

# **LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS: un estudio de la actuación de autoridades sanitarias de Brasil**

Aline Albuquerque S. de Oliveira

## **1. Resumen ejecutivo**

Este proyecto trató de la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos y del contenido del derecho a la salud a la seguridad del paciente, bien como, con base en esos referenciales, tuvo como objetivo analizar el Programa Nacional de Seguridad del Paciente de Brasil. Además de una revisión de bibliografía, fueron entrevistados cinco integrantes del Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente de Brasil. En conclusión, se constató que, a pesar de los derechos humanos no están integrados a los trabajos del Comité, sus miembros entrevistados denotan una fuerte afinidad con sus principios y normas, lo que señala importancia de que la sociedad brasileña se involucre más con el tema.

## **2. Planteamiento del problema**

La seguridad del paciente es un problema de salud pública de alcance global. La seguridad del paciente es “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”<sup>1</sup>. La disciplina de la seguridad del paciente es un esfuerzo coordinado para prevenir daños causados por el propio proceso de atención a la salud que se produzcan a los pacientes. Los países desarrollados y en desarrollo buscan la adopción de políticas y programas con la finalidad de reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable<sup>2</sup>. En Brasil, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente fue instituido por el Ministerio de la Salud en 2013, en conjunto con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Basado en el supuesto de que el enfoque basado en los derechos humanos es esencial para la protección del paciente en el contexto de políticas y programas de salud, este proyecto tiene como objetivo central analizar el Programa y las acciones de seguridad del paciente desarrollados por el gobierno brasileño, a partir del enfoque basado en los derechos humanos del paciente. Para eso, se consideran los derechos humanos involucrados en la seguridad y el derecho a la seguridad en la atención a la salud como integrantes del derecho humano a la salud.

## **3. Antecedentes**

Es reciente el reconocimiento de que la seguridad del paciente es un grave problema de salud pública en nivel global. A partir del desarrollo tecnológico de la Medicina, hubo un incremento de los riesgos a la salud humana, así, la mayor capacidad de curar se encuentra amenazada por la mayor probabilidad de los cuidados en salud causen daños. Uno de los primeros estudios y más notable es el informe del “The Quality of Health Care in America Committee of the Institute of Medicine (IOM)”, denominado “To Err is Human: Building a Safer Health System”, publicado en 1999. En el informe, el Comité desarrolló estrategias amplias direccionadas a gobiernos, proveedores de servicios en salud, profesionales de salud y pacientes con el objetivo de disminuir la ocurrencia de errores en los cuidados en

salud, promoviendo una cultura basada en un abordaje sistémico del error y no individualista, o sea, no fundamentada en la penalización del profesional de salud.<sup>3</sup>

Durante los últimos diez años, la seguridad del paciente ha sido reconocida cada vez más como una cuestión de importancia mundial, pero aún queda mucho trabajo por hacer. De acuerdo con la OMS, en países desarrollados “uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital.” Así, hay, poco a poco, mayor reconocimiento de que la seguridad del paciente es una dimensión fundamental de la cobertura sanitaria universal.<sup>4</sup> En la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros aprobaron en mayo de 2002 la Resolución WHA55.18, en la que se pide a los Estados Miembros «que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente [y] que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria.»<sup>5</sup> En el mismo sentido, la Asamblea deliberó acerca de la necesidad de que la OMS elabore normas y patrones mundiales, bien como los Estados Miembros deben esforzarse para adoptar políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.<sup>6</sup> En efecto, la Asamblea General instó a la OMS y a los Estados Miembros a que dediquen la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente. El establecimiento de la Resolución ha subrayado la importancia de la seguridad del paciente como un problema mundial de salud.<sup>7</sup>

En mayo de 2004, la OMS, en su 57ª Asamblea deliberó acerca de la importancia de una iniciativa global sobre el incremento de la seguridad del paciente y en octubre del mismo año la OMS lanzó la Alianza Global para la Seguridad del Paciente.<sup>8</sup> Además, la OMS instituyó el Programa de la Seguridad del Paciente que tiene por finalidad coordinar, difundir y acelerar las mejoras en la seguridad del paciente en todo el mundo.<sup>9</sup> Conforme la OPS, para una mejor calidad en los servicios sanitarios, resulta clave establecer sistemas para registrar eventuales incidentes, facilitar la evaluación y promover la participación ciudadana.<sup>10</sup>

En la esfera de la OMS, el Programa de la OMS *Patients for Patient Safety* involucra pacientes, proveedores de servicios de salud, gestores y otros que se dedican a incrementar los niveles de seguridad del paciente en la atención a salud por medio de *advocacy*.<sup>11</sup> En la OPS, hay el desarrollo de iniciativas que buscan incrementar la seguridad de salud en los países de las Américas, comprendiéndola como un elemento de la cualidad de la cobertura universal en salud. La OMS y la OPS se relacionan con los Estados con objetivo de fomentar una cultura de seguridad del paciente.

La OMS instituyó, en 2004, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el objetivo de sistematizar conceptos sobre la temática y de proponer medidas para reducir los errores.<sup>12</sup> En el ámbito de la Alianza Mundial, se lanzaron tres Desafíos Globales con el propósito de promover medidas para prevención de errores. En nivel internacional, hay organizaciones internacionales reconocidas por la OMS que trabajan con el tema de la seguridad del paciente, tales como *International Alliance of Patients' Organizations*, *International Council of Nurses* y *International Federation of Infection Control*.<sup>13</sup> Además, el *Patients for Patient Safety* actúa en red global con *PFPS Champions*. En la esfera americana, la OPS trata del tema de la seguridad del paciente en conjunto con la cualidad de los servicios de salud.<sup>14</sup> Las

fuerzas de salud internacional sobre el tema congregan organismos internacionales de salud; organizaciones de pacientes y de profesionales de salud y los Estados.

#### **4. Justificación**

Desde el punto de vista de este proyecto país, que es sobre la seguridad del paciente desde la perspectiva de los derechos humanos, se tienen que analizar las fuerzas internacionales de salud para insertar el tema en una visión de salud internacional. De acuerdo con el modelo conceptual del PLSI<sup>15</sup>, los derechos humanos también son una fuerza internacional de salud, como “parte del eje central con la salud y la equidad”<sup>16</sup>. En la misma dirección, el cumplimiento de los derechos humanos y su impacto en la salud, particularmente por medio de la realización del derecho humano a la salud es, como dicho, una fuerza motora de salud internacional. La previsión normativa del derecho humano a la salud genera para los Estados que se vincularon a tal instrumento internacional la obligación de que los Estados provean servicios de salud de calidad disponible y accesible. Así, en este proyecto, los derechos humanos son una importante fuerza de salud internacional, pues se defiende que el tema de la seguridad del paciente implica el análisis desde el punto de vista del enfoque basado en los derechos humanos y de los derechos del paciente.

Otras fuerzas internacionales de salud destacadas por Guerrero son el comercio, los modelos de desarrollo y la innovación, la ciencia y la tecnología.<sup>17</sup> El comercio internacional plantea la salud como un bien de mercancía y no como un bien ético no pasible de ser objeto de compra y venta. Según el modelo de salud como negocio internacional, se perciben las enfermedades a partir del enfoque que privilegia el beneficio para las empresas transnacionales. Otra fuerza internacional de salud es el modelo de desarrollo que contribuye para el incremento o disminución de las desigualdades sociales. Por ejemplo, un modelo esencialmente basado en el neoliberalismo actúa en la dirección del debilitamiento del papel del Estado en el campo de la regulación del mercado, posibilitando que las reglas del mercado sean definidoras de las relaciones de oferta y demanda de bienes sanitarios. Un modelo de desarrollo neoliberal también busca ampliar los espacios de actuación de las entidades privadas en los servicios públicos, transfiriendo de las manos del Estado para las manos privadas la realización de los derechos sociales, como el derecho a la salud. Otra fuerza internacional es la ciencia, la tecnología y la innovación. Las cuestiones planteadas por esa fuerza están principalmente relacionadas al acceso de la población a los productos originados por la ciencia, la tecnología y la innovación. Así, desde la perspectiva del acceso, las cuestiones que se deben hacer son a quién la ciencia, la tecnología y la innovación benefician y a quién alejan.

En un abordaje de salud internacional, es esencial buscar la influencia del comercio internacional sobre las políticas de salud, lo que se asocia en algunos países, como en Brasil, con el modelo de desarrollo vuelto a los intereses económicos y no a los intereses sociales. Los modelos de desarrollo pueden estar vinculados a Estados intervencionistas cuanto a los modos de producción y de protección social o a Estados Mínimos, que son aquellos que conceden libertad plena al mercado.<sup>18</sup> Por ejemplo, las presiones del mercado llevan a los Estados a flexibilizar las normas laborales, aumentando los beneficios de las empresas y disminuyendo los derechos laborales. Una consecuencia de tal hecho en el área de la salud es la precarización de las relaciones de trabajo y la falta de valoración simbólica y financiera de los

profesionales de salud. De esa manera, en varios países, como en Brasil, los profesionales de salud son obligados a tener más de un empleo para que puedan vivir con un salario razonable. La cuestión relacionada a condición de trabajo de los profesionales de salud es determinante para la seguridad del paciente, porque el estrés y la presión en el trabajo en unidades de salud generan eventos adversos en la atención a la salud.

Específicamente, cuanto a los modelos de desarrollo y sus impactos en las condiciones de salud de las poblaciones, el modelo conceptual de PLSI plantea que toma relevancia el contexto de las desigualdades sociales y las consecuencias de los modelos de desarrollo sobre los determinantes sociales de salud, tales como acceso a agua potable, alimentación y vivienda adecuadas, todos bienes de protección social.<sup>19</sup> Por otro lado, un modelo de desarrollo que no se basa en los derechos humanos, sino en los intereses del mercado, es un gran obstáculo a la equidad en salud y a la existencia de la cobertura universal de servicios de salud de calidad ofrecidos por los Estados para toda población. Del mismo modo, el modelo de desarrollo comprometido con los derechos humanos debe considerar “prioridad la intervención sobre los determinantes sociales e internacionales que afectan la salud y el bienestar”<sup>20</sup>, bien como desde esa perspectiva se considera la salud como un bien ético, la salud es base para el desarrollo.

En Brasil, el modelo de desarrollo no se ha basado fundamentalmente en los principios de los derechos humanos, sino que se ha priorizado la expansión del consumo. Por medio de los programas de transferencia de renta, en Brasil, se logró una importante disminución de la pobreza extrema, pero no hubo la inclusión de los grupos marginados en la ciudadanía, porque no hubo un incremento del acceso a servicios sociales de calidad, tales como los servicios de salud, la educación y la existencia de transporte público de calidad para todos. Por lo tanto, hay problemas de hospitales abarrotados y cortes excesivos que llevan a la falta de medicinas y equipos<sup>21</sup>, lo que acarrea eventos adversos y, muchas veces, daños a los pacientes.

La ciencia, la tecnología y la innovación, como fuerzas internacionales de salud, pueden generar más iniquidad cuando hay la falta de acceso a medicinas y otros insumos de salud por parte de la población más pobre. La ciencia, la tecnología y la innovación están involucradas con las capacidades nacionales de producir medicinas y equipos de salud, y de regular las empresas transnacionales, incluso la calidad de sus productos. En Brasil, hay presión de las empresas transnacionales de fármacos y de equipos tecnológicos para la incorporación de medicinas y otros procedimientos basados en tecnología en el Sistema Único de Salud. Así, se verifica en este país una desigualdad en el acceso a bienes de salud, pues la población pobre depende del Sistema Único de Salud, mientras los brasileños más ricos tienen acceso a lo que existe de más avanzado en ciencia, tecnología e innovación en salud, por medio de los seguros privados de salud. El problema del acceso a ciencia, tecnología e innovación también se refleja en el tema de la seguridad del paciente. Los intereses de las empresas transnacionales de medicinas y equipos preponderan sobre los derechos de los pacientes, haciendo que haya falta de esos insumos, principalmente en los servicios públicos de salud, lo que contribuye a la ocurrencia de eventos adversos en la atención a la salud. Otro punto concerniente a la ciencia, la tecnología y la innovación es el que atañe al incremento del uso de tecnología en el cuidado médico, lo que genera mayor grado de complejidad en la atención a salud del paciente y, consecuentemente, esta

situación introduce la existencia de una demanda sobre medidas que eviten problemas productores de eventos adversos.<sup>22</sup>

## **5. Preguntas generadoras**

5.1. ¿Cuáles son los aportes, en el marco de la perspectiva de salud internacional, del enfoque basado en los derechos humanos para la seguridad del paciente, considerando que el derecho humano a la salud involucra el derecho a la seguridad en la atención a la salud?

5.2. ¿Cuáles son los derechos humanos que impactan en las políticas y programas de la seguridad del paciente tanto en nivel nacional como internacional?

5.3. ¿Qué propuestas se podrían elevar al Ministerio de Salud de Brasil y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria a fin de que estos organismos adopten, en el marco de la capacitación de los profesionales de salud, una perspectiva de Política Nacional de la Seguridad del Paciente basado en los derechos humanos?

## **6. Objetivos**

### **6.1. Objetivo general**

a) Identificar los aportes que, en el marco de una perspectiva de salud internacional, tienen el enfoque basado en los derechos humanos para la seguridad del paciente, a fin de producir una intervención en las políticas de salud de Brasil.

### **6.2. Objetivos específicos**

a) Analizar los derechos humanos del paciente involucrados en las políticas y programas de la seguridad del paciente, tanto en nivel nacional como internacional.

b) Elaborar un documento de referencia para el gobierno brasileño sobre los derechos humanos de los pacientes involucrados en la Política Nacional de la Seguridad del Paciente a fin de posibles intervenciones de capacitación de los profesionales de salud

c) Investigar las acciones y medidas desarrolladas por la OMS y por la OPS sobre la seguridad del paciente.

## **7. Fundamento teórico**

### **7.1. Un enfoque basado en los derechos humano**

El enfoque basado en los derechos humanos aplicado a la salud, desarrollado por la OMS y por el Alto Comisariado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, tiene como objetivo la realización del derecho humano a la salud y otros derechos humanos relacionados. Las políticas y programas de salud se deben guiar por patrones y principios de derechos humanos previstos en instrumentos internacionales. Este enfoque se fundamenta en la concepción de que el derecho humano a la salud involucra la disponibilidad y el acceso a servicios y bienes de calidad, incluso a los de seguridad. Así mismo, considera el enfoque basado en los derechos humanos, anclado en algunos principios, entre ellos el principio de participación y *accountability*<sup>23</sup> siendo la *accountability* un elemento-clave del enfoque basado en los derechos humanos aplicable a la salud pública.<sup>24</sup>

Además, el enfoque basado en los derechos humanos tiene como eje central el cambio de una perspectiva basada en el asistencialismo para el

empoderamiento de los titulares de derechos humanos y la responsabilidad de los profesionales de salud y de los agentes de Estado. Se debe compartir la responsabilidad en el área de la salud entre los variados actores gubernamentales y no gubernamentales.<sup>25</sup>

De acuerdo con la OMS, el enfoque basado en los derechos humanos implica la integración de los derechos humano en el diseño, implementación, monitoreo, y evaluación de políticas y programas de salud. El enfoque incluye el énfasis en la dignidad humana, en la protección de los grupos vulnerables y en servicios de salud accesibles. La integración de los derechos humanos también significa el empoderamiento de las personas más pobres, asegurando su participación en los procesos de toma de decisión y la incorporación de mecanismos de *accountability*. En el ámbito del Sistema de las Naciones Unidas, la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos en la cooperación y en el desarrollo de programas establece: a) todos los programas de desarrollo de cooperación, políticas y asistencia técnica deben buscar la realización de los derechos humanos previstos en los instrumentos internacionales; b) los patrones de derechos humanos deben guiar el desarrollo de la cooperación y programas de todos los sectores en todas las fases de sus procesamientos; c) el desarrollo de la cooperación contribuye para el incremento de la capacidad de los “duty-bearers” de cumplir sus obligaciones de derechos humanos.<sup>26</sup>

La aplicación del enfoque basado en los derechos humanos en los sistemas de salud presenta un gran número de ejes, conforme Hunt e Backman.<sup>27</sup> Se abordan en este proyecto los ejes más relacionados al tema de estudio. Así, de acuerdo con el primero eje, los sistemas de salud deben centrarse en las personas y no a la atención de las demandas del mercado o a las de los expertos. Otro eje es la transparencia, así la información debe posibilitar a las personas y las comunidades a promover su salud, y participar de los procesos de toma de decisión, en otras palabras, los Estados tienen el deber de asegurar que las personas participen activamente y de modo informado en las políticas y estrategias que atañen a la salud. Todos los servicios de salud deben ser de buena calidad, asegurando el mejor tratamiento dispensado a los pacientes. Por último, el enfoque basado en derechos humanos implica deberes, lo que resulta, en consecuencia, la *accountability*, lo que es uno de los más importantes aspectos de los derechos humanos en la medida que impulsa los “duty-bearers” a responder por sus obligaciones de derechos humanos.<sup>28</sup>

En relación al paciente, el enfoque de derechos humanos puede agregar elementos para incrementar su derecho a la salud y a otros derechos humanos, tesis que se propone desarrollar en este proyecto, específicamente cuanto al derecho a la seguridad, como integrante del derecho humano a la salud. Así, se comprende que la cultura de la seguridad del paciente debe articularse a la de los derechos humanos.

## **7.2. El referencial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**

El contenido del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, también intitulado derecho a la salud, en este proyecto se fundamenta en el Observación General 14 sobre el contenido del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, elaborado por el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Al mismo tiempo, el contenido está basado en los Informes de los Relatores Especiales

sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las Naciones Unidas, entre los años de 2003 y 2014.

El derecho a la salud no es el derecho a estar *sano*, es el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Con efecto, el derecho a la salud consiste en el derecho al disfrute de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos: disponibilidad; accesibilidad; aceptabilidad; calidad.<sup>29</sup>

El enfoque basado en el derecho a la salud parte de las siguientes referencias teóricas: a) todos los servicios de salud deben ser de buena calidad; b) la participación de los afectados por las políticas y programas de salud en su elaboración, implementación y monitoreo; c) los Estados tienen el deber de adoptar medidas de rendición de cuentas.<sup>30</sup>

Cuanto a la tipología obligatoria de los Estados en relación a los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y realizar el derecho a la salud. La obligación de respetar implica abstenerse de negar o limitar el acceso igualitario a todas las personas. Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de velar por la calidad de los servicios de atención de la salud prestados por privados; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que profesionales de salud presenten formación técnica adecuada. Por fin, la obligación de cumplir requiere que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes.<sup>31</sup>

### **7.3. Los derechos humanos en la salud internacional**

Los derechos humanos, particularmente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental – el derecho a la salud - es ampliamente reconocido por las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos. La Constitución de la OMS, en 1946, es el primer documento internacional a afirmar que el nivel máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. En la Declaración de Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en 1978, se reitera firmemente que la salud es un derecho humano fundamental. Es relevante, aún, considerar la Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, que la OPS adoptó en 1990. La Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) renueva el compromiso de los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas con el derecho humano a la salud. La Agenda establece como principios los derechos humanos, la universalidad, la accesibilidad y la inclusividad, también plantea que los países deben hacer realidad el derecho a la salud, destacando que los sistemas de salud deben rendir cuentas ante la ciudadanía.<sup>32</sup> En el Plan Estratégico de la OPS (2014-2019), se define el aumento de la capacidad del país de integrar los derechos humanos en el ámbito de la salud como resultado intermedio RIT 3.3., bien como en la Categoría 4, el RIT 4.2 trata del

aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad.<sup>33</sup> De acuerdo con el Plan Estratégico referido, la cobertura universal de salud implica un modelo de atención centrado en la persona, que tome en consideración sus expectativas y las de la comunidad en que está inserida.<sup>34</sup>

En la esfera de la OMS y de la OPS, la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo han producido diversos documentos que conjugan los instrumentos internacionales de derechos humanos con áreas de la salud, tales como: los instrumentos internacionales de derechos humanos en el contexto de la salud mental (CD49/11); el envejecimiento activo y saludable (CD49/8); la salud de adolescentes y jóvenes (CD49/12); la igualdad de género (CD49/13); la reducción de la mortalidad y morbilidad materna (CSP26/14); el acceso a la atención a las personas que viven con el HIV (CD46/20); la salud de los pueblos indígenas (CD47/13); y la prevención y rehabilitación de la discapacidad (CD47/15).

Es importante acentuar la Resolución CD50.R8, adoptada por el 50º Consejo Directivo de la OMS y por la 62ª Sesión del Comité Regional de la OPS, en octubre de 2010, que asocia la salud y los derechos humanos. De acuerdo con esa Resolución, los Estados deben fortalecer la capacidad técnica de los Ministerios de Salud para trabajar en conjunto con órganos gubernamentales de derechos humanos, así como para que los derechos humanos formen parte de políticas y planes de salud. En la misma dirección, la Resolución exhorta a los Estados que promuevan programas de capacitación de los trabajadores de la salud sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos y también que se difundan tales instrumentos por medidas de carácter legislativo, administrativo y educativo.

#### **7.4. La seguridad del paciente en Brasil**

En Brasil, la seguridad del paciente está definida por el Programa Nacional de la Seguridad del Paciente, instituido por la Portaria GM/MS 529/2013 y disciplinado por la RDC 36/2013, de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, que instituye acciones para la seguridad del paciente en servicios de salud. En el año de 2013, el Ministerio de Salud y otras instituciones publicaron seis protocolos básicos de seguridad del paciente, sobre los siguientes asuntos: identificación del paciente; prevención de úlcera por presión; seguridad en la prescripción; uso y administración de drogas; atención quirúrgica segura; práctica de higiene de las manos en servicios de salud; prevención de caídas.<sup>35</sup> La RDC establece las acciones para la seguridad del paciente en los servicios de salud, específicamente la creación de los Núcleos de Seguridad del Paciente y de los Planes de Seguridad del Paciente en Servicios de Salud. Además, es importante señalar que el Ministerio de la Salud, la ANVISA y la Fundación Oswaldo Cruz produjeron un documento significativo para la política en Brasil sobre la seguridad del paciente, que es el documento de referencia para el Programa Nacional de la Seguridad de Paciente.<sup>36</sup>

A pesar de los esfuerzos de las Naciones Unidas, de la OMS y de la OPS, todavía hay mucho que hacer cuanto a la incorporación del referencial de derechos humanos en salud. Hay un limitado conocimiento sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos entre los profesionales de salud. *The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health* fija que la

aplicación de los instrumentos de los derechos humanos para la salud todavía sigue controvertida y subutilizada.<sup>37</sup> Entonces, para cambiar tal panorama, agentes gubernamentales y otros actores, como la sociedad civil y los académicos, deben hacer esfuerzos para que se emplee el referencial de los derechos humanos en arenas multilaterales, tales como en la OMS y la OPS, así como en los Ministerios de Salud.

## **8. Materiales y Métodos**

La investigación se enmarca en una metodología cualitativa que cuenta con información primaria, entrevistas, e información secundaria, búsqueda y análisis bibliográfico.

La recolección de información secundaria se realizó en una primera etapa. En ella se profundizó una amplia revisión de literatura sobre: enfoque basado en los derechos humanos en salud; los derechos humanos de los pacientes; y la seguridad del paciente. Sobre el enfoque basado en los derechos humanos en salud, se utilizaron documentos producidos por la OMS, artículos y libros sobre el tema, bien como informes del Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud de los años de 1995 a 2014. Se analizaron los derechos humanos del paciente a partir de libros específicos sobre el tema, artículos científicos, así como de los informes indicados. Respecto a la seguridad del paciente, se profundizaron documentos de la OMS, de la OPS y del gobierno brasileño, así como también de artículos científicos.

La información primaria fue recolectada mediante entrevistas en profundidad a cinco personas que integran el Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente del Brasil, instituido por la Portaria nº 529, de 1er abril de 2013. Así se entrevistaron, en una primera etapa, a los representantes del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y Fundación Oswaldo Cruz y de la OPS en el Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. En una segunda etapa, los entrevistados fueron elegidos por ser representantes de los órganos que hacen la coordinación del Comité y porque prestan el apoyo técnico y administrativo necesarios para su funcionamiento. El cuestionario fue compuesto por preguntas abiertas sobre las bases que fundamentan la organización de programas y políticas de seguridad del paciente de Brasil, y las aproximaciones entre la seguridad del paciente y los derechos humanos del paciente.

Todos los entrevistados, cuando invitados para participar de la investigación, fueron receptivos y aceptaron responder todas las cuestiones.

En la etapa posterior, fue hecho un análisis cualitativo de las preguntas abiertas, por medio de lecturas y clasificación de temáticas recurrentes por medio de Para eso, se utilizó del concepto de Spink e Medrado<sup>38</sup> de prácticas discursivas y de su aplicación a entrevistas, como propuesto por Pinheiro<sup>39</sup>. El concepto de práctica discursiva confiere importancia a acción de relatar, siendo los relatos de los entrevistados, por ellos mismos, explicaciones sobre el contexto que expresan el conocimiento social, entendido como construcción de la realidad. Así, “prácticas discursivas son las diferentes maneras, en que las personas, a través de los discursos, activamente producen realidades psicológicas y sociales.”<sup>40</sup> Las prácticas discursivas de los entrevistados producen sentidos y construyen versiones de la realidad. La producción de sentidos en la entrevista parte del presupuesto que no hay lo sentido que expresa en mundo real, pero sentidos múltiples, la realidad es polisémica y discursiva, lo que es expreso en la variabilidad de versiones del real.<sup>41</sup>

La interpretación de las entrevistas fue embazada en la concepción de que su actividad involucra a producción de sentidos. Entonces, el resultado de la

interpretación se explicitó por medio de los siguientes pasos: a) inmersión en los relatos de los entrevistados, dejando aflorar los sentidos, sin ocuparse de categorizaciones *a priori*, siendo una aprensión global de las entrevistas; b) identificación de temas que emergieran, que fueron introducidos por la entrevistadora o por el entrevistado, “tiendo como objetivo de la investigación como telón de fondo.”<sup>42</sup> c) los temas corresponden a la organización de las hablas.

## **9. Resultados**

### **9.1 La aplicación teórica del referencial de los derechos humanos al tema de la seguridad del paciente**

En este tópico son presentados los resultados de la investigación teórica que realicé a partir de la revisión y análisis bibliográfico y que consiste en la aplicación del referencial del enfoque basado en los derechos humanos y del derecho a la salud al tema de la seguridad del paciente.

Sin embargo los dos enfoques a pesar de presentar elementos en común, son distintos, pues el enfoque basado en los derechos es más amplio, abarcando la extensa gama de derechos previstos en las normativas internacionales. Asimismo su construcción se fundamenta básicamente en el desarrollado en el ámbito de las Naciones Unidas.

Por otro lado, el abordaje desde la perspectiva del derecho a la salud se construye sobre las bases de los informes de los Relatores Especiales para el Derecho a la Salud del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones

#### **9.1.1. La seguridad del paciente desde la perspectiva de los derechos humanos**

##### *9.1.1.1. La seguridad del paciente*

La seguridad del paciente no es un tema ampliamente tratado en la esfera de salud pública o de los derechos humanos. En general, los pacientes no están suficientemente informados sobre los riesgos asociados a los cuidados en salud.<sup>43</sup> La seguridad del paciente es una disciplina que busca minimizar la incidencia y el impacto de eventos adversos en salud.<sup>44</sup> De la misma manera, la seguridad del paciente busca la reducción del riesgo de daño innecesario asociado al cuidado en salud hasta un mínimo aceptable,<sup>45</sup> realizando el principio “*primun non nocere*”. La seguridad del paciente plantea algunos postulados importantes: a) prevención de error; b) aprender con el error; c) construir una cultura de seguridad que involucre profesionales de salud, organizaciones y pacientes.<sup>46</sup>

Los daños a los pacientes son causados no solo por mal uso de la tecnología, sino también por la comunicación débil entre los profesionales de salud y el retraso en proveer los cuidados adecuados. La seguridad del paciente abarca cuestiones tales como: infecciones asociadas a cuidados en salud, injurias recurrentes de cirugía y anestesia, medicación, inyección, transfusión de sangre y practicas inseguras en el parto y relacionadas al neonato.<sup>47</sup>

Es importante plantear algunos conceptos sobre la seguridad del paciente. De acuerdo con la OMS, error es “el hecho de no llevar a cabo una acción

prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto”, el error puede darse por comisión o por omisión. Un incidente puede ser una circunstancia notificable, un casi incidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso). El daño es conceptualizado como “la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella”, comprendiendo las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.<sup>48</sup>

En cuanto a la clasificación del error, puede ser de tres tipos: a) comunicación (fallas en la comunicación entre paciente, familiares y profesionales de salud, y entre ellos mismos); administración del paciente (utilización equivocada de los recursos, delegación equivocada); y performance clínica (antes, durante y después de la intervención).<sup>49</sup>

Un tema importante cuando se trata de la seguridad del paciente es la medicación segura, que involucra la administración de la droga equivocada o la administración equivocada de la droga correcta. Daños recurrentes de errores relacionados a medicamentos en países tales como Estados Unidos, Francia, y Australia, son informados como que ocurren en aproximadamente 4% de las admisiones en hospitales; en Reino Unido, más de 1.000 pacientes tuvieron muerte causada por eventos adversos en el uso de medicamentos y el 75% de esas muertes eran prevenibles. Ese tipo de error está más vinculado a fallas en el sistema y menos a una actuación generada por los profesionales.<sup>50</sup> Otra temática es la infección asociada a los cuidados en salud, en estos casos millones de personas en todo el mundo son afectadas por complicaciones ocurridas por los procedimientos en salud.<sup>51</sup>

El fomento de la seguridad del paciente implica la creación de una cultura de seguridad, la cual es uno de los pilares del movimiento de la seguridad del paciente.<sup>52</sup>

#### 9.1.1.2. *El modelo del cuidado centrado en el paciente*

Desde la perspectiva de los derechos humanos, los sistemas de salud y los cuidados en salud deben abarcar una concepción más holística y centrada en el paciente.<sup>53</sup> El modelo del cuidado centrado en el paciente tomó importancia en los años cincuenta, apartándose del modelo tradicional paternalista. Tal modelo establece una asociación entre profesionales, pacientes y sus familias. El modelo basado en el cuidado es apropiado para asegurar que las decisiones que se toman respeten los deseos y necesidades de los pacientes, y que ellos tengan soporte e información adecuada para participar en las decisiones sobre su salud.

Así, el cuidado centrado en el paciente involucra un ambiente en que los sujetos deben actuar activamente sobre las elecciones en torno al tratamiento contemplando la dirección de las necesidades físicas y emocionales del propio paciente.<sup>54</sup> El cuidado centrado en el paciente se concreta en los servicios de salud mediante la implementación del consentimiento informado. Así se torna central la adecuada información que se brindará al paciente acerca de su tratamiento y otras acciones relativas a la interacción entre el profesional de salud y el paciente.<sup>55</sup>

Los cuidados en salud involucran una asociación entre los profesionales de salud y los pacientes. Incluir a los pacientes en el proceso de

cuidados en salud es una de las vías de proveer tales cuidados con seguridad. Así, los profesionales de salud deben estimular la participación del paciente, sin embargo tales profesionales frecuentemente perciben que involucrarlos, demanda tiempo.<sup>56</sup>

Algunas medidas centradas en el paciente son importantes para la mejora de su seguridad: participación del paciente en el control de la infección; la posibilidad que el paciente reporte la ocurrencia de eventos adversos; información sobre los proveedores de servicio de salud seguros; y la verificación de los registros y procesos de cuidados en salud. La participación del paciente en las decisiones acerca del tratamiento ha sido reconocida como un importante factor en su eficacia.<sup>57</sup>

#### *9.1.1.3. Derecho a la integridad física y a la vida*

Actualmente, hay datos suficientes sobre la ocurrencia de daños a pacientes causados por falta de cuidados en salud, daños a la integridad física y hasta a la vida.<sup>58</sup> El deber de prevenir errores y eventos adversos forma parte del derecho a salud, del derecho a la integridad física y del derecho a la vida. Estudios realizados en diferentes países dan cuenta de esto. En Escocia se ha demostrado que más personas mueren en razón de eventos adversos en la atención a la salud que de enfermedades cardíacas.<sup>59</sup> En Australia, los errores en salud resultan en aproximadamente 18.000 muertes innecesarias y más de 50.000 pacientes discapacitados; en los Estados Unidos, más de 44.000 muertes a cada año de pacientes y un millón de discapacitados.<sup>60</sup>

#### *9.1.1.4. El principio de la participación*

La participación es un principio fundamental de concreción de los derechos humanos, incluso el de derecho a la salud.

La aplicación del principio de la participación en la seguridad del paciente presenta dos perspectivas. La primera involucra la participación de los pacientes en las políticas de seguridad, y la segunda se centra en profundizar respecto a su intervención en los cuidados en la salud. Desde la primera perspectiva, la OMS viene fomentando la participación social en el tema de la seguridad del paciente por medio del programa “Paciente para la Seguridad del Paciente”, la implementación de una cultura de seguridad del paciente implica involucrar a los pacientes y los profesionales, porque solo el Estado no logrará alcanzar los objetivos deseados.<sup>61</sup> Las organizaciones de defensa de los pacientes tienen un papel importante en las campañas para estimular a estos a formular preguntas y a chequear si se está adoptando el tratamiento correcto<sup>62</sup>, incluso los medicamentos que se les suministra.

Teniendo en cuenta la segunda perspectiva, los pacientes y familiares son estimulados a participar del cuidado, principalmente de la toma de decisión.<sup>63</sup> La participación de los pacientes y familiares en el cuidado incrementa la calidad y la seguridad.<sup>64</sup>

#### *9.1.1.5. El principio de la rendición de cuentas*

La rendición de cuentas lleva a los Estados a explicar lo que están haciendo para cumplir sus obligaciones de derechos humanos, así como a adoptar mecanismos accesibles, transparentes y efectivos para profundizar una actuación de acuerdo con las normas de derechos humanos.<sup>65</sup> Por eso, la rendición de cuentas es

una característica esencial de los derechos humanos,<sup>66</sup> incluso el derecho a la salud. En el caso de la seguridad del paciente, es conveniente que los Estados implementen políticas y programas de modo a prevenir daños y a responder a los pacientes y familiares cuando ocurre el daño en contexto de la atención a la salud.

El enfoque adoptado por la seguridad del paciente acerca del error es sistémico, en oposición al enfoque basado en la culpabilidad del profesional de salud. Un enfoque sistémico pretende crear una cultura de seguridad, por medio de la comprensión de que el error de una persona no es, usualmente, una causa suficiente para provocar un daño, pues el error tiene variables causales: personal, situacional y organizacional. Por otro lado, el abordaje basado en la culpa del profesional de salud se fundamenta en la concepción de que el profesional es el responsable por el error ya que podría haber elegido entre lo correcto y lo equivocado, e hizo la opción por lo equivocado. En razón de que los profesionales de salud reciben entrenamientos, esta concepción parte del presupuesto de que ellos saben lo que se deben hacer. De esa manera, la tendencia de esta corriente es culpar al profesional, apartándose de la visión más global de pensar el error como parte de la gestión.<sup>67</sup>

La rendición de cuentas, en cambio, desde la visión sistémica propone que antes de enfatizar la responsabilidad únicamente hacia el profesional de salud, propone entender lo ocurrido a partir de una comprensión holística de la cadena causal y de los factores intervinientes en el evento.<sup>68</sup> Así, además de la rendición de cuentas personal, hay la rendición de cuentas del sistema. La perspectiva de la rendición de cuentas del sistema requiere que el sistema pueda observarse a sí mismo, sin transferir la responsabilidad automáticamente al profesional de salud.<sup>69</sup> Es decir, los sistemas de salud deben pasar de la cultura de “blame and shame” hacia una cultura que se fundamenta en el reconocimiento del error y en la actuación proactiva en la dirección de la identificación de las amenazas latentes.<sup>70</sup>

#### *9.1.1.6. La formación de profesionales de salud en la seguridad del paciente desde la perspectiva de los derechos humanos*

La seguridad del paciente no forma parte, en general, de la educación de los profesionales de salud, pero es esencial, para asegurarla, que los profesionales de salud reciban la formación adecuada. A partir del desarrollo de la industria y actividades de alto riesgo, se vienen implementando rigurosos procedimientos de seguridad con el correspondiente entrenamiento de aquellos que trabajan en tales áreas. Un ejemplo claro para pensar los procedimientos de seguridad es la aviación, en esta área se repasan periódicamente procedimientos de seguridad a los trabajadores; en cambio, no ocurre lo mismo en el campo de la salud- Varios autores coinciden que la inserción de contenidos sobre la seguridad del paciente en los programas académicos de los cursos en el área de la salud contribuiría a proveer un marco teórico para la práctica clínica más segura.<sup>71</sup>

Algunos tópicos son clave para la educación en la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo multidisciplinario, percepción y predicción del riesgo, reconocimiento de las limitaciones personales y tecnológicas que contribuyen para la profundización de la comprensión del error.<sup>72</sup>

Profesionales de salud adecuadamente formados constituyen un factor de reconocida relevancia para evitar los efectos adversos y daños al paciente; en el

mismo sentido, profesionales con entrenamiento débil constituyen un factor de peso en el proceso causal del error.

### **9.1.2. Elementos del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**

#### *9.1.2.1. Acceso a información de salud*

El acceso a información de salud es fundamental para garantizar cuidados en salud más seguros. Cuando se informa al paciente sobre su condición y las opciones de tratamiento o si hay solo un tratamiento, aumenta la posibilidad de que él acompañe el proceso de atención-cuidado (ya sea sobre los medicamentos que se le suministra, como otros procedimientos).

El acto de informar al paciente sobre los cuidados en salud debe considerar el nivel de educación y contexto cultural en que se inserta, pues el paciente está en riesgo de recibir cuidados en salud inadecuados o sin calidad.<sup>73</sup> Algunos estudios han demostrado que pacientes con bajo grado de alfabetización en salud tienen, en general, condiciones peores de salud, altas de tasas de admisión en hospitales, menor probabilidad de adherencia a tratamientos y mayor experiencia de error en medicamentos y tratamientos.<sup>74</sup>

Los profesionales de salud deben tener el hábito de informar sus experiencias sobre eventos adversos.<sup>75</sup> Por añadidura, se debe informar a los pacientes sobre seguridad y riesgo, considerando su grado de alfabetización en salud.<sup>76</sup>

#### *9.1.2.2. Calidad de facilidades, bienes, servicios de salud*

El derecho a la salud requiere el desarrollo de sistemas de salud de buena calidad.<sup>77</sup> En efecto, la calidad es uno de los elementos del derecho a la salud, lo que obliga a los Estados a establecer un sistema regulatorio que verifique y garantice que la atención a la salud sea de calidad y segura, el requerimiento de calidad se extiende a la forma en que los profesionales tratan en la atención al paciente.<sup>78</sup>

La calidad, según la OMS, corresponde al nivel en el que los servicios de salud prestados aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.<sup>79</sup> Una atención a la salud de calidad debe ser segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa.<sup>80</sup> Además de eso, para asegurar la calidad de bienes y servicios de salud, se debe formar adecuadamente a los profesionales, así como se debe verificar si los medicamentos están científicamente aprobados y no vencidos<sup>81</sup>, de ese modo, la calidad considera no solo los tratamientos, sino también los medicamentos. Por consiguiente los Estados deben establecer normas, políticas y programas que aseguren la comprobación de su seguridad y calidad.<sup>82</sup>

El respeto a los derechos de los pacientes es parte integrante de la cualidad del cuidado, el perfeccionamiento de la calidad impone el fortalecimiento de los derechos de los pacientes.<sup>83</sup> En este mismo sentido, el informe del Instituto de Medicina del Estados Unidos, de 2001, pone el foco en que el paciente es considerado uno de los seis factores interrelacionados constituyentes de un cuidado en salud de alta calidad.<sup>84</sup>

La calidad es el paraguas bajo el cual está la seguridad del paciente, no hay como separar ambos, no hay atención de calidad sin seguridad. Además de eso, la seguridad es el suelo en que se sostienen los demás aspectos de la calidad en salud.<sup>85</sup>

### *9.1.2.3. Derecho a la atención de la salud segura*

El derecho a la atención de la salud segura es una dimensión importante del derecho a la salud, particularmente relacionado a su elemento calidad.

El derecho a la atención de la salud segura implica la oferta de ambiente para que familiares y amigos puedan dar soporte al paciente y puedan verificarse medidas que aseguren el cuidado en salud. Por ejemplo, un paciente informado sobre las medidas de seguridad y la precisión en el uso de los medicamentos puede acompañar mejor su tratamiento,<sup>86</sup> bien como el acceso del paciente a sus registros puede incrementar su conocimiento y percepción de control.<sup>87</sup>

El cuidado centrado en el paciente es fundamental para el derecho a la atención una salud segura, pues un cuidado seguro depende de la atención dada acerca de lo que el paciente expresa sobre su enfermedad, hábitos, condiciones económica y social de vida, así como la forma que refiere para ser tratado.<sup>88</sup> En efecto, el cuidado centrado en el paciente tiene el potencial de reducir los eventos adversos.<sup>89</sup>

Los pacientes y sus familiares deben ser estimulados a reportar cuestiones relacionadas a la seguridad.<sup>90</sup> Se considera en este marco que los servicios de salud deben poseer sitios específicos aptos a recibir los relatos de los pacientes y familiares, así como también deben divulgar que tal relato es importante para el servicio y para los profesionales. En efecto, los pacientes y familiares tienen el derecho de acceso fácil a sistemas de información de cuestiones relacionadas a riesgos y seguridad.<sup>91</sup>

La seguridad del paciente se interrelaciona con los derechos de los profesionales de salud. Dos factores se pueden señalar como aquellos que presentan un impacto elevado en la ocurrencia de error: la fatiga y el estrés de los profesionales de salud. Hay estudios que muestran evidencias científicas de que la fatiga del profesional de salud es un factor de riesgo para la seguridad del paciente.<sup>92</sup> En efecto, la reducción de horas de trabajo es esencial en profesiones cuya performance profesional afecta directamente la vida de otras personas.<sup>93</sup>

El derecho a la atención a la salud segura, como integrante del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, se involucra con el elemento “disponibilidad”. De acuerdo con el elemento disponibilidad, el Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud,<sup>94</sup> pero, la ausencia de disponibilidad, como por ejemplo, número de camas insuficientes y la ubicación de personas en recostadas en el piso, además de ser una práctica indigna, puede generar consecuencias dañosas para la seguridad del paciente, como riesgo de nuevas infecciones.<sup>95</sup> Del mismo modo, la disponibilidad de farmacéuticos 24 horas en hospitales es un factor importante para incrementar la seguridad del paciente.<sup>96</sup>

La implementación del derecho a la atención a la salud segura implica la concientización de profesionales de salud, porque acciones sencillas, como lavarse las manos, es una medida que incrementa la seguridad del paciente, evitando muertes. El problema de la falta de compromiso de los profesionales de salud con higiene de las manos es global.<sup>97</sup> La alteración de comportamiento de los profesionales de salud implica, entre otras acciones, la instalación de una cultura de seguridad, centrada en el paciente, de naturaleza no punitiva y que estimule el compartir la información, el trabajo en equipo, la evaluación cotidiana de los errores y eventos adversos, involucrando siempre al paciente y familiares en el cuidado en salud.<sup>98</sup>

El derecho a la atención a la salud segura implica el derecho del paciente a preguntar a los profesionales de salud, cuestiones que considera importantes para su cuidado, por ejemplo si ellos lavaron las manos. Igualmente, implica el respeto y consideración a los pacientes para que la asociación entre el profesional de salud y el paciente sea capaz de reducir el error. En el sentido aquí expuesto algunas investigaciones han demostrado que pacientes hombres, con nivel educacional bajo, y desempleados cuestionan menos la actuación de los profesionales de salud que otra población.<sup>99</sup>

#### *9.1.2.4. Los determinantes sociales de salud*

De acuerdo con el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud considera los principales factores determinantes sociales de la salud, tales como: el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, y una nutrición adecuada.<sup>100</sup> Factores concernientes a condiciones de higiene, agua limpia y condiciones sanitarias en los servicios de salud interfieren en las medidas de control de infecciones, repercutiendo en la seguridad del paciente. La falta de agua adecuada para limpiar instrumentos y superficies puede generar un ambiente propicio para infecciones<sup>101</sup> Igualmente, pacientes mal nutridos tienen riesgo incrementado en los cuidados en salud cuanto a infecciones y otras enfermedades.<sup>102</sup>

#### *9.1.2.5. La obligación de los Estados de proteger*

Desde la perspectiva que aquí se adopta, se considera que el Estado debe adoptar legislación y otras medidas observando que los actores privados, profesionales de salud y organizaciones, actúen en conformidad con los patrones de derechos humanos. Los bienes y servicios de salud privados y públicos deben ser de calidad, así como el Estado debe proteger a los individuos de actos practicados por profesionales de salud y gestores que pueden causar daños a los pacientes.<sup>103</sup> Igualmente, es papel de los Estados adoptar políticas y programas de salud que enfrenten la cuestión de la seguridad del paciente, previniendo la ocurrencia de errores por medio de medidas técnicas y de la creación de la cultura de seguridad; incrementando la participación de los pacientes y familiares; e instituyendo instrumentos de comunicación de eventos adversos.

#### *9.1.2.6. Los instrumentos de derechos humanos y salud*

Existen varios instrumentos regionales en los que se protege el derecho a la atención a la salud segura. Entre ellos, figura el Pacto Internacional de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1966 por la Naciones Unidas. De acuerdo con su artículo 12, entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes está la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, elaborado por el Consejo de Europa (Convenio de Oviedo) y aprobado en 1997, establece en su artículo 3 - Acceso equitativo a la asistencia sanitaria, que las partes del Convenio tomarán las medidas adecuadas a fin de garantizar, en su esfera de jurisdicción, un acceso equitativo a los servicios sanitarios de calidad apropiada.

## **9.2. Las prácticas discursivas de los entrevistados**

Tomando como punto de partida las consideraciones desarrolladas en el punto precedente analizaremos en este apartado las prácticas discursivas de los entrevistados seleccionados.

Los entrevistados fueron encaminando sus relatos en dirección a múltiples narrativas a partir de una guía de entrevistas con principal énfasis en la relación entre el referencial de los derechos humanos y el Programa Nacional de Seguridad del Paciente de Brasil.

Las experiencias de los entrevistados y su inserción profesional laboral influenciaron en la argumentación construida en torno a la trama de las preguntas. Así, los sentidos construidos sobre los derechos humanos en el Programa brasileño son polisémicos. Con base en la propuesta de Spink y Pinheiro, los discursos de los entrevistados fueron organizados a través de ejes que emergieron del proceso de entrevistas. A continuación, se presentan estos ejes: a) precursores del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en Brasil; b) incorporación de la perspectiva de derechos humanos en el Programa; c) participación del paciente; d) acciones y propuestas para el Programa según los derechos del paciente.

### **a) Precursores del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en Brasil**

Dos de los entrevistados señalaron que la historia de la política pública sobre seguridad del paciente en Brasil tiene como su principal precursor el Projeto Hospitais Sentinela, que instituyó una red con más de 200 gerentes de riesgo<sup>104</sup>, con capacidad para identificar y notificar eventos adversos. Sin embargo otros dos entrevistados resaltaron que otro precursor fue el Programa Qualisus.

Todos los entrevistados coinciden en reconocer que el Programa de Brasil y el tema de la seguridad del paciente tienen una percepción central acerca de que los daños en la atención de la salud es un grave problema en el área sanitaria.

El énfasis que los entrevistados dieron a los precursores del Programa demuestra lo novedoso de este campo y enfatizan en que sus aportes teóricos están siendo consolidados, incluso en los modos de tratar la responsabilidad de los profesionales y construir indicadores de seguridad en los servicios de salud.

### **b) Incorporación de la perspectiva de derechos humanos en el Programa**

Sobre esta temática se observa una diferenciación en el discurso de los entrevistados. Mientras que dos de los entrevistados, manifiestan que la perspectiva de la política de la seguridad del paciente está fundamentada en los principios de la

calidad del servicio, otro entrevistado, sostiene que no se incorporó la concepción de derechos humanos.

Coincidiendo con esta perspectiva otro profesional entrevistado sostiene que el Programa debe caminar en este momento más en la dirección de los derechos humanos, pues en las fases anteriores fueron enfocadas la notificación de eventos adversos y la institución de los Núcleos de Seguridad.

Por otro lado uno de los entrevistado introdujo la cuestión de la construcción del SUS a partir de una concepción de que todos los ciudadanos tienen derecho a la salud. Este principio sustentado en la reforma sanitaria, permitió, tal vez, consolidar la premisa de que todas las políticas y programas en el ámbito del SUS contemplan los derechos humanos. Además, este entrevistado entiende que la reflexión de que los profesionales de salud deberían aproximarse a los derechos humanos, como contenido sustancial de la política en salud, no es prioridad, para este actor la preocupación mayor es las cuestiones técnicas.

Varios de los entrevistados señalaron como un factor importante en esta temática, el hecho de que en Brasil la salud históricamente fue vista como caridad, no como un derecho.

Dos de los entrevistados afirmaron también que hay en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente una fuerte preocupación sobre los derechos del paciente, siendo uno de sus ejes su participación y su empoderamiento. Hay en el Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente también una preocupación acerca del derecho a la información y comunicación del paciente, pues él puede ser un aliado del profesional de salud. Además, relatan algunos entrevistados que hay un representante específico de los usuarios del SUS en el Consejo Nacional de Salud.

### c) Participación del paciente

El Programa Paciente para la Seguridad del Paciente, de la OMS, es una iniciativa de peso para que el paciente tenga conocimiento sobre la seguridad, procedimientos y medicamentos, para que pueda ayudar a evitar la ocurrencia de errores. Es muy importante que el paciente tenga mayor autonomía sobre los cuidados, debiendo respetarse su opinión y construyendo mecanismos a fin de afianzar el derecho a preguntar a los profesionales de salud lo que le parezca necesario. En el mismo sentido, la seguridad del paciente tiene una relación directa con el derecho de ser atendido de la mejor forma posible.

Además, de acuerdo con lo manifestado por un entrevistado, es conveniente informar al paciente acerca del error ocurrido, sin embargo se sostiene que un desafío para el Programa es romper la resistencia de los profesionales de salud en relación a la seguridad del paciente, reforzando, principalmente, su formación.

Otro desafío, manifestado por un entrevistado es el hecho de que la condición de enfermo provoca dependencia y vulnerabilidad, lo que vuelve más difícil la reivindicación de derechos; muchas veces, el paciente ve su derecho humano violado, pero teme hacer algo por miedo de sufrir represalias, aunque indirectas.

El enfoque de derechos humanos es fundamental, para algunos de los entrevistados, pues sostienen que aún las relaciones en el área de la salud son muy autoritarias, los profesionales de salud están acostumbrados a diagnosticar, tratar, salvar unilateralmente.

- d) Acciones y propuestas para el Programa según los derechos del paciente.

El relato de uno de los entrevistados permite establecer que el Comité desarrolla, por medio del Ministro de Salud y de la FIOCRUZ, iniciativas de formación de profesionales de salud sobre la temática de la seguridad del paciente. De acuerdo con un entrevistado, las iniciativas de formación involucran los siguientes puntos: mayor autonomía a los pacientes; respecto a su cultura y religión; conocimiento sobre las condiciones de vida de los pacientes; el paciente debe ser plenamente informado; el error debe provocar la reflexión sobre los procesos de trabajo, sin un enfoque punitivo.

Todos los entrevistados afirman que el Programa se fundamenta en la cultura de seguridad que se aparta de la cultura de culpabilidad.

Según los relatos de dos entrevistados el Programa debe invertir más para aclarar a la población sobre el tema de la seguridad del paciente. Los pacientes no deben ser solamente sujetos pasivos en el Programa, su implementación debe avanzar más en el sentido de empoderar al paciente como sujeto activo, promoviendo la inserción de este problema en la sociedad.

## **10. Discusión**

Los entrevistados comparten la comprensión de que la cuestión de la calidad del área de la salud y principalmente de la seguridad del paciente son nuevas en mundo, y aún más en Brasil. Desde el comienzo de los años 2000, hay iniciativas del Ministerio de Salud, ANVISA y FIOCRUZ, en nivel federal, para tratar del tema de la seguridad del paciente. Pero, solamente en 2013 fue instituida una política pública con ese objeto, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente. A partir de ese año, el Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente viene actuando con mayor énfasis en relación al tema de los eventos adversos y la institución de los Núcleos de Seguridad del Paciente. Pese al reconocimiento de los entrevistados de que la participación de los pacientes es fundamental en el Comité, hasta ahora no hubo el desarrollo de medidas concretas con vistas a ampliar la actuación de pacientes y activistas de derechos humanos en el Comité, así puede observarse la inexistencia de campañas gubernamentales con el objetivo de informar y concientizar a la población acerca del tema. Considerando que el Comité fue creado en 2013, se espera que esas medidas sean todavía adoptadas, sin embargo, en cuanto a su aproximación a los derechos humanos, hay dudas sobre su implementación.

Por otro lado, en la regla que instituyó el Comité no se instituyeron referencia a derechos del paciente. En el Documento de Referencia del Programa, hay dos menciones a derechos, una genérica que establece que los planes nacionales de seguridad del paciente deben atender no solamente a la reducción de los riesgos, sino también a cuestiones amplias de derecho a la salud; la otra que incluye el respecto al hecho de que la mayor parte de los pacientes no tiene conocimiento acerca de sus derechos.<sup>105</sup>

Los entrevistados demuestran que la cuestión de los derechos humanos y de los derechos de los pacientes no es considerada por ellos menos importante. No obstante, desde el punto de vista práctico o formal, todavía no hubo la incorporación del referencial de los derechos humanos. Puede atribuirse tal hecho a algunos factores:

a) el inicio del Comité fue muy fructífero, pues se buscó actuar en campos ya familiares a sus miembros, como los de la vigilancia sanitaria y formación de profesionales de salud;

b) la composición del Comité es formada por 18 representantes titulares, pero solo hay un representante de los afectados por la política, lo que debilita el enfoque basado en los derechos humanos en el Comité;

c) no hay aún una tradición en Brasil de activismo de derechos humanos de pacientes, así como la relación entre derechos humanos y salud no está profundizada en estudios y políticas, siendo el énfasis en el derecho sanitario;

d) la participación de afectados, en Brasil, se concentró en la ocupación de espacio en los consejos de salud, lo que restringe mucho la comprensión de lo que significa esta;

e) Existe una cultura de considerar a los pacientes como consumidores o usuarios de servicios de salud, no como titulares de derecho;

f) la falta de formación académica y profesional en el área de la salud;

g) el desconocimiento del enfoque basado en los derechos humanos y la confusión con un enfoque jurídico, principalmente de responsabilidad civil.

Todos los entrevistados acuerdan en que la perspectiva acerca de la concepción que se tiene del paciente por parte de los profesionales de salud debe cambiar. Hay una percepción general de que la relación es asimétrica, que los profesionales de salud tienen graves resistencias a cambiar la forma que esa relación se viene desarrollando en Brasil, lo que se transforma en un problema concreto en que el paciente pueda transformarse en sujeto activo, con mayor informado y actuante.

Por otro lado, los entrevistados reconocen que los derechos humanos pueden contribuir a formar profesionales de salud menos autoritarios y más respetadores de los deseos, intereses y creencias de los pacientes. Así, los entrevistados destacaron dos puntos:

a) la formación y la capacitación de los profesionales de salud

b) la necesidad de difundir esta temática en la sociedad en su conjunto.

En relación a la formación y capacitación, es importante destacar la iniciativa de la FIOCRUZ de realizar curso de especialización relacionado con la temática de calidad en salud y seguridad del paciente; así como, cursos de grado y posgrado del Ministerio de la Salud relacionados al tema de la seguridad del paciente. Por último se pudieron observar la existencia de un Grupo de Trabajo en el Comité que aborda en forma exclusiva la temática de formación y capacitación de profesionales de salud en seguridad del paciente. No obstante, se cuestiona si hay un eje de derechos humanos en esas iniciativas educacionales, lo que es importante para ampliar el enfoque de la seguridad del paciente, transmitiendo a los profesionales de salud una visión menos técnica y más próxima a las necesidades del paciente.

En cuanto a las campañas, hubo iniciativas concretas de realizar algunas de ellas dirigidas al público general y con un de amplio alcance, pero por motivos ajenos a los integrantes del Comité no fue efectuada, conforme fue manifestado por uno de los entrevistado

Se debe destacar que el Comité tiene, de acuerdo con su Portaria, entre otras, las siguientes competencias:

Elaboración de manuales sobre la seguridad del paciente;

Promoción de capacitación de profesionales de salud y gestores;

Implementación de campaña de comunicación social sobre seguridad del paciente;

Promoción de la cultura de seguridad;

Articulación, con el Ministerio de Educación y Consejo Nacional de Educación, para la inclusión de tema de la seguridad del paciente en los currículos de formación en grado técnico, superior y posgrado.

Como se puede observar, el Comité ya presenta importantes competencias en el área de formación, capacitación y comunicación social, que están siendo realizadas poco a poco por el Ministerio de Salud y la FIOCRUZ, a excepción de la comunicación social, de acuerdo con información recabada en el trabajo de campo.

En síntesis, se verifica que, a pesar de que los derechos humanos no están integrados a los trabajos del Comité, sus miembros entrevistados demuestran fuerte afinidad con sus principios y normas, señalando la necesidad de mayor participación de la sociedad brasileña en el tema.

## **11. Limitaciones**

Esta investigación no tuvo el propósito de hacer un amplio análisis del Programa Nacional de Seguridad del Paciente, ni de la actuación del Comité. El objetivo fue de obtener las percepciones de miembros del Comité, representantes de órganos federales, sobre la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos para la seguridad del paciente y específicamente al Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Así, esta investigación permite una reflexión sobre la actuación del Comité en esas temáticas, sin posibilitar inferencias mayores sobre los demás miembros o acerca de las acciones desarrolladas por el Programa en sus variados frentes.

## **12. Conclusión y Recomendaciones**

Este proyecto país presentó sus resultados a partir de un duplo abordaje: un general, que involucra la aplicación del referencial de los derechos humanos al tema de la seguridad del paciente; y un específico, que es direccionado a la política pública de Brasil sobre la seguridad del paciente. Así, considerando ese duplo enfoque, la conclusión y las recomendaciones será divididas en dos partes, una parte general, cuyos destinatarios son los Estados, y una segunda referente al Estado brasileño.

### **12.1. Planteamientos generales**

- a) La plena implementación del derecho a la salud implica el cumplimiento del derecho a la atención a la salud segura. Así, las facilidades, bienes y servicios pueden estar disponibles, accesibles, aceptables, pero si no son seguros, el derecho no está asegurado. Así, la asistencia a la salud sin seguridad puede ocasionar daños permanentes a los pacientes, incluso llegar a perder la vida. Actualmente, la medicina es mucho más efectiva, pero menos segura. Los Estados deben elaborar, implementar y monitorear periódicamente política y programas nacionales destinados a reducir al mínimo los riesgos en la atención a la salud.
- b) Los profesionales de salud, los gestores y los proveedores desempeñan un papel fundamental en la realización del derecho a la salud. Ese papel debe ser

divulgado y estimulado por el Estado. Así, tales actores deben incorporar en su hacer cotidiano la concepción de que la atención a la salud segura no es caridad o asistencialismo o simple cuestión de atención a patrones técnicos, sino que es el cumplimiento de un derecho humano. Los pacientes no son consumidores o usuarios de un servicio, son titulares de derechos humanos.

- c) Los Estados tienen el deber, basado en instrumentos de derechos humanos, de proteger a su población de facilidades, bienes y servicios de salud inseguros y de baja calidad. Las violaciones al derecho a la atención a la salud segura pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados.
- d) La escasez de recursos financieros no puede ser una excusa para que los Estados no implementen políticas y programas de seguridad del paciente. Considerando el principio de la realización progresiva del derecho a la salud, el Estado debe demostrar que está haciendo todo esfuerzo posible, según los recursos disponibles, para asegurar la seguridad en la atención a la salud. El Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que dispone para dar efectividad al derecho a la salud está violando las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- e) El cumplimiento del derecho a la salud implica el acceso a la información comprensible sobre calidad, eficacia y seguridad de procedimientos médicos y medicamentos. La ocultación o no disponibilidad oportuna de la información puede implicar la violación a la obligación de respetar al paciente, pues el acceso a la información es fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento.
- f) El enfoque basado en los derechos humanos establece que los afectados por políticas y programas de salud deben participar de los procesos de toma de decisión en tales ámbitos. La participación debe ser no sólo de asociaciones profesionales, de universidades, sino también de las organizaciones no gubernamentales de defensa de derechos humanos, las asociaciones de pacientes y consumidores. Los pacientes deben participar de la elaboración, aplicación, control y evaluación de normas, programas y políticas sobre la seguridad del paciente. Ello significa que pacientes y organizaciones que abordan esta temática deben tener amplio espacio en las esferas de elaboración, aplicación, control y evaluación de normas, programas y políticas sobre seguridad del paciente.
- g) Los Estados deben establecer mecanismos de rendición de cuentas para demostrar y justificar las acciones para hacer frente a la obligación de proteger a los pacientes de daños, sea por medio de normas, políticas y programas, sea mediante recursos efectivos y adecuados relativos a violaciones del derecho a la salud, incluso al derecho a la atención a la salud segura y el derecho a la vida. Así, las normas, políticas y programas deben contener mecanismos de rendición de cuentas para que la población pueda monitorear su implementación. Además, con relación a su aplicación a eventos concretos, es sabido que la perspectiva de la seguridad del paciente no atribuye exclusiva responsabilidad al profesional de salud que cometió el error, sino la comprende como sistémica, con el objetivo de prevenir futuros errores, creando una “una cultura justa”.<sup>106</sup> Así, se recomienda que las reparaciones en el campo de la seguridad del paciente, aparte de las reparaciones indemnizatorias y responsabilidad de los profesionales, se enfoque en las garantías de no repetición. Estas son

ampliamente utilizadas en la jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Son comprendidas como “una medida de reparación, a fin de que hechos similares no se vuelvan a repetir y contribuyan a la prevención”<sup>107</sup>. Así, los Estados deben prevenir la recurrencia de violaciones a los derechos humanos como del derecho a la salud, a la integridad física y a la vida, consiguientemente, adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole que sean necesarias para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos.<sup>108</sup>

- h) Los Estados deben capacitar instituciones de derechos humanos en relación a la salud para recibir relatos de ocurrencia de errores y eventos adversos, tales como consejos de salud y de derechos humanos y *ombudsman*, no solo para responsabilizar a los profesionales de salud, sino para monitorear el cumplimiento de las garantías de no repetición.
- i) Los derechos humanos de los profesionales de salud se cruzan con la seguridad del paciente. Profesionales de salud fatigados por exceso de actividades o sin condiciones dignas de trabajo provocan violaciones a sus derechos humanos y también a los del paciente. Las asociaciones de profesionales de salud, incluso los sindicatos, deben actuar en conjunto con los órganos de Estado para cambiar las normas e instituir políticas de protección a los profesionales de salud. La seguridad de los procesos en salud son importantes para los pacientes y los profesionales, pues constituye la calidad de la atención a la salud, lo que es buscado por todos los actores involucrados en los servicios de salud. El enfoque de la seguridad del paciente desde los derechos humanos estimula la cultura de seguridad y no de simple culpabilidad, así los derechos humanos de los profesionales de salud también se deben considerar y respetar, para que no se repita la misma situación produciendo una nueva víctima asociada al proceso de determinación de la responsabilidad.
- j) Los Estados deben invertir en movilización social y campañas públicas para movilizar a los pacientes, activistas de derechos humanos y de la sociedad civil, hacia el derecho a la atención a la salud segura y de lo que proviene de ello (por ejemplo, el derecho de preguntar a los profesionales de salud si ellos lavaron las manos o sobre otros procedimientos importantes para la seguridad del paciente). En este sentido el documento de la OMS denominado “Comunicação do Paciente para uma Cirurgia Segura”<sup>109</sup> es una importante iniciativa, la cual debe ser ampliamente divulgada. La población debe tener conciencia de que los productos y servicios de salud deben ser seguros.
- k) Los Estados deben adoptar leyes en materia de seguridad del paciente. Políticas y programas sin legislación adecuada no son suficientes para garantizar la calidad y la seguridad de la atención a la salud.
- l) Las normas, políticas y programas de la seguridad del paciente debe adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, incluso del derecho a la salud. El enfoque basado en los derechos humanos no concibe la salud como un bien de consumo, sino como un bien ético. Al mismo tiempo, los pacientes no deben ser vistos como consumidores, sino principalmente como titulares de derechos humanos.

## **12.2. Planteamientos Específicos referentes al Programa Nacional de Seguridad del Paciente**

- a) En Brasil, no hay legislación sobre la seguridad del paciente. Considerando que es un tema que involucra obligaciones para instituciones de salud privadas, profesionales de salud y agentes del Estado es esencial que hay una ley que establezca obligaciones, pues actos normativos sin fuerza de ley no son adecuados para generar deberes legales. Además, es esencial que haya aporte financiero del Estado direccionado al Programa Nacional de Seguridad del Paciente con la finalidad de implementar sus acciones, así con una ley sobre el tema es más factible lograr recursos específicos para el Programa y acciones enderezadas a la seguridad del paciente.
- b) Previsión en el presupuesto de recursos destinados a acciones de seguridad del paciente en el nivel federal, estadual y municipal.
- c) Creación de un órgano específico en el Ministerio de Salud o en la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria con competencia para el desarrollo de acciones de seguridad del paciente, el órgano debe tener recursos humanos, materiales y financieros propios.
- d) Incremento de la participación de los pacientes el Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente, o sea, ahora el Comité cuenta con un representante del Consejo Nacional de Salud, pero sería importante que además de eso representante, hubiera otros de entidades gubernamentales o no gubernamentales con actuación en los derechos humanos de los pacientes. Lo mismo se aplica a la participación en la implementación de las acciones previstas en el Programa, que debe contemplar la escucha de los afectados, la consideración de sus opiniones y sus evaluaciones sobre las etapas de ejecución.
- e) Es importante que las entidades profesionales en el área de la salud sean involucradas en el Programa y las acciones de seguridad del paciente, pues su papel en la penalización del profesional de salud que comete un evento adverso es fundamental. Así, el cambio en la perspectiva de culpabilidad del profesional de salud debe basarse en la “cultura justa”, que considera el abordaje sistémico, pero no aparta la necesidad de investigar la práctica del profesional y si, fuera jugado justo, su penalización debe ser adoptada.
- f) Incorporación en los documentos y en los cursos de formación y capacitación del referencial de los derechos humanos desarrollado por el Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente, principalmente de los derechos humanos de los pacientes, de los profesionales de salud y de la responsabilidad del Estado en proteger los pacientes de los eventos adversos ocurridos en la atención a la salud. Sin embargo el enfoque de basado en los derechos humanos conferir mayor peso a los pacientes, es importante destacar que las condiciones de trabajo de los profesionales de seguridad interfieren directamente en la seguridad del paciente, así, condiciones deshumanas y violadoras de los derechos humanos de los profesionales de salud deben ser abordadas como temas de seguridad.
- g) Realización de campañas amplias sobre la seguridad del paciente, empoderamiento de la sociedad civil e incremento del acceso a la información sobre el tema. Pacientes bien informados sobre seguridad son un importante elemento en la busca de disminución de la ocurrencia de los eventos adversos en los servicios de salud.
- h) Creación de mecanismos de rendición de cuentas y transparencia en el ámbito del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. La sociedad brasileña, en general, sabe muy poco sobre las actividades del Programa, los

logros obtenidos y los desafíos. En la página oficial del Programa debería contener tales datos. En el mismo sentido, un ombudsman propio del Programa sería una iniciativa de relevancia para el incremento de su conexión con la sociedad brasileña.

i) La articulación con el Consejo Nacional de Justicia, Consejo Nacional del Ministerio Público, Facultades de Derecho es importante para diseminar la discusión del tema de la responsabilidad civil del profesional de salud, de la “cultura justa” y de la adopción de medidas de non repetición en el ámbito de la seguridad del paciente.

### 13. Diseminación y utilización de resultados

Se presentará este proyecto al Comité de Implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en una de sus reuniones plenarias, a asociaciones profesionales de salud, así como al Consejo Nacional de Salud de Brasil.

### Referencias

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.** Versión 1.1. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). Acceso en: 28 octu. 2014, p. 16.

<sup>2</sup> REMON, CA. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Seguridad del paciente.** Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente.

<sup>3</sup> NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. **Institute of Medicine: Shaping the Future for Health.** Disponible en: <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>. Acceso en: 28 oct. 2014.

<sup>4</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **10 datos sobre seguridad del paciente.** Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Acceso en: 30 jul. 2014.

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **10 datos sobre seguridad del paciente.** Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Acceso en: 30 jul. 2014.

<sup>6</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.** Versión 1.1. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). Acceso en: 28 octu. 2014.

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **10 datos sobre seguridad del paciente.** Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Acceso en: 30 jul. 2014.

<sup>8</sup> PITTET, D. **Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety.** Vol. 26 No. 11 Infection Control and Hospital Epidemiology. 891.

<sup>9</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **10 datos sobre seguridad del paciente.** Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Acceso en: 30 jul. 2014.

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Seguridad del Paciente.** Disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1152:seguridad-del-paciente-la-importancia-de-generar-informacion-sobre-la-atencion-en-salud&Itemid=225](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1152:seguridad-del-paciente-la-importancia-de-generar-informacion-sobre-la-atencion-en-salud&Itemid=225). Acceso en: 30 jul. 2014.

<sup>11</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **10 datos sobre seguridad del paciente.** Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Acceso en: 30 jul. 2014.

- 
- <sup>12</sup> MINISTERIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional para a Segurança do Paciente**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. ANVISA, 2014.
- <sup>13</sup> ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **International organizations working with WHO**. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Acceso en: 30 jul. 2014.
- <sup>14</sup> PAHO. **Quality of care and patient safety**[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=1530&Itemid=1557&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1530&Itemid=1557&lang=en). Acceso en: 30 jul. 2014.
- <sup>15</sup> GUERRERO, Eduardo, AUER, Annella, GODUE, Charles. **Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión**. Washington: Organización Pan Americana de Salud, 2010.
- <sup>16</sup> GUERRERO, Eduardo, AUER, Annella, GODUE, Charles. **Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión**. Washington: Organización Pan Americana de Salud, 2010.
- <sup>17</sup> GUERRERO, Eduardo. **Modelo conceptual de Salud Internacional**. Presentación.2014.
- <sup>18</sup> GÓMEZ, Ruben Darío; CHACKO, Elizabeth; LEMUS, Elia Rosa. Modelos de desarrollo. In: GUERRERO, Eduardo, AUER, Annella, GODUE, Charles. **Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión**. Washington: Organización Pan Americana de Salud, 2010. p. 47-59.
- <sup>19</sup> GUERRERO, Eduardo, AUER, Annella, GODUE, Charles. **Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión**. Washington: Organización Pan Americana de Salud, 2010.
- <sup>20</sup> GUERRERO, Eduardo, AUER, Annella, GODUE, Charles. **Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión**. Washington: Organización Pan Americana de Salud, 2010.
- <sup>21</sup> ANVISA. **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2013.
- <sup>22</sup> OPAS. **Aliança Mundial para Segurança do Paciente**. Disponible en: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=931&Itemid=1](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931&Itemid=1). Acceso: 1 set. 2014.
- <sup>23</sup> BUSTREO, F; HUNT, P. **Women's and children's health: evidence of impact of human rights**. Geneva: WHO, 2013.
- <sup>24</sup> BERACOCHEA, Elvira; EVANS, Dabney P.; WEINSTEIN, Corey. Introduction: why do rights-base approaches to health matter? In: BERACOCHEA, Elvira; EVANS, Dabney P.; WEINSTEIN, Corey. **Rights-Base Approach to Public Health**. New York: Springer, 2011. p. 3-18.
- <sup>25</sup> BERACOCHEA, Elvira; EVANS, Dabney P.; WEINSTEIN, Corey. Introduction: why do rights-base approaches to health matter? In: BERACOCHEA, Elvira; EVANS, Dabney P.; WEINSTEIN, Corey. **Rights-Base Approach to Public Health**. New York: Springer, 2011. p. 3-18.
- <sup>26</sup> WHO. **Human Rights-Based Approach to Health**. Disponible en: <http://www.who.int/trade/glossary/story054/en/#>. Acceso: 2 set. 2014.
- <sup>27</sup> HUNT, Paul; BACKMAN, Gunilla. Health Systems and the Right to Highest Attainable Standard of Health. In: CLAPHAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health**. Zurich: Ruwdwe & Rub, 2011. p. 40-80.
- <sup>28</sup> HUNT, Paul; BACKMAN, Gunilla. Health Systems and the Right to Highest Attainable Standard of Health. In: CLAPHAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health**. Zurich: Ruwdwe & Rub, 2011. p. 40-80.
- <sup>29</sup> COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. **Observación general 14. U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)**.
- <sup>30</sup> COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. **Observación general 14. U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)**.
- <sup>31</sup> COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. **Observación general 14. U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)**.
- <sup>32</sup> MINISTROS DE SALUD DE LAS AMÉRICAS EN LA CIUDAD DE PANAMÁ. **Agenda de Salud para las Américas. 2008 – 2017**. 2007.
- <sup>33</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud. 2014 – 2019**. 2013.

- 
- <sup>34</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud. 2014 – 2019.** 2013.
- <sup>35</sup> FIOCRUZ. **Programa Nacional de Segurança do Paciente lança normas e guias para atendimento hospitalar.** Disponible en: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/programa-nacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-lan%C3%A7a-normas-e-guias-para-atendimento-hospitalar>. Acceso en: 30 jul. 2014.
- <sup>36</sup> MINISTERIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Documento referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- <sup>37</sup> THE LANCET. **The political origins of health inequity: prospects for change.** Lancet 2014; 383:630-67.
- <sup>38</sup> SPINK, Mary Jane; MEDRADO; Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise de práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-62.
- <sup>39</sup> PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 183-214.
- <sup>40</sup> PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 186.
- <sup>41</sup> PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 183-214.
- <sup>42</sup> PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 186.
- <sup>43</sup> WHO. **Learning from error.** Genebra: 2010.
- <sup>44</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition.** Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>45</sup> REMÓN, Carlos Aibar. ? Qué es seguridad del paciente? Curso Virtual de Introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. WHO. Disponible: [http://www.who.int/patientsafety/research/curso\\_virtual/es/](http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>46</sup> MITCHELL, Pamela H. Defining patient safety and quality care. In: HUGHES, Ronda (ed.) **Patient Safety and Quality: and evidence-based handbook for nurses.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. p.1-5.
- <sup>47</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.** Versión 1.1. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). Acceso en: 28 octu. 2014, p. 18.
- <sup>48</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.** Versión 1.1. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). Acceso en: 28 octu. 2014, p. 18.
- <sup>49</sup> MITCHELL, Pamela H. Defining patient safety and quality care. In: HUGHES, Ronda (ed.) **Patient Safety and Quality: and evidence-based handbook for nurses.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. p.1-5.
- <sup>50</sup> WHO. **Learning from error.** Genebra: 2010.
- <sup>51</sup> PITTET, Didier; DONALDSON, Liam. Clean care is safe care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. **Infection Control and Hospital Epidemiology.** V. 26. N.11. 891- 894. November 2005.
- <sup>52</sup> NIEVA, VF, SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care.** 2003;12:ii17-ii23.
- <sup>53</sup> HUNT, Paul. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental.** A/HRC/7/11. Distr. General. 31 January 2008. Inglés.
- <sup>53</sup> CHARMEL, Patrick A; FRAMPTON, Susan B. Building the business care for patient-centered care. **HFM,** March 2008. I – VI.
- <sup>54</sup> CHARMEL, Patrick A; FRAMPTON, Susan B. Building the business care for patient-centered care. **HFM,** March 2008. I – VI.
- <sup>55</sup> GROENE, Oliver. Patient centeredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. **International Journal for Quality in Health Care.** v. 23 n. 5.

- 
- <sup>56</sup> WHO. **Learning from error**. Ginebra: 2010.
- <sup>57</sup> COULTER, Angela; ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ**, July 2007, v. 335. 24-27.
- <sup>58</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>59</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>60</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>61</sup> LARIZGOITIA, Itziar. . Brasília: Ministério da Saúde, OPS. 13 ago. 2014. Palestra ministrada no II Seminário Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.
- <sup>62</sup> WHO. **Learning from error**. Ginebra: 2010
- <sup>63</sup> INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY-CENTERED CARE. **Advancing the practice of patient-and-family-centered care in hospitals**. 2011. Disponible en: [http://www.ipfcc.org/pdf/getting\\_started.pdf](http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf). Acceso en: 28 octu. 2014.
- <sup>64</sup> SODOMKA, Patricia. Engaging patients & families: a high leverage tool for health care leaders. **H&HN**. August, 2006. Disponible en: [www.hhnmag.com](http://www.hhnmag.com). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>65</sup> OUNHCHR; WHO. **The right to health**. Fact Sheet n.31. Ginebra: OUNHCHR; WHO, 2009.
- <sup>66</sup> GROVER, Anand. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental**. A/67/302. Distr. General. 13 de agosto de 2012. Español. Original: inglés.
- <sup>67</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>68</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>69</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.
- <sup>70</sup> NIEVA, VF, SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**. 2003;12:ii17-ii23.
- <sup>71</sup> WHO. **Learning from error**. Ginebra: 2010
- <sup>72</sup> WHO. **Learning from error**. Ginebra: 2010
- <sup>73</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.

---

<sup>74</sup> COULTER, Angela; ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ**, July 2007, v. 335. 24-27.

<sup>75</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.

<sup>76</sup> COULTER, Angela; ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ**, July 2007, v. 335. 24-27.

<sup>77</sup> HUNT, Paul. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental**. A/59/422. Distr. General. 8 octubre de 2004. Español. Original: inglés.

<sup>78</sup> HUNT, Paul. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental**. A/59/422. Distr. General. 8 octubre de 2004. Español. Original: inglés.

<sup>79</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**. Versión 1.1. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). Acceso en: 28 octu. 2014.

<sup>80</sup> MITCHELL, Pamela H. Defining patient safety and quality care. In: HUGHES, Ronda (ed.) **Patient Safety and Quality: and evidence-based handbook for nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. p.1-5.

<sup>81</sup> OUNHCHR; WHO. **The right to health**. Fact Sheet n.31. Ginebra: OUNHCHR; WHO, 2009.

<sup>82</sup> HUNT, Paul. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental**. A/61/338. Distr. General. 13 de septiembre de 2006. Español. Original: inglés.

<sup>83</sup> COULTER, Angela; ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ**, July 2007, v. 335. 24-27.

<sup>84</sup> CHARMEL, Patrick A; FRAMPTON, Susan B. Building the business care for patient-centered care. **HFM**, March 2008. I – VI.

<sup>85</sup> MITCHELL, Pamela H. Defining patient safety and quality care. In: HUGHES, Ronda (ed.) **Patient Safety and Quality: and evidence-based handbook for nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. p.1-5.

<sup>86</sup> LEAPE, Lucian L; BERWICK, Donald M; BATES, David W. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. **Journal American Medical Association**. July 24/31, 2002 – vo.288, n.4. 501-508.

<sup>87</sup> COULTER, Angela; ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ**, July 2007, v. 335. 24-27.

<sup>88</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.

<sup>89</sup> CHARMEL, Patrick A; FRAMPTON, Susan B. Building the business care for patient-centered care. **HFM**, March 2008. I – VI.

<sup>90</sup> WHO. **Learning from error**. Ginebra: 2010.

<sup>91</sup> INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY-CENTERED CARE. **Advancing the practice of patient-and-family-centered care in hospitals**. 2011. Disponible en: [http://www.ipfcc.org/pdf/getting\\_started.pdf](http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf). Acceso en: 28 octu. 2014.

<sup>92</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.

<sup>93</sup> LEAPE, Lucian L; BERWICK, Donald M; BATES, David W. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. **Journal American Medical Association**. July 24/31, 2002 – vo.288, n.4. 501-508.

---

<sup>94</sup> COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. **Observación general 14. U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).**

<sup>95</sup> PITTET, Didier; DONALDSON, Liam. Clean care is safe care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. V. 26. N.11. 891- 894. November 2005.

<sup>96</sup> LEAPE, Lucian L; BERWICK, Donald M; BATES, David W. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. **Journal American Medical Association**. July 24/31, 2002 – vo.288, n.4. 501-508.

<sup>97</sup> PITTET, Didier; DONALDSON, Liam. Clean care is safe care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. V. 26. N.11. 891- 894. November 2005

<sup>98</sup> NIEVA, VF, SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**. 2003;12:ii17-ii23.

<sup>99</sup> Apud COULTER, Angela; ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ**, July 2007, v. 335. 24-27.

<sup>100</sup> COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. **Observación general 14. U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).**

<sup>101</sup> PITTET, Didier; DONALDSON, Liam. Clean care is safe care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. V. 26. N.11. 891- 894. November 2005.

<sup>102</sup> WHO. **Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition**. Disponible: [https://www.google.com/?hl=pt-br&gws\\_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition](https://www.google.com/?hl=pt-br&gws_rd=ssl#hl=pt-br&q=Patient+Safety+Curriculum+Guide%3A+multi-professional+edition). Acceso en: 28 oct. 2014.

<sup>103</sup> OUNHCHR; WHO. **The right to health**. Fact Sheet n.31. Ginebra: OUNHCHR; WHO, 2009.

<sup>104</sup> ANVISA. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Boletim Informativo**. Brasília. Jan- Jul. 2011.

<sup>105</sup> MINISTERIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional para a Segurança do Paciente**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. ANVISA, 2014.

<sup>106</sup> WACHTER, Robert M. **Understanding patient safety**. San Francisco: McGraw-Hill, 2012.

<sup>107</sup> “Las garantías de no repetición [...] contribuirán a la prevención”. Principio 23 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. UN Doc. A/Res/60/147. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, Principio 23. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Pacheco Teruel y Otros vs. Honduras. Sentencia de 27 de abril de 2012. (Fondo, Reparaciones y Costas).

<sup>108</sup> Caso Velásquez Rodríguez. Fondo, supra nota 10, párr. 166, y Caso de la Masacre de las Dos Erres, supra nota 78, párr. 240. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Pacheco Teruel y Otros vs. Honduras. Sentencia de 27 de abril de 2012. (Fondo, Reparaciones y Costas).

<sup>109</sup> OMS. **Comunicação do Paciente para uma Cirurgia Segura**. Disponible: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/patients\\_communication\\_tool\\_PT.pdf](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/patients_communication_tool_PT.pdf). Acceso: 28 oct. 2014.