

ARTÍCULO

Dimensión económica de la seguridad del paciente en organizaciones de salud: implicancias para la práctica médica en el Perú

La seguridad del paciente ha transitado desde una narrativa centrada en el error individual hacia un marco sistémico que reconoce fallas latentes en procesos, cultura, liderazgo y modelos de financiamiento. Comprender su dimensión económica no es un asunto accesorio para los médicos: es un determinante del valor clínico, de la sostenibilidad del sistema de salud y de la confianza social en la profesión.

En el Perú, pese al crecimiento económico sostenido de las últimas dos décadas, el gasto sanitario sigue siendo comparativamente bajo y altamente ineficiente en su asignación. Los eventos adversos y la no calidad constituyen costos evitables que restringen recursos escasos, deterioran los resultados clínicos y amplifican la carga económica para pacientes, instituciones y profesionales.

Este artículo analiza los mecanismos de pérdida clínica y financiera derivados de la atención insegura y propone oportunidades de mejora desde la perspectiva del médico como nodo de mayor influencia en el ciclo de atención.

Evolución del concepto y evidencia económica global

Hasta finales del siglo XX, los errores en salud se interpretaron como fallas atribuibles a individuos. La ausencia de sistemas de reporte, el temor a sanciones y la cultura de ocultamiento hicieron que el problema fuera subestimado y estadísticamente invisible. El hito que reconfiguró el campo fue el informe *To Err is Human* (IOM, 1999), que estimó entre 44,000 y 98,000 muertes anuales prevenibles en hospitales de EE. UU., con pérdidas directas de 17 a 29 mil millones de USD por año. Estudios posteriores elevaron estas cifras a 195,000 muertes evitables (2004), reforzando que el daño era consecuencia de fallas sistémicas, no de incompetencias personales.

En la década siguiente, organismos multilaterales y agencias nacionales impulsaron la seguridad como política pública. La OMS consolidó campañas globales y estimó que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufre daño prevenible. La OCDE cuantificó que los eventos adversos consumen aproximadamente el 13% del gasto hospitalario en países desarrollados y que su costo global supera los 606 mil millones de USD por año, además de frenar el crecimiento económico anual en 0.7% por pérdida de productividad. Los errores de medicación generan pérdidas de 42 mil millones de USD anuales.

La serie *The Economics of Patient Safety* (OCDE, 2017–2024) demuestra que la inversión en seguridad genera retornos de 3 a 6 veces el capital inicial y que los sistemas con mayor madurez en gestión del riesgo reducen complicaciones, reintervenciones, infecciones, litigios y prácticas defensivas, al tiempo que mejoran los resultados funcionales y confianza social.

El marco de atención basada en valor, formalizado por Michael Porter, posicionó el indicador correcto de desempeño: efectividad clínica por dólar gastado en el ciclo completo de atención. Porter definió el valor como: resultados clínicos que importan al paciente / costos de lograr dichos resultados en el ciclo completo, subrayando que producir más servicios no equivale a generar más valor; por el contrario, la variación injustificada, la duplicidad diagnóstica y el daño prevenible son las fuentes reales del desperdicio sanitario.

Jerarquía de resultados clínicos y costos de la inseguridad

El modelo jerárquico de resultados de Porter (2010) establece 3 niveles: (1) estado de salud alcanzado (sobrevivencia y grado de recuperación), (2) proceso de recuperación (tiempo de retorno a la funcionalidad y complicaciones del tratamiento), y (3) sostenibilidad de la salud (durabilidad de la recuperación, recurrencias y daño inducido por el tratamiento).

La atención insegura impacta negativamente en los 3 niveles: reduce la probabilidad de recuperación completa, prolonga el tiempo hasta la funcionalidad y aumenta secuelas, recurrencias y costos totales del ciclo de atención.

El daño prevenible también genera un costo oculto sobre los profesionales: el fenómeno de la “segunda víctima”, que incrementa ansiedad, depresión, burnout, rotación laboral, ausentismo y probabilidad de nuevos errores inducidos por fatiga. La inseguridad asistencial no solo produce pérdidas económicas directas, sino también costos indirectos que erosionan la productividad clínica real, restringen capacidad instalada (camas, tiempo médico, presupuesto operativo efectivo) y deterioran la confianza médico-paciente, un resultado crítico en sí mismo.

Perú: crecimiento macroeconómico y brecha de gerencia del valor clínico

Entre 2000 y 2024, el Perú multiplicó su PBI en 555%, el presupuesto público total en 767% y el presupuesto en salud en 1,046%, mientras que la población creció 29%. Aunque el incremento presupuestal en salud ha sido notable en términos nominales, su impacto clínico ha sido limitado por deficiencias de gerencia, variación injustificada de prácticas, duplicidad diagnóstica, fallas en coordinación asistencial y un modelo de financiamiento que prioriza la producción de servicios para la recuperación de la salud en lugar de la búsqueda de resultados clínicos, gestión del riesgo y enfoque en la prevención.

En este contexto, la seguridad del paciente no representa un costo adicional, sino la principal oportunidad de liberar recursos reales mediante la reducción de la no calidad.

La brecha peruana no es primariamente de falta de recursos, sino un problema de gestión de los mismos.

Mecanismos clínico-económicos de pérdida

Los eventos adversos producen pérdidas económicas con traducción clínica directa a través de 4 vías predominantes:

1. Prolongación de estancia hospitalaria: cada día adicional incrementa costos directos, riesgo de infecciones asociadas a la atención, deterioro funcional por desacondicionamiento físico, mayor uso de dispositivos invasivos, complicaciones tromboembólicas y retraso en la recuperación.

2. Reintervenciones y rescates clínicos tardíos: complicaciones quirúrgicas, infecciones y fallas en barreras de verificación elevan el costo del ciclo completo, aumentan riesgo de secuelas permanentes y duplican el uso de sala, anestesia, insumos críticos y tiempo médico, además de retrasar los resultados funcionales.

3. Errores de medicación y fármacos adicionales por complicaciones: aumentan gastos farmacológicos, riesgo de toxicidad renal/hepática, interacciones medicamentosas, mayor monitoreo, efectos iatrogénicos prevenibles y consumo innecesario de recursos de farmacia clínica.

4. Litigios, defensas legales y costo reputacional: incrementan primas de seguros, gastos de defensa institucional, prácticas defensivas, sobreutilización de pruebas de bajo valor, retraso en decisiones terapéuticas por temor al error, y pérdida de confianza médico-paciente, con menor adherencia terapéutica y mayor probabilidad de readmisiones.

Estas pérdidas reducen el valor clínico porque consumen recursos que deberían estar disponibles para intervenciones de alto impacto, pacientes críticos y prevención del daño en fases tempranas.

Rol del médico como agente de cambio y líneas de acción de alto retorno clínico

El médico es el actor con mayor influencia conductual y decisional en el ciclo de atención. Su rol en la dimensión económica de la seguridad se materializa en liderazgo clínico del riesgo, comunicación efectiva, reducción de la variación injustificada y participación activa en la gestión del riesgo.

Se proponen 7 líneas de acción médicamente accionables y con impacto clínico-económico demostrable:

1. Adopción, co-creación y cumplimiento de protocolos clínicos estandarizados, priorizando condiciones de alto volumen y alto riesgo, con auditoría de adherencia y retroalimentación basada en resultados.

2. Rondas de seguridad interdisciplinarias, integrando enfermería, farmacia, cirugía y gestión del riesgo, usando checklists quirúrgicos, conciliación medicamentosa, verificación de identidad y barreras de seguridad activa.

3. Reporte sin culpa y aprendizaje clínico centrado en fallas del sistema, usando conferencias de morbilidad-mortalidad para análisis causal sistémico, sin focalizar en individuos, sino en procesos y barreras ausentes o ineficaces.

4. Gestión clínica de la carga laboral y fatiga, promoviendo micro-pausas, redistribución de tareas, identificación de pacientes en riesgo de deterioro temprano y escalamiento precoz antes del daño.

5. Comunicación de ciclo cerrado, especialmente en emergencias y quirófano, para reducir errores de interpretación, órdenes ambiguas y fallas de coordinación en momentos críticos.

6. Consentimiento informado verificable y verificación inequívoca del paciente antes de intervenciones, procedimientos y prescripciones, reduciendo eventos prevenibles derivados de identificación incorrecta.

7. Decisiones diagnósticas y terapéuticas basadas en valor clínico, evitando duplicidad injustificada de pruebas, sobreindicación defensiva, variación no sustentada en evidencia y retraso en decisiones terapéuticas por fallas de información.

El impacto clínico esperado incluye menor estancia, menos reintervenciones, menor toxicidad farmacológica inducida, mayor disponibilidad de camas para pacientes críticos, mejor funcionalidad post-alta, mayor adherencia terapéutica y menos readmisiones evitables.

En la dimensión económica, esto se traduce en liberación de recursos reales, mayor productividad clínica ajustada por valor y mejores resultados por dinero invertido en el ciclo completo.

Conclusión

La seguridad del paciente es un determinante del valor clínico y económico sostenible. La no seguridad es el verdadero costo agregado: restringe camas, amplifica complicaciones, consume presupuesto operativo efectivo y erosiona la confianza social en la profesión médica. En el Perú, el crecimiento macroeconómico de las últimas dos décadas demuestra que la brecha primaria no es de recursos absolutos, sino de gerencia clínica del riesgo, medición de resultados y reducción del desperdicio inducido por no calidad.

Los médicos son el nodo de mayor influencia en el ciclo de atención y, mediante liderazgo conductual, decisiones basadas en valor y comunicación de ciclo cerrado, pueden reducir la variación injustificada, prevenir daño y liberar recursos clínicos para quienes más lo necesitan. institucional, prácticas defensivas, sobreutilización de pruebas de bajo valor, retraso en decisiones terapéuticas por temor al error, y pérdida de confianza médico-paciente, con menor adherencia terapéutica y mayor probabilidad de readmisiones.

César Neves Catter

Director de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud de ESAN.

Director y consultor de empresas.

Referencias

1. Institute of Medicine. (1999). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press.
2. Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press.
3. Institute of Medicine. (2003). Patient safety: Achieving a new standard for care. National Academies Press.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. OECD Publishing.
5. Slawomirski, L., Aarssen, A., & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Publishing.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). The economics of patient safety 2024: Insights for resilient health systems. OECD Publishing.
7. World Health Organization. (2017). Medication without harm: WHO global patient safety challenge. WHO Press.
8. World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. WHO Press.
9. Panagioti, M., et al. (2018). Association between physician burnout and patient safety outcomes: Systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 178(10), 1317–1330.
10. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? The New England Journal of Medicine, 363, 2477–2481.
11. Porter, M. E. (2016). Value-based health care and the role of outcomes: Opportunities for the OECD. OECD Publishing.