

Estrategia en Seguridad del Paciente

Recomendaciones del Taller de Expertos
celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD

ESTRATEGIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Recomendaciones del Taller de Expertos
celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005**



**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO**



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

NIPO: 351-05-035-1

Depósito Legal: M-41338-2005

Imprime: RUMAGRAF, S.A.

Avda. Pedro Díez, 25. 28019 MADRID

Este documento, es el resultado del taller de expertos que convocado por la Agencia de Calidad tuvo lugar los días 8 y 9 de Febrero en dependencias del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las aportaciones que aquí se presentan responden de forma exclusiva a las OPINIONES Y REFLEXIONES que a título individual han sido emitidas por los expertos convocados, a los que la Agencia de Calidad, quiere agradecerles su esfuerzo y dedicación.

RELACIÓN DE EXPERTOS PARTICIPANTES

Abelló Somolinos, Carina	Lacasa, Carmen
Aibar Remón, Carlos	López Timoneda, Francisco
Alcalde Escribano, Juan	Lorenzo Martínez, Susana
Álvarez León, Eva Elisa	Martínez López, Francisco José
Antón García, José María	Minué, Sergio
Aranaz Andrés, Jesús María	Montalvo, Federico
Bañeres, Joaquín	Moracho del Río, Óscar
Bartolomé Ruibal, Antonio	Morales Santos, Ángel
Benito Anguita, Fernando	Pajuelo Morán, José Manuel
Bermejo Pareja, Rosa	Pardo Hernández, Alberto
Borrel, Fransec	Peiró Moreno, Salvador
Cárceles Guardia, Francisco	Pelayo, Santiago
Carreras Viñas, Mercedes	Pérez Trueba, Enrique
Colomer Mascaro, Jordi	Retuerto Boade, Margarita
García León, Francisco Javier	Rodríguez Escobar, José
Gestal Otero, Juan Jesús	Ruiz Ortega, José María
Gómez Casal, Francisco	Sacristán Rodea, Antonio
Guerrero Zaplana, José	Saturno Hernández, Pedro Jesús
Guirao, Ángel	Simón, José
Hidalgo Antequera, José Ramón	Suñol Sala, Rosa
Ichaso Hernández-Rubio, M. ^a de los Santos	

ORGANIZA

Ministerio de Sanidad y Consumo.
Agencia de Calidad.
Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad
Pilar Polo Sanz
Enrique Terol García
Jesús Casal Gómez
Eduardo Sierra Pérez
M.^a José García Díaz

METODOLOGÍA Y APOYO TÉCNICO

Escuela Andaluza de Salud Pública

Cecilia Escudero Espinosa	Sandra Pinzón Pulido
Ilyana Mendoza Castro	Diego Roderó Pulido
Almudena Millán Carrasco	Pablo Sánchez Villegas
Pilar Navarro Pérez	Carmen Valcárcel Cabrera

ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	12
RESUMEN EJECUTIVO	13
RESULTADOS	18
TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS	26
RECOMENDACIONES	31



INTRODUCCIÓN



La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%. A las consecuencias directas en la asistencia se suman sus repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y al propio dolor de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses. Esta información ha conducido a la comunidad a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes.

Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. De igual manera, se orientan las acciones a proporcionar a los pacientes los medios para que puedan notificar los errores de los que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlos.

En este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Pacien-

te, iniciativa en la que cuenta como socios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, y otros organismos¹.

Dentro de las acciones que propone esta Alianza se encuentran:

- *«Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada «Atención higiénica es atención más segura».*
- *«Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las «mejores prácticas».*
- *«Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos».*
- *«Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza».*

Algunos países han desarrollado ya estrategias para intervenir sobre este problema, proponiendo planes y medidas legislativas en la materia. Se han asumido también los retos en investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores, facilitando la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar los efectos adversos evitables en la práctica de la atención sanitaria.

Los elementos del sistema sobre los que la propia OMS ha recomendado trabajar prioritariamente, hacen referencia a la vigilancia de los medicamentos, al equipo médico y la tecnología.

Los programas que la Alianza tiene interés en poner en marcha en los próximos dos años:

- *Un programa de «Seguridad para el paciente en todo el mundo», que en 2005 y 2006 se centrará en las infecciones asociadas a la atención de la salud.*

¹ Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [En línea] http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm Consulta: 15/02/2005.

-
- *Un programa de «**Pacientes por la seguridad del paciente**», que fomente la participación de los pacientes, ya sea a título personal o agrupados en colectivos, en la labor de la Alianza.*
 - *Un programa de «**Taxonomía de la seguridad del paciente**» que sirva para armonizar los conceptos, principios, normas y términos utilizados para trabajar sobre el tema.*
 - *Un programa de «**Investigación para la seguridad del paciente**» destinado a elaborar un mecanismo de evaluación rápida que se utilice en los países en desarrollo y efectuar estudios mundiales de prevalencia de los efectos adversos.*
 - *Un programa de «**Soluciones para la seguridad del paciente**» que promueva las intervenciones ya existentes y coordine las actividades en el plano internacional para lograr que las nuevas soluciones se apliquen en la práctica.*

En la misma línea, el Comité Europeo de Sanidad en su 56.^a reunión celebrada en 2004² recomendó a los gobiernos de los Estados Miembros:

- *Asegurar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.*
- *Elaborar un marco político en materia de seguridad de paciente.*
- *Elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.*
- *Examinar la función de otras fuentes de datos existentes, como fuentes complementarias de información sobre la seguridad del paciente.*
- *Elaborar programas de educación para todo el personal de atención sanitaria afectado, incluidos los gestores, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de deci-*

.....
² Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.

siones clínicas y de gestión del riesgo, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente.

- *Cooperar en el plano internacional para construir una plataforma de intercambio recíproco de experiencias y aprendizaje en todos los aspectos de la seguridad de la atención sanitaria.*
- *Promover la investigación sobre seguridad del paciente.*
- *Confeccionar informes periódicos sobre las medidas tomadas en el país para mejorar la seguridad del paciente.*
- *Tomar para tal fin, siempre que sea viable, las medidas presentadas en el informe Rec(2004) del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria.*

El Comité Europeo de Sanidad reconoce distintos elementos dentro de un enfoque sistémico de la prevención de riesgos en la asistencia sanitaria:

- Organización.
- Cultura de la seguridad.
- Evaluación de la seguridad.
- Fuentes de datos y sistemas de comunicación de incidentes.
- Factores humanos.
- Facultades de pacientes y participación de ciudadanos.
- Educación para la seguridad del paciente.
- Programa de investigación.
- Marco jurídico.
- Aplicación de la política de seguridad del paciente.



FUENTE: Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.

Con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios en España, detectar puntos críticos y proponer estrategias de intervención, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo convocó un taller de expertos en Madrid, los días 8 y 9 de febrero de 2005.



OBJETIVOS



Los objetivos propuestos para el taller de expertos se concretaron como se detalla a continuación:

1. Identificar los **PROBLEMAS** del Sistema Nacional de Salud en materia de seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios desde la perspectiva de cada uno de los expertos.
2. Identificar y priorizar los **PUNTOS CRÍTICOS** en materia de seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios.
3. Identificar **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN** en seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios, valorando su importancia y viabilidad, para orientar la implementación y el desarrollo de políticas en este marco.



RESUMEN EJECUTIVO



El principio clásico «*primum non nocere*», es en la actualidad aún más pertinente que en la época de Hipócrates, ya que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja, lo que entraña más riesgos potenciales. La existencia de múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados, pudiendo con ellos causar daño e incluso la muerte del paciente. Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los errores en la asistencia han conducido a organismos internacionales a reflexionar sobre la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios y a desarrollar recomendaciones acerca de la prevención de los efectos adversos en la atención sanitaria y la formulación de estrategias en este ámbito, tal como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que promueve la Organización Mundial de la Salud. Enfatizando que las estrategias de seguridad, y sus sistemas deben incluir acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los efectos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, aprendizaje de los errores y la difusión de las lecciones aprendidas.

En este contexto, y con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios en España, así como detectar puntos críticos y proponer estrategias de intervención, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo convocó un taller de expertos en Madrid, los días 8 y 9 de febrero de 2005, cuyos objetivos específicos fueron:

- **Identificar los problemas** del Sistema Nacional de Salud en materia de seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios desde la perspectiva de cada uno de los expertos.
- Identificar y **priorizar los puntos críticos** en materia de seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios.
- **Identificar estrategias de intervención** en seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios, valorando su importan-

cia y viabilidad, para orientar la implementación y el desarrollo de políticas en este marco.

Para alcanzar estos objetivos se utilizaron técnicas cualitativas muy estructuradas que favorecieran el consenso de los expertos, agilizando la concreción de acuerdos en períodos mínimos de discusión. La población de expertos se segmentó según la variable «ámbito profesional», obteniendo 6 perfiles: regulación, aseguramiento, gestión de instituciones, provisión de servicios y ámbito académico. Los expertos trabajaron en grupos simultáneos, siguiendo técnicas diferentes para cada uno de los objetivos.

El primer objetivo se alcanzó mediante la utilización de una dinámica de panel en la que se interrogó a los participantes para que identificaran los problemas que en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos.

El segundo objetivo se cubrió con una técnica de grupo nominal, detectando y priorizando los puntos críticos identificados.

El tercer objetivo se alcanzó a través de una técnica de grupo nominal adaptado, en el que además de identificar las estrategias de intervención a introducir en el Sistema Nacional de Salud en este ámbito, se priorizaron en función de los criterios de importancia (entendida como impacto de la estrategia para el SNS) y factibilidad (con los recursos y organización actuales, la viabilidad económica y la aceptabilidad social).

Los resultados obtenidos se presentaron al grupo al inicio de la sesión de debate y se enviaron en un informe preliminar de resultados en el que los problemas y estrategias se agruparon por categorías. Finalmente, los resultados se triangularon con la información proveniente de documentos publicados por organismos internacionales.

El 97% de los expertos participantes en el taller consideraron que el Sistema Nacional de Salud presenta problemas importantes o muy importantes que abordar en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios. Los problemas identificados hicieron referencia a los siguientes elementos:

- ✓ *organización,*
- ✓ *cultura,*

-
- ✓ *formación,*
 - ✓ *sistemas de información y registro,*
 - ✓ *evaluación,*
 - ✓ *el factor humano,*
 - ✓ *la participación ciudadana,*
 - ✓ *el marco jurídico,*
 - ✓ *la investigación.*

Dentro de los puntos críticos identificados, los que fueron considerados prioritarios por los expertos (mayor puntuación media y menor desviación típica) fueron:

- Aportar formación desde un ejercicio de cultura de seguridad en el personal sanitario ($\chi=9,13$; $\delta=1,31$).
- Falta conocer y dar a conocer la verdadera dimensión del problema ($\chi=9,11$; $\delta=0,59$).
- Incorporar indicadores de seguridad a la evaluación de los Servicios Sanitarios (Procesos) ($\chi=9,00$; $\delta=0,75$).
- Formación e información sobre la existencia de riesgos (población y personal Sanitario) ($\chi=8,75$; $\delta=1,31$).
- Incentivar desde el SNS la puesta en marcha de sistemas homologados para la identificación y gestión de riesgos con la participación de profesionales, usuarios y gestores ($\chi=8,25$; $\delta=1,44$).
- Déficit formativo de actitudes de profesionales: los buenos médicos nunca se equivocan; los profesionales y los que enseñan ¡menos! nunca fallan; no se acepta la incertidumbre; no se tolera el error; no sabemos transmitir ni compartir la incertidumbre ($\chi=8,22$; $\delta=0,57$).
- Un cambio de enfoque no culpabilizador hacia los problemas de seguridad ($\chi=8,22$; $\delta=0,69$).
- Concienciación de los directivos y profesionales sobre la existencia de un problema de seguridad ($\chi=8,18$; $\delta=1,14$).

-
- Lograr la implicación de los profesionales asistenciales en la seguridad de los pacientes ($\chi=8,13$; $\delta=0,22$).
 - Déficit de circulación de información ($\chi=7,91$; $\delta=1,01$).
 - Disponer de tecnologías de información que ayuden a los clínicos a hacer las cosas mejor (recordatorios, etc.) ($\chi=7,75$; $\delta=1,06$).
 - Falta de controles de calidad en la asistencia sanitaria ($\chi=7,64$; $\delta=1,37$).

Del conjunto de estrategias de intervención propuestas por los expertos se seleccionaron las siete de cada grupo que obtuvieron el mayor puntaje para el criterio de importancia. Las 28 estrategias resultantes fueron valoradas y priorizadas por el conjunto de expertos. De esta forma, se obtuvieron como estrategias de intervención para acometer en el **corto plazo** (muy importante y muy factible):

- **Organización:** puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios; incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de profesionales; incorporar indicadores sobre seguridad a los contratos de gestión o similares que se puedan establecer; fomentar las sesiones críticas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos bien sean resultados personales o de la organización.
- **Sistemas de información y registro:** información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes.
- **Formación:** formación de grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en cada centro; financiar e incentivar la formación en seguridad en el personal sanitario.

Las estrategias de intervención propuestas para acometer en el **medio o largo plazo** (muy importantes y menos factibles) se centraron en:

- **Cultura:** sensibilización cultural de profesionales en prevención de riesgos.
- **Sistemas de información y registro:** implantar sistemas eficaces de notificación y planificación de medidas para su reduc-

ción; impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes; establecimiento de sistemas de información protegidos para la comunicación de los acontecimientos adversos.

- **Formación:** dar formación a directivos y personal sanitario sobre seguridad del paciente.
- **Evaluación:** establecer indicadores válidos y fiables para poder comparar situación y nivel de desempeño en materia de seguridad, en diferentes niveles organizativos del sistema.

En el debate final los expertos precisaron algunos aspectos que no aparecieron en los grupos de trabajo inicial y reforzaron las ideas relacionadas con los puntos críticos para el sistema, tales como:

- La necesidad de centrarse en las acciones para conseguir poner en marcha las estrategias propuestas.
- La importancia de acordar una taxonomía que homogenice conceptos, términos y principios en la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios.
- La importancia de la cultura, la sensibilización, la formación de profesionales y la participación de los ciudadanos.
- La necesidad de abordar los aspectos relacionados con la financiación.

Por otra parte, resaltaron las oportunidades de intercambio de conocimientos, intereses, puntos de vista y disciplinas profesionales que ofrecen este tipo de foros y reuniones.



RESULTADOS



PROBLEMAS Y PUNTOS CRÍTICOS

El análisis comparativo en relación a problemas y puntos críticos se encontraron los siguientes elementos similares:

- Ausencia de cultura de seguridad y calidad.
- Ausencia de información y sistemas de registro y análisis de incidentes.
- Resistencia y ausencia de compromiso en los distintos colectivos de profesionales (profesionales asistenciales y gestores).
- Falta de incorporación de rutinas de gestión de riesgos en la gestión global de la asistencia sanitaria.

Los elementos diferenciales entre los perfiles se concentran en: la visión desde de la organización sanitaria *vs.* la visión de los pacientes y ciudadanos. Los problemas identificados por los participantes, puede verse en la siguientes tablas.

TABLA 1. PROBLEMAS PRIORITARIOS PARA EL SNS EN SEGURIDAD DE PACIENTES Y GESTIÓN DE RIESGOS

PROBLEMAS IDENTIFICADOS
<ul style="list-style-type: none">• La insuficiente cultura acerca del reconocimiento de efectos adversos y de la necesidad de promover la investigación de sus causas.• Falta de diálogo médico/paciente y médico/abogado.• Ausencia de gestión de riesgos a ningún nivel de actuación.• La soledad del paciente y de sus familiares ante los resultados adversos (hermetismo del sistema).• Falta de participación de los pacientes, familiares e instituciones en la gestión del riesgo y calidad.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (continuación)

- La falta de cultura de seguridad-calidad y el desconocimiento/ desvinculación de directivos y profesionales con estos temas.
- No se utiliza la información existente (reclamaciones) para mejorar la seguridad.
- Falta de sensibilización de los directivos y los profesionales sobre la seguridad y gestión de riesgos: no analizan ni actúan de manera específica.
- Cuestión cultural.
- La falta de conocimiento del problema por parte de profesionales y pacientes.
- Los profesionales sanitarios, los ciudadanos y la sociedad en general no son suficientemente conscientes de la gran magnitud de los problemas de seguridad en la atención sanitaria.
- Falta de interés en identificar efectos adversos e introducir acciones de mejora por parte de todos los profesionales.
- Infecciones nosocomiales.
- Falta de información fiable sobre el problema que hace que el clínico no esté sensibilizado.
- Hay dificultades de comunicación entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos, no allanadas por la administración que impiden el reconocimiento de los posibles errores en las actuaciones sanitarias.
- Escasa o nula atención explícita al tema, dentro de la gestión rutinaria de las instituciones sanitarias.
- Infrautilización de cuidados efectivos en prevención secundaria de problemas cardiovasculares.
- Escaso compromiso real y permanente por parte de los gestores y de las autoridades por la mejora de la calidad y la seguridad.
- La variabilidad en la práctica clínica.
- La seguridad del paciente y los efectos adversos no se analizan, ni cuestionan utilizando una metodología científica.
- La ausencia de una cultura de identificación, gestión y prevención de riesgos.
- Ausencia de personalización en la toma de decisiones.
- Presencia de perfiles de prescripción no adecuada de alto riesgo.
- Falta de seguridad en el uso de medicamentos de especial riesgo por ausencia de controles de calidad en los circuitos.
- No existe una política de gestión de riesgos por parte de las autoridades.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (continuación)

- Resistencia por parte de los profesionales a participar en programas sobre seguridad de pacientes.
- Retrasos diagnósticos en enfermedades graves.
- Desconocimiento casi absoluto por parte de las unidades, servicios, organizaciones, etc. del concepto, metodología, herramientas, sobre gestión de riesgos.
- Se producen exitus por exceso de descoagulación en paciente con tratamiento anticoagulante crónico (concretamente cuando son intervenidos de urgencias).
- Existe un problema cultural, existe un ambiente culpabilizador, se tiende a ocultar y no registrar la información por cultura corporativa.
- Desconocimiento del SNS y de sus profesionales en relación con la magnitud, la tipología y las causas de los riesgos de los procesos que hacen que disminuya la seguridad de los pacientes.
- La presencia de efectos no esperados, relevantes y difíciles de explicar.
- Falta de dimensionamiento, evaluación y gestión del tema junto a resistencia de profesionales e instituciones.
- Falta de accesibilidad al sistema sanitario.
- Enfoque frecuente parcelar (ingreso hospitalario) sin desarrollo de sistemas de información en sincronía atención primaria-atención ambulatoria.
- Falta de información al paciente que repercute en la dificultad de exigir responsabilidades.
- Alejamiento (por distintas circunstancias) de los derechos y necesidades de los pacientes (responsable) en aras a los avances de la ciencia.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la información recogida en el taller sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

TABLA 2. PUNTOS CRÍTICOS EN SEGURIDAD DE PACIENTES Y GESTIÓN DE RIESGOS

PUNTOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS

- Ausencia de líneas estratégicas información e investigación.
- Déficit de circulación de información.
- Disponer de comisiones de gestión de riesgo en los hospitales.
- La falta de cultura de seguridad / calidad y por consiguiente el desconocimiento y/o desvinculación de los directivos y profesionales con estos temas.
- Ausencia de datos sobre cuales son los problemas y que magnitud tienen.
- Lograr la implicación de los profesionales asistenciales en la seguridad de los pacientes.
- Déficit Implicación de los profesionales (percepción errónea por parte de los profesionales sobre lo que es la seguridad clínica).
- Un cambio de enfoque no culpabilizador hacia los problemas de seguridad.
- Cambiar a una cultura no punitiva de gestión del error.
- Concienciación de los directivos y profesionales sobre la existencia de un problema de seguridad.
- Toma de decisiones personalizadas (Definir claramente las responsabilidades).
- Formación e información sobre la existencia de riesgos (población y personal Sanitario).
- Ningún gerente sin compromiso con la calidad y la seguridad.
- Disponer de un sistema de información sobre el desempeño de las organizaciones sanitarias en las áreas de calidad y seguridad
- Disponer de tecnologías de información que ayuden a los clínicos a hacer las cosas mejor (recordatorios, etc.).
- Falta conocer y dar a conocer la verdadera dimensión del problema.
- Déficit formativo de actitudes de profesionales: los buenos médicos nunca se equivocan; los profesionales y los que enseñan ¡menos! nunca fallan; no se acepta la incertidumbre; no se tolera el error; no sabemos transmitir ni compartir la incertidumbre.
- La aceptación por parte del profesional de que los efectos adversos deben ser estudiados para poder prevenirlos en el futuro. Aceptar el estudio de efectos adversos.
- Ausencia de legislación que proteja la información obtenida para mejorar.
- Falta de controles de calidad en la asistencia sanitaria.
- Dificultad en el procesamiento de la información en entornos de presión asistencial.

PUNTOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS (continuación)

- Falta de motivación / responsabilización del eslabón clínico.
- Exigir un sistema de competencias previo a actividades de riesgo profesional.
- Redefinir el perfil del profesional sanitario del siglo XXI, que sepa transmitir su conocimiento.
- Crear formación y cultura en el personal sanitario.
- Involucrar a los colectivos profesionales en la cultura de gestión de riesgos.
- Incentivar desde el SNS la puesta en marcha de sistemas homologados para la identificación y gestión de riesgos con la participación de profesionales, usuarios y gestores.
- El conocimiento de la magnitud, la extensión y la gravedad del problema.
- Adecuar la indicación/prescripción de fármacos anticoagulantes en pacientes crónicos a la evidencia científica disponible.
- Ausencia de personalización en la toma de decisiones.
- Incorporar indicadores de seguridad a la evaluación de los Servi. Sanitarios (Procesos).
- Contar con la publicación de los resultados adversos entre profesionales para su análisis.
- Falta de coordinación en el proceso asistencial: los momentos de interrelación profesional a lo largo de los procesos de atención: aspectos organizativos, roles, etc.; escasa sistematización de los procesos de atención.
- Carencia de especialistas en gestión de riesgos.
- Protocolizar las decisiones sanitarias.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la información recogida en el taller sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

ESTRATEGIAS

En cuanto a las estrategias, se aportan ideas relacionadas con la implantación de sistemas de comunicación de incidentes y sistemas seguimiento y evaluación de la seguridad de pacientes basados en indicadores.

TABLA 3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PROPUESTAS

- Implantar sistemas eficaces de notificación y planificación de medidas para su reducción.
- Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes.
- Formación de grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en cada centro.
- Formar especialistas en gestión de riesgos.
- Implementar una historia clínica informatizada que presente claramente los datos clave para la decisión clínica.
- Impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes.
- Despenalizar por efectos adversos al personal sanitario.
- Implementar un sistema de registro en materia de gestión de riesgos.
- Coordinación institucional entre las comisiones de gestión de riesgos y las de reclamaciones siempre que hubiera resultados adversos.
- Fomentar grupos de formación-información-acción multisocial (profesionales, gestores y políticos) en niveles descendentes.
- Formación directivos y profesionales para desarrollar un clima de seguridad.
- Mejorar sistemas de información y rediseño de procesos.
- Modelo de acreditación centrado en la seguridad del paciente.
- Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios.
- Creación y difusión a los profesionales médicos y jurídicos, de base de datos sobre acontecimientos adversos.
- Imputación de los costes derivados de las reclamaciones a los centros.
- Promover la decisión colegiada y el hábito de reflexionar en las situaciones difíciles.
- Convocatoria del SNS de proyectos de investigación en el ámbito de la seguridad para profesionales directamente en contacto con pacientes.
- Fomentar sesiones críticas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos bien sean resultados personales o de la organización.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PROPUESTAS (continuación)

- Cambio normativo para facilitar la comunicación de efectos adversos.
- Investigación sobre actitudes de todos los profesionales y determinantes del problema.
- Monitorización de los efectos adversos en los sistemas de información existentes.
- Sensibilización cultural de profesionales en prevención de riesgos.
- Establecer sistemas de vigilancia sobre la magnitud y características de los riesgos.
- Identificar los factores latentes que influyen en cada centro.
- Acometer campañas de información y sensibilización ciudadana sobre riesgos sanitarios.
- Establecer indicadores válidos y fiables para poder comparar situación y nivel de desempeño, en materia de seguridad, en diferentes niveles organizativos del sistema.
- Financiar e incentivar la formación en seguridad en el personal sanitario.
- Incorporar indicadores sobre seguridad a los contratos de gestión o similares que se puedan establecer.
- Creación de un centro/red de inteligencia que apoye la transformación de datos en información para la gestión clínica y sanitaria.
- Creación de un observatorio de ámbito estatal sobre seguridad y prevención de riesgos.
- Plan de inversiones en tecnologías de comunicación e información que dé servicio a la gestión, a la clínica y a los pacientes.
- Programa nacional de sensibilización sobre seguridad y prevención de riesgos dirigido a los centros sanitarios.
- Estudios sobre epidemiología de efectos adversos y difusión de resultados.
- Plan de marketing desde la agencia de calidad.
- Plan formativo pregrado y postgrado consensuado.
- Programa formativo para todos los profesionales basado en la efectividad de medidas preventivas.
- Programas desde el MSC de formación y gestión de riesgos.
- Registro nacional de efectos adversos.
- Campañas de publicidad dirigida a los ciudadanos sobre seguridad clínica.
- Dar formación a directivos y personales sanitarios sobre seguridad del paciente.
- Establecimientos de sistemas de información protegidos para la comunicación de acontecimientos adversos.
- Motivar a los profesionales sanitarios y directivos explicando las ventajas de la aplicación de controles de calidad.
- Constituir unidades específicas de gestión de riesgos en las instituciones.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PROPUESTAS (continuación)

- Formación de todo el personal del servicio por los líderes locales, previamente formados.
- Incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de profesionales.
- Incorporar programas de formación pregrado y postgrado.
- Reclutamiento y formación de líderes locales, a nivel prioritariamente de servicios o unidades de prestación de cuidados.
- Creación de un grupo estatal multidisciplinar que diseñe el sistema de gestión de riesgos, su consenso, implantación y sistema de evaluación para todo el SNS.
- Elaborar e implantar una guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tromboemólicas a nivel europeo.
- Establecimiento de un nuevo sistema de participación de los pacientes o sus instituciones en la gestión del riesgo.
- Implantar tecnología digital (programas de soporte a decisiones, alertas de riesgo, etc.) en los puntos de atención clínica a los pacientes.
- Introducir como criterio a valorar en los sistemas o modelos de carrera profesional el haber participado o participar en programas de gestión, mejora o disminución de riesgos clínicos y/o del entorno de las instituciones.
- Sistema de acreditación estatal y autonómico de centros y profesionales sobre gestión de riesgos incentivado.
- Fomentar el debate público sobre el error sanitario.
- Incentivar la elaboración de mapas de riesgos por centros.
- Difusión de resultados validados (externamente) a profesionales, instituciones y usuarios.
- Selección de indicadores de seguridad consensuados con los profesionales de cada proceso o procedimiento, de manera genérica (no en cada centro en particular).
- Formación pregrado sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgo a todos los estamentos profesionales.
- Difusión metodológica e intercambio de experiencias en gestión de riesgos.
- Registros homogéneos estableciendo mínimos.
- Explicar a los profesionales las ventajas de la gestión de riesgos.
- Identificar el perfil o tipo de información necesaria para los distintos niveles de ámbitos de profesionales y pacientes.
- Trasladar y hacer accesible eficientemente la información en materia de seguridad, desde donde se genere, hasta el último que la necesite.



TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS



Las estrategias propuestas por el conjunto de expertos cubren todas las áreas que propone el modelo de análisis del Comité Europeo de la Sanidad:

Organización

- Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios.
- Modelo de acreditación centrado en la seguridad del paciente.
- Plan de marketing desde la agencia de calidad.
- Difusión metodológica e intercambio de experiencias en gestión de riesgos.
- Formación de grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en cada centro.
- Imputación de los costes derivados de las reclamaciones a los centros.
- Incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de profesionales.
- Incorporar indicadores sobre seguridad a los contratos de gestión o similares que se puedan establecer.
- Constituir unidades específicas de gestión de riesgos en las instituciones.
- Elaborar e implantar una guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas a nivel europeo.
- Fomentar sesiones clínicas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos bien sean resultados personales o de la organización.
- Coordinación institucional entre las comisiones de gestión de riesgos y las de reclamaciones siempre que hubiera resultados adversos.
- Creación de un observatorio de ámbito estatal sobre seguridad y prevención de riesgos.

-
- Creación de un grupo estatal multidisciplinar que diseñe el sistema de gestión de riesgos, su consenso, implantación y sistema de evaluación para todo el SNS.
 - Sistema de acreditación estatal y autonómico de centros y profesionales sobre gestión de riesgos incentivado.
 - Introducir como criterio a valorar en los sistemas o modelos de carrera profesional el haber participado o participar en programas de gestión, mejora o disminución de riesgos clínicos y/o del entorno de las instituciones.

Cultura

- Despenalizar por efectos adversos al personal sanitario.
- Promover la decisión colegiada y el hábito de reflexionar en las situaciones difíciles.
- Programa nacional de sensibilización sobre seguridad y prevención de riesgos dirigido a los centros sanitarios.

Formación

- El MSC, por medio de la Agencia de Calidad, promoverá políticas de formación en Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos.
- A) Dirigidas a los Profesionales, tanto en un nivel básico, como de especialización, de un número determinado de profesionales, que hagan posible en todo caso la red básica de despliegue de la estrategia de seguridad.
- B) De formación de Pregrado: Dirigidas a todos los que se están formando en las distintas disciplinas sanitarias.
- C) Fomentar grupos de formación-información-acción multisocial (profesionales, gestores y políticos) en niveles descendentes.
- D) Se implementarán mecanismos específicos de formación dirigidas a los distintos agentes sociales objetivamente implicados en la seguridad de los pacientes.
- Formación directivos y profesionales para desarrollar un clima de seguridad.
- Sensibilización cultural de profesionales en prevención de riesgos.

-
- Motivar a los profesionales sanitarios y directivos explicando las ventajas de la aplicación de controles de calidad.
 - Explicar a los profesionales en las ventajas de la gestión de riesgos.
 - Dar formación a directivos y personales sanitarios sobre seguridad del paciente.
 - Formar especialistas en gestión de riesgos.
 - Financiar e incentivar la formación en seguridad en el personal sanitario.
 - Formación de todo el personal del servicio por los líderes locales, previamente formados.
 - Reclutamiento y formación de líderes locales, a nivel prioritariamente de servicios o unidades de prestación de cuidados.
 - Formación pregrado sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgo a todos los estamentos profesionales.

Evaluación

- Incentivar la elaboración de mapas de riesgos por centros.
- Establecer sistemas de vigilancia sobre la magnitud y características de los riesgos.
- Selección de indicadores de seguridad consensuados con los profesionales de cada proceso o procedimiento, de manera genérica (no en cada centro en particular).
- Establecer indicadores válidos y fiables para poder comparar situación y nivel de desempeño, en materia de seguridad, en diferentes niveles organizativos del sistema.
- Difusión de resultados validados (externamente) a profesionales, instituciones y usuarios.
- Monitorización de los efectos adversos en los sistemas de información existentes.

Sistemas de información y registro

- Registro nacional de efectos adversos.
- Registros homogéneos estableciendo mínimos.
- Mejorar sistemas de información y rediseño de procesos.

-
- Implantar sistemas eficaces de notificación y planificación de medidas para su reducción.
 - Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes.
 - Implementar una historia clínica informatizada que presente claramente los datos clave para la decisión clínica.
 - Impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes.
 - Creación y difusión a los profesionales médicos y jurídicos, de base de datos sobre acontecimientos adversos.
 - Establecimientos de sistemas de información protegidos para la comunicación de acontecimientos adversos.
 - Implementar un sistema de registro en materia de gestión de riesgos.
 - Identificar el perfil o tipo de información necesaria para los distintos niveles de ámbitos de profesionales y pacientes.
 - Trasladar y hacer accesible eficientemente la información en materia de seguridad, desde donde se genere, hasta el último que la necesite.
 - Implantar tecnología digital (programas de soporte a decisiones, alertas de riesgo, etc.) en los puntos de atención clínica a los pacientes.
 - Plan de inversiones en tecnologías de comunicación e información que dé servicio a la gestión, a la clínica y a los pacientes.
 - Creación de un centro/ red de inteligencia que apoye la transformación de datos en información para la gestión clínica y sanitaria.

Investigación

- Estudios sobre epidemiología de efectos adversos y difusión de resultados.
- Identificar los factores latentes que influyen en cada centro.
- Investigación sobre actitudes de todos los profesionales y determinantes del problema.
- Convocatoria del SNS de proyectos de investigación en el ámbito de la seguridad para profesionales directamente en contacto con pacientes.

Marco jurídico

- Cambio normativo para facilitar la comunicación de efectos adversos.

Ciudadanos

- Fomentar el debate público sobre el error sanitario.
- Campañas de publicidad dirigida a los ciudadanos sobre seguridad clínica.
- Acometer campañas de información y sensibilización ciudadana sobre riesgos sanitarios.
- Establecimiento de un nuevo sistema de participación de los pacientes o sus instituciones en la gestión del riesgo.








RECOMENDACIONES



Del conjunto de estrategias propuestas, se seleccionaron las 7 con mayor puntuación en el criterio de importancia en cada grupo y se elaboró un listado de 28 estrategias para que los expertos volvieran a valorar importancia y factibilidad de las mismas. Las estrategias seleccionadas fueron las siguientes.

Por razones de claridad expositiva y con la finalidad de que dicha recomendaciones puedan ser abordadas de una manera más operativa, se han agrupado en 5 categorías, que entendemos pueden reflejar de forma adecuada las opiniones de los expertos convocados:

Las categorías o ámbitos de agrupación son:

-  1. De las Organizaciones (O)
-  2. De la formación y la cultura (F)
-  3. De la Evaluación (E)
-  4. De los Sistemas de Información (S)
-  5. De la Investigación (I)

1. De las Organizaciones (O)

- Constituir Unidades específicas de gestión de riesgos en las Instituciones.
- Establecimiento de un nuevo sistema de participación de los pacientes o sus organizaciones en la gestión del riesgo.
- Plan de inversiones en tecnologías de comunicación e información que de servicio a la gestión, a la clínica y a los pacientes.
- Creación de un centro / red de inteligencia que apoye la transformación de datos en información para la gestión clínica y sanitaria.
- Incentivar actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de los profesionales.

2. De la formación y la cultura (F)

- Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios.
- Sensibilización cultural de los profesionales en prevención de riesgos.
- Financiar e incentivar la formación en seguridad del personal sanitario.
- Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes.
- Formación Pregrado sobre Seguridad de pacientes y gestión de Riesgos a todos los estamentos profesionales.
- Acometer campañas de información y sensibilización ciudadana sobre riesgos sanitarios.
- Formación de todo el personal del Servicio por líderes locales y previamente formados.
- Dar formación a Directivos y personal sanitario sobre seguridad de pacientes.

3. De la Evaluación (E)

- Creación de un grupo estatal multidisciplinar que diseñe el sistema de gestión de riesgos, su consenso, implantación y sistema de evaluación para todo el SNS.
- Modelo de Acreditación centrado en la Seguridad del Paciente.

4. De los Sistemas de Información (S)

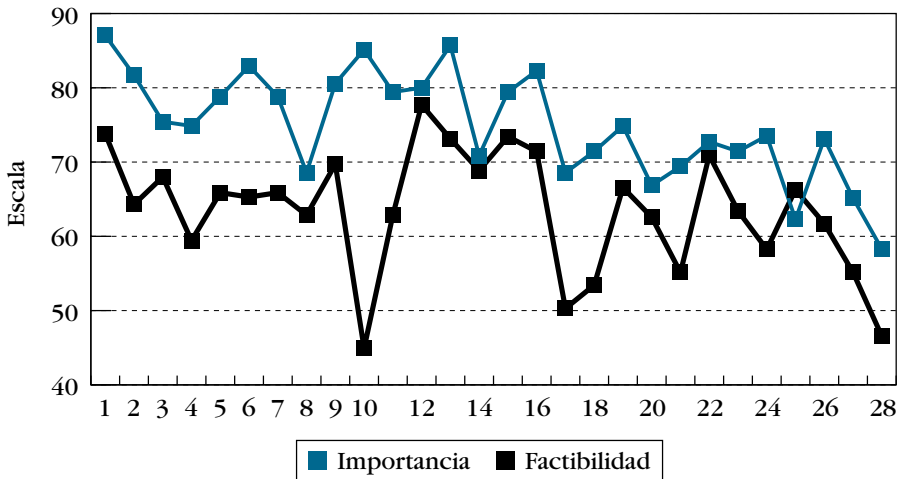
- Mejorar los sistemas de información y rediseñar los procesos.
- Impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes.
- Establecimiento de sistemas de información protegidos para la comunicación, notificación de acontecimientos adversos.
- Establecer indicadores válidos y fiables para poder comparar situaciones y nivel de desempeño, en materia de seguridad, y en los diferentes niveles organizativos del Sistema.
- Establecer sistema de vigilancia sobre la magnitud y características de los riesgos.

5. De la Investigación (I)

- Implantar tecnología digital (programas soporte a decisiones, alertas, etc.), en los puntos de atención clínica a los pacientes.
- Identificar los factores latentes que influyen en cada centro.

La valoración final de los expertos sobre las 28 estrategias propuestas se ve reflejada en el siguiente gráfico:

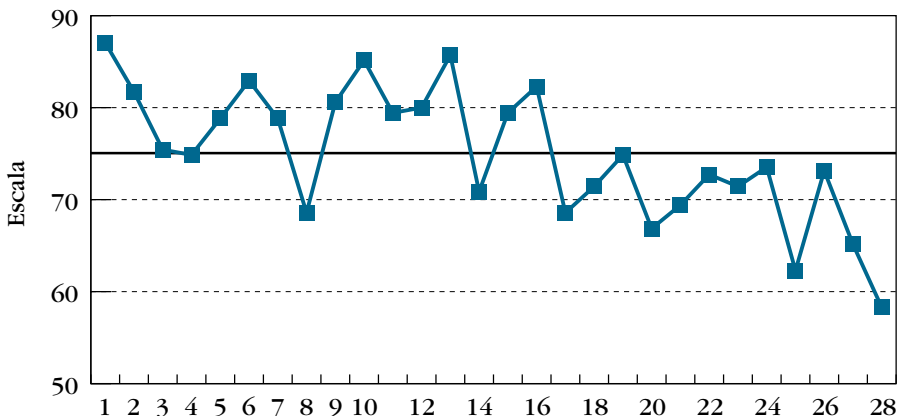
Estrategias de intervención



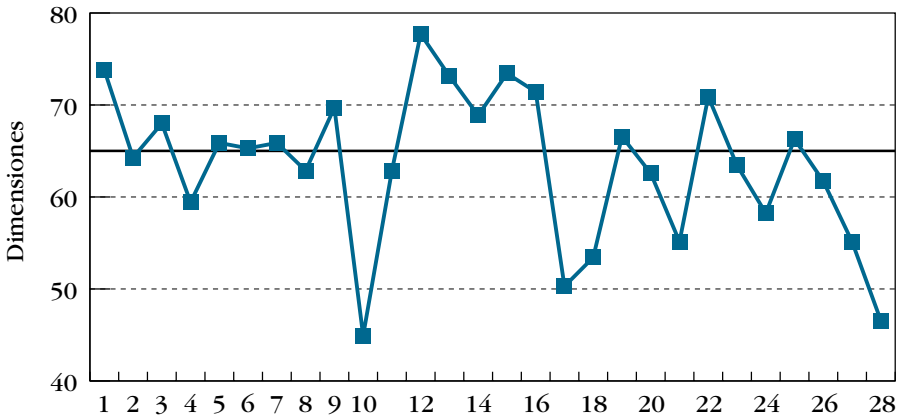
FUENTE: Elaboración propia a partir de la información recogida en el taller sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

Para la construcción de la matriz de priorización de las estrategias de intervención se utilizaron las medianas de importancia y factibilidad como punto de corte.

Importancia



Factibilidad



FUENTE: Elaboración propia a partir de la información recogida en el taller sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

La matriz de priorización quedó construida como aparece a continuación:

	Alta factibilidad	Baja factibilidad
Importancia alta	1, 3, 9, 12, 13, 15, 16	2, 5, 6, 7, 10, 11
Importancia baja	14, 19, 22, 25	4, 8, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28

FUENTE: Elaboración propia a partir de la información recogida en el taller sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

De esta forma, las estrategias de intervención propuestas para acometer en el **corto plazo** hicieron referencia a:

- **Organización:** puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios; incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de profesionales; incorporar indicadores sobre seguridad a los contratos de gestión o similares que se puedan establecer; fomentar las sesiones críticas de los servicios asistenciales sobre resul-

tados adversos bien sean resultados personales o de la organización.

- **Sistemas de información y registro:** información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes.
- **Formación:** formación de grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en cada centro; financiar e incentivar la formación en seguridad en el personal sanitario.

Las estrategias de intervención propuestas para acometer en el **medio o largo plazo** se centraron en:

- **Cultura:** sensibilización cultural de profesionales en prevención de riesgos.
- **Sistemas de información y registro:** implantar sistemas eficaces de notificación y planificación de medidas para su reducción; impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes; establecimiento de sistemas de información protegidos para la comunicación de los acontecimientos adversos.
- **Formación:** dar formación a directivos y personal sanitario sobre seguridad del paciente.
- **Evaluación:** establecer indicadores válidos y fiables para poder comparar situación y nivel de desempeño en materia de seguridad, en diferentes niveles organizativos del sistema.

**Calidad
y Evaluación
Sanitaria**

Planificación Sanitaria



**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO**

**SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD**

**AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD**