HHS   |
| 2.2      | La falta de compartición de datos o de prácticas óptimas limita los esfuerzos para promover una mejora efectiva.   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>HHS<br>Sociedades profesionales<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Organizaciones de seguridad |

### Recomendación 3: Crear un conjunto común de parámetros de seguridad que reflejen resultados significativos

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia  |  |
|----------|--|--|--|
| 3.1      | Crear una cartera de proceso nacional para la seguridad del paciente y la medición del resultado de la asistencia continua, y retirar las medidas inválidas.   | Existe una carencia de medidas relevantes con respecto a la seguridad del paciente y al daño, y algunas de las medidas actuales son inefectivas.   | HHS (AHRQ, CDC, CMS)<br>NQF<br>Investigadores                |
| 3.2      | Desarrollar procesos y herramientas para identificar y medir los riesgos en tiempo real para gestionar los peligros de manera productiva (p. ej., identificar las señales precoces del deterioro clínico).                   | Gran parte de la medición de la seguridad es retrospectiva y no prospectiva.   | Investigadores<br>Proveedores                                |
| 3.3      | Mejorar los sistemas de presentación de informes sobre seguridad para asegurarse de que las mejoras de los sistemas apropiados se implementan y se proporcionan comentarios oportunos a todos aquellos que estén implicados. | Si bien se ha hecho un importante esfuerzo con respecto a los sistemas de presentación de informes, a menudo se añade poco valor en términos de mejoras reales. Se necesita más trabajo para identificar y comprender mejor cuáles son las formas más efectivas de presentar informes para mejorar la seguridad. | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>HHS<br>Proveedores |
| 3.4      | Desarrollar medidas de seguridad en entornos en la totalidad de la asistencia continua y desarrollar incentivos financieros y no financieros para la innovación y la mejora.   | Existen muy pocas medidas en materia de seguridad del paciente para los ámbitos externos al hospital.  | HHS (AHRQ, CDC, CMS)<br>NQF<br>Investigadores                |

### Recomendación 4: Aumentar la financiación para la investigación para la seguridad del paciente y para la ciencia de la implementación

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia  |  |
|----------|--|--|--|
| 4.1      | Apoyar la colaboración entre los investigadores en materia de seguridad del paciente y los investigadores de las ciencias de la seguridad con otras industrias y sectores.   | Se necesita un método oficial para el aprendizaje y la innovación con respecto a la seguridad del paciente en el ámbito de la asistencia sanitaria.            | HHS (AHRQ)<br>Investigadores   |
| 4.2      | Identificar y hacer disponibles los recursos de financiación sostenibles para la seguridad y la investigación de la implementación, incluyendo la financiación federal y las alianzas entre el sector público y privado.                       | La seguridad del paciente carece de suficiente financiación, con respecto a su incidencia en los pacientes.  | HHS (NIH, AHRQ)<br>Congreso<br>Fundaciones/otras fuentes de financiación<br>Organizaciones de seguridad  |
| 4.3      | Ampliar los programas de investigadores para la seguridad en el ámbito de la asistencia sanitaria para formar a los investigadores con la especialización de la ciencia de la seguridad y formar a los líderes operativos y de implementación. | Es necesario un personal altamente formado para llevar a cabo la investigación de la seguridad del paciente y liderar los esfuerzos de las mejoras operativas. | HHS (AHRQ)<br>Fundaciones/otras fuentes de financiación  |
| 4.4      | Alentar a las organizaciones que han implementado con éxito las innovaciones en seguridad para establecer laboratorios de aprendizaje y colaboraciones para transmitirlos a otras organizaciones.  | Transmitir y mantener las innovaciones es crucial para unas mejoras importantes con respecto a la seguridad del paciente.                                      | Fundaciones/otras fuentes de financiación<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>HHS<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Organizaciones de seguridad |

## Recomendación 5: Abordar la seguridad en toda la asistencia sanitaria continua

| Tácticas | Fundamentos  | Audiencia  |   |
|----------|--|--|---|
| 5.1      | Aumentar la financiación para la investigación para comprender la epidemiología de la seguridad del paciente en toda la asistencia sanitaria continua (p. ej., la asistencia primaria, los centros de salud especializado, los centros quirúrgicos ambulatorios, los centros de diálisis, las residencias de la tercera edad). | Se conoce poco sobre la epidemiología de la seguridad del paciente en los ámbitos externos al hospital y sobre las estrategias para la mejora, aun cuando la mayor parte de la asistencia se preste a través de estos ámbitos. | Congreso<br>Fundaciones/otras fuentes de financiación<br>HHS (AHRQ, NIH)              |
| 5.2      | Expandir la infraestructura en la asistencia continua (p. ej., la especialización sobre la seguridad, los mecanismos de notificación, las colaboraciones) para identificar e implementar las prácticas óptimas para la mejora de la seguridad.   | Muchos ámbitos en la asistencia continua carecen de la infraestructura necesaria para una mejora.  | Centros y ámbitos ambulatorios<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Liderazgo |

## Recomendación 6: Apoyar al personal sanitario

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia   |  |
|----------|---|---|--|
| 6.1      | Las organizaciones deben adoptar las herramientas y los métodos modernos para la mejora de la calidad y formar a todos los profesionales en materia de cultura de la seguridad y de la ciencia de la implementación a lo largo de su trayectoria profesional.   | Proporcionar los conocimientos y las destrezas para mejorar la seguridad podría mejorar la satisfacción profesional, la participación, la resistencia y la seguridad del paciente.                  | Acreditadores<br>Educadores<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Los organismos de acreditación de los profesionales sanitarios<br>Asociaciones profesionales<br>Organizaciones de seguridad |
| 6.2      | Ampliar o desarrollar los recursos que respaldan al personal, incluyendo las iniciativas para mejorar las condiciones laborales y para establecer un ambiente de respeto; los programas para apoyar al personal y mejorar la resistencia; los sistemas de la gestión de la fatiga y los programas de comunicación, disculpa y resolución. | La seguridad del personal es un requisito previo para la seguridad del paciente; sin embargo, el daño físico y psicológico y el agotamiento tienen una gran prevalencia en la asistencia sanitaria. | Juntas/órganos rectores<br>Educadores<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Liderazgo<br>Asociaciones profesionales   |
| 6.3      | Involucrar al personal en identificar los ámbitos para la medición y la creación de paneles de mano sobre bienestar y seguridad del personal, que serán revisados por el liderazgo y las juntas.  | Las medidas de seguridad física y psicológica normalizadas no están disponibles para la revisión por parte de los principales líderes.  | Juntas/órganos rectores<br>Personal de asistencia sanitaria<br>HHS (AHRQ)<br>Liderazgo<br>NQF  |

## Recomendación 7: Colaborar con los pacientes y sus familias para proporcionar una asistencia más segura

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia  |
|----------|---|--|
| 7.1      | La participación del paciente es crucial para su propia seguridad, aunque la formación y las herramientas para los pacientes, sus familias y el personal sanitario son limitadas. | Educadores<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias |
| 7.2      |   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias               |
| 7.3      | La participación de los pacientes debe ocurrir a todos los niveles del sistema sanitario.   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>HHS<br>ONC<br>Pacientes/familias |
| 7.4      |   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Personal de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias               |
| 7.5      | La participación del paciente es una prioridad, y no podemos mejorar lo que no medimos.   | HHS (AHRQ)<br>NQF<br>Pacientes/familias  |

## Recomendación 8: Garantizar una tecnología segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente

| Tácticas | Fundamentos   | Audiencia  |
|----------|---|--|
| 8.1      | La transparencia acerca de los problemas de seguridad es esencial para la mejora.   | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>ONC<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Organizaciones de seguridad<br>Proveedores |
| 8.2      | La TI de la salud brinda la posibilidad de mejorar la salud del paciente, aunque hasta la fecha un diseño y una implementación con carencias limitan tal posibilidad. | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>HHS (AHRQ, FDA)<br>NQF<br>ONC<br>Alianzas entre el sector público y el privado<br>Proveedores      |
| 8.3      | Todavía falta una gran labor por realizar para optimizar los equipos actuales.  | Acreditadores<br>Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Investigadores<br>Proveedores   |
| 8.4      | La TI de la salud puede facilitar la participación del paciente.  | Organizaciones de asistencia sanitaria<br>Pacientes/familias<br>Proveedores  |



## Referencias

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). [nd]. *Clinical Learning Environment Review (CLER) Program*. <https://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/436/ProgramandInstitutionalAccreditation/NextAccreditationSystem/ClinicalLearningEnvironmentReviewProgram.aspx>. Accedido el 13 de noviembre de 2015.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2014. *Efforts To Improve Patient Safety Result in 1.3 Million Fewer Patient Harms: Interim Update on 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Publicación de la AHRQ n.º 15-0011-EF. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=28573>. Accedido el 8 de junio de 2015.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [nd]. Sobre el programa de PSO. <https://www.pso.ahrq.gov/about>. Accedido el 19 de noviembre de 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). 2014. Patient Safety Primer: Error Disclosure. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2>. Accedido el 19 de noviembre de 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). 2014. Patient Safety Primer: Safety Culture. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5>. Accedido el 7 de noviembre de 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). [nd]. Glosario. <http://www.psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>. Accedido el 23 de septiembre de 2015.
- Amarasingham R, Plantinga L, Diener-West M, Gaskin D, Powe N. 2009. Clinical information technologies and inpatient outcomes: a multiple hospital study. *Arch Intern Med* 169(2):108–114.
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). 2005. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care* 14(3):187–197.
- American Nurses Association (ANA). [nd]. Nursing World. HealthyNurse™. <http://www.nursingworld.org/healthynurse>. Accedido el 5 de junio de 2015.
- Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. 2009. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. *Healthc Q* 12(Spec No Patient):85–89.
- Babbott S, Manwell LB, Brown R, et al. 2014. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. *J Am Med Assoc* Feb;211(e1):e100–106.
- Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC, et al. 2013. Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Qual Saf* 22:290–298.
- Banger A, Graber ML. 2015. *Recent Evidence That Health IT Improves Patient Safety: Issue Brief*. Washington, DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology. [http://www.healthit.gov/sites/default/files/brief\\_1\\_final\\_feb11t.pdf](http://www.healthit.gov/sites/default/files/brief_1_final_feb11t.pdf). Accedido el 11 de junio de 2015.
- Batalden M, Batalden P, Margolis P et al. 2015. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. [epub ahead of print] Sep. 16. <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/16/bmjqs-2015-004315.full>. Accedido el 16 de noviembre de 2015.
- Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. 1998. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA* 280(15):1311–1316.
- Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. 2006. The 100,000 Lives Campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA* 295(3):324–327.
- Berwick DM, Feeley D, Loehrer S. 2015. Change from the inside out: health care leaders taking the helm. *JAMA* 313(17):1707–1708.
- Bilimoria KY, Chung J, Ju MH, et al. 2013. Evaluation of surveillance bias and the validity of the venous thromboembolism quality measure. *JAMA* Oct 9;310(14):1482–1489.
- Bishop TF, Ryan AM, Casalino LP. 2011. Paid malpractice claims for adverse events in inpatient and outpatient settings. *JAMA* Jun 15;305(23):2427–2431.
- Brennan TA, Gawande A, Thomas E, Studdert D. 2005. Accidental deaths, saved lives, and improved quality. *N Engl J Med* 353:1405–1409.
- Brownlee S, Saini V, Cassel C. 2014. When less is more: issues of overuse in health care. Health Affairs Blog. Abril 25. <http://healthaffairs.org/blog/2014/04/25/when-less-is-more-issues-of-overuse-in-health-care>. Accedido el 27 de julio de 2015.
- Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Anest JL. 2006. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 296:1858–1866.
- Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B-T, et al. 2006. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 15:50–58.
- Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, et al. 2007. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth* 17:470–478.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2012. The PROTECT initiative: advancing children's medication safety. [http://www.cdc.gov/MedicationSafety/protect/protect\\_Initiative.html](http://www.cdc.gov/MedicationSafety/protect/protect_Initiative.html). Accedido el 8 de mayo de 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. *Identifying Hospital-Associated Infections*. [http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/2PSC\\_IdentifyingHAIs\\_NHSNcurrent.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/2PSC_IdentifyingHAIs_NHSNcurrent.pdf). Accedido el 15 de mayo de 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. State-based HAI prevention. <http://www.cdc.gov/hai/stateplans/required-to-report-hai-NHSN.html>. Accedido el 11 de junio de 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2013. *Hospital Value-Based Purchasing Program*. [http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital\\_VBPurchasing\\_Fact\\_Sheet\\_ICN907664.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf). Accedido el 15 de mayo de 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2014. HCAHPS: patients' perspectives of care survey. 2014. <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html>. Accedido el 15 de mayo de 2015.
- Chang BK, Williams LC. 2013. Meaningfully teaching patient safety to physician residents. *Focus on Patient Safety* 16(1):1–2,7–9.
- Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety. [nd]. How it all started. <http://www.solutionsforpatientsafety.org/about-us/how-it-all-started/>. Accedido el 16 de noviembre de 2015.
- Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. 2011. "Global trigger tool" shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)* 30(4):581–589.
- Craig C, Eby D, Whittington J. 2011. *Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Delbanco T, Walker J, Bell SK, et al. 2012. Inviting patients to read their doctors' notes: a quasi-experimental study and a look ahead. *Ann Intern Med* 157(7):461–470.
- Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, et al. 2014. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf* 23(2):106–115.
- ECRI. 2013. Healthcare risk, quality, and safety guidance: clinical alarms. <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/CritCare5.aspx>. Accedido el 12 de noviembre de 2015.
- ECRI. 2015. The Partnership for Health IT Patient Safety. <https://www.ecri.org/resource-center/Pages/HITPartnership.aspx>. Accedido el 18 de agosto de 2015.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. 2012. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 27(10):1361–1367.
- Etchegaray JM, Ottosen MJ, Burrell L, et al. 2014. Structuring patient and family involvement in medical error event disclosure and analysis. *Health Aff (Millwood)* 33(1):46–52.
- Fanikos J, Fiumara K, Baroletti S, et al. 2007. Impact of smart infusion technology on administration of anticoagulants (unfractionated Heparin, Argatroban, Lepirudin, and Bivalirudin). *Am J Cardiol* 99(7):1002–1005.
- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. 2005. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med* 20(4):317–323.
- Frankel AS. 2011. Patient safety organizations are step 1; data sharing is step 2. *Virtual Mentor* Sep 1;13(9):642–646. <http://journalofethics.ama-assn.org/2011/09/pfor1-1109.html>. Accedido el 19 de noviembre de 2015.
- Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. 2003. Patient safety: adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 348:1556–1564.
- Gandhi TK, Lee TH. 2010. Patient safety beyond the hospital. *N Engl J Med* 363(11):1001–1003.
- Graber ML, Siegal D, Riah H, Johnston D, Kenyon K. 2015. Electronic health record-related events in medical malpractice claims. *J Patient Saf* Nov 6 [epub ahead of print]. [http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Electronic\\_Health\\_Record\\_Related\\_Events\\_in\\_Medical.99624.aspx](http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Electronic_Health_Record_Related_Events_in_Medical.99624.aspx). Accedido el 24 de noviembre de 2015.
- Groves PS. 2014. The relationship between safety culture and patient outcomes: results from pilot meta-analyses. *West J Nurs Res* Jan;36(1):66–83.
- Harrington L. 2013. Making health information technology usable. *Health Aff (Millwood)* 32(3):629.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360:491–499.
- Health Care For All (HCFA). 2012. *Patient and Family Advisory Councils: A Review of 2011 PFAC Reports*. <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Review-of-PFAC-2011-Reports.pdf>. Accedido el 11 de junio de 2015.
- Health and Safety Commission. 1993. *Third Report: Organizing for Safety*. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO.
- Hu YY, Fix ML, Hevelone ND, et al. 2012. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Arch Surg* 147(3):212–217.
- Informed Medical Decisions Foundation (IMDF). [nd]. Shared decision making policy. <http://www.informedmedicaldecisions.org/shared-decision-making-policy>. Accedido el 11 de junio de 2015.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2004. Patient Safety Leadership WalkRounds™. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>. Accedido el 11 de junio de 2015.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2015. State action on avoidable rehospitalization. <http://www.ihl.org/engage/Initiatives/completed/STAAR/Pages/default.aspx>. Accedido el 6 de mayo de 2015.

- Institute of Medicine (IOM). 2000. Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press. [Report issued 1999, published 2000].
- Institute of Medicine (IOM). 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). 2012. *Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care*. Washington, DC: National Academies Press.
- James JT. 2013. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf* Sep;9(3):122–128.
- Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. 2013. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* Oct;22(10):809–815.
- The Joint Commission. 2008. Behaviors that undermine a culture of safety. *Sentinel Event Alert* 40:1–3. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_40.PDF](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF). Accedido el 11 de junio de 2015.
- The Joint Commission. 2012. *Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>. Accedido el 15 de mayo de 2015.
- The Joint Commission. 2013. Medical device alarm safety in hospitals. *Sentinel Event Alert* 50:1–3. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_50\\_alarms\\_4\\_5\\_13\\_FINAL1.PDF](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_50_alarms_4_5_13_FINAL1.PDF). Accedido el 20 de noviembre de 2015.
- Joynt KE, Jha AK. 2012. Thirty-day readmissions—truth and consequences. *N Engl J Med* 366(15):1366–1369.
- Kaplan GS. 2013. Respect: the foundation for quality care. Hospital Impact [blog]. [http://www.hospitalimpact.org/index.php/2013/06/10/respect\\_the\\_foundation\\_for\\_quality\\_care](http://www.hospitalimpact.org/index.php/2013/06/10/respect_the_foundation_for_quality_care). Accedido el 11 de junio de 2015.
- Kellermann AL, Jones SS. 2013. What it will take to achieve the as-yet-unfulfilled promises of health information technology. *Health Aff (Millwood)* 32:63–68.
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. 2010. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 363(22):2124–2134.
- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. 2002. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 288:501–507.
- Leonard M, Frankel A. 2012. *How Can Leaders Influence a Safety Culture?* London: The Health Foundation.
- Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP. 2014. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med* 29(1):18–20.
- Lorincz CY, Drazen E, Sokol PE, et al. 2011. *Research in Ambulatory Patient Safety 2000–2010: A 10-Year Review*. Chicago: American Medical Association. [https://npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf\\_AMAr.pdf](https://npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf_AMAr.pdf). Accedido el 17 de agosto de 2015.
- Lucian Leape Institute (LLI). 2013. *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <http://www.npsf.org/?page=throughtheeyes>. Accedido el 15 de mayo de 2015.
- Lyren A, Brill R, Bird M, Lashutka N, Muething S. 2013. Ohio Children’s Hospitals’ Solutions for Patient Safety: a framework for pediatric patient safety improvement. *J Healthc Qual*. doi: 10.1111/jhq.12058.
- Macrae C. 2015. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf* 0:1–5.
- Martin G, Ozieranski P, Willars J, et al. 2014. Walkrounds in practice: corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 40(7):303–310.
- McCulloch P, Kreckler S, New S, Sheena Y, Handa A, Catchpole K. 2010. Effect of a “Lean” intervention to improve safety processes and outcomes on a surgical emergency unit. *BMJ* 341:c5469.
- McKee L, Charles K, Dixon-Woods M, Willars J, Martin G. 2013. “New” and distributed leadership in quality and safety in health care, or “old” and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders. *J Health Serv Res Policy* 18(2 Suppl):11–9.
- Mello MM, Boothman RC, McDonald T, et al. 2014. Communication-and-resolution programs: the challenges and lessons learned from six early adopters. *Health Aff (Millwood)* Jan;33(1):20–29.
- Metzger J, Welebob E, Bates DW, Lipsitz S, Classen DC. 2010. Mixed results in the safety performance of computerized physician order entry. *Health Aff (Millwood)* 29(4):655–663.
- Meyer H. 2010. Life in the “Lean” lane: performance improvement at Denver Health. *Health Aff (Millwood)* 29(11):2054–2060.
- Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. 2015. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after “To Err is Human”. *BMJ Qual Saf* pii: bmjqs-2015-004405.
- Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. 2015. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiology* Oct 24 [epub ahead of print]. <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2466532>. Accedido el 24 de noviembre de 2015.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press. <http://iom.nationalacademies.org/reports/2015/improving-diagnosis-in-healthcare>. Accedido el 20 de noviembre de 2015.



- National Academy for State Health Policy (NASHP). 2012. *Shared Decision Making: Advancing Patient-Centered Care Through State and Federal Implementation*. <http://www.nashp.org/sites/default/files/shared.decision.making.report.pdf>. Accedido el 11 de junio de 2015.
- National Advisory Group on the Safety of Patients in England. 2013. *A Promise to Learn—A Commitment to Act: Improving the Safety of Patients in England*. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/226703/Berwick\\_Report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf). Accedido el 7 de noviembre de 2015.
- National Center for Health Statistics (NCHS). 2015. FastStats A to Z. See under: Ambulatory Care, and Hospital Utilization. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats>. Accedido el 11 de mayo de 2015.
- National Institutes of Health (NIH). 2015. Estimates of funding for various research, condition, and disease categories (RCDC). [http://report.nih.gov/categorical\\_spending.aspx](http://report.nih.gov/categorical_spending.aspx). Accedido el 27 de julio de 2015.
- National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute (NPSF LLI). 2014. *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <http://www.npsf.org/?page=safetyispersonal>. Accedido el 20 de noviembre de 2015.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). 2015. *RCA<sup>2</sup>: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <https://npsf.site-ym.com/?RCA2>. Accedido el 20 de noviembre de 2015.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. 2011. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)* 30(4):746–754.
- Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH. 2010. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 304(15):1693–1700.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). 2013. *Worker Safety in Your Hospital: Know the Facts*. [https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1\\_Data\\_highlights\\_508.pdf](https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1_Data_highlights_508.pdf). Accedido el 17 de agosto de 2015.
- Office of the Inspector General (OIG), US Department of Health and Human Services. 2010. *Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>. Accedido el 15 de mayo de 2015.
- Office of the Inspector General (OIG), US Department of Health and Human Services. 2014. *Adverse Events in Skilled Nursing Facilities: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-11-00370.pdf>. Accedido el 27 de julio de 2015.
- Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), US Department of Health and Human Services. 2014. *FDASIA Health IT Report: Proposed Strategy and Recommendations for a Risk-Based Framework*. Washington, DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology. [https://www.healthit.gov/sites/default/files/fdasiahealthitreport\\_final.pdf](https://www.healthit.gov/sites/default/files/fdasiahealthitreport_final.pdf). Accedido el 5 de noviembre de 2015.
- Parente ST, McCullough JS. 2009. Health information technology and patient safety: evidence from panel data. *Health Aff (Millwood)* 28(2):357–60. doi: 10.1377/hlthaff.28.2.357.
- Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, et al. 2010. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med* 362(18):1698–1707.
- Premier. 2014. Premier, Inc., eHealth Initiative survey suggests many ACOs lack mobile applications and face high costs [press release Sep 24]. <https://www.premierinc.com/aco-interoperability-survey-9-24-14/>. Accedido el 14 de mayo de 2015.
- Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, et al. 2014. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf* 23(10):806–813.
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. 2006. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 355(26):2725–2732.
- Pronovost P, Jha AK. 2014. Did hospital engagement networks actually improve care? *N Engl J Med* 371:691–693.
- Pronovost P, Ravitz A, Stoll R, Kennedy S. 2015. *Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach*. Report of the *Wish Patient Safety Forum 2015*. <http://dprnfts5nbdps.cloudfront.net/app/media/1430>. Accedido el 19 de noviembre de 2015.
- Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Institute. [nd]. *QSEN Initiative Project Overview*. <http://qsen.org/about-qsen/project-overview/>. Accedido el 13 de noviembre de 2015.
- Radley DC, Wasserman MR, Olsho LE, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. 2013. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *J Am Med Inform Assoc* May 1;20(3):470–476.
- Ratwani RM, Benda NC, Hettinger AZ, Fairbanks RJ. 2015. Electronic health record vendor adherence to usability certification requirements and testing standards. *JAMA* 314(10):1070–1071.
- Reames BN, Krell RW, Campbell DA, Jr, Dimick JB. 2015. A checklist-based intervention to improve surgical outcomes in Michigan: evaluation of the Keystone Surgery Program. *JAMA Surg* 150(3):208–215.
- Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, Rainey T, Nolan T. 2005. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 31(5):243–248.
- Roberts DL, Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. 2014. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med* 9(3):176–181.
- Rotteau L, Shojania KG, Webster F. 2014. “I think we should just listen and get out”: a qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds. *BMJ Qual Saf* Oct;23(10):823–829.

- Royal College of Physicians (RCP). 2015. *Work and Wellbeing in the NHS: Why Workforce Health Matters to Patient Care*. <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/work-and-wellbeing-in-the-nhs.pdf>. Accedido el 16 de septiembre de 2015.
- 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. *Int J Qual Health Care* 21(1):18–26.
- Ryan AM, Nallamotheu BK, Dimick JB. 2012. Medicare’s public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Aff (Millwood)* 31(3):585–592.
- Sainfort F, Karsh BT, Booske BC, Smith MJ. 2001. Applying quality improvement principles to achieve healthy work organizations. *Jt Comm J Qual Improv* 27(9):469–483.
- Schiff GD, Amato MG, Egualé T, et al. 2015. Computerised physician order entry-related medication errors: analysis of reported errors and vulnerability testing of current systems. *BMJ Qual Saf* Apr;24(4):264–271
- Schutz W. 1982. *Profound Simplicity: Foundations for a Social Philosophy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 6:44.
- Seys D, Scott S, Wu A, et al. 2013. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud* May;50(5):678–687.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. 2012. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 172(18):1377–1385.
- Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. 2014. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol* 32(7):678–86.
- Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. 2002. Safe but sound: patient safety meets evidence-based medicine. *JAMA* 288:508–513.
- Shojania KG, Marang-van de Mheen PJ. 2015. Temporal trends in patient safety in the Netherlands: reductions in preventable adverse events or the end of adverse events as a useful metric? *BMJ Qual Saf* Sep;24(9):541–544. pii: bmjqs-2015-004461.
- Sikka R, Morath JM, Leape L. 2015. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* Oct;24(10):608–610. pii: bmjqs-2015-004160.
- Singer SJ, Meterko M, Baker L, Gaba G, Falwell A, Rosen A. 2007. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations survey. *Health Services Research* 42(5):1999.
- Singer SJ, Tucker AL. 2014. The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf* 23(10):789–800.
- Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. 2014. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf* Sep;23(9):727–731.
- Sittig DF, Ash JS, Singh H. 2014. The SAFER guides: empowering organizations to improve the safety and effectiveness of electronic health records. *Am J Manag Care* 20(5):418–423.
- Sokol-Hessner L, Folcarelli PH, Sands KE. 2015. Emotional harm from disrespect: the neglected preventable harm. *BMJ Qual Saf* Sep;24(9):550–553.
- Sorra J, Dyer N. 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* 10:199.
- Splaine ME, Ogrinc G, Gilman SC, et al. 2009. The Department of Veterans Affairs National Quality Scholars Fellowship Program: experience from 10 years of training quality scholars. *Acad Med* 84(12):1741–1748.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. 2014. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD001431.
- Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. 2014. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* 371(19):1803–1812.
- Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC. 2007. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. *Health Aff (Millwood)* Jan–Feb;26(1):215–226.
- Thomas EJ, Classen DC. 2014. Patient safety: let’s measure what matters. *Ann Intern Med* 160:642–643.
- Ulrich BT, Lavandero R, Woods D, Early S. 2014. Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Crit Care Nurse* 34(4):64–79.
- University of Minnesota. [nd]. National Center for Interprofessional Practice and Education. <http://www.ahceducation.umn.edu/about/national-center-interprofessional-practice-and-education> Accessed Nov 19, 2015.
- Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. 2014. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med* 370:1029–1038.
- US Department of Health and Human Services (US DHHS). 2014. *New HHS Data Shows Major Strides Made in Patient Safety, Leading to Improved Care and Savings*. <http://innovation.cms.gov/Files/reports/patient-safety-results.pdf>. Accedido el 5 de junio de 2015.
- Vincent C, Amalberti R. 2015. Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf* Sep;24(9):539–540. pii: bmjqs-2015-004403.
- Watts BV, Williams L, Mills PD, et al. 2013. Inter-professional fellowship in patient safety: curriculum and outcomes. *J Patient Saf*.

- Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. 2010. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg* 251:976–980.
- Winters BD, Weaver S, Dy S. 2013. Rapid-Response Systems (NEW). En: *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. Evidence Reports/Technology Assessments, N.º 211. Chapter 24. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133377>. Accedido el 13 de mayo de 2015.
- Wolfson D, Mende S. 2015. To reduce unnecessary care, Choosing Wisely moves from awareness to implementation. Health Affairs Blog. Junio 30. <http://healthaffairs.org/blog/2015/06/30/to-reduce-unnecessary-care-choosing-wisely-moves-from-awareness-to-implementation>. Accedido el 27 de julio de 2015.
- Wong BM, Dyal S, Etchells EE, et al. 2015. Application of a trigger tool in near real time to inform quality improvement activities: a prospective study in a general medicine ward. *BMJ Qual Saf* Apr24(4):272–281.
- World Health Organization (WHO). 2012. Empowering patients. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/news/news/2012/5/empowering-patients>. Accedido el 10 de junio de 2015.
- Wu AW. 2000. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320(7237):726–727.
- Wynia MK, Classen DC. 2011. Improving ambulatory patient safety: learning from the last decade, moving ahead in the next. *JAMA* 306(22):2504–2505.
- Wynia M, Moulton B, Elwyn Glyn. 2014. Shared decision making and the use of patient decision aids. Health Affairs Blog. Dic. 17. <http://healthaffairs.org/blog/2014/12/17/shared-decision-making-and-the-use-of-patient-decision-aids>. Accedido el 13 de mayo de 2015.
- Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. 2014. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. *Infect Control Hosp Epidemiol* 35 Suppl 2:S21–31.

