

Proyecto de Ley

*El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación
Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza
de Ley:*

LEY DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

CAPÍTULO I

FINALIDAD. DEFINICIONES. OBJETIVOS. PRINCIPIOS.

Artículo 1º.- Finalidad. La presente ley tiene por fin establecer el marco jurídico e institucional para el ejercicio del derecho a una asistencia sanitaria de calidad y segura para las personas usuarias, con un enfoque de derechos humanos, respetando la equidad de género, centrado en las personas y en las comunidades, mediante la transformación de las pautas culturales y la estructura organizacional; la mejora de las condiciones de práctica; la protocolización y jerarquización de los procesos de atención; la incorporación de herramientas tecnológicas adecuadas; la disminución de daños evitables y el cuidado del marco laboral de los trabajadores y trabajadoras de la salud en las instituciones sanitarias.

Artículo 2º.- Definiciones. A efectos de la interpretación y aplicación de la presente ley, se establecen las siguientes definiciones:

- a) Calidad de la atención sanitaria: Es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de contar con resultados sanitarios deseados, tanto para las personas usuarias, como para las comunidades. Una dimensión fundamental de la calidad de la atención sanitaria es la seguridad de la atención.
- b) Seguridad de la atención sanitaria: Es el conjunto de estructuras y procesos de una organización que reduce al mínimo la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al proceso de atención médica y, en el caso de su ocurrencia, genera las acciones necesarias para minimizar el impacto en las personas usuarias y el equipo de salud, de conformidad a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.
- c) Gestión de calidad: Es el ámbito de actuación sistematizado vigente en las instituciones u organismos de salud para impulsar la calidad y seguridad de la atención, controlar y prevenir los riesgos y promover los procesos de mejora, documentando las políticas, procesos y procedimientos necesarios para alcanzar, monitorear y sostener los resultados sanitarios deseados y los planes de mejora pertinentes.

- d) **Personas usuarias:** Son las personas, en las distintas edades vitales, que ejercen su derecho humano a la salud vinculados a la atención de la salud.
- e) **Procesos de evaluación de calidad y seguridad:** Son aquellos por los que se mide, certifica o acredita la calidad y seguridad de los servicios brindados, su oportunidad, eficiencia, efectividad y equidad.
- f) **Cultura de calidad y seguridad en salud:** Es el conjunto de valores, normas y creencias compartidos que interactúan en una organización de salud, y que alcanzan a las personas, su relación con las estructuras y los sistemas, generando normas de comportamientos compartidas que impactan y determinan los servicios de salud que brindan.
- g) **Incidente de seguridad:** Es un desvío del proceso de atención que pone en riesgo la seguridad de las personas pudiendo generar o no daño efectivo. Si el daño es efectivo se denomina evento adverso.
- h) **Evento adverso no evitable:** Se entiende por evento adverso no evitable la afectación de la salud de la persona, producida en el curso de su atención sanitaria, sin que hubiere mediado posibilidad de prevenirlo mediante un obrar diligente adecuado a reglas del ejercicio profesional o reconocidas buenas prácticas aplicables en el caso concreto.
- i) **Evento adverso evitable:** Se entiende por evento adverso evitable la afectación de la salud de la persona, producida en el curso de su atención sanitaria, habiendo mediado posibilidad de prevenirlo mediante un obrar diligente, oportuno y adecuado a reglas del ejercicio profesional o reconocidas buenas prácticas aplicables en el caso concreto.
- j) **Evento centinela:** Suceso imprevisto, fuera del curso esperable en la práctica médica, que causa la muerte, daño permanente o daño temporal derivado de la atención sanitaria
- k) **Prevención cuaternaria:** Conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica innecesaria.
- l) **Cultura justa:** Característica de las instituciones de salud, las cuales son responsables de los sistemas de atención diseñados, respondiendo así de forma imparcial a la conducta de las personas pertenecientes al equipo de salud. Esto implica diferenciar entre eventos que ocurren debido a conductas temerarias -requiriendo sanción disciplinaria- y los que ocurren debido a errores o conductas riesgosas - requiriendo cambios en los procesos, entrenamientos y la supervisión-. El resultado esperado es el aumento de la confianza para reportar los eventos adversos o centinela y la reducción al mínimo de la posibilidad de error.

Artículo 3º.- Objetivos. Son objetivos de la presente ley:

- a) Garantizar y monitorear en forma integral y eficaz el acceso de calidad en la atención sanitaria conforme los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud en todas las dimensiones de salud.
- b) Garantizar la disminución de las inequidades en salud.
- c) Promover la mejora continua de la calidad de atención en salud, centrada en las personas usuarias, las comunidades y la actividad normalizada y segura de los equipos de salud.
- d) Fomentar la toma de decisiones en salud sustentadas por la evidencia y

- las mejores prácticas, con centro en la persona y su autonomía de voluntad.
- e) Promover la estandarización de los procesos asistenciales en las instituciones de salud.
 - f) Promover instrumentos y dispositivos en la estructura orgánico-funcional tendientes a inculcar una cultura de calidad y seguridad de la atención, teniendo en cuenta a las personas usuarias, el personal de la salud, los gestores de establecimientos proveedores de servicios de salud y los dirigentes de las organizaciones sanitarias, que habiliten procesos de mejora continua de las prácticas.
 - g) Mejorar la transparencia de la información referida a los procesos de atención sanitaria.
 - h) Promover la jerarquización de las tareas sanitarias con visión sistémica, generando programas de reporte de incidentes cuya confidencialidad se encuentre debidamente protegida.
 - i) Impulsar el desarrollo e implementación de protocolos de actuación y sistemas de auditoría y vigilancia, que disminuyan la posibilidad de ocurrencia de daños evitables en las prácticas de salud.
 - j) Fomentar procedimientos para la identificación y el análisis de riesgos relacionados con procesos sanitarios que resulten en daños prevenibles, a los fines de disminuir su incidencia futura en situaciones similares, incentivando su reporte para el aprendizaje.
 - k) Generar las condiciones que estimulen la confianza entre el equipo de salud y personas usuarias.
 - l) Incluir el modelo de cultura justa en las instituciones, que promueva el reporte de fallas y errores y su análisis transparente orientado a la mejora continua de los procesos.
 - m) Incentivar a los organismos e instituciones de salud a fin de que planifiquen e implementen procesos de inversión apropiados para garantizar las mejores condiciones en la atención de salud y el ejercicio profesional.
 - n) Promover la creación de espacios de participación ciudadana en la estructura orgánico-funcional de las instituciones de salud para asegurar el acceso a los derechos de las personas usuarias.
 - o) Posibilitar e incentivar la participación de las personas usuarias en el diseño y aplicación de iniciativas acerca de sus procesos de diagnóstico y tratamiento, tendientes a disminuir la aparición de eventos adversos relacionados con el cuidado de su salud.
 - p) Promover un trato humano, recíproco y centrado en las personas, entre trabajadores y trabajadoras de la salud y personas usuarias.
 - q) Promover el efectivo cumplimiento de los derechos de las personas usuarias de acuerdo a las leyes vigentes. Dar a conocer y estimular el cumplimiento adecuado de los deberes de las personas usuarias.
 - r) Impulsar la incorporación de contenidos asociados a la calidad de la atención y a la seguridad de las personas usuarias, de modo transversal, vinculados con la atención sanitaria, y promover la capacitación continua de los agentes de salud en esa materia.
 - s) Promover la gestión de calidad y la evaluación sistemática de los establecimientos de salud.

- t) Incorporar a los procesos de atención la prevención cuaternaria, para reevaluar críticamente la práctica clínica.

Artículo 4º.- Principios. La prestación de los servicios de salud se debe desarrollar bajo los siguientes principios:

- a) Calidad y Seguridad de la atención: La calidad y seguridad de la atención, teniendo en cuenta a la gestión de las instituciones, a las personas usuarias y al equipo de salud, debe entenderse como un tema de salud pública central en la agenda de las políticas sanitarias.
- b) Prevención: El funcionamiento integral del sistema de salud debe tener como relevante finalidad la de prevenir daños evitables, además de disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias.
- c) Trato: El comportamiento del equipo de salud debe atender a las necesidades clínicas y psicológicas de las personas usuarias, mediante un trato digno, humanizado y centrado en la persona y en las comunidades.
- d) Estandarización de procesos asistenciales: las instituciones de salud deben desarrollar sus actividades sistematizando los procesos asistenciales conforme directrices, protocolos, procedimientos, guías u otras herramientas desarrolladas a partir de la mejor evidencia disponible.
- e) Autonomía de la persona usuaria: La persona usuaria tiene derecho a recibir información sanitaria vinculada a su salud, de forma clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión; y a aceptar o rechazar un tratamiento, de conformidad con las regulaciones sanitarias aplicables.
- f) Ciudadanía sanitaria: Las personas usuarias del sistema sanitario deben entenderse como agentes activos, gestores y generadores de su salud. La relación entre las personas usuarias, profesionales y el sistema de salud debe tender a la construcción de conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva y desde la influencia que pueda llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias.
- g) Coproducción de salud: Las personas usuarias del sistema de salud deben contar con la posibilidad de adoptar un papel activo en las decisiones sobre su salud, a partir del intercambio de información con quien brinda atención sanitaria, políticas de autocuidado, formación, información y participación sanitaria.

CAPITULO II

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 5º.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente Ley debe ser definida por el Poder Ejecutivo.

Artículo 6º.- Funciones. Son funciones de la autoridad de aplicación:

- a) Fortalecer la rectoría y gobernanza en articulación con las

- autoridades sanitarias del sistema de salud.
- b) Promover la implementación de los procesos permanentes de calidad y seguridad de la atención sanitaria, brindando marcos de regulación sanitaria e instrumentos normalizados que impulsen los procesos de desarrollo de la calidad.
 - c) Desarrollar políticas y programas para la evaluación de calidad y seguridad de la atención.
 - d) Fortalecer la capacidad regulatoria en materia de calidad y seguridad de la atención.
 - e) Desarrollar consensos de políticas sanitarias en los ámbitos del Consejo Federal de Salud (COFESA) y el Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA) para fortalecer las regulaciones a nivel federal en calidad y seguridad de la atención sanitaria, como también sobre las profesiones, las especialidades y la fiscalización de calidad y seguridad de la atención en los servicios y entidades de salud.
 - f) Respalda y articular estrategias para la formación en la calidad y seguridad de la atención del equipo de salud, su protección y desarrollo, brindando herramientas para promover la formación permanente en las temáticas más relevantes, actuales y de innovación.
 - g) Conformar una Red Federal de Calidad y Seguridad Sanitaria, integrada por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, incluyendo los organismos bajo su órbita que a tal efecto establezca; los Ministerios de Salud provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y representantes de la Seguridad Social.

CAPÍTULO III

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 7º- Características mínimas. Las instituciones proveedoras de servicios de salud deben contar en su estructura con áreas que garanticen el cumplimiento de las siguientes acciones, en relación al acceso a derechos:

- a) Establecer protocolos de actuación del personal de salud, tendientes a la prevención de daños evitables.
- b) Implementar procesos estandarizados de atención, vinculados a la calidad, con monitoreo de indicadores y sus correspondientes auditorías y evaluaciones.
- c) Diseñar planes de auditoría de los sistemas de trabajo, de evaluación de las prestaciones individuales del servicio y monitoreo de indicadores de calidad y seguridad de las personas usuarias, para perfeccionar los sistemas y mejorar las prácticas.
- d) Disponer de un ámbito en donde se registren incidentes de seguridad, eventos adversos y/o eventos centinela, para su investigación y la consecuente adopción de medidas que eviten su repetición y garanticen el aprendizaje.
- e) Poner a disposición mecanismos tendientes a la presentación de quejas u objeciones sobre carencias y deficiencias en la prestación del servicio,

- sin temor a represalias, y su correspondiente análisis.
- f) Asegurar una dotación de personal de salud que satisfaga las necesidades del servicio y el bienestar del personal.
 - g) Instaurar una duración de los turnos y de las horas de trabajo del personal de la salud, que eviten su agotamiento físico o mental.
 - h) Prever medidas de protección del equipo de salud para salvaguardarlo de toda violencia o intimidación, ejercidas por razón de su labor.
 - i) Asegurar que existan dispositivos institucionales para personas usuarias, transversal a los servicios de la institución, que se encarguen de brindar toda la información necesaria a la persona usuaria para la gestión de su propia salud.
 - j) Promover la evaluación sistemática de los establecimientos de salud.

CAPÍTULO IV

REGISTRO UNIFICADO DE EVENTOS CENTINELA

Artículo 8º.- Implementación. La autoridad de aplicación debe implementar un Registro Unificado de Eventos Centinela (RUDEC), con el objetivo de registrar todo evento centinela, así como los resultados de la investigación de los mismos. La implementación debe realizarse en el marco del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), creado en la Resolución Ministerial 1048/14, o la que en el futuro la reemplace o modifique. La información recabada por el RUDEC debe encontrarse a cargo del área que determine la mencionada autoridad de aplicación.

Artículo 9º.- Reporte y registro. Las instituciones que brinden servicios de salud deben encontrarse registradas en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) de SIISA y reportar al RUDEC el evento centinela que se hubiese producido. Las instituciones y el RUDEC deben garantizar la confidencialidad de la información obtenida, tanto de las personas usuarias como del equipo de salud interviniente, de acuerdo a la Ley 25.326 de protección de datos personales.

Artículo 10º.- Investigación de eventos. La autoridad de aplicación debe implementar un sistema de inmediata investigación dirigida a determinar las causas del evento centinela que se hubiese producido. Los resultados de tales evaluaciones deben ser registrados en el RUDEC.

Artículo 11º.- Comunicación de investigaciones. El RUDEC debe divulgar los resultados de las investigaciones llevadas a cabo, mediante los canales que sean más eficaces, para incentivar el aprendizaje y prevenir la aparición de nuevos eventos. Además, debe realizar una evaluación anual de todos los eventos centinela registrados en las instituciones y divulgarlo por los mismos canales.

CAPÍTULO V

REGISTRO UNIFICADO DE SANCIONES E INHABILITACIONES

Artículo 12º.- Informe de medidas. Las autoridades encargadas del control

del ejercicio profesional del equipo de salud, deben informar la adopción de medidas disciplinarias a la Red Federal de Profesionales de la Salud (REFEPS), constituida por Resolución 2081/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, o la que en el futuro la reemplace o modifique.

Artículo 13º.- Registro y comunicación. El REFEPS debe registrar la información recibida por las vías previstas en el artículo precedente y transmitirla a las autoridades de todas las jurisdicciones en las que el profesional sancionado o inhabilitado estuviese matriculado, para que se dispongan las previsiones que correspondan.

Artículo 14º.- Disponibilidad de la información. La información referida a sanciones o inhabilitaciones del REFEPS debe estar disponible para la consulta de las autoridades encargadas de la matriculación de los profesionales de la salud y del control de su ejercicio profesional.

Artículo 15º.- Estadística anual. El REFEPS debe realizar una estadística anual con los indicadores más relevantes a su cargo, la que deberá ser elevada al Ministerio de la Salud de la Nación.

CAPÍTULO VI

CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

Artículo 16º.- Capacitaciones. El equipo de salud debe realizar capacitaciones periódicas en materia de seguridad y calidad de la atención sanitaria y legislación vigente vinculada a temáticas de acceso al derecho a la salud, independientemente del área y cargo en el que se desempeñe. La periodicidad de las capacitaciones y los contenidos mínimos e indispensables de cada una serán establecidos por la autoridad de aplicación.

Artículo 17º.- Programas de residencias. Los programas de residencias deben contener capacitaciones obligatorias en materia de seguridad y calidad de la atención sanitaria y legislación vigente vinculada a temáticas de acceso al derecho a la salud.

Artículo 18º.- Tiempos para capacitación. La autoridad de aplicación debe determinar la asignación de tiempos protegidos remunerados a los fines de garantizar la capacitación de los agentes de la salud en contenidos asociados a la cultura de la seguridad y la calidad de la atención.

Artículo 19º.- Comunicación y registro. La autoridad a cargo de las capacitaciones debe comunicar al REFEPS sobre su realización, para su registro.

CAPÍTULO VI

CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD PROFESIONAL Y DE LA CALIDAD DE LA

ATENCIÓN EN LAS INSTITUCIONES

Artículo 20°.- Certificación de condiciones. Es obligatoria la certificación de las condiciones físicas y el estado cognitivo y conductual de todos los profesionales de la salud, cada diez años a partir del momento de su matriculación, la cual debe:

- a) Ser expedida por el Ministerio de Salud de la Nación, o el que en el futuro lo reemplace.
- b) Encontrarse vinculada a las competencias o requerimientos específicos para las habilidades o prácticas de acuerdo a cada tarea profesional.

Las exigencias de esta certificación deben ser establecidas por la autoridad de aplicación, de acuerdo a lo mencionado en el inciso b, evaluando las necesidades que impongan las especialidades que se ejerzan.

Artículo 21°.- Comunicación y registro de certificación. Las autoridades que tengan a su cargo las certificaciones de especializaciones de los profesionales de la salud, deben comunicarlas al REFEPS, para su registro.

Artículo 22°.- Revalidación. Las autoridades certificadoras de especialidades de los profesionales de la salud, deben implementar un sistema para revalidar las certificaciones cada diez años. La revalidación será obligatoria para mantener vigente la especialización certificada. La autoridad de aplicación debe determinar los tiempos y los modos de ejecución de las revalidaciones.

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

Artículo 23°.- Comunicación y registro de revalidación. Las revalidaciones de especialidades y certificaciones periódicas previstas en los artículos precedentes, deben ser comunicadas al REFEPS para su registro.

Artículo 24°.- Profesionales habilitados. Las instituciones que brinden servicios de salud no pueden ofrecerlos sino a través de profesionales de la salud que se encuentren habilitados para desarrollar la especialidad correspondiente al servicio ofrecido, y que hayan dado cumplimiento a lo previsto en los artículos anteriores.

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

Artículo 25°.- Métodos de selección del personal. Las instituciones de salud deben contar con métodos de selección transparentes y equitativos para la selección e incorporación de su personal.

Artículo 26º.- Estándares mínimos. La autoridad de aplicación debe establecer un marco de estándares mínimos que garanticen procesos de certificación y revalidación de calidad de las instituciones de salud, alineados con los objetivos de seguridad de la atención previstos en la presente ley.

CAPÍTULO VII

PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

Artículo 27º.- Semana de la Seguridad de la atención. Las instituciones de salud deben dedicar anualmente la semana del día 17 de septiembre, instituido por la Organización Mundial de la Salud como Día Mundial de la Seguridad del Paciente, para desarrollar temas que propendan a generar la cultura de la seguridad en el diseño y la prestación del servicio de salud.

Artículo 28º.- Participantes. Se debe promover la participación de sociedades científicas, instituciones académicas y de investigación, organizaciones, funcionarios, equipo de salud, personas usuarias y representantes de la comunidad, para compartir experiencias y lecciones aprendidas que hayan mejorado sistemas y prácticas asistenciales.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 29º.- Adhesión. Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley; como también al sistema de seguridad social en el ámbito de sus competencias.

Artículo 30º.- Reglamentación. La presente ley debe ser reglamentada en un plazo que no puede superar los 180 días, contados a partir de la promulgación.

Artículo 31º.- El gasto que demande el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley debe contemplarse en el Presupuesto General de la Administración Pública con destino al Ministerio de Salud.

Artículo 32º.- De forma. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Diputada Nacional Mónica Macha

FUNDAMENTOS

Sra. Presidenta

La presente iniciativa tiene como objeto instituir el marco jurídico e institucional para el ejercicio del derecho a una asistencia sanitaria de calidad y segura para las personas usuarias y las comunidades.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la calidad de la atención sanitaria es imprescindible para lograr una cobertura sanitaria universal. Es necesario considerar la calidad de la atención en la medida en que los países se comprometen a brindar salud a toda la comunidad. Según este organismo, en los países de ingresos medios y bajos entre 5,7 y 8,4 millones de muertes se deben a una atención de calidad deficiente, lo que representa el 15% de las muertes en estos países.²

Un aspecto fundamental de la calidad de atención esta representado por la Seguridad de la atención. Los servicios de salud de calidad y seguridad representan a aquellos que comprueben ser eficaces, seguros, oportunos y eficientes, centrados en las personas, respetando preferencias, necesidades y valores individuales; cuenten con una articulación integrada para la continuidad de la atención y la mirada integral de la persona; sean promotores de la equidad, el acceso y la innovación en salud; se encuentren acordes a requerimientos bioéticos, en consonancia con cuidados de salud calificados, humanizados y sin discriminación; se encuentren en proceso de mejora continua, medible e informada; desarrollen procesos de formación permanente; incluyan la voz de las personas usuarias y las comunidades, como también la de los equipos de salud, en los objetivos de mejora y acciones implementadas en calidad y seguridad de la atención; realicen acciones de evaluación de la calidad y seguridad de la atención.

La medicina tiene como principio básico "Primero no dañar" sin embargo es un hecho que la ocurrencia del "error" está dada en las dinámicas de las conductas humanas. "Errar es Humano"³ es una publicación del año 1999 del Instituto de Medicina de los Estados Unidos donde por primera vez se informan las muertes producidas como resultado de errores médicos⁴. En 2017, el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) agrega que 1 de cada 10 pacientes internados sufren Eventos Adversos (EA) durante la hospitalización, que la mitad de ellos son evitables y que en países de bajos y medianos ingresos las cifras son mayores.⁵

¹ Organización Mundial de la Salud (s/f). Calidad de la atención. Página web. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

² Organización Mundial de la Salud (2020). Servicios Sanitarios de Calidad. Página web. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

³ -Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. To Err is Human: Building a Safer Health System -PubMed - NCBI. National Academies Press (US); 2000.

⁴ . James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69

⁵ . Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at a National Level.; 2017.

En los hospitales de nuestra región (estudio IBEAS 2009) la prevalencia global de pacientes con eventos adversos fue del 10,5% y en nuestro país 12 %.⁶

El sistema de salud actual de nuestro país es fraccionado, tripartito, y se encuentra abrazando al Modelo Médico Hegemónico (MMH)⁷. El concepto de MMH fue acuñado por el antropólogo argentino Eduardo Menendez en la década del 70 y es el que opera dentro de las organizaciones de salud del país y del mundo. En el MMH Menendez describe cómo se reproduce el capitalismo sobre los sistemas de salud. Es así como la forma del SER/HACER confiere el PODER al médico/médica en su acción con las personas (pacientes, familias y/o resto de las disciplinas). Así se plasma la visión biologicista de la interpretación salud/enfermedad, la mercantilización de la salud y la deshumanización del cuidado, y son las que fundamentan la mecanización de las prácticas y la medicalización sistemática. El MMH dominante subestima la dimensión humana, la relación sujeto/sujeto y el rol de la persona sobre las decisiones que afectarán sus cuerpos y condiciones de vida. Al mismo tiempo responsabiliza de todo lo sucedido, deseado o no, al equipo de salud, invisibilizando las responsabilidades institucionales sobre sus culturas, la calidad de sus procesos, los niveles de acceso a derechos o barreras que impidan el ejercicio de los mismos en las organizaciones.

Es necesario hacer consciente el escaso o nulo nivel de autocrítica y reflexión sobre las propias conductas que produce acumulación de errores sistemáticos, la falta de registro hace que se arraiguen en hábitos culturales individuales y colectivos que impiden el aprendizaje para evitar la repetición de un error.

Los resultados generados con estas formas de organización tienen como consecuencia los EA y daños traducidos en: altas tasas de infecciones intrahospitalarias (multirresistencia antimicrobiana y baja tasa de adherencia al lavado de manos), extubaciones no planificadas, desnutrición intrahospitalaria, falta de tasa de laparotomías en blanco, ausencia de indicadores de fidelización ambulatoria, lesiones por presión generadas por falta de cuidado, altas tasas de cesáreas en nuestro país, altos porcentajes de episiotomía en mujeres primigestas, bajos niveles de acceso a métodos anticonceptivos de larga duración, baja esperanza de vida de personas trans, escasa sistematización de información sobre violencia de género. Sumado a esta situación, los trabajadores y las trabajadoras del sistema de salud acumulan desgaste y desmotivación dadas por las condiciones laborales y por las inescrupulosas remuneraciones. Todo esto se refleja en indicadores existentes como son las encuestas de satisfacción, las evaluaciones de clima laboral, los análisis de evento centinela, la medición sistemática de indicadores de calidad.

En este contexto, tampoco existe conciencia en la ciudadanía acerca de las complejidades del sistema de salud y se cree que el ámbito sanitario es un lugar seguro. Estas son las puertas de acceso de las personas donde se materializa su atención sanitaria y se concretan los marcos normativos. Cada

⁶ Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica.; 2010. [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME_GLOBAL_IBEAS.pdf).

⁷ <http://isco.unla.edu.ar/pasaje-lxs-maestrxs/eduardo-menendez>

institución tiene su propia cultura organizacional, allí habitan simultáneamente escenarios de responsabilidades, necesidades y derechos individuales y colectivos.

Por otra parte, las acreditaciones y certificaciones de establecimientos de salud dependen de evaluadores externos. Muy pocas organizaciones pueden asumir el costo y además no confieren beneficios reales ya que son voluntarias, y opcionales.

La insolvencia del sistema de salud actual no puede financiarse porque eleva exponencialmente los requerimientos de tecnologías, y medicalización. Esto incrementa las desigualdades y brechas, y haciendo más evidente el contraste entre quienes poseen el dinero y quiénes no. Esto evidencia la necesidad de que tomemos conciencia de que NO ESTAMOS HACIENDO LAS COSAS BIEN sino como podemos.

Para mejorar los resultados se requiere de inversiones concretas que tengan en cuenta las desigualdades de acceso al mercado e incidir sobre las inequidades de la organización del sistema de salud actual

Por eso es necesaria una Ley de Calidad y Seguridad de la atención sanitaria donde el debate legislativo y la convivencia democrática habiliten discutir el PODER establecido por el MMH actual y posibiliten la distribución equitativa de recursos para

Promover la creación de espacios de participación ciudadana, en la estructura orgánica funcional de las organizaciones, que empodere a los usuarios del sistema de salud con enfoque de atención centrado en las personas y las comunidades

Potenciar el cambio de la cultura organizacional contemplando la perspectiva de los usuarios del sistema de salud incidiendo en los convenios colectivos de trabajo, el plan médico obligatorio y en las habilitaciones reglamentarias.

Promover herramientas que permitan afianzar un modelo de cultura justa en las instituciones, que ante un evento adverso distinga las acciones en el espectro desde las no punitivas ante el error involuntario y las sanciones ante los comportamientos problemáticos.

Garantizar la adhesión de los establecimientos de salud donde se desarrollan las prácticas asistenciales a las "Herramientas para la autoevaluación buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud"⁸ ya que es un recurso disponible de fácil acceso y sin costo adicional que permite iniciar a cada institución su propio proceso de mejora.

Bibliografía

Diputada Nacional Mónica Macha

⁸ (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/351107/res1744-1.pdf>)