



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 59.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007

Punto 4.12 del orden del día provisional

CSP27/16 (Esp.)
17 de julio del 2007
ORIGINAL: ESPAÑOL

POLÍTICA Y ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA, INCLUYENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Introducción

1. La calidad*, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados como en los países en vías de desarrollo (1-4). Este documento propone cinco líneas estratégicas de acción para el mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente, con énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables. Igualmente, propone la creación de un observatorio regional de calidad que acompañe a la formulación consensuada de una estrategia regional en materia de calidad.

Antecedentes

2. La atención sanitaria de calidad deficitaria impone una carga negativa muy significativa a la sociedad y a los sistemas sanitarios. En el anexo I se presentan algunos indicadores seleccionados sobre la situación de la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente en la Región de las Américas. La falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo:

* El Instituto de Medicina de los EUA (IOM) define la calidad como el grado en que los servicios de atención en salud: 1) incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud; y 2) son consistentes con conocimientos profesionales actualizados. A esta definición se le debe agregar el componente subjetivo de la calidad que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios.

- a) Servicios de salud inefectivos, es decir, que no alcanzan el resultado esperado en salud. Este problema se expresa en términos de injustificada variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de cuidados no consistentes con el conocimiento profesional actual. En el caso más extremo, la falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, situación que ha motivado un aumento de las demandas legales contra profesionales y servicios de salud, así los prestadores de servicios se sienten atacados y adoptan prácticas de medicina defensiva. A nivel regional, son ejemplos de lo anterior el excesivo número de casos de mortalidad materna y neonatal, de infección nosocomial, de uso irracional de medicamentos, y de fallos quirúrgicos.
 - b) Servicios de salud ineficientes, es decir, con costes superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Este fenómeno contribuye a un aumento excesivo del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios de salud. Ello supone un costo de oportunidad para el servicio sanitario, retrayendo recursos que podrían invertirse, por ejemplo, en incrementar la cobertura de los servicios a las poblaciones más desprotegidas. La baja capacidad resolutive del primer nivel de atención es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención de mayor complejidad.
 - c) La mala calidad se expresa también en limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales, e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud. Esta situación se manifiesta en largas listas de espera, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, distancias excesivas al centro de atención sanitaria, falta de medicamentos en los centros de atención, y oferta de servicios no adecuada al contexto/preferencias culturales y sociales del ciudadano.
 - d) Finalmente, otra expresión de la falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud. Los ciudadanos se quejan, por ejemplo, de maltrato, falta de comunicación e inadecuación de instalaciones de salud. Por otra parte los profesionales y trabajadores de salud sufren de desmotivación, sobrecarga de trabajo, y en los casos más extremos el síndrome de “burn out”, lo que contribuye aún más al deterioro de la calidad del servicio prestado.
3. Las causas de la falta de calidad son múltiples e involucran fallos tanto a nivel sistémico como a nivel de la prestación de servicios de salud individual.

- a) A nivel sistémico contribuyen a la mala calidad: 1) la falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades, y agenda de reforma del sector salud; 2) la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y el limitado conocimiento de derechos y deberes de los pacientes; 3) la insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros; 4) la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos; 5) las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud; y 6) la formación de pregrado y postgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.
- b) A nivel de la prestación de servicios de salud individual, son causas de mala calidad: 1) la desmotivación de los trabajadores de la salud; 2) la debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas; 3) la ausencia de trabajo en equipo y de relaciones de confianza adecuadas; 4) la atención bajo un modelo paternalista que no involucra al usuario en la toma de decisiones; 5) las condiciones de trabajo inadecuadas; y 6) la inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional.

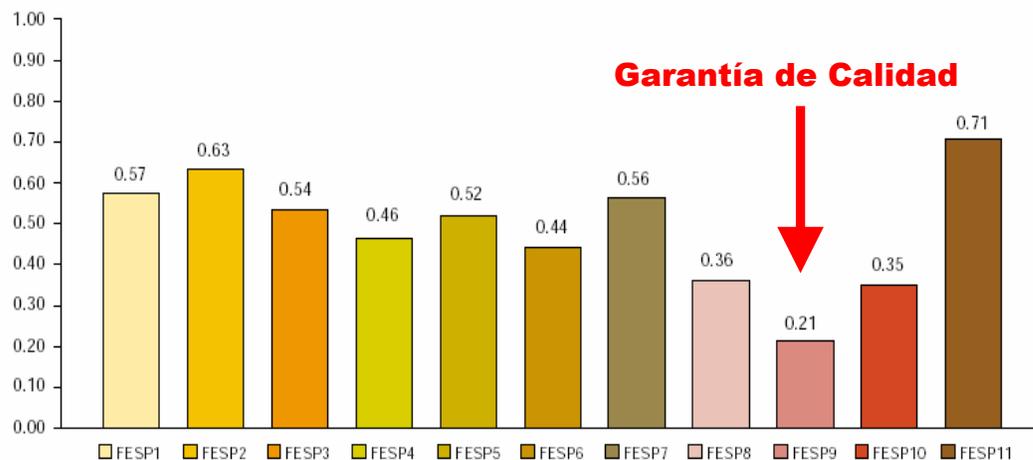
Informe de progreso

4. En las últimas décadas varios de los países de la Región han desarrollado importantes iniciativas en materia de calidad y seguridad de los pacientes. A modo de ejemplo, en febrero de 2001 México inició su “Cruzada nacional por la calidad” con el objetivo de elevar la calidad de los servicios y llevarla a niveles aceptables en todo el país; Perú ha introducido un sistema nacional de acreditación de centros sanitarios con una nueva propuesta en implementación durante 2007; Argentina cuenta con numerosas entidades dedicadas a la mejora de la calidad y un programa nacional de “habilitación categorizante”; Costa Rica ha liderado el compromiso con las actividades en seguridad del paciente; Brasil ha desarrollado importantes ejercicios de evaluación de la calidad y promovido estrategias de mejora desde la acreditación a la promoción de la seguridad del paciente; Colombia dispone de un sistema de reporte de efectos adversos de la atención sanitaria; y Chile cuenta con un sólido recorrido en iniciativas para el control de la infección asociada a la atención sanitaria.

5. Con relación a los desarrollos en calidad de OPS/OMS se puede destacar la publicación en 1992 del Manual de Acreditación para Hospitales de Latinoamérica y el Caribe (5), el cual tuvo gran aceptación y uso en los países de la Región. En 2000 la iniciativa sobre las funciones esenciales de salud pública (FESP) estableció como novena función la “garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”. La importancia de esta definición radica en dos planos. En primer lugar, responsabiliza al Estado de velar por la calidad de la atención tanto en el sector público como privado. En

segundo lugar, señala los componentes específicos para el ejercicio de esta función, los que incluyen el monitoreo continuo de la calidad, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la producción de normas, y la aplicación de metodología científica en la evaluación de las intervenciones de salud. En la evaluación de las FESP realizada en 2002, la novena función recibió la peor evaluación (ver gráfica 1).

Gráfica 1: Desempeño de las FESP en la Región de las Américas (6)



6. En mayo de 2002, la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la resolución WHA55.18 “Calidad de la atención: seguridad del paciente” por la que se urge a los Estados Miembros “a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente” y a “establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención”. En respuesta a la anterior resolución, en 2004 la 57.^a AMS propuso formar la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP), cuyo lanzamiento por parte del Director General de la OMS tuvo lugar en octubre del mismo año en la sede de la OPS/OMS en Washington DC (4).

7. En respuesta a esta iniciativa global, la OPS/OMS ha alineado su estrategia de la mejora de la calidad con los objetivos de la AMSP. En mayo de 2006 tuvo lugar el Primer Taller Regional de Pacientes en pro de la Seguridad del Paciente en San Francisco (EE.UU) donde profesionales y pacientes de la Región establecieron una primera red de líderes regionales. En marzo de 2007 se celebró el primer taller regional del primer Reto Mundial de la AMSP, “Una atención limpia es una atención más segura”, en San José, Costa Rica. Además, en marzo de 2007 se celebró en Buenos Aires la primera reunión de trabajo del proyecto de investigación en seguridad del paciente (IBEAS), cuyo objetivo es conocer la frecuencia de efectos adversos en una muestra de más de 20 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. El estudio IBEAS es un proyecto en

colaboración entre la AMSP, OPS/OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

8. Otras iniciativas de carácter regional incluyen los Centros Cochrane Iberoamericanos de medicina basada en la evidencia; la Red Iberoamericana de guías para la calidad, la Red Mesoamericana EPQI de mejoramiento continuo de la calidad basado en evidencias; y el Grupo de Expertos de enfermería en seguridad del paciente.

9. A pesar de los progresos señalados anteriormente, la mejora de la calidad constituye todavía un reto muy significativo para la Región, no solo por la persistencia de los problemas asociados a la falta de calidad, sino también por la multiplicidad de conceptos y enfoques para mejorarla (1-7). Esta heterogeneidad, unida a la falta de información disponible, dificulta el establecimiento de un marco conceptual compartido y el establecimiento de prioridades de intervención. Igualmente, la escasa evidencia de la costo-efectividad de las estrategias de mejora de la calidad genera un dilema para los tomadores de decisión sobre qué política y cuales estrategias tendrán un mayor impacto en los resultados de la atención sanitaria (1).

Estrategia regional: líneas de acción

10. El contexto y la situación regional actual requieren de la definición de una estrategia regional en pro de la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Esta estrategia debe incluir al continuo de la atención sanitaria incluyendo a los pacientes, familias y comunidades, y enfocarse a los grupos poblacionales más vulnerables y a los temas de salud prioritarios definidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Su desarrollo requerirá de un análisis de situación exhaustivo y un ejercicio consultivo regional. Para ello se definen a continuación las siguientes líneas estratégicas de acción:

- a) Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial:
 - i) diálogo de políticas con autoridades nacionales con el objeto de incorporar la calidad y seguridad del paciente en las políticas sectoriales y procesos de reforma del sector;
 - ii) participación y abogacía activa en diversos foros globales y regionales;
 - iii) firma de compromisos políticos para la acción. Se espera que en diciembre de 2008 al menos 20 países de Latinoamérica y el Caribe hayan suscrito el compromiso con el Primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: “Una atención limpia es una atención más segura”;

- iv) identificación y orientación de líderes – “embajadores” – en pro de la calidad y seguridad de la atención sanitaria;
 - v) abogacía por la incorporación de la calidad y seguridad del paciente en el currículo de formación de los trabajadores de la salud.
- b) Promover la participación ciudadana en temas de calidad:
- i) propiciar la promoción y protección de los derechos y deberes de los pacientes y profesionales sanitarios en cuanto a la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente, incluyendo aspectos tales como el respeto a la vida privada, a la confidencialidad y a la integridad personal;
 - ii) incorporar herramientas para la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios;
 - iii) promover la creación y fortalecimiento de iniciativas de ciudadanos en mejora de la calidad y seguridad del paciente, así como su vinculación con tomadores de decisión, gestores y sociedades profesionales; (se estima que para diciembre de 2007 habrá iniciativas de participación de este tipo en al menos cinco países).
- c) Generar información y evidencia en materia de calidad:
- i) producción y pilotaje de una herramienta de medición de la situación de la calidad y seguridad del paciente en centros sanitarios (se prevé informe final en diciembre de 2008);
 - ii) compilar y hacer disponible información sobre evidencia en calidad y seguridad del paciente haciendo uso de medios virtuales;
 - iii) desarrollar y estimular líneas de investigación prioritarias:
 - situación de iniciativas de calidad en Latinoamérica y el Caribe a través de la revisión de la literatura y una encuesta a informantes clave, (se prevé la publicación de resultados en diciembre de 2007);
 - seguridad del paciente (estudio IBEAS), (se prevé la publicación del informe final en marzo de 2008);
 - efectividad de soluciones en materia de higiene de manos (se prevé informe final en junio de 2008), estrategia PICK para la prevención del Kernicterus, y prevención de la retinopatía del prematuro (se prevé informe final en diciembre de 2008).

- d) Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad:
- i) compilar y difundir material, modelos y herramientas existentes para la mejora de la calidad basados en evidencia, incluyendo modelos de mejora continua y garantía de la calidad, formación en gestión clínica, además de la edición de un manual de metodologías en calidad y seguridad de la atención sanitaria y manuales específicos en el área de infección nosocomial;
 - ii) compilar, desarrollar y difundir soluciones basadas en las nuevas tecnologías de la información que fortalecen la calidad de la atención como, por ejemplo, sistemas de información sobre la situación de la calidad y la seguridad del paciente, historias clínicas electrónicas, aplicaciones de telemedicina, etc.
 - iii) capacitar modelos y herramientas de calidad mediante cursos online como los de La Red Iberoamericana de Guías para la Calidad, actividades formativas presenciales en colaboración con la AMSP, cursos de calidad de la Agencia Española de Cooperación Internacional, formación de la Red Mesoamericana EPQI promovida por la Universidad de Tohoku, Japón, etc;
 - iv) prestar asesoría técnica en la formulación, mejoramiento e implementación de los programas nacionales de calidad y seguridad del paciente de los Estados Miembros;
 - v) promover el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros.
- e) Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente con un horizonte de 10 años. La metodología para su desarrollo se fundamentará en un proceso consultivo regional que involucrará autoridades de salud, líderes en calidad, prestadores de servicios, expertos y otros actores relevantes. El Plan incluirá el establecimiento de un marco conceptual de consenso en calidad y seguridad del paciente partiendo de un análisis amplio sobre los conceptos de salud y calidad de vida y un plan operativo regional en cuatro niveles: país, grupos de países, corporativo y multiagencial. La fecha prevista para la finalización de la estrategia es diciembre de 2008.

11. Estas líneas estratégicas priorizan a los grupos poblacionales más vulnerables, especialmente a aquellos contenidos en los ODM. Los temas seleccionados para el grupo maternoinfantil incluyen mortalidad materna, infecciones neonatales, prevención de la retinopatía del prematuro y prevención del Kernícterus. Además se priorizan diversos temas de salud tales como la infección nosocomial (objetivo del Primer Reto Mundial de la AMSP 2005-2006); la cirugía segura (objetivo del Segundo Reto Mundial de la AMSP 2007-2008); y las tecnologías y medicamentos seguros (sobre la base del trabajo que ya viene realizando OPS/OMS en estas áreas).

12. Se contempla también la creación de un Observatorio Regional de Calidad en la Atención Sanitaria y Seguridad del Paciente como una red de observatorios nacionales constituido por los responsables nacionales en calidad, prestadores de servicios de salud, académicos, representantes de ciudadanos, agencias de cooperación internacional y otras ONG, con las siguientes funciones:

- a) generar, analizar y diseminar información y soluciones en materia de calidad basadas en evidencia;
- b) contribuir a posicionar la calidad como componente fundamental para la efectividad y sostenibilidad de los sistemas de salud;
- c) promover el intercambio de experiencias y soluciones entre los Estados Miembros de la Región y otras regiones del mundo;
- d) movilizar recursos en apoyo a las iniciativas de calidad; y
- e) apoyar el desarrollo de la estrategia regional de calidad y seguridad del paciente.

13. La estrategia regional se sustenta en la colaboración con distintos centros nacionales e internacionales, entre los cuales se destacan:

- a) Joint Commission-Joint Commission International, centro colaborador oficial de la AMSP/OMS para el diseño de soluciones en seguridad del paciente.
- b) Además existen actividades en desarrollo y/o relación activa con otros centros, como:
 - i) Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España y sus entidades colaboradoras (Universidad Española y servicios de salud regionales);
 - ii) International Society for Quality (ISQua);
 - iii) Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH);
 - iv) Sociedad Argentina de Calidad Asistencial (SACAS);
 - v) Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), de Argentina;
 - vi) Centro para la Normalización y Estandarización en Salud (CENAS), Argentina;
 - vii) iniciativa EPQI de la Universidad de Tohoku, Japón;
 - viii) Quality Assurance Project QAP, University Research Co., LLC.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

14. Se solicita a la Conferencia que considere estas líneas estratégicas de acción y apoye la creación de un Observatorio Regional de Calidad y Seguridad del Paciente, así como la adopción de la resolución propuesta por la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo (ver anexo II).

Referencias

1. Management of quality of care: Quality assurance. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/print.html>.
2. Healthcare & Quality. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). [sede Web]. Washington D.C.: National Academy of Sciences (NAS); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.iom.edu/CMS/3718.aspx>.
3. Health Research Institute. PricewaterhouseCoopers [sede Web]. New York: Pricewaterhouse Coopers International Limited; [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.pwc.com/us/eng/about/ind/healthcare/hri.html>.
4. World Alliance for Patient Safety. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
5. Panamerican Health Organization, Latin American Federation of Hospitals. Quality Assurance; Hospital Accreditation for Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: PAHO; HSD/SILOS-13; 1992.
6. Panamerican Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Washington D.C.: PAHO/WHO; Scientific and Technical Publication No. 589; 2002.
7. World Health Organization (WHO). Quality and accreditation in health care services. A global review. Geneva: WHO; WHO/EIP/PSD/2003.1; 2003.

Anexos

Algunos indicadores seleccionados sobre la situación de la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente en la Región de las Américas

Funciones y manifestaciones en calidad	Algunos indicadores seleccionados
Función reguladora de la garantía de la calidad por parte del Estado. ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Solamente el 49% de los países refieren contar con políticas nacionales de calidad; sólo el 30% disponen de un organismo gestor de tecnologías sanitarias, y sólo el 22% cuentan con organismos autónomos de acreditación.^a - Solamente el 43% de países aplican estándares de calidad.^a - Únicamente el 27% de países ha medido avances en materia de calidad.^a
Manifestaciones de ineffectividad	<ul style="list-style-type: none"> - En Brasil, para el año 2004 la proporción de partos vía cesárea fue de 41,8%.^b - En un análisis sobre la productividad de algunos hospitales de las Américas se encontró que el número de exámenes de laboratorio por egreso variaba en un rango entre 2,1 y 22,8 exámenes de laboratorio por egreso.^c
Manifestaciones de ineficiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Un 51% de las hospitalizaciones corresponden a problemas de salud susceptibles de manejo ambulatorio y/o del 1er nivel de atención.^d - El coste en un hospital de Guatemala de la neumonía nosocomial asociada a la ventilación mecánica ascendió a US\$ 1,758 por caso, es decir, 2,5 veces más del costo del cuidado de un paciente que no adquiere esta infección.^e - En Brasil, Passarelli et al reportan que la hospitalización se alargó diez días en los casos de reacción adversa a los medicamentos.
Manifestaciones de Inseguridad	<ul style="list-style-type: none"> - En Brasil, en un hospital universitario, el 61% de los adultos mayores ingresados presentaron al menos una reacción adversa a medicamentos. De éstas, en aproximadamente 25% de los casos se habían administrado medicamentos inapropiados para mayores.^f - En México, en un hospital terciario de patología respiratoria el 9,1% de los hospitalizados presentó efectos adversos asociados al cuidado, de los cuales el 17% sufrió discapacidad transitoria, el 52% prolongación de la estancia, y en el 26% fueron causa contribuyente de la muerte. El 74% de estos efectos adversos fueron valorados como potencialmente prevenibles.^g - En el Hospital Escuela de Honduras la prevalencia de infección intra-hospitalaria en servicios sujetos a vigilancia puntual fue del 10%.^h - En Perú, los hospitales de Ministerio de Salud presentan una incidencia de infección de herida operatoria de 2,1, y de endometritis puerperal de 1,19 por cada 100 partos por cesárea.ⁱ
Manifestaciones de falta de accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - En el istmo centroamericano sólo el 59,1% de los partos son atendidos por profesionales entrenados.^j - En municipios del noreste de Brasil, al menos el 10% de mujeres que utilizaron los servicios de salud en los tres meses previos a la evaluación refirieron insatisfacción con la accesibilidad.^k

^a PAHO/WHO; Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Scientific and Technical Publication No. 589; 2002. ^b PAHO/WHO. Documento borrador de la ECP de Brasil. OPS/OMS; 2007. ^c OPS/OMS.ACODESS. Ministère des Affaires Étrangères. République Française. La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS/OMS; 2001. ^d PAHO/WHO, Estudio Regional sobre e Assistência Hospitalar e Ambulatorial Especializada na América Latina e Caribe. Documento THS/OS/04/2; 2004. ^e Salvatierra-González, R.M.

Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina.; Washington D.C.: OPS; DPC/CD/271/03; 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/eer-amr-costo-infec-nosocomial.htm>. ^f Passarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A.; Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging*. 2005;22(9):767-77. ^g Herrera-Kiengelher L, Chi-Lem G, Baez-Saldana R et al. Frequency and correlates of adverse events in a respiratory diseases hospital in Mexico city; *Chest*. 2005 Dec;128(6):3900-5. ^h Kafati R. Informe de actividades de vigilancia de infecciones intrahospitalarias 2006. En: I Taller Regional de Atención Limpia es Atención Segura. San José de Costa Rica, Costa Rica. 2007. ⁱ Cárdenas F. Infecciones intrahospitalarias en el Perú. En: I Taller Regional de Atención Limpia es Atención Segura. San José de Costa Rica, Costa Rica. 2007. ^j PAHO/WHO, Health situation in the Americas. Basic indicators. PAHO/HDM/HA/06.1; 2006. ^k Atkinson, S. and D. Haran, Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med*, 2005. 60(3): p. 501-13.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 25 al 29 de junio del 2007

CSP27/16 (Esp.)
Anexo II

RESOLUCIÓN

CE140.R18

POLÍTICA Y ESTRATEGIA REGIONALES PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA, INCLUYENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

LA 140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente* (documento CE140/18),

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución en las siguientes líneas:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente* (documento CSP27/16);

Considerando que es importante tomar acciones inmediatas tanto a nivel nacional como regional para que los sistemas de salud presten atención efectiva, segura, eficiente, accesible, apropiada y satisfactoria para los usuarios;

Reconociendo que se requieren políticas en el sector salud que afecten al continuo de la atención sanitaria, incorporen la participación ciudadana, y promuevan una cultura de calidad y seguridad en las instituciones sanitarias;

Recordando la definición de la garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva como función esencial de salud pública (documento CD42/15, del 42.º Consejo Directivo de la OPS, 2002), y reconociendo con preocupación su bajo nivel de desempeño en la Región;

Considerando la Resolución WHA55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud en 2002, “Calidad de la atención: seguridad del paciente”, por la que se urge a los Estados Miembros a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente y a establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención;

Considerando la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo), aprobada por el 46.º Consejo Directivo de la OPS (2005), que establece que los sistemas de salud deben orientarse hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente, y

Reconociendo con satisfacción las iniciativas y liderazgo desarrollados por algunos de los Estados Miembros de la Región en el área de seguridad del paciente y calidad de la atención,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Prioricen la seguridad del paciente y la calidad de la atención en las políticas y programas sectoriales en salud, incluyendo la promoción de una cultura organizacional e individual en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - b) Asignen los recursos necesarios para el desarrollo a nivel nacional de políticas y programas en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - c) Incorporen la participación del paciente en los procesos de mejora de la calidad de la atención sanitaria;

- d) Evalúen la situación de la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el país, con el objetivo de la identificar áreas prioritarias y estrategias de intervención;
 - e) Diseñen e implementen intervenciones dirigidas a la mejora de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - f) Colaboren con el Secretariado de la OPS en la elaboración de una estrategia regional de base científica que incluya resultados cuantificable para el mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Abogue con los Estados Miembros y en los foros subregionales, regionales y globales sobre la importancia del mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria;
 - b) Genere y haga disponible información y evidencia que permita evaluar científicamente la magnitud y evolución del desempeño en calidad de la asistencia, así como la efectividad de las intervenciones;
 - c) Preste asistencia técnica a los países de la Región en el diseño y aplicación de soluciones para el mejoramiento de la calidad;
 - d) Estimule la participación de los pacientes en la formulación de políticas y soluciones para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - e) Lidere los esfuerzos dirigidos a la creación del observatorio regional de seguridad del paciente y calidad de la atención;
 - f) Movilice recursos en apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente y calidad de la atención en la Región;
 - g) Desarrolle, en consulta con los Estados Miembros, una estrategia regional para el mejoramiento de la seguridad del paciente y el mejoramiento de la calidad.

(Novena reunión, 29 de junio del 2007)



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 59.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007

CSP27/16 (Esp.)
Anexo III

Informe sobre las Repercusiones Financieras y Administrativas para la Secretaria de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto a la Conferencia Sanitaria Panamericana

1. Resolución: GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA,
INCLUYENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. Relación con el presupuesto por programas

Área de trabajo	Resultado previsto
Presupuesto bienal 2006-2007	THS.0051.02
AMPES THS.0051	THS.0051.04
<ul style="list-style-type: none">• THS.0051.02: Desarrollo de gestión clínica y de estrategias de seguridad del paciente en hospitales públicos. Indicador: estrategias de seguridad del paciente implantadas en al menos 12 hospitales de 3 países. No existe información sobre nivel de base. Nivel de progreso: con el desarrollo de estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en la Atención Sanitaria (IBEAS), se inicia la introducción de una estrategia de seguridad del paciente en más de 20 hospitales públicos de 5 países (Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú). Con el desarrollo del estudio piloto sobre la estrategia de la OMS en higiene de manos se introduce una estrategia en seguridad del paciente en el Hospital Los Niños de San José de Costa Rica, que será modelo y difundida en otros hospitales de la Región.• THS.0051.04. Fortalecimiento de los programas nacionales de aseguramiento de la calidad. Indicador: tres países habrán reforzado sus programas nacionales de Calidad. Nivel de progreso: Argentina, Costa Rica, Colombia, Perú y México están implicados en proyectos relacionados con el refuerzo de sus programas nacionales de calidad, incluyendo la seguridad del paciente.	
<p>Área de trabajo: Plan estratégico 2008-2012. Objetivo estratégico 10 (SO10) de “Mejora de la Organización, Gestión y Prestación de los Servicios de Salud”</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Resultado previsto: apoyo a los Estados Miembros en la provisión de un acceso	

equitativo a servicios de salud de calidad, con especial énfasis en poblaciones vulnerables, y servicios de salud que utilicen estándares reconocidos y las mejores prácticas y evidencia disponible. **Indicador:** número de países que han recibido apoyo para el fortalecimiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, indicador de base a finales de 2007: 11, indicador objetivo 2009: 19, indicador objetivo 2013: 24. **Otros indicadores:** guía para valoración de la calidad de los servicios, guía de derechos y deberes de pacientes, informe de situación y acciones en seguridad del paciente.

3. Repercusiones financieras

- a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ mas próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** La aplicación de la resolución en un periodo bianual se asocia a un presupuesto total aproximado de \$1.100.000, fondos ya confirmados para el periodo que abarca hasta junio de 2008, siendo el 98% fondos extrapresupuestarios.
- b) **Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeando a la decena de millar de US\$ mas próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** la aplicación de la resolución en que abarca hasta junio de 2008 para el desarrollo de actividades asciende a un total \$830,000, siendo las fuentes de 52% de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente/OMS, 42% de la Cooperación Española (como componente del Programa de Salud en Iberoamérica 2005-2007) y 4% de otras entidades (Joint Commission-Joint Commission International, Parents of Infants and Children with Kernicterus-PICK). Además la Cooperación Española está financiando la contratación de un experto asociado en calidad a tiempo completo.
- c) **Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?** La totalidad del costo se puede subsumir en las actuales actividades programadas.

4. Repercusiones administrativas

- a) **Ámbito de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):** ámbito de aplicación regional.
- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):** La iniciativa se fundamenta en la movilización de recursos financieros extrapresupuestarios, requiriéndose la figura de un oficial de proyecto a tiempo completo y un mínimo de un consultor, y un apoyo administrativo a media jornada.
- c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):** Diciembre de 2007, evaluación de base. Diciembre de 2008 análisis de progreso. Diciembre de 2009 y diciembre de 2013, informe de nivel de implementación.