

Reg 317

Proyecto de Ley N° 280/2016 - CR



Congreso de la República



PROYECTO DE LEY QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

PROYECTO DE LEY

El Congresista que suscribe, **SEGUNDO TAPIA BERNAL**, integrante del **Grupo Parlamentario Fuerza Popular**, en uso de las atribuciones que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, concordado con el artículo 75° e inciso 2) del artículo 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente Proyecto de Ley:

LEY QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley, tiene por objeto crear en los establecimientos de salud públicos y privados, el Programa Nacional de Atención de Eventos Adversos, para disminuir los riesgos adversos y asegurar el derecho de los pacientes a la continuidad de su atención médica quirúrgica y al otorgamiento de ayuda social que le permita afrontar de modo inmediato, los efectos del evento adverso.

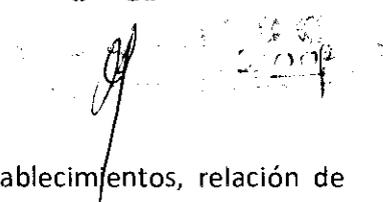
Artículo 2. Del Programa Nacional de Atención de Eventos Adversos

El Programa Nacional se organiza en dos componentes:

1. El componente preventivo del evento adverso implica:
 - a. Abordar los siguientes factores: acreditación de establecimientos, relación de profesionales de la salud con pacientes y usuarios, contenido y forma del consentimiento informado, registros en la Historia Clínica, disponibilidad de la información, riesgos del procedimiento consentido, programas y medidas de bioseguridad y protección en traslado.
 - b. Trabajar permanentemente en mejorar la competencia profesional del personal, la estandarización de los procesos, el establecimiento de mecanismos de incentivos y reconocimiento de logros y definición de responsabilidad en la prevención de riesgos.



27 SET 2016





gobierno de la República

PROYECTO DE LEY QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

2. Atención de Eventos Adversos implica:

- a. La atención inmediata del daño emergente, sin mayor trámite que su diagnóstico y su registro en la Historia Clínica.
- b. La continuidad de la atención hasta el alta del paciente.
- c. El otorgamiento de ayuda social con la finalidad de cubrir las necesidades básicas inmediatas del paciente.

Artículo 3. Fuentes de financiamiento del Sistema de Atención de Eventos Adversos en los establecimientos de salud

Constituyen fuentes de financiamiento del fondo de Riesgo por Responsabilidad Institucional:

- a. Los Recursos Ordinarios asignados en el presupuesto institucional respectivo del Tesoro Público en el caso de los establecimientos públicos y los recursos propios de las empresas de salud, para el caso de los establecimientos privados.
- b. Los créditos suplementarios que reciba del Tesoro Público en caso de agotamiento de la partida presupuestal correspondiente, en los establecimientos públicos.

Estos recursos constituyen un fondo intangible e inembargable bajo responsabilidad personal del titular del establecimiento en caso de uso diferente de los recursos.

Artículo 4. De la Prevención de Eventos Adversos

Las Oficinas de Calidad o sus equivalentes en los establecimientos públicos y privados de salud, bajo responsabilidad de su titular, deberán implementar programas preventivos de eventos adversos, que incluyan:

- a. Infraestructura, equipamiento e insumos adecuados al nivel de categorización de los establecimientos de salud.
- b. Desarrollo de procesos de trabajo estandarizados, que satisfagan a los pacientes y aseguren mecanismos de seguimientos y evaluación correspondientes.
- c. Disposición de medicamentos suficientes y suministros previa acreditación del



control de calidad requerido.

- d. Mantenimiento de los equipos, asegurando su permanente operatividad, evitando el riesgo de daño a los pacientes.
- e. Selección, capacitación, perfeccionamiento y actualización profesional y técnica al personal asistencial, en los conocimientos médicos vigentes, que permitan garantizar su competencia profesional, congruente con las necesidades del paciente.
- f. Priorizar las medidas de seguridad y bioseguridad para el paciente, teniendo en cuenta los riesgos a que está sujeto durante la atención de su salud en consultorio externo, hospitalización o emergencia, con el propósito de evitar los eventos adversos.

Artículo 5. De la Atención de Eventos Adversos

En cada establecimiento asistencial público y privado, así como en los servicios de apoyo, es competencia de la Oficina de Calidad o su equivalente, determinar la existencia de evento adverso y establecer la responsabilidad institucional por sus efectos. Esta Oficina está integrada por:

5.1. En los establecimientos públicos:

- a. El titular del establecimiento o su representante, en el caso de Hospitales, Redes, Micro Redes, Institutos Especializados u Organismos Públicos Descentralizados, es quien la preside.
- b. Un representante del Consejo Regional del Colegio Profesional de la profesión implicada en el evento adverso.
- c. Un representante de las organizaciones civiles representativas de los pacientes.

5.2. En los establecimientos o servicios de salud de apoyo privados:

- d. Por el Director Médico, quien la preside.
- e. Por un representante designado por los profesionales de la salud.
- f. Por un representante del paciente.



Los representantes de los Colegios Profesionales y de los pacientes serán elegidos por el período de un año.

Artículo 6. Del procedimiento de determinación del evento adverso

La determinación del evento adverso en agravio del paciente, se sujeta al siguiente procedimiento básico:

- a. Queja del paciente o su representante debidamente acreditado, presentada al titular del establecimiento, ofreciendo los indicios razonables del evento adverso y al autor o autores del mismo. El reglamento de la presente ley, establecerá el Formato de Queja, de uso obligatorio a nivel nacional.
- b. El Director o quien haga sus veces, de la Oficina de Calidad de la Atención, emitirá un Informe de Evaluación, el mismo que deberá precisar:
 - i. Si está materialmente acreditado la existencia del evento adverso lesivo al paciente, y
 - ii. La responsabilidad institucional; todos los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar quedan obligados a colaborar con la indagatoria del caso.
- c. En los casos de que el Informe de Evaluación tenga las conclusiones referidas en los párrafos i. y ii. del inciso precedente, el establecimiento procederá a garantizar la continuidad de la atención en el mismo establecimiento o en uno compatible con la especialidad médica requerida por el paciente y, otorgará además, una ayuda social razonable y proporcional al grado de lesividad causado por el evento adverso.
- d. En caso de pacientes protegidos por sistema de seguridad social en prestaciones de salud o prestaciones económicas o prestaciones provisionales previstas en la ley, la ayuda social estará orientada hacia el financiamiento de coberturas de atención no previstas en el seguro de salud.
- e. En el caso de pacientes en extrema pobreza, el Seguro Integral de Salud, asume el financiamiento de la continuidad de la atención hasta el alta del paciente y la ayuda social tendrá por finalidad cubrir las necesidades básicas inmediatas del paciente.



Congreso de la República

PROYECTO DE LEY QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Para los efectos de investigación por la Oficina de Calidad de la atención queda levantada la reserva de la Historia Clínica, prevista en el artículo 25 de la Ley 26842, Ley General de Salud. Igualmente, queda levantada la reserva, cuando el Colegio Profesional correspondiente asuma el control ético deontológico del caso.

Las decisiones de garantizar la continuidad de la atención médico quirúrgica del paciente y el otorgamiento de ayuda social razonable y proporcional al grado de lesividad del evento adverso, no tienen naturaleza indemnizatoria, pudiendo el paciente, simultáneamente con la queja o posterior a ella, acudir a la tutela jurisdiccional conforme a ley.

Artículo 7. De la responsabilidad de la Autoridad de Salud Nacional

Siendo responsabilidad primaria del Estado, garantizar el cuidado de la vida y la salud de la persona, de su familia y de la sociedad, en razón de que ambos constituyen derechos humanos fundamentales, compete a la autoridad de Salud Nacional:

- a. Aprobar los protocolos clínicos y procedimientos quirúrgicos para la atención de la salud, para su aplicación a nivel nacional, asegurando su estandarización de los procesos.
- b. Priorizar la inversión social en salud, de forma tal que los establecimientos de salud públicos accedan a una acreditación de complejidad y calidad de atención compatible con las exigencias de calidad, seguridad y dignidad del paciente.
- c. Ejercer la fiscalización adecuada y oportuna de las condiciones de infraestructura, equipo, insumos y recursos humanos adecuados en los establecimientos de salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS, FINALES Y DEROGATORIAS

Primera. De la Reglamentación

El Poder Ejecutivo, dentro de los sesenta (60) días calendarios de entrada en vigencia de la presente ley, procederá a su reglamentación.



Congreso de la República

PROYECTO DE LEY QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Segunda. De la derogatoria

Deróguese o déjese sin efecto, según corresponda, las disposiciones que se opongan a la presente ley.



SEGUNDO TAPIA BERNAL
Congresista de la República

Victor ALBUCARES

Luis F. Galarreta Velarde
Portavoz (T)
Grupo Parlamentario Fuerza Popular

M. Tapia Salazar

Luis Tapia U.

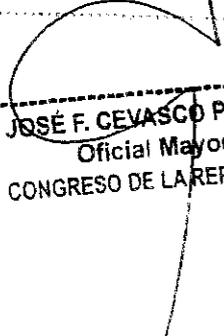
FRANCISCO VILLAVICENCIO

O. de los Rios

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 27 de Setiembre del 2016.

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77º del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 280 para su estudio y dictamen, a la(s) Comisión(es) de Salud y Población.



JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Antecedentes

La presente propuesta legislativa fue anteriormente presentada por iniciativa del Colegio Médico del Perú mediante Carta N° 731-SI-CMP-2008 y con registro 2460/2007-CP, presentado el 30 de mayo de 2008 y que es la base de esta iniciativa de la que rescatamos su fórmula legal y exposición de motivos y que reproducimos en la presente exposición, ello por su importancia y la necesidad de darle impulso a esta normatividad, que lastimosamente pese a haber sido decretado a la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con discapacidad, de fecha 10 de junio de 2008; y el 29 de setiembre de 2011, fue enviado al archivo por fin del período parlamentario.

En ese entendido debemos señalar que dentro de los argumentos que sustentaron este dictamen esta los que a continuación reproducimos: "En el período parlamentario 2001-2006, se debatió el Proyecto de Ley 1330-2003-PE, a iniciativa del Poder Ejecutivo, y el Proyecto de Ley 7938-2003-CR, a iniciativa del congresista Natale Amprimo Plá. Ambas propuestas legislativas proponían la modificación del artículo 15 de la Ley General de Salud, Ley 26842; sin embargo, la primera, propuso en aquél entonces la modificación de los artículos 15, estableciendo los numerales 15.1, 15.2, 15.3 y 15.4, artículos 23, 25, 29, 37 y 48 de la Ley 26842, Ley General de Salud y se dispone que en todos los establecimientos de salud se consigne un cartel que contenga el Texto completo del referido artículo 15 de la Ley 26842, que se propone modificar; mientras que la segunda se circunscribía a la creación del Seguro obligatorio en el ejercicio profesional de la salud.

El Proyecto de Ley 1819/2007-PE propone la creación del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales. Asimismo, hace mención como sujetos obligados de la contratación de este tipo de seguro a los establecimientos de salud, servicios de salud de apoyo y cualquier otra persona jurídica que brinde servicios de la salud.

La mayoría de estas categorías se encuentran contenidas en la Ley General de Salud (Ley 26842, y otras normas de desarrollo, a las cuales tienen que ajustarse las propuestas, a fin de guardar armonía y sistematización legislativa”¹.

Por su parte, el Proyecto de Ley 1837/2007-CR involucra a los establecimientos de salud públicos y se refiere a los daños producidos por cualquier trabajador del establecimiento de salud, independientemente de su condición laboral, profesional o nivel jerárquico. Estas propuestas no lograron convertirse en Ley por sucesivas observaciones del Poder Ejecutivo, y por razones de fines de períodos parlamentarios.

El debate desarrollado en la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con discapacidad, así como en diferentes foros de la sociedad civil, arrojaron como conclusión casi unánime que, cualquiera sea el contenido de la propuesta legislativa que la Comisión apruebe, no se va a dar la calificación automática del daño ni el pago inmediato de la indemnización, porque ambos elementos fundamentales, estarán supeditados a la acreditación de la negligencia común o la negligencia agravada con impericia o imprudencia y a la ubicación del autor o autores del daño.

De la creación del Programa Nacional de Atención de Eventos Adversos en los Establecimientos de Salud

Contrario a los proyectos de ley indicados en los párrafos precedentes, que no significaron calificación automática ni indemnización inmediata; tenemos como sustento a la creación del Programa Nacional de Atención de Eventos Adversos a los siguientes criterios:

1. La insatisfacción de la población como consecuencia de la percepción de daño temporal o permanente en el paciente, se concentra más en cuestionar los largos períodos entre consulta y consulta, la demora en la ejecución de los exámenes

¹ Pre dictamen N° 008 CSPFPD



auxiliares, al diagnóstico y programación de cirugías, difícil acceso a los medicamentos de calidad, ausencia de condiciones adecuadas de bioseguridad hospitalaria procedimientos de control de calidad en campañas de vacunación y en la producción, distribución y comercialización de medicamentos.

2. Los establecimientos públicos de salud se encuentran en una situación de casi colapso en su infraestructura física, con una carencia de insumos de laboratorio e imágenes para una oportuna y adecuada ayuda diagnóstica, el abastecimiento de medicamentos se ha relativizado como consecuencia del deterioro en la capacidad adquisitiva de los pacientes de diagnóstico por imágenes y quirúrgicos por antiguos que, permanecen más tiempo en reparación que operativos.
3. Carencia de protocolos y procedimientos de atención debidamente aprobados por la autoridad de Salud para establecer los parámetros a ser usados por el profesional que atiende al paciente, lo que causa demora en la acreditación o no de la negligencia como causal de daño.
4. El derecho de la persona humana a recibir una indemnización de aquél (paciente o familiar del paciente) que, por dolo o culpa le cause daño, se encuentra ampliamente regulada en nuestro orden jurídico en vía extrajudicial o judicial a través de la conciliación, el arbitraje, la defensa de los derechos del consumidor, la sanción penal y la demanda civil.
5. Sin embargo, en la ciudadanía existe un legítimo clamor contra la demora con que se desarrollan los procesos judiciales, el costo que demanda la reivindicación civil del daño y la ausencia de una adecuada cultura judicial de valoración de daño, que origina situaciones de desigualdad en función a la condición socio económica de los actores.

Todos los proyectos de leyes destinados a la imposición de un seguro obligatorio o a la creación de un fondo de riesgo, carecen de un tratamiento adecuado de la expectativa del paciente o del familiar del paciente de que, aquel tenga la seguridad de que, frente a un evento adverso para su salud, tendrá garantizada la continuidad de la atención hasta su total recuperación o hasta su alta en condiciones aptas de desarrollo de su



proyecto de vida y además, se le proporcionará, si fuera el caso, ayuda social económica que le permita atender en lo inmediato, los efectos del daño emergente.

En consecuencia, la propuesta legislativa destinada a garantizar oportuna y eficazmente el resarcimiento (indemnización) económico por el daño causado por culpa (negligencia, impericia, imprudencia) a través de la imposición de un Seguro Obligatorio por Ejercicio Profesional o la Creación de un Fondo de Riesgo, no constituyen procedimientos idóneos, eficaces, para lograr el objetivo de una indemnización justa y oportuna.

De otro lado, es pertinente señalar además que, todos los proyectos referidos al seguro médico obligatorio, seguro por responsabilidad profesional o fondo de riesgo, recogen solo los efectos de los eventos adversos que pueden producirse durante la atención de la salud, pero omiten desarrollar aspectos fundamentales referidos a la necesidad de prevenir los eventos adversos y en caso de producirse éstos, determinar la responsabilidad institucional conforme a lo establecido en el artículo 48 de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Caso “Shirley Meléndez Tuesta”

La señorita Shirley Meléndez Tuesta, es admitida en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen el pasado enero por cálculos renales, pero no cualquier cálculo. El riñón izquierdo estaba dañado irreversiblemente antes de la intervención y el derecho tenía un cálculo coraliforme. La característica de estos cálculos es que son formados por gérmenes o bacterias, llamado también “purpura fulminans” y estas son de origen infeccioso. Estos cálculos son considerados muy complejos y no es inusual que requiera varias intervenciones.

Después de la primera litotricia percutánea ella queda con un catéter de vigilancia. Es de entenderse que, existen cálculos pequeños que se pueden quedar; sin embargo, se puede esperar que pasen a través del uréter hasta la orina.

Se hizo un procedimiento de alta tecnología, la nefrolitotripsia percutánea que solo se hace en la seguridad social y en las clínicas donde trabajan los profesionales de la seguridad social. Se le hizo, también, en dos ocasiones este procedimiento, alega la Dra. Rosa Luz López, intensivista del Hospital Almenara.

Reingresa por tercera vez por emergencia al Hospital Almenara, por una infección urinaria complicada por un cálculo residual y requiere varios procedimientos, con evidencia de un cálculo enclavado en la parte superior del riñón derecho, el único que funcionaba y se requería desobstruirlo. Menos de veinticuatro horas después es admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El estado de gravedad de la enfermedad se hace galopantemente severo y cuando ingresa a cuidados intensivos hay necesidad de mantener la presión arterial y las funciones vitales. Para eso se utilizan medicamentos –usualmente, uno o dos- que levantan la presión arterial y mejoran el latido del corazón. Cuando se superan estos límites, se llama a esto un “shock refractario”. En esta situación la batalla está perdida al 95%. Fallaron todos los órganos, la respiración, la coagulación, el hígado, los riñones y habían signos serenos de mala circulación. Declaró la Dra. Rosa Luz López en una entrevista al canal 4.

Una vez superado el shock, queda la lesión de las extremidades como producto de la celeridad de la enfermedad, por eso es necesario proceder a la amputación, para lo cual se sigue una serie de protocolos. La amputación se da como una medida de salvarle la vida al paciente.

Vale agregar que, el Decano de Colegio Médico del Perú, Miguel Palacios, dijo que los cálculos coraliformes, que aquejan a la joven, son uno de los más complicados de atender y que se le amputaron parte de las extremidades como consecuencia del tratamiento para salvarle la vida.

Alcances de la propuesta

1. Del objeto de la ley:

Asumiendo que, la regulación del acceso a la reparación económica por daño proveniente de negligencia, impericia o imprudencia está contenida en los sistemas de control social administrativos (INDECOPI), civiles (indemnización por daños) y penales (sanción de delitos), la propuesta tiene por objetivo la implementación de procedimientos que permitan impedir o evitar cualquier evento adverso, disminuirlo y atención inmediata como consecuencia, asegurando al paciente la continuidad de su atención y el acceso a una ayuda social para atender el daño ocasionado y emergente.

2. Componentes del Programa Nacional de Atención de Eventos Adversos

En la propuesta, un componente importante de la iniciativa legislativa es el de la prevención de los eventos adversos mediante el tratamiento adecuado de la relación de profesionales de la salud – pacientes y usuarios, debidamente expresado en el consentimiento informado, en la información permanente del desarrollo de los procesos y en manejo adecuado de la Historia Clínica; de modo tal que, el paciente o sus familiares accedan al conocimiento de los diagnósticos presuntivos, de los procedimientos y sus riesgos, del pronóstico razonable y proporcional al diagnóstico y de las condiciones de seguridad y bioseguridad que ofrece el establecimiento.

Un aspecto importante para prevenir los eventos adversos, lo constituye a juicio de los Colegios Profesionales de la Salud, el continuar trabajando intensamente por lograr la calidad educativa en la formación de nuestros profesionales, mediante la formulación de adecuados estándares en los procesos, educación profesional continua e implementación de procedimientos de evaluación y reconocimiento de logros en la prevención de eventos adversos.

En el artículo 4 de la presente propuesta legislativa, se desarrollan los componentes específicos para la prevención de eventos adversos, de modo tal que, recogiendo los criterios del artículo 48 de la Ley 26842, Ley General de Salud, sea la

responsabilidad institucional, el componente fundamental de la prevención.

3. De la atención de los eventos adversos

Con una clara y evidente diferencia respecto al contenido del proyecto de creación del Fondo de Riesgo, se propone procedimientos rápidos y eficaces para atender el evento adverso y decidir sin demora, la continuidad de la atención en el establecimiento de origen o en el que sea adecuado para su atención y la concesión de la ayuda social que permita afrontar las necesidades inmediatas provenientes del daño emergente por el evento adverso.

Asimismo, la creación de la Oficina de Calidad en todo establecimiento de salud o servicio de apoyo, y su competencia para pronunciarse con el solo sustento del contenido de la Historia Clínica y las evidencias que puedan ser aportadas por el paciente, constituyen un procedimiento ágil, oportuno e idóneo a los objetivos de la ley y se sostiene que, la creación de una Defensoría del Paciente o el funcionamiento de una Comisión Técnica, no son adecuados a la inmediatez con que debe atenderse el evento adverso.

4. De la ayuda social

El proyecto hace un distinguo respecto de los beneficiarios de la ayuda social, atendiendo a que, el sujeto del evento adverso (paciente) puede o no ser trabajador protegido por la seguridad social pública o privada, pobre y extremadamente pobre; al respecto, se cree que, la atención de los efectos del daño ocasionado están adecuadamente accesibles a través de la continuidad de la percepción de sus remuneraciones a través de los subsidios (cien por ciento de la remuneración) y de las pensiones por invalidez o incapacidad temporal o permanente.

Sin embargo, la población más vulnerable es aquella ubicada en los sectores C, D y E, es decir: pobres y en extrema pobreza y hacia ellos es que, deberá dirigirse la ayuda social.

5. De la responsabilidad de la Autoridad Nacional de Salud

La salud en nuestro ordenamiento constitucional y en los Convenios y Tratados suscritos por el Estado Peruano, constituye un derecho humano, cuya protección es responsabilidad primaria del Estado. Esta responsabilidad debe ser asumida entre otras formas, mediante un adecuado y oportuno ejercicio de las competencias y atributos de rectores de la autoridad en salud, razones por las cuales, proponemos precisar las obligaciones de normar aspectos básicos de protocolos de investigación, procedimientos de atención, estandarización de los procesos, priorización de la inversión social en salud y adecuada como oportuna fiscalización de las condiciones de los establecimientos asistenciales públicos y privados.

Posición de los Colegios Profesionales de la Salud

El Colegio Médico del Perú y los Colegios profesionales de la salud, han sostenido su oposición a la imposición de un seguro obligatorio por responsabilidad profesional en las diferentes formas del daño, no está per se en la conducta profesional del médico o de los otros profesionales, trabajadores técnicos o auxiliares de la salud, sino en las precarias condiciones en que se brinda la atención en los establecimientos de salud públicos o en la ausencia de control por la autoridad de salud, de los parámetros de atención que se impone al profesional de la salud en los establecimientos privados ligados a empresas aseguradoras.

De otro lado, los médicos y otros profesionales de la salud, han impulsado la necesidad de procedimientos de acreditación de la calidad educativa en profesiones de la salud, impulsando la Ley de Acreditación de Facultades y Escuelas de formación de profesionales de la salud, de modo tal que se pueda corregir e impedir la autorización de funcionamiento de nuevas facultades o el establecimiento indiscriminado de filiales. Esta permanente preocupación, por contar con los mejores profesionales de la salud, está recogida en la Ley que creó el Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación de la Calidad Educativa, cuya implementación, lamentablemente, no tiene la celeridad

debida.

En ese contexto, el Colegio Médico del Perú y los demás Colegios profesionales de la salud, consideran indispensable abordar legislativamente, aspectos centrales existentes en la atención de la salud en establecimientos asistenciales y servicios médicos de apoyo públicos y privados, con el objetivo de lograr que se desarrollen procedimientos de prevención del evento adverso y cuando este surge, asegurar al paciente la continuidad inmediata de su atención y proporcionarle una ayuda social y económica que le permita afrontar en lo inmediato las limitaciones causadas por el evento adverso.

Para los colegios profesionales de la salud, las propuestas normativas destinadas a la atención de los eventos adversos, sin enfrentar con responsabilidad sus causas, no resultan propuestas serias y contrariamente esconden la histórica postergación de la salud como tema prioritario en los planes y programas de desarrollo económico y de asignación de recursos.

De los sistemas de salud comparados

1. Colombia

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- a. En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos

adversos.

- b. Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
- c. Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo
- d. Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
- e. Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir.
- f. La seguridad del paciente no se logra creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos².

2. Chile

La Oficina de Calidad y Seguridad de la atención de los establecimientos de salud tienen como propósito, promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente al interior de la Institución con el fin de establecer sistemas formadores y no punitivos para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Teniendo en cuenta que la seguridad en la atención sanitaria, es la ausencia de lesiones accidentales relacionadas con los procesos hospitalarios, por lo que, se establecen sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.

Sus objetivos de vigilancia son:

- a. Conocer la magnitud del problema.
- b. Conocer factores de riesgo de eventos adversos y sus tendencias en el tiempo.
- c. Detectar Eventos Adversos Centinelas (EAC) para priorizar su análisis.
- d. Aportar información para establecer medidas de prevención.

² Ministerio de Salud del Gobierno Colombiano. "Guía de buenas prácticas de la seguridad del paciente".

e. Evaluar el impacto de las medidas de prevención.

Para realizar una vigilancia que aporte información relevante, a fin de alcanzar los objetivos planteados, es fundamental considerar las etapas de la vigilancia y que deben ser cuidadosamente analizados, éstos son:

- a. Establecer criterios para considerar Evento Adverso.
- b. Seleccionar indicadores de eventos adversos significativos.
- c. Implementar un método de recolección de datos.
- d. Consolidar y analizar los datos³.

3. México

La adhesión de México a las políticas globales de seguridad del paciente y el cumplimiento de su marco normativo se inicia en el año 2007, en el que tiene como objetivo general el de “Establecer medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la Seguridad del Paciente en las unidades del Sector Salud”, y tiene como objetivos específicos, los que se pasan a detallar:

- a. Promover proyectos de mejora, ajustado a las circunstancias adversas de cada hospital, para contener los riesgos, desarrollando además indicadores de seguridad del paciente en el país, así como de la información más actualizada relacionada con la prevención de eventos adversos.
- b. Difundir el conocimiento generado a partir de las investigaciones en materia de seguridad del paciente en el país, así como de la información más actualizada relacionada con la prevención de los eventos adversos.
- c. Ejecución del programa a nivel sectorial, evaluación y retroalimentación para la mejora continua.

Cabe señalar que, siendo la reducción de eventos adversos el principal objetivo del Programa de Seguridad del Paciente, y la cultura de seguridad el elemento o sustrato fundamental que lo puede hacer factible, estas dos líneas de trabajo resultan estratégicas para avanzar de manera sustancial en la seguridad de los pacientes en el

³ Hospital Santiago Oriente. Chile.

SNS⁴.

4. España:

En España, el interés por la seguridad del paciente se manifiesta mediante una estrategia que el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) viene desarrollando desde 2005, y que incluye como objetivos:

- a. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados, formación de los profesionales y promoción de la investigación.
- b. Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- c. Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
- d. Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos. Esta estrategia, que está incluida en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, tiene como elemento clave el contar con la colaboración de las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas (más de 140 sociedades profesionales han suscrito su apoyo a la misma), Asociaciones de Pacientes y Consumidores (22 de las cuales han firmado la declaración de los pacientes por la seguridad del paciente) y otras organizaciones interesadas⁵.

ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa no involucra costo alguno al erario nacional, toda vez que de lo que se trata es de implementar y ejecutar es un Programa Nacional de Atención de Eventos Adversos en los establecimientos de Salud, a efectos de disminuir los riesgos adversos y asegurar el derecho de los pacientes a la continuidad de su atención médica quirúrgica y al otorgamiento de ayuda social que le permita

⁴ www.calidad.salud.gob.mx

⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España



Congreso de la República

PROYECTO DE LEY QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

afrontar de modo inmediato, los efectos del evento adverso, para su vida o su salud; para lo cual es importante indicar que se sustentará con los propios recursos asignados en el presupuesto institucional, en el caso de los establecimientos públicos. En cuanto a los establecimientos privados, con los recursos de la empresa de salud será responsable del establecimiento.

EFFECTOS DEL PROYECTO SOBRE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

La presente propuesta incorpora en nuestro ordenamiento legal, una regulación idónea para atender con oportunidad y equidad los efectos de los eventos adversos que pueden presentarse durante la atención de la salud de las personas. Incorpora también procedimientos destinados a evitar en lo posible las causas de los eventos adversos, de modo que, significará un gran aporte para asegurar aspectos básicos de continuidad de atención y de acceso a apoyo social y económico para atender con rapidez, los efectos del evento adverso para la salud del paciente.

Lima, setiembre de 2016