

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012



Depósito legal:

Edita: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Coordina: Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida

Diseño y Maquetación: AD-MEDIOS

Fotomecánica e impresión: EGRAF



La **seguridad del paciente** puede definirse como *“la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria”*. Aunque evitar el daño a los pacientes haya sido siempre un objetivo de los profesionales, lo cierto es que desde hace unos años, la seguridad del paciente constituye un elemento clave de la asistencia sanitaria, habiéndose convertido en una prioridad para la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Se trata de un componente fundamental y un aspecto básico a la hora de valorar hoy la calidad de la atención prestada. La razón es bien simple: los efectos adversos y no deseados, secundarios a esta atención, representan una importante causa de elevada morbilidad y mortalidad.

Los enormes avances en la práctica médica ocurridos en las últimas décadas, con la incorporación de nuevas tecnologías y de poderosas herramientas diagnósticas y terapéuticas, la han transformado en una actividad cada vez más compleja, no exenta de riesgos potenciales y que, con frecuencia, origina lesiones y daños a los pacientes, con importantes consecuencias para ellos, para el sistema sanitario y para la sociedad.

En diciembre de 1994 el profesor Lucian L. Leape publica en la revista JAMA un artículo seminal, que se ha convertido en un clásico: *Error in Medicine*. Apenas cinco años después, a finales de 1999, aparece el conocido informe del Institute of Medicine: *To Err is Human: Building a Safety Health System*. Desde entonces, la magnitud y el alcance del problema han sido puestos de manifiesto en numerosas investigaciones y estudios internacionales, habiéndose estimado que en algunos casos puede afectar a uno de cada diez pacientes hospitalizados.

Todo ello ha llevado a la propia Organización Mundial de la Salud, y a numerosos organismos internacionales como la OCDE, el Consejo de Europa, la Comisión Europea, y la mayoría de las autoridades sanitarias de muchos países, a la adopción y puesta en marcha de diversas iniciativas, estrategias y programas tendentes a reducir el impacto de estos efectos adversos. Cabe destacar entre todas ellas el lanzamiento de la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente** en octubre de 2004, a partir de una propuesta de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud. La Alianza considera que los usuarios de los servicios de atención de salud tienen una función importante que desempeñar, tanto en la gestión de los riesgos de su propia atención, como en la creación de sistemas de prestación de asistencia más seguros.

En línea con los planteamientos señalados, en septiembre de 2007, en una comparecencia ante las Cortes Regionales, el Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha se comprometió a la elaboración de un **Plan Estratégico de Seguridad del Paciente** cuyos principales objetivos son la mejora de la calidad asistencial, la mejora de los cuidados y la calidad de vida, y el incremento de la eficiencia del sistema sanitario.

La elaboración y puesta en marcha de este **Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012** responde pues a ese compromiso, al convencimiento y también a la inequívoca voluntad de los responsables, gestores y profesionales sanitarios del SESCAM de contribuir, junto a los propios pacientes, sus familias, las organizaciones y grupos de autoayuda, a poner en práctica y desarrollar una cultura responsable de seguridad y excelencia, que disminuya los riesgos de la atención sanitaria haciéndola más efectiva y de mayor calidad, merecedora de la confianza, reconocida y valorada por los ciudadanos.

Juan Alfonso Ruiz Molina

Director Gerente del SESCAM

La seguridad es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido a nivel internacional. Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias.

La seguridad del paciente alude a uno de los aspectos considerados clave en la asistencia sanitaria de nuestros días: la calidad de los cuidados y la seguridad clínica de las intervenciones sanitarias. Se trata de un tema que siempre ha estado presente entre los profesionales de la salud, pero que actualmente ha trascendido del ámbito profesional para ser objeto de debate también en el ámbito social, como se puede comprobar por las noticias difundidas en los medios de comunicación general. En el marco de la gestión de la calidad, la seguridad del paciente constituye hoy en día una de sus dimensiones más relevantes y se ha convertido en los últimos años en una de las prioridades en la asistencia sanitaria. Una asistencia cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia total de eventos adversos, pues se trata de una actividad en la que se combinan un gran número de factores inherentes al propio sistema con actuaciones humanas.

El principio clásico del «*primum non nocere*» es en la actualidad más pertinente que cuando se formuló originalmente, ya que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja, lo que entraña y conlleva esos mayores riesgos potenciales. Evitar estos daños es la principal causa que nos debe llevar a formular políticas de seguridad. Pero además, no debemos olvidar que los eventos adversos también producen un alto coste para el sistema sanitario: aumento del número de estancias hospitalarias, terapéutica para tratar el daño y sus secuelas, gastos de responsabilidad patrimonial por el error, etc.

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los eventos adversos en la asistencia sanitaria son de tal relevancia que han conducido a que la propia OMS, la OPS, el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa, el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como diversas agencias y organismos inter-

nacionales y Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas hayan propuesto y realizado acciones encaminadas a mejorar la seguridad de los servicios sanitarios para disminuir los eventos adversos.

Las acciones desarrolladas en este ámbito señalan que las estrategias de seguridad y sus sistemas deben incluir acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los eventos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, al aprendizaje de los errores y a la difusión de las lecciones aprendidas.

Mejorar la seguridad del paciente a través de acciones de prevención y de gestión de riesgos, ha sido, desde la creación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), una de sus líneas prioritarias recogidas en su Plan de Calidad. Desde 2005 el SESCAM ha venido poniendo en marcha y colaborando en diversos proyectos de seguridad de los pacientes en el marco de las políticas de calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, y durante 2006 se generalizaron distintos programas como el de identificación inequívoca de los pacientes, prevención de la infección nosocomial y vigilancia de la contaminación microbiológica en los hospitales, evaluándose los resultados y aplicando las conclusiones a la mejora de la seguridad en todas las Gerencias.

Además de las actuaciones anteriormente señaladas, desde el SESCAM se ha considerado necesario poner en marcha otras actuaciones en materia de seguridad del paciente. Para que estas actuaciones estén coordinadas adecuadamente se propuso la elaboración del presente **Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012**.

De acuerdo con el Decreto 140/2008, de 9 de septiembre, de estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos del SESCAM, corresponde a la Secretaría General la "elaboración y desarrollo del Plan Estratégico de Seguridad de los Pacientes."

El SESCAM es un servicio sanitario cada vez más efectivo que da solución a los múltiples y complejos problemas sanitarios existentes, y en el ámbito de la mejora de la calidad, lo primero que se debe lograr es disminuir la probabilidad de que aparezcan eventos adversos.

Rodrigo Gutiérrez Fernández

Secretario General del SESCAM

Índice ▶

1. INTRODUCCIÓN	13
2. METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN	17
3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	23
3.1. Análisis externo: entorno	23
3.2. Análisis interno	31
3.3. Análisis para la definición de estrategias	45
4. VISIÓN DEL SESCOAM EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	47
5. ESTRATEGIA Y MAPA ESTRATÉGICO	49
5.1. Marco estratégico de partida	49
5.2. Perspectivas del mapa estratégico	50
5.3. El mapa estratégico del plan de seguridad del paciente	53
5.4. Enfoque hacia la implantación	56
6. RESUMEN DE LAS ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN	59
7. ACTUACIONES DEL PLAN	61
7.1. Estrategia I. Análisis de la situación	61
7.2. Estrategia II. Mejora del conocimiento	62
7.3. Estrategia III. Definición de recursos propios de seguridad del paciente	63
7.4. Estrategia IV. Despliegue y gestión del Plan	64
7.5. Estrategia V. Aplicación de prácticas seguras	66
7.6. Estrategia VI. Fomento de la cultura de la seguridad del paciente	76
7.7. Estrategia VII. Información sobre la aparición y magnitud de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Sistemas de intervención	78

8. IMPLANTACIÓN DEL PLAN.....81

9. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PLAN.....83

ANEXOS.....85

Anexo 1. Glosario de términos87

Anexo 2. Declaraciones de los profesionales y de los pacientes por la seguridad del paciente91

1. INTRODUCCIÓN

Diariamente, en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) miles de personas son tratadas con éxito y, en su práctica totalidad, de forma segura. Pero debe tenerse en cuenta que los adelantos científicos y tecnológicos de las últimas décadas han creado un sistema sanitario de enorme complejidad cuyas actuaciones conllevan riesgos. La experiencia demuestra que las cosas pueden ir mal y que los eventos adversos derivados de la atención sanitaria afectan, y afectarán en el futuro, a nuestro sistema sanitario a pesar de la dedicación y el buen hacer de los profesionales. Por ello, es necesario abordar el tema de manera planificada para que en las actuaciones sanitarias se tenga presente dónde pueden existir deficiencias y proponer medidas correctoras que disminuyan la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

En el momento actual, la preocupación por la seguridad en la atención de los pacientes debe ser uno de los aspectos esenciales en cualquier organización sanitaria que quiera ofrecer una atención de calidad, ya que la seguridad es una de las dimensiones clave de ésta, un componente básico que debe ser considerado de forma transversal.

La seguridad del paciente se considera hoy día una prioridad en cualquier sistema sanitario, sobre todo desde que en 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM) publicara en su informe *"To err is human: building a safer health system"* que entre 44 y 98 mil personas mueren cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de errores que podrían haberse evitado.

Diferentes estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos. En el año 2002, el Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa, estimó que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufrió daños que se pudieron evitar y eventos adversos ocasionados por los cuidados recibidos. En España, la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, estimada en el estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos en pacientes hospitalizados) de 2005, fue del 9,3%, de los que casi el 42,8% se podrían haber evitado. Por su parte, el estudio nacional de eventos adversos en atención primaria (APEAS) de 2007 concluye que el 10,1 por mil de los pacientes que acuden a la consulta sufre un evento adverso. Asimismo, el estudio de prevalencia EPINE, que se realiza anualmente desde el año 1990, señala una prevalencia de infección nosocomial en los hospitales españoles del 7% en 2007.

Toda esta información ha conducido a los responsables de los servicios sanitarios, junto con la comunidad científica, a una intensa reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces y

contrastadas que permitan reducir el creciente número de eventos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones sobre la vida de los pacientes.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español no es ajeno al interés de mejorar la seguridad de los pacientes que son atendidos en los centros sanitarios. De aquí que el Ministerio de Sanidad y Consumo haya situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias, como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, y lo haya reflejado en la Estrategia número ocho del Plan de Calidad para el SNS. En dicha estrategia se plantea la promoción de acciones de mejora en tres áreas: cultura e información sobre seguridad del paciente, desarrollo de sistemas de información sobre eventos adversos y promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales.

Como elemento vertebrador de la cultura organizativa, el SESCAM se plantea un compromiso con la calidad y la seguridad ya en la propia definición de su Misión: “conseguir una organización de servicios sanitarios públicos moderna y de vanguardia, que se caracterice por la innovación y la calidad del servicio global (medicina, enfermería, servicios auxiliares, hostelería), por la precisión en el diagnóstico y en el tratamiento, por la seguridad, cercanía y agilidad...”.

Los ciudadanos deben ser el centro del sistema, y las actuaciones sanitarias a ellos dirigidas deben estar impregnadas de los principios de calidad, información, participación y, por encima de todo, de procedimientos seguros. Se trata de un derecho básico de los ciudadanos teniendo siempre presentes los principios de atención al usuario. En esta línea, el Plan de Calidad del SESCAM plantea la calidad del servicio sanitario desde un concepto integral que debe “situar al usuario en el centro de sus acciones, respondiendo a sus necesidades y evitando los riesgos que, desde unas intervenciones de gran complejidad, pudiera sufrir (seguridad del paciente)”.

Las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada a través de los dispositivos existentes en materia de calidad asistencial en los centros sanitarios del SESCAM, integrados en las Oficinas de Calidad Asistencial y Atención al Usuario (OCAUs), han de propiciar y facilitar la implementación de actividades propias de una atención segura, siguiendo la línea que ya se ha venido realizando mediante diversas iniciativas basadas en la mejor evidencia científica en este campo.

Sin duda, existen obstáculos que hay que salvar para alcanzar los objetivos propuestos. Tanto en el informe del IOM como en los restantes estudios mencionados, los expertos coinciden en señalar que es necesario conseguir un consenso entre profesionales sanitarios, políticos, proveedores y ciudadanos que permita instaurar una cultura del conocimiento y análisis de los errores para implementar acciones que conduzcan a una atención sanitaria más segura. Teniendo en cuenta estas valoraciones, las organizaciones sanitarias internacionales recomiendan a los diferentes gobiernos, que sitúen la seguridad del

paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes en aspectos tales como la promoción de la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes y la formación de los profesionales en el análisis de causas para prevenir errores, así como procurar una atención sanitaria más higiénica como el mejor modo de prevenir infecciones.

El Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SESCAM pretende ser uno de los pilares fundamentales en el objetivo de conseguir un servicio sanitario público de calidad en Castilla-La Mancha.

En el logro de una mejora de la asistencia sanitaria, con una atención más segura, tendrá una importancia fundamental la difusión e implantación que se realice de este Plan y la implicación que se consiga de los trabajadores y profesionales que forman parte de nuestro Servicio de Salud.

Desde el año 2005, en el marco de la política de calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, se han abordado en nuestra Comunidad Autónoma diversos proyectos y actividades que se han continuado y generalizado a lo largo de los años 2006, 2007 y 2008: actividades formativas en gestión de riesgos, puesta en marcha de un sistema de identificación inequívoca de pacientes ingresados, inicio de un programa de minimización de infecciones nosocomiales con difusión del correcto lavado de manos, participación de tres hospitales de Castilla-La Mancha en el estudio nacional de incidencia de eventos adversos, etc. Durante 2006, 2007 y 2008, se firmaron convenios de colaboración entre la Consejería de Sanidad y el Ministerio de Sanidad y Consumo para gestionar diversos proyectos en relación con la mejora de la seguridad del paciente, así como proyectos con cargo a los Fondos de Cohesión del SNS.

En conclusión, los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan a la instauración de buenas prácticas que disminuyan la probabilidad de aparición de eventos adversos, al fomento de la cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales y los propios pacientes, a la formación en la detección de errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de ésta en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. Aunque la fuente principal de detección de errores son los profesionales sanitarios, también los pacientes han de participar de esta cultura de seguridad, así como notificar los incidentes que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrir.

Es de esperar que la puesta en marcha de las actuaciones que recoge este Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012, traiga consigo una reducción de los eventos adversos que ocurren hoy en día en la atención sanitaria y sirva como punto de partida para iniciar un cambio en la cultura de la organización, propiciando una mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria con la implicación de los pacientes y profesionales.

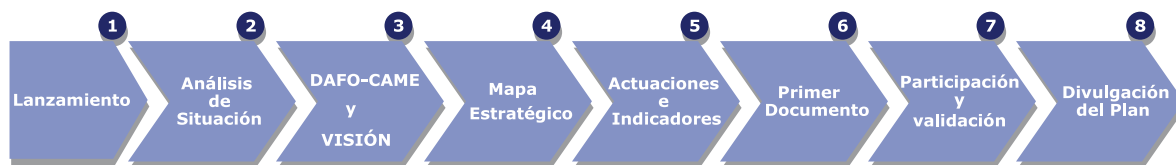
2. METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN

El enfoque general de partida para la formulación de este Plan Estratégico de Seguridad del Paciente ha sido su clara orientación a la implantación y por eso se han seguido para su elaboración las siguientes fases:

1. Fase de lanzamiento.
2. Análisis de situación.
3. Definición de la visión de futuro.
4. Definición de estrategias y configuración del mapa estratégico.
5. Propuesta de actuaciones e indicadores.
6. Elaboración de un primer documento.
7. Fase de participación y validación.
8. Redacción final del documento y divulgación.

17

Figura 1. Fases para la elaboración del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente



2.1. Lanzamiento

En esta fase se contó con profesionales del SESCAM que participaron en todas las fases de elaboración del Plan. En este grupo se integraron más de treinta profesionales expertos en diversos ámbitos vinculados con la seguridad del paciente.

2.2. Análisis de situación

Se inició con una reflexión sobre la seguridad del paciente, revisando la incidencia e iniciativas existentes en este campo, tanto en Castilla-La Mancha como a nivel nacional e internacional.

El análisis de los resultados obtenidos permitió clarificar las principales constataciones de la realidad actual de la seguridad del paciente en el ámbito del SESCAM.

2.3. DAFO-CAME y Visión de futuro

En esta fase se realizó un análisis DAFO-CAME y se definió la Visión del SESCAM en lo referente a la seguridad del paciente.

» DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)

A partir de las constataciones del análisis de situación, y mediante el análisis conjunto del grupo de trabajo, se clarificó la matriz de fuerzas correspondiente al análisis de las debilidades y fortalezas de nuestra organización y al análisis de las amenazas y oportunidades del entorno respecto a la seguridad del paciente.

» CAME (Corregir, Afrontar, Modificar y Emprender)

A partir del análisis DAFO se desarrollaron las claves estratégicas para: corregir nuestros puntos débiles valorando las amenazas de nuestro entorno; afrontar las amenazas apoyándonos en nuestros puntos fuertes; modificar nuestros puntos débiles para aprovechar las oportunidades de nuestro entorno; y emprender actuaciones para aprovechar estas oportunidades apoyándonos en nuestras fortalezas.

» VISIÓN

Posteriormente, y con las reflexiones anteriores, se hizo una formulación del futuro deseado en lo referente a optimizar los resultados en todos los niveles asistenciales en cuanto a la seguridad del paciente, y así dar respuesta a la Misión del SESCAM, principio y origen en el que se fundamenta su razón de ser.

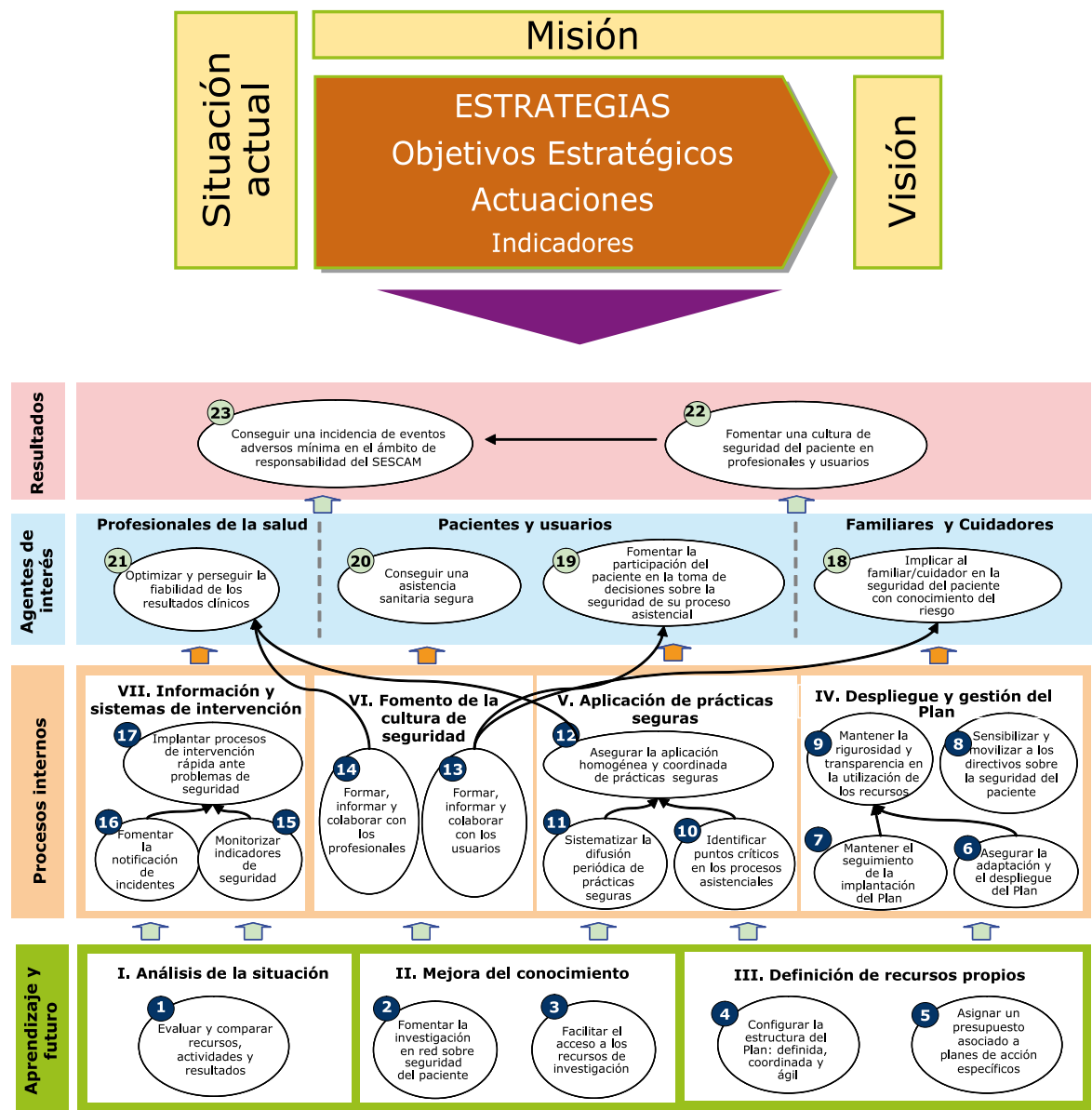
2.4. Estrategia y Mapa Estratégico

Tras clarificar el punto de partida a través del diagnóstico de la situación actual y especialmente con el análisis DAFO-CAME (qué somos hoy y nuestras claves de futuro) por una parte, y la definición de la Visión (qué queremos ser) por otra, quedó establecido el marco de reflexión para definir las estrategias a poner en marcha para garantizar la seguridad del paciente.

Ello se hizo a través de la elaboración de un mapa estratégico utilizando la metodología *"Balanced Scorecard"*, según las propuestas de planificación de Kaplan y Norton.

A partir de este marco de reflexión se establecieron las estrategias a desarrollar y se definieron para cada una de ellas unos objetivos estratégicos. De esta manera quedó configurado el mapa estratégico del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SESCOAM 2009-2012 (figura 2 - *página siguiente*).

Figura 2. Configuración del mapa estratégico



2.5. Actuaciones e indicadores

Tras la definición de las estrategias y formulación de sus objetivos estratégicos, se propusieron actuaciones a realizar para su consecución.

Finalmente se definieron los indicadores de control y seguimiento de estas actuaciones con la finalidad de poder medir el logro de los objetivos propuestos.

2.6. Elaboración del documento borrador

A partir de la información generada, se pasó a la fase de priorización y consenso de las actuaciones propuestas con el fin de elaborar un primer documento del Plan, para lo cual se llevó a cabo el análisis de la información generada mediante:

- a. Sistematización de la información producida por los grupos.
- b. Estudio de la información emitida por otras fuentes.
- c. Revisión de documentos marco de políticas de seguridad del paciente.

2.7. Fase de participación y validación

Este primer documento del Plan se sometió al análisis y opinión de expertos invitados a participar en un foro de discusión.

En total se contó con la participación de 150 personas pertenecientes al SESCAM y otras Instituciones y Organizaciones de Castilla-La Mancha como colegios profesionales del ámbito sanitario y representantes de asociaciones de pacientes y colectivos de ciudadanos (organizaciones vecinales, sindicales y patronales entre otras).

Con las conclusiones y comentarios que se extrajeron de este foro de participación se realizó la formulación definitiva del Plan.

2.8. Redacción final del documento y divulgación

Finalizadas todas las fases anteriores, se procedió a la redacción del texto definitivo del documento del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SESCAM y a su aprobación.

El Plan se estructura en 7 estrategias, 17 objetivos estratégicos y 123 actuaciones a desarrollar en el periodo 2009-2012.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

3.1. Análisis externo: entorno

3.1.1 Magnitud de los eventos adversos

Los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria no son algo novedoso. En la década de los años 50 es cuando se comienzan a observar como un tributo a pagar por la tecnificación y el avance de la medicina; así, Barr (1955) los consideró como “el precio a pagar por el progreso médico” y Moser (1956) los definió como “enfermedades del progreso médico”.

La incidencia de eventos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17% en estudios realizados en Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá. De ellos se han considerado evitables alrededor de un 50%.

En España, el estudio de prevalencia de la infección nosocomial (EPINE) es el sistema más extendido y utilizado para realizar la valoración epidemiológica de la infección nosocomial. Su objetivo es ayudar a los hospitales a determinar su prevalencia de infección nosocomial y, mediante la agregación de los datos recogidos, obtener la prevalencia según Comunidades Autónomas y para el conjunto de España. En 2007 se registró un 7% de prevalencia de infección nosocomial.

En el año 2005, se inició en España un estudio de incidencia de eventos adversos ligado a la hospitalización, el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización), en el cual se observó una incidencia de eventos adversos en la asistencia hospitalaria del 8,4%, elevándose al 9,3% si se incluía la pre-hospitalización. Según este estudio, las tres causas principales de eventos adversos en los hospitales estaban relacionadas con el uso de medicamentos (37,4%), con las infecciones hospitalarias (25,3%) y con la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%), en particular si requieren anestesia.

El estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria (estudio APEAS) realizado en España en 2007, parte de la afirmación de que la práctica clínica en Atención Primaria es razonablemente segura, y refiere la importancia de la seguridad del paciente en este ámbito, encuadrando la prevención de los eventos adversos como una estrategia prioritaria.

Los datos obtenidos en este estudio mostraron que en Atención Primaria la prevalencia de pacientes con algún evento adverso fue de un 10,11 por mil de los pacientes, de los que un 47,8% fueron debidos a efectos de la medicación. La gran mayoría de estos efectos indeseados se clasificaron como evitables, una cuarta parte no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivada a atención especializada y la mitad fue resuelta en atención primaria.

Son múltiples los estudios que relacionan la “no seguridad de los pacientes” con los costes y en algunos se añaden además variables como la estancia hospitalaria, la mortalidad, la capacidad funcional del paciente y los años de vida ajustados por calidad. Entre otros, se encuentra el de Zhang y Miller, con datos sobre el incremento por paciente con evento adverso en cuanto a precio, estancia y mortalidad.

No puede faltar tampoco una referencia a algunos aspectos sociales y al impacto que los eventos adversos tienen en la sociedad. Según el Eurobarómetro de enero de 2006 de la Comisión Europea, la sociedad es consciente de que los errores médicos son un problema y, en concreto en nuestro país, según dicho informe, son causa de pérdida de confianza en el sistema sanitario y sus profesionales.

3.1.2 Iniciativas internacionales

La Organización Mundial de la Salud, en relación a la asistencia sanitaria, afronta de manera explícita la seguridad del paciente como actividad necesaria de los servicios sanitarios, enunciándolo como: “la combinación compleja de tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención a la salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran efectos adversos”.

Así, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2002, se instó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible a la seguridad del paciente y a crear sistemas basados en pruebas científicas para mejorar la seguridad y la calidad de atención (Resolución WHA 55.18). Fruto de esa Asamblea, en octubre de 2004 se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como instrumento de intercambio de experiencias y con el propósito de facilitar el desarrollo e implementación de políticas de seguridad.

En la actualidad son 7 los Programas que presenta la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente**:

1. “Disminución de la infección nosocomial”. En este Programa se describen las fases que deben llevarse a cabo para abordar el problema de las infecciones en el curso de la asistencia sanitaria: evaluar la magnitud de la infección nosocomial, implantar sistemas de vigilancia, analizar la raíz del pro-

blema, desarrollar soluciones, apoyar prácticas de la medicina basada en la evidencia, comprometer a pacientes y profesionales y asegurar la sostenibilidad del programa más allá de dos años.

2. “Pacientes por la seguridad de los pacientes”. Es un Programa eje para alcanzar los objetivos de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se trata de crear vías de participación e información y de desarrollar normas y consejos para consumidores, pacientes y organizaciones, sin los cuales cualquier iniciativa podría estar abocada al fracaso.

3. “Taxonomía para la seguridad del paciente”. Este Programa tiene como objetivo preparar un marco internacional para definir y clasificar sucesos adversos y casos que permitan apoyar el análisis y agregación de la información. No pretendiendo sustituir la taxonomía ya existente pero sí suministrar un marco en que los diversos conceptos puedan ser alineados.

4. “Investigación en el campo de la seguridad del paciente”. La investigación es esencial para entender la incidencia, prevalencia y causas de los daños a los pacientes y poder desarrollar soluciones apropiadas. Las investigaciones pueden jugar un rol importante en el desarrollo de las agendas de seguridad del paciente y contribuir al aumento de la visibilidad de este tema.

5. “Identificación y divulgación de las mejores soluciones”. Con el fin de reducir los riesgos de la atención sanitaria y mejorar su seguridad.

Entre otros, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuenta con el documento “*High 5 s*”, proyecto conjunto entre los organismos internacionales *Commonwealth Fund*, *WHO Alliance for Patient Safety* y *WHO Collaborating Centre for Patient Safety* en el que se proponen soluciones de alto valor e impacto.

Las “*High 5 s*”, son:

1. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
2. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
3. Comunicación entre profesionales durante el traspaso de los pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el sitio correcto.
5. Mejora de la higiene de las manos para prevención de infecciones.

Por otro lado, en mayo de 2007, y junto con la *Joint Commission International*, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, presentó un documento con nueve soluciones obtenidas a través de una revisión de antecedentes, analizando el problema y el impacto de la prevención sobre la base de la evidencia en las recomendaciones, considerando aspectos como las expectativas, la aplicabilidad, las barreras en la implementación y los riesgos de consecuencias no deliberadas.

Las nueve soluciones sugeridas son:

1. Considerar la similitud fonética u ortográfica en los nombres de los medicamentos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Continuidad correcta de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Prevención de los errores en la conexión de catéteres y otros dispositivos.
8. Uso único de los dispositivos de inyección.
9. Mejora de la higiene de las manos para la prevención de infecciones.

6. “Notificando y aprendiendo”. A través de la notificación se aumentará la seguridad por medio del aprendizaje de los fallos. La premisa fundamental es que el sistema de comunicación sea seguro para las personas; quien informe no debe ser castigado, porque este sistema de comunicación de incidentes tendrá valor si conduce a una respuesta constructiva.

7. “Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas”. Último programa lanzado por la Alianza Mundial en junio de 2008. Es notorio que desde hace más de un siglo la atención quirúrgica constituye un elemento esencial de los sistemas sanitarios. En las últimas décadas se han experimentado mejoras, pero la calidad y seguridad de la atención quirúrgica sigue siendo muy variable en el mundo. Este Programa plantea mejorar los niveles de seguridad de los pacientes en los procesos quirúrgicos.

Además de todo el trabajo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, existen múltiples iniciativas internacionales, que en los últimos cinco años han surgido desde organismos de reconocido prestigio. Muchos de estos organismos colaboran con la Alianza Mundial, pero también han desarrollado y difundido sus propios objetivos, que en ningún caso, lógicamente, contradicen las líneas de la Alianza. Algunas de estas iniciativas se mencionan a continuación.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) en los *National Patient Safety Goals*, ya en el año 2004, recogía entre sus objetivos aspectos relacionados con fármacos de alto riesgo y cirugía segura. En 2006 se proponen 6 líneas de actuación, en cuyo desarrollo aún se encuentra en la actualidad, y que engloban sus objetivos anteriores, pero sobre todo tratan aspectos más amplios de la asistencia sanitaria. Estas líneas son: mejora de la exactitud de la identificación del paciente, mejora de la efectividad de la comunicación entre el personal sanitario, mejora del uso seguro del medicamento, continuidad y precisión de la medicación a utilizar a lo largo del proceso de atención, reducción del riesgo de infecciones relacionadas con la atención recibida y reducción del riesgo de lesiones para el paciente producidas como consecuencia de las caídas.

Otra iniciativa internacional, ya de nuestro propio entorno, son las recomendaciones del Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa del año 2006. En estas recomendaciones se plantea situar la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, elaborando un marco político en materia de seguridad de pacientes. Se tratan aspectos concretos como la elaboración de un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y de programas de educación en este ámbito para todo el personal de atención sanitaria.

En virtud del acuerdo entre la Comisión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Proyecto HCQI ("*Health Care Quality Indicators*") forma parte de las actividades de la Unión Europea en el ámbito de los indicadores de salud y los sistemas sanitarios. El mismo, cuenta con un grupo de trabajo en seguridad de paciente cuya finalidad es consensuar indicadores válidos para identificar situaciones de mejora en lo relativo a dos puntos: datos administrativos y sistemas de notificación y aprendizaje.

El *National Quality Forum*, corporación sin ánimo de lucro y abierta, que reúne a más de 190 organizaciones de todo tipo, públicas y privadas, de EEUU, vinculadas con la sanidad, propone, a partir de criterios de especificidad, evidencia de efectividad, beneficio, capacidad de generalización y factibilidad, 30 prácticas seguras que pueden ser agrupadas en cinco grupos:

1. Crear una cultura de seguridad.
2. Equiparar la necesidad de atención con la capacidad de ofrecerla.
3. Facilitar la transferencia de información y claridad en la comunicación.
4. Adoptar buenas prácticas en entornos específicos y para procesos de atención específicos.
5. Incrementar el uso seguro de la medicación (13 de las 30 prácticas están directamente relacionadas con la medicación).

Otra iniciativa internacional es la campaña “salvar cinco millones de vidas”, promovida por el *Institute for Healthcare Improvement*, con áreas de actuación sobre: úlceras por presión, infecciones por SARM (*Stafilococcus aureus* resistente a la meticilina), problemas debidos a medicación compleja, complicaciones quirúrgicas e insuficiencia cardiaca congestiva.

También se han creado distintas Agencias dependientes de los Servicios Nacionales de Salud, como es el caso de la *National Patient Safety Agency* (NPSA), del sistema nacional de salud del Reino Unido (NHS). Esta Agencia elaboró en 2005 la guía “la seguridad del paciente en 7 pasos”, siendo una referencia para una aproximación y seguimiento de las actividades vinculadas a la atención sanitaria segura. Además, una de sus funciones principales ha sido desarrollar el sistema nacional de notificación y aprendizaje, recogiendo las notificaciones de incidentes en lo que respecta a la seguridad del paciente, y elaborando en 2006 el primer análisis detallado de sucesos adversos en el ámbito de la salud mental.

En este terreno abonado, a nivel internacional, no sólo las organizaciones se han movilizado en el desarrollo y la colaboración en la seguridad del paciente, también se han implicado los agentes directos de la asistencia: los profesionales y los propios pacientes y se han elaborado sendas declaraciones por la seguridad del paciente: la Declaración de Luxemburgo de la Asociación de Médicos Europeos, aprobada en 2005 por las principales organizaciones científicas europeas relevantes en la materia, y la Declaración de Londres de Pacientes por la seguridad del Paciente, auspiciada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, proclamada en marzo de 2006.

3.1.3 Iniciativas nacionales

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha establecido la Seguridad del Paciente como una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud (SNS), fundamentada en las mismas premisas referidas a nivel internacional: la frecuencia y el riesgo de discapacidad que para los pacientes puede suponer la atención no segura, el gran impacto económico de los eventos adversos, la preocupación que genera entre profesionales, instituciones y ciudadanos, el hecho de ser situaciones prevenibles en un alto porcentaje de casos y la reconocida efectividad de medidas y prácticas seguras.

Esta prioridad ha quedado reflejada en el Plan de Calidad para el SNS publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de la Estrategia número ocho: “mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS”.

Desde al año 2005, y entre las actividades de sensibilización, diseminación y mejora de la cultura relacionada con la seguridad del paciente, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consu-

mo viene organizando jornadas, seminarios y conferencias internacionales donde se pretende que pacientes, profesionales y gestores tengan la oportunidad de compartir, debatir y reflexionar sobre la seguridad del paciente, con el objetivo de alinear esfuerzos en pro de una asistencia más segura y por tanto de mayor calidad.

En el ámbito de la formación facilitada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha ido ampliando año a año, desde 2005, el alcance en número de alumnos, aplicando la tecnología *on-line*, llegando también a asociaciones de pacientes; y en contenidos, abordando desde cursos básicos hasta una primera edición de un máster en seguridad de pacientes, recién concluido, pasando por talleres de investigación y guías de práctica clínica.

Para la promoción de prácticas seguras, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha dispuesto de un presupuesto anual destinado al desarrollo de estas prácticas en las Comunidades Autónomas. Para 2008 estas líneas han sido actuaciones orientadas a:

- a. La prevención de la infección nosocomial a través de campañas de higiene de manos.
- b. La implantación y apoyo de las unidades funcionales de seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- c. La implantación y apoyo de medidas de identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales.

También el Ministerio de Sanidad y Consumo ha establecido otra fuente de financiación conjunta con las Comunidades Autónomas para promover las prácticas seguras: la firma de convenios para el desarrollo de proyectos relacionados con una serie de líneas descritas por la Agencia de Calidad.

Por otra parte, en estos años, el Ministerio ha promovido varios estudios en colaboración con distintos organismos o empresas, que han concluido con la elaboración y publicación de los correspondientes documentos. Entre ellos se pueden citar:

- a. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”.
- b. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos. Aspectos legales.
- c. “*Benchmarking*” de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario.

- d. Prácticas seguras simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de eventos adversos en los pacientes atendidos en hospitales.
- e. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- f. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.

Otras instituciones nacionales también tienen un amplio recorrido en el campo de la seguridad del paciente, como es el caso de la Delegación española del *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP). Este Organismo realiza un trabajo intenso en temas como los medicamentos de alto riesgo, un programa para registro de errores de medicación a nivel local, la relación de nombres de medicamentos que se prestan a confusión, las abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis que pueden causar errores de medicación, así como aspectos de la información al paciente y un apartado de publicaciones de interés.

Cabe destacar el trabajo que realizan día a día numerosas Sociedades Científicas, Universidades y Centros Sanitarios en el desarrollo de actividades para la mejora de la seguridad del paciente.

3.1.4 Iniciativas en Castilla-La Mancha

Desde al año 2005, Castilla-La Mancha forma parte, junto con el resto de Comunidades Autónomas, del grupo técnico de seguridad del paciente constituido por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Desde entonces se vienen realizando diversas actividades y proyectos en el área de seguridad del paciente, que se han continuado e incrementado en los años sucesivos, entre las que se encuentran: sistemas de identificación inequívoca de pacientes ingresados, programa de lavado de manos y uso de soluciones hidroalcohólicas para controlar la infección nosocomial y actividades formativas en seguridad.

Además, desde el año 2006, la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha y el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de convenios y fondos de cohesión, han continuado propiciando el desarrollo de proyectos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito del SESCOAM, destacando, entre otras actuaciones, la difusión de la cultura de seguridad, prevención de incidentes relacionados con la medicación, identificación inequívoca de pacientes, prevención de la infección nosocomial y normalización del transporte de muestras clínicas desde atención primaria a los laboratorios de análisis clínicos, etc.

En el año 2008, el convenio firmado con el Ministerio de Sanidad y Consumo para la promoción de prácticas seguras, abordó tres aspectos clave en la prevención de eventos adversos, tales como:

- » Prácticas seguras en el uso de medicamentos.
- » Mejora en la comunicación entre profesionales y pacientes y familiares, así como entre niveles asistenciales.
- » Prevención de la infección secundaria a cuidados sanitarios.

Todos estos proyectos y actividades mencionados son, tan sólo, una pequeña parte de las actuaciones que se llevan a cabo dentro del ámbito de la seguridad del paciente, puesto que día a día, en todas y cada una de las Gerencias y centros sanitarios del SESCAM, se desarrollan muchas otras actuaciones de mejora con el fin último de mejorar la asistencia sanitaria prestada al paciente y sus familiares, persiguiendo con ello una atención más segura y de mayor calidad.

3.2. Análisis interno

El análisis interno se basa en el conocimiento de una serie de evidencias o constataciones relacionadas con el sistema de prestaciones de servicios sanitarios de Castilla-La Mancha, cuyo conocimiento contribuye a orientar la estrategia de seguridad del paciente, sus objetivos y actuaciones.

31

Constatación 1: La población de Castilla-La Mancha está creciendo de forma sostenida incluso con mayor intensidad en los últimos años.

***Punto 1.1:** Castilla-La Mancha tiene una extensión de su territorio amplia y presenta la menor densidad poblacional de España entre las Comunidades Autónomas.*

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha está constituida por las provincias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo.

Castilla-La Mancha tiene una extensión de 79.463 kilómetros cuadrados, ocupando un 15,7% del territorio nacional y, según el padrón municipal de habitantes de 1 de enero de 2008, cuenta con una población de 2.043.100 habitantes, que representa el 4,4% de la población del país.

Esto supone una densidad de 25,7 habitantes por kilómetro cuadrado, la menor densidad de población del país.

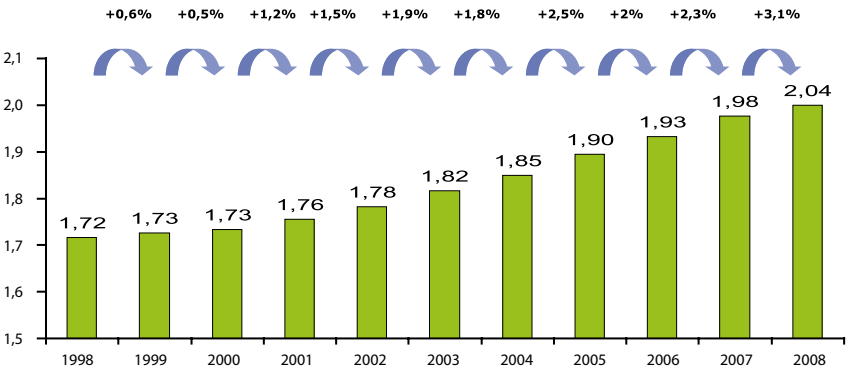
Figura 3: Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha



Punto 1.2: La población de Castilla-La Mancha crece: mientras la mortalidad disminuye, la inmigración y la natalidad aumentan.

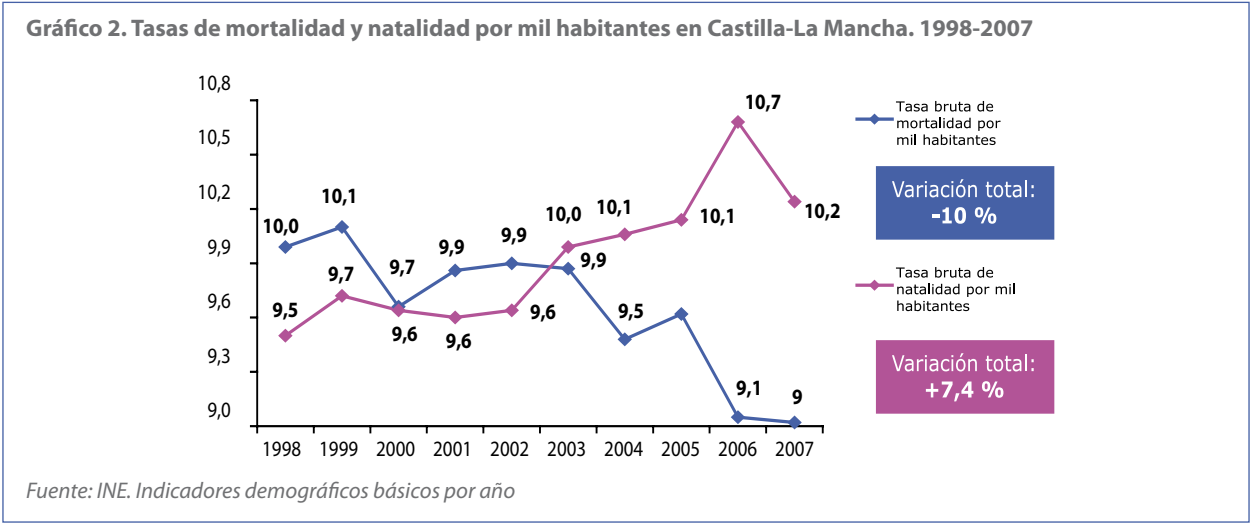
En los últimos diez años, se observa un crecimiento continuo en la población de Castilla-La Mancha, con un crecimiento anual de aproximadamente el 2% desde el año 2003, aumentando en el último año (gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de la población de Castilla-La Mancha. 1998-2008

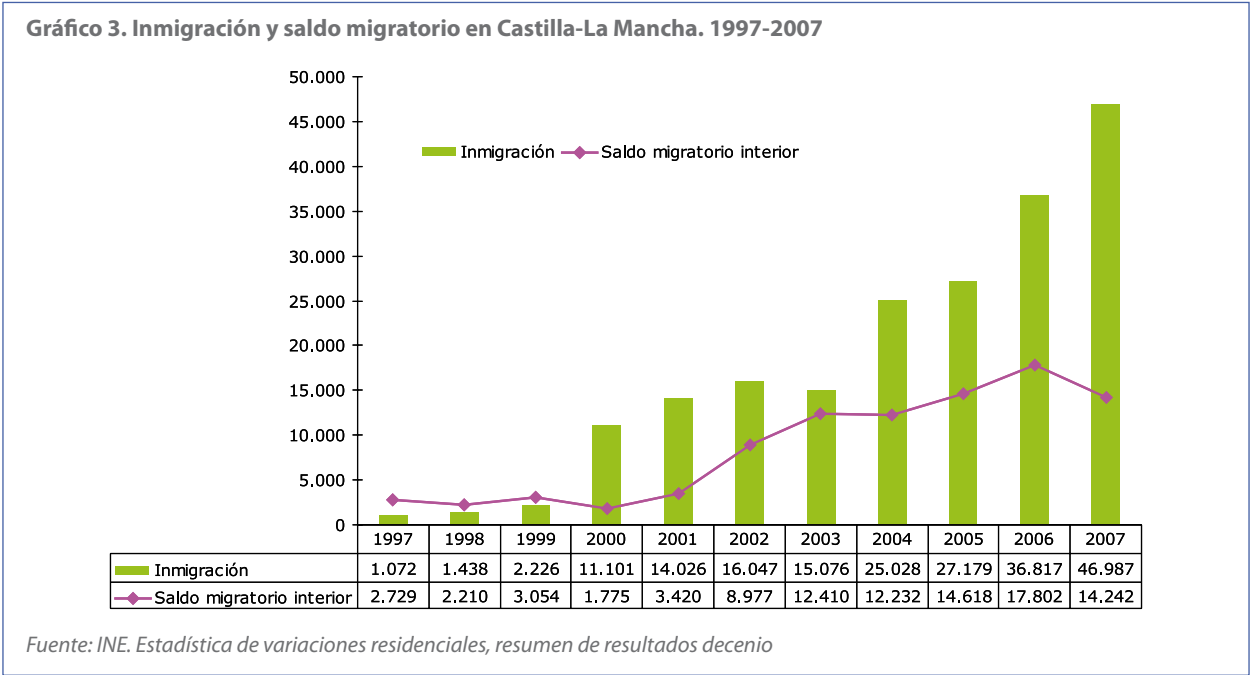


Fuente: INE. Padrón municipal de habitantes. Cifras en millones

Por otro lado, se aprecia un descenso de la mortalidad, pasando de una tasa del 10‰ en 1998 a una tasa del 9‰ en 2007; y un aumento de la natalidad, pasando del 9,5‰ en 1998 a 10,2‰ en 2007 (gráfico 2).



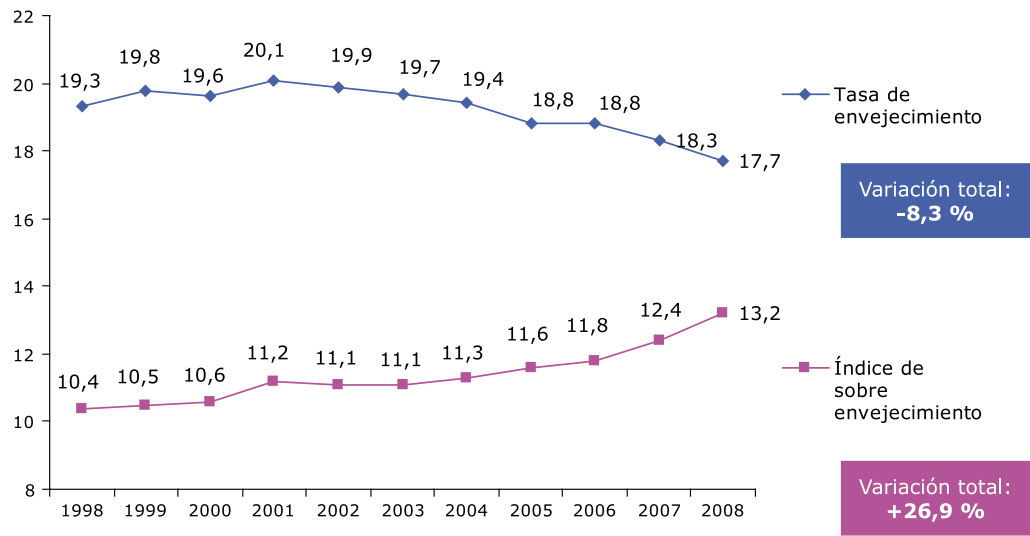
Desde 1997 la inmigración en Castilla-La Mancha crece de forma sostenida, pasando de 1.072 inmigrantes en el año 1997 a 46.987 en el año 2007 (gráfico 3).



Punto 1.3: En los últimos años se constata una ligera disminución en la proporción de personas con más de 65 años con respecto a la población total de Castilla-La Mancha, y un aumento en la esperanza de vida.

Desde el año 2000, la tasa de envejecimiento (porcentaje que representan los mayores de 64 años sobre la población total) disminuye, en parte debido al incremento de la natalidad y de la inmigración. Por otra parte, el índice de sobre-envejecimiento (población mayor de 84 años en relación con la población mayor de 64 años) crece, pasando del 10,4% en 1998 al 13,2% en 2008 (gráfico 4).

Gráfico 4. Tasa de envejecimiento e índice de sobre-envejecimiento en Castilla-La Mancha. 1998-2008



Fuente: INE. Explotación estadística del padrón municipal por año

Constatación 2: El SESCAM es una organización amplia en recursos y extendida geográficamente, lo que hace que sea un reto permanente la comunicación y coordinación transversal.

La extensión territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y la inevitable dispersión geográfica de los recursos y de los órganos periféricos del SESCAM, representa un importante condicionante, lo que hace que sea un reto permanente conseguir la óptima coordinación, comunicación y gestión transversal entre los diferentes recursos.

El SESCAM cuenta con un total de 22.015 empleados, de los que 16.159 profesionales están directamente implicados en la atención sanitaria del paciente y 5.856 desarrollan su actividad en la gestión y los servicios.

Esta fuerza profesional se distribuye en 8 áreas de salud (figura 4).

Figura 4: Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha. Áreas de salud



Fuente: Consejería de Salud y Bienestar Social. Servicio de Información Sanitaria

El SESCAM cuenta con 18 hospitales repartidos por toda la Región y 6 centros de especialidades de diagnóstico y tratamiento, prestando asistencia sanitaria a nivel primario en 196 centros de salud y 1.115 consultorios locales.

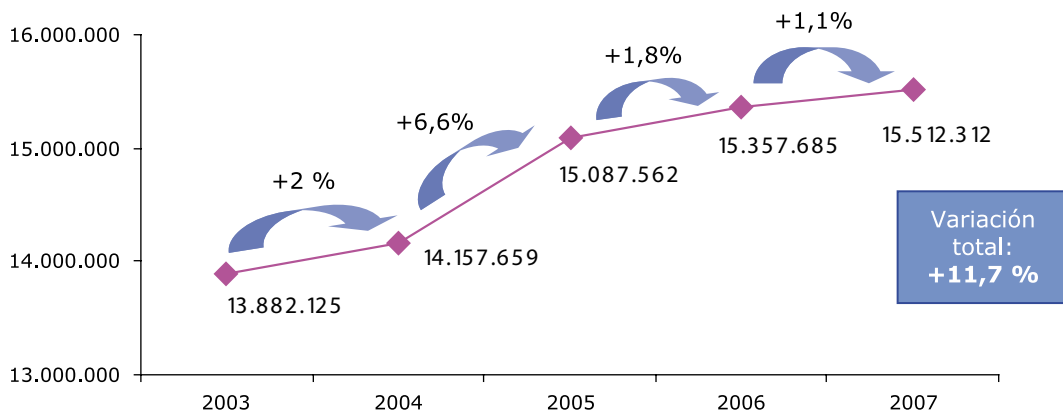
Los órganos centrales del SESCAM están coordinados con los órganos periféricos (Gerencias de Atención Primaria, Gerencias de Atención Especializada, Gerencia Única de Área, Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte sanitario y Oficinas Provinciales de Prestaciones), y ellos a su vez, entre sí, para conseguir una gestión eficaz y continua del Servicio de Salud.

Constatación 3: La demanda sanitaria crece, y con ello, los servicios asistenciales que presta el SESCAM.

Punto 3.1: La actividad asistencial sanitaria en Castilla-La Mancha mantiene una tendencia creciente.

En Atención Primaria (AP), las consultas han pasado de 13.882.125 en 2003 a 15.512.312 en 2007, aumentando en un 11,7% (gráfico 5).

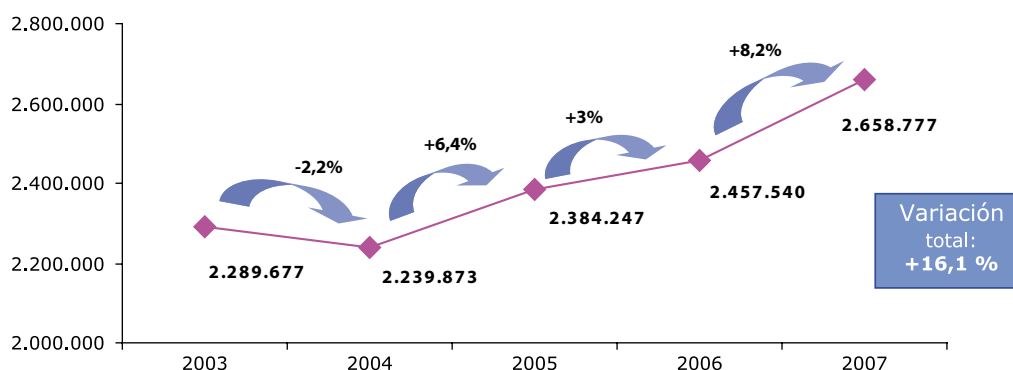
Gráfico 5. Evolución del número de consultas en AP en Castilla-La Mancha. 2003-2007



Fuente: Memoria del SESCAM. 2007

Las urgencias en Atención Primaria han pasado de 2.289.677 en 2003 a 2.658.777 en 2007, creciendo en un 16,1% (gráfico 6).

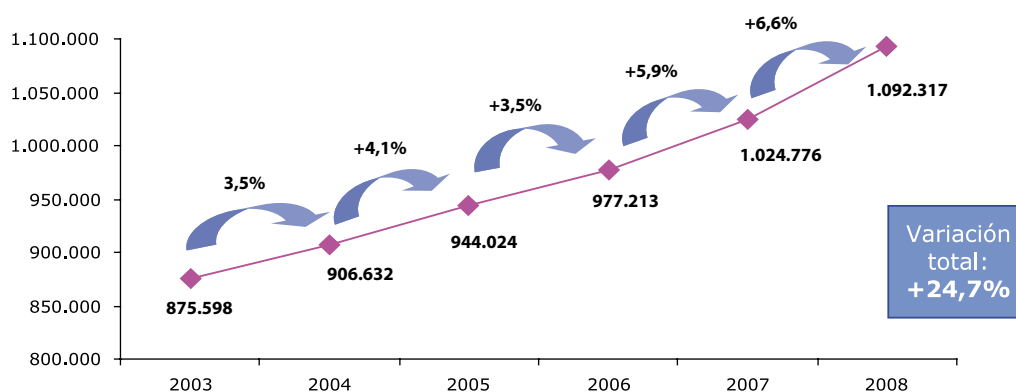
Gráfico 6. Evolución del número de urgencias en AP en Castilla-La Mancha. 2003-2007



Fuente: Memoria del SESCOAM. 2007

En Atención Especializada (AE) se observa la misma tendencia. Las primeras consultas han pasado de 875.598 en 2003 a 1.092.317 en 2008, creciendo en un 24,7% (gráfico 7).

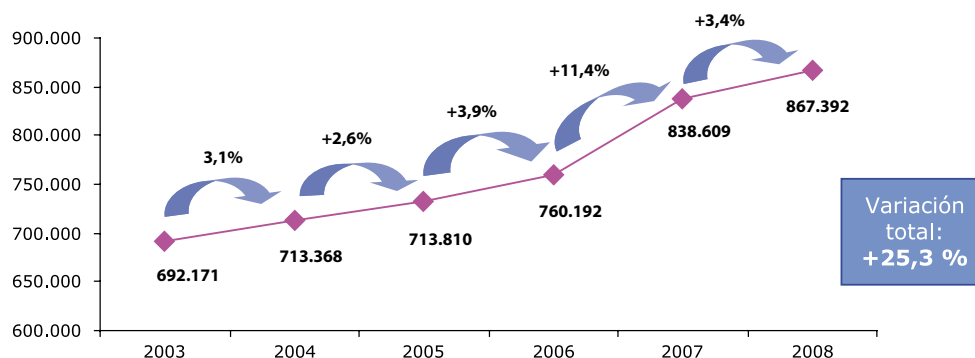
Gráfico 7. Evolución del número de primeras consultas en AE en Castilla-La Mancha. 2003-2008



Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. SESCOAM. 2008

Las urgencias de Atención Especializada, entre 2003 y 2008, han pasado de 692.171 en 2003 a 867.392 en 2008 creciendo en un 25,3% (gráfico 8).

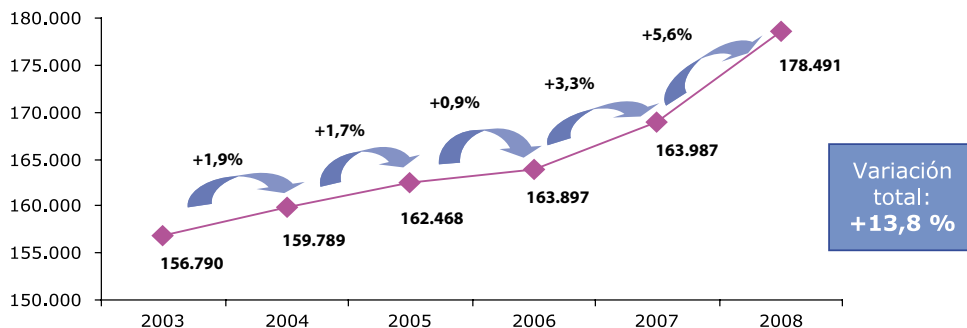
Gráfico 8. Evolución del número de urgencias en AE en Castilla-La Mancha. 2003-2008



Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. SESCOAM. 2008

Las altas hospitalarias entre 2003 y 2008 han pasado de 156.790 en 2003 a 178.491 en 2008, creciendo en un 13,8% (gráfico 9).

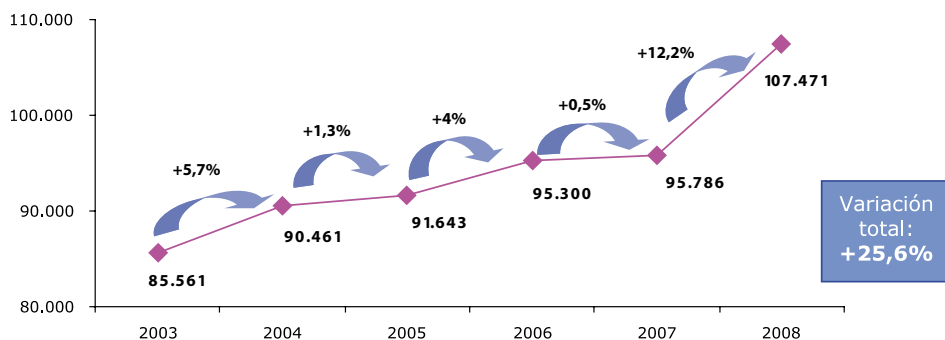
Gráfico 9. Evolución del número de altas hospitalarias de Castilla-La Mancha. 2003-2008



Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. SESCOAM. 2008

Los actos quirúrgicos programados, entre 2003 y 2008, han pasado de 85.561 en 2003 a 107.471 en 2008, creciendo en un 25,6% (gráfico 10).

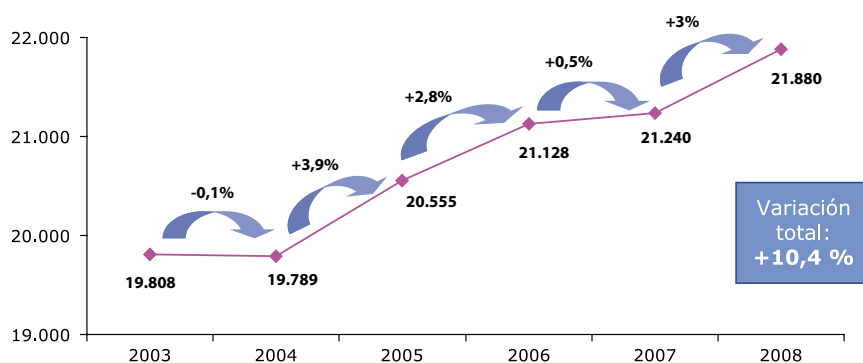
Gráfico 10: Evolución del número de actos quirúrgicos programados en Castilla-La Mancha. 2003-2008



Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. SESCOAM. 2008

Los actos quirúrgicos urgentes, entre 2003 y 2008, han pasado de 19.808 en 2003 a 21.880 en 2008, creciendo en un 10,4% (gráfico 11).

Gráfico 11: Evolución del número de actos quirúrgicos urgentes en Castilla-La Mancha. 2003-2008



Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. SESCOAM. 2008

Constatación 4. El SESCOAM dispone de información esencial en materia de seguridad del paciente que facilita el conocimiento para emprender actuaciones de mejora.

***Punto 4.1:** Castilla-La Mancha ha puesto en marcha medidas de recogida de resultados en materia de seguridad del paciente, lo que le permite conocer su posición en este aspecto.*

Para obtener información en materia de seguridad del paciente, existen distintas fuentes de datos, las cuales permiten conocer dónde se encuentra la necesidad de emprender acciones de mejora sin descuidar aquellos ámbitos en los que los indicadores son favorables.

Entre ellas se encuentran:

- » Indicadores de seguridad del paciente obtenidos a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales.
- » Estudios específicos de hospitales: EPINE y PREVINE.
- » Estudio ENEAS y estudio APEAS.
- » Bases de datos de los sistemas de información de los hospitales, como el SIAE y la historia clínica informatizada (Mambrino XXI).

Es sabido que los indicadores de calidad extraídos del CMBD tienen ciertas limitaciones metodológicas, lo que obliga a una utilización prudente de los datos, tanto a nivel local como a nivel de la organización. A pesar de ello, el sistema de información CMBD constituye una de las mayores fuentes de información de diagnóstico clínico a nivel hospitalario.

Existen otra serie de indicadores que no se pueden obtener automáticamente de los sistemas de información del CMBD y que precisan realizar estudios específicos en los hospitales, buscando obtener resultados más sensibles que los proporcionados a partir del CMBD relacionados con los eventos adversos. Algunos de ellos son estudios realizados por los Servicios de Medicina Preventiva; entre ellos se encuentran el estudio de prevalencia de la infección nosocomial (EPINE) y el programa específico para la vigilancia de la infección nosocomial (PREVINE), los cuales permiten detectar problemas no conocidos e implantar acciones de mejora para solucionarlos.

Punto 4.2: La participación en estudios multicéntricos, a nivel nacional, permite también conocer datos concretos relacionados con la seguridad del paciente.

En el estudio ENEAS de 2005 participaron tres hospitales de Castilla-La Mancha, obteniendo unos resultados globalmente mejores que los de la media nacional. Dicho estudio determinó que la incidencia de eventos adversos relacionada con la asistencia hospitalaria a nivel nacional fue del 8,4%, mientras que la de los hospitales de Castilla-La Mancha que participaron en el mismo mostraban resultados inferiores tal y como se muestran en la siguiente tabla.

Figura 5: Incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria. Estudio ENEAS 2005

Estudio ENEAS	España	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Incidencia de pacientes con eventos adversos	8,4%	2,2%	3%	6,8%

Constatación 5: El SESCAM es consciente de la importancia de la formación específica para ampliar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales, contribuyendo con ello a disminuir la incidencia de eventos adversos.

A lo largo de los últimos años se han realizado acciones formativas en seguridad del paciente, tanto en servicios centrales como en centros sanitarios del SESCAM, y se prevé aumentar el número de sesiones de formación y ampliar el número de asistentes a los cursos.

En las distintas ofertas formativas, tanto a nivel de los servicios centrales del SESCAM como en cada una de las Gerencias, bien de forma específica o bien dentro de otros programas formativos, se van incorporando, cada vez en mayor medida, aspectos de seguridad del paciente.

Constatación 6: EL SESCOAM ha desarrollado varios proyectos en el área de las tecnologías de la información que permiten a los profesionales registrar y compartir fácilmente información, lo que favorece la mejora de la seguridad del paciente.

La atención sanitaria en Castilla-La Mancha tiene a su disposición tecnologías que permiten compartir información de manera práctica y rápida sobre los pacientes. Estas tecnologías pueden servir de soporte de comunicación e información entre niveles asistenciales para prevenir posibles eventos adversos.

A modo de ejemplo, podemos citar “Turriano”, un programa informático que recoge la información de la historia de salud del paciente en atención primaria. El módulo de prescripción de “Turriano” cuenta con un sistema de alertas automáticas destinado a disminuir los errores y eventos adversos relacionados con alergias medicamentosas, errores en dosis e interacciones entre fármacos.

Otros proyectos, como “Mambrino XXI”, programa informático de historia clínica electrónica para el ámbito de la atención hospitalaria, o “Visados”, visado electrónico de receta, representan también soportes de información y comunicación rápida y práctica que garantizan la integridad y la accesibilidad de la información sobre el paciente.

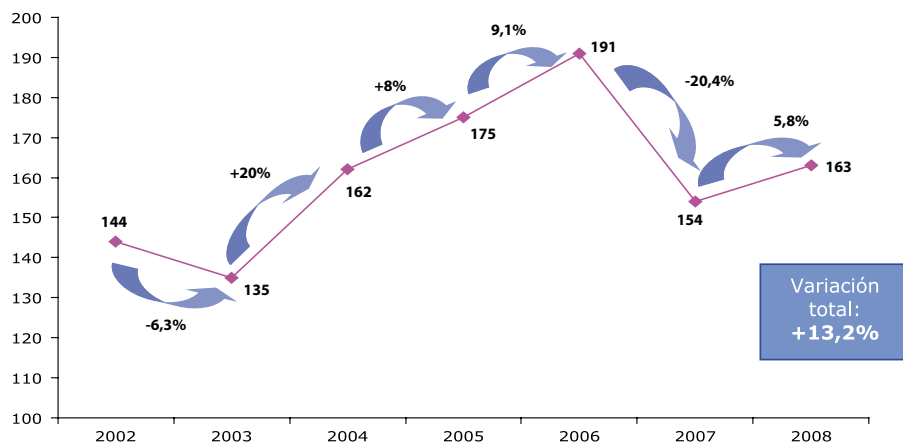
Además, el SESCOAM cuenta con el proyecto regional de imagen médica digital “Ykonos”, premiado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo en diciembre de 2007. Este proyecto digitaliza la radiografía, ecografía y otras imágenes diagnósticas, proporcionando a los profesionales sanitarios una potente herramienta de diagnóstico, lo que permite una mejora en la asistencia sanitaria.

Constatación 7: En un marco de creciente judicialización de la atención sanitaria, se constata la necesidad de evolución de algunos aspectos legales.

Punto 7.1: *En todo el territorio nacional, y también en Castilla-La Mancha, asistimos a un aumento de los litigios en relación con la asistencia sanitaria, que con frecuencia afecta a los profesionales sanitarios.*

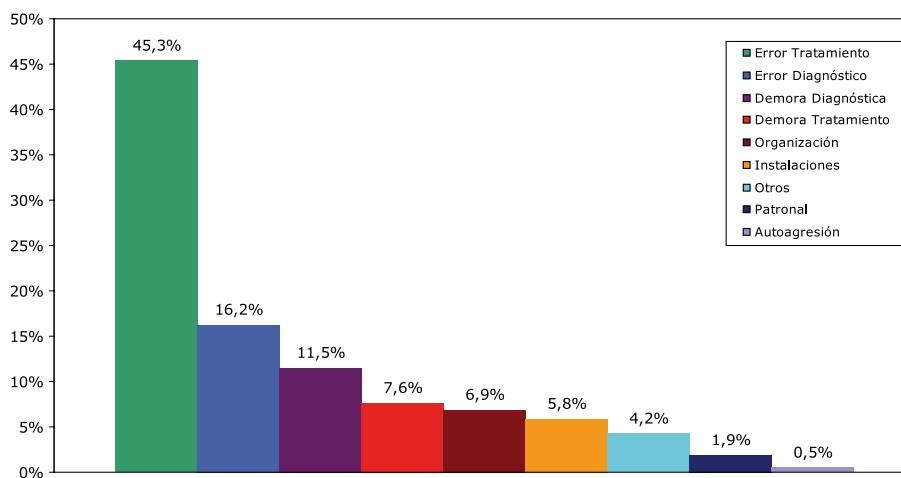
En Castilla-La Mancha, de 2002 a 2008, las reclamaciones patrimoniales relacionadas con la actividad asistencial aumentaron en un 13,2% (gráfico 12), siendo la primera causa los errores de medicación (gráfico 13).

Gráfico 12. Evolución de las reclamaciones patrimoniales en el SESCAM. 2002-2008.



Fuente: Secretaría General. SESCAM. 2008

Gráfico 13. Principales causas de reclamaciones patrimoniales en el SESCAM. 2002-2008



Fuente: Secretaría General. SESCAM. 2008

Punto 7.2: *La notificación de eventos adversos a través de un registro que contribuye a reducir los riesgos, no está regulada en la legislación actual. Sin embargo, ello podría contribuir a reducir los riesgos a partir de su conocimiento.*

El Sistema Nacional de Salud contiene varios registros sectoriales de eventos adversos, aun así existen “lagunas” de regulación en su legislación actual. Entre estos registros se encuentran:

- » Sistema Español de Farmacovigilancia. Sistema oficial que depende de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas.
- » Sistema de notificación expeditiva de casos individuales de sospecha de reacción adversa en el ámbito de ensayos clínicos con medicamentos. Sistema oficial, único y de gestión centralizada, que depende de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
- » Notificación de eventos graves derivados del uso de la sangre y componentes sanguíneos. Siendo competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo establecer las normas y especificaciones mínimas en lo relativo a dicha notificación.
- » Sistema de biovigilancia para el registro de eventos y reacciones adversas derivadas del uso de células y tejidos de origen humano. Siendo la Red de coordinación de trasplantes de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado la que funciona como tal.

3.3. Análisis para la definición de estrategias

3.3.1. Análisis DAFO

La matriz DAFO es una herramienta que describe la situación de una organización a través de 4 dimensiones: 2 internas (fortalezas y debilidades de la organización) y 2 externas (oportunidades y amenazas del entorno para la organización).

A partir de las constataciones del diagnóstico de la situación actual realizadas por el grupo de trabajo, se desarrolló una sesión de reflexión que permitió clarificar la matriz DAFO, es decir, sintetizar la situación actual en términos de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas. La figura 6 presenta el DAFO integrado del SESCAM respecto a la seguridad del paciente.

Figura 6. DAFO del SESCAM y la seguridad del paciente

<p>PUNTOS FUERTES</p> <p>Experiencias concretas y evidencia de sus beneficios en nuestro ámbito.</p> <p>Liderazgo y plena implicación del SESCAM.</p> <p>Capital humano profesional, joven, con mentalidad científico técnica e interés.</p> <p>Tecnologías de la información y comunicación disponibles y de trazabilidad en desarrollo.</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Interés compartido y expectativas crecientes tanto de los ciudadanos, y especialmente de los pacientes, como de los profesionales.</p> <p>Entorno favorable y sensibilizado que se traduce en apoyos institucionales externos concretos (Ministerio de Sanidad y Consumo, Unión Europea, OMS...).</p> <p>Avances en Tecnologías de información y comunicación y mejor cualificación de los profesionales.</p> <p>Orientación creciente a la gestión por procesos y a resultados evaluables.</p>
<p>PUNTOS DÉBILES</p> <p>Organización amplia con puntos de mejora en comunicación, coordinación y homogeneidad entre gerencias.</p> <p>Implicación mejorable de los profesionales en un marco de dinámica organizacional tradicional arraigada.</p> <p>Falta homogeneizar y consolidar la cultura de seguridad.</p> <p>Bajo desarrollo de sistemas de detección de eventos adversos.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>Marco legal limitado, insuficiente y con necesidad de puesta al día en un contexto de ciclos legislativos cortos.</p> <p>Escasa comunicación entre gestores y clínicos.</p> <p>Creciente judicialización de la medicina en un escenario de sensibilidad social cada vez más mediatizada.</p> <p>Temor y desconfianza frente al fortalecimiento del papel del paciente en su propia seguridad y control de riesgos.</p>

3.3.2. Análisis CAME

La matriz CAME cruza los dos ejes del análisis DAFO: el eje de análisis interno (puntos fuertes y puntos débiles), con el eje de análisis externo (oportunidades y amenazas). Este análisis recíproco entre ejes ha permitido la clarificación de las claves estratégicas pertinentes para la seguridad del paciente en el ámbito del SESCAM en cuatro dimensiones: Corregir, Afrontar, Modificar y Emprender.

Figura 7. Claves estratégicas tras el análisis CAME

CORREGIR Evaluación permanente de resultados de la prevención y la gestión eficaz de los eventos adversos. Información abierta y formación continua de profesionales, pacientes y ciudadanos. Comunicación entre gestores y clínicos alrededor del paciente y su seguridad.	AFRONTAR Prevención eficaz global de los eventos adversos, especialmente estandarizando prácticas seguras. Generar y difundir conocimiento válido sobre la seguridad del paciente. Eficiencia y transparencia en la gestión de los recursos públicos designados.
MODIFICAR Estandarización y excelencia de los procesos de trabajo.	EMPRENDER Recursos específicos para la seguridad del paciente. Plan general de actuación medible, con responsables identificados y orientado a la aplicación inmediata y seguimiento continuo. Aplicación efectiva del Plan en los centros bajo responsabilidad del SESCAM.

En síntesis, el análisis CAME permitió clarificar 10 Claves Estratégicas a tener en cuenta para generar el escenario de futuro sobre el cual debe actuar el SESCAM, y así garantizar la seguridad del paciente.

4. VISIÓN DEL SESCAM EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con la Visión del SESCAM se indica la dirección hacia la que la organización desea proyectarse. Su formulación es necesaria para orientar los objetivos y priorizar las iniciativas del Plan.

La visión del SESCAM para la seguridad del paciente es la siguiente:

“El SESCAM será reconocido como referente en resultados óptimos sobre la seguridad del paciente en todos los niveles asistenciales bajo su responsabilidad, y en la generación y divulgación del conocimiento sobre prácticas seguras.”

Esta visión se concreta en:

1. Tener una incidencia de eventos adversos conocida y por debajo de la media,
2. persiguiendo la excelencia en procesos de trabajo, herramientas de gestión y recursos específicos para la seguridad del paciente,
3. evaluando de forma continua nuestra realidad y manteniendo un conocimiento constante de ésta y de las experiencias tanto de las demás comunidades autónomas como de países de nuestro entorno,
4. promoviendo una cultura de compromiso sobre la seguridad del paciente:
 - » con todos sus profesionales de la salud actuando de forma coordinada y aplicando estándares de seguridad y calidad validados y homogéneos,
 - » con pacientes responsabilizados en su propia seguridad, y tanto estos como sus familiares y cuidadores participando activamente en las decisiones que les afectan, recibiendo información de forma continua, óptima y en mejora permanente,
 - » con directivos comprometidos en la mejora continua de la seguridad,
5. para conseguir ser un agente líder en la generación de opinión y conocimiento sobre seguridad del paciente, a partir de la investigación, la innovación y la experiencia contrastada.

5. ESTRATEGIA Y MAPA ESTRATÉGICO

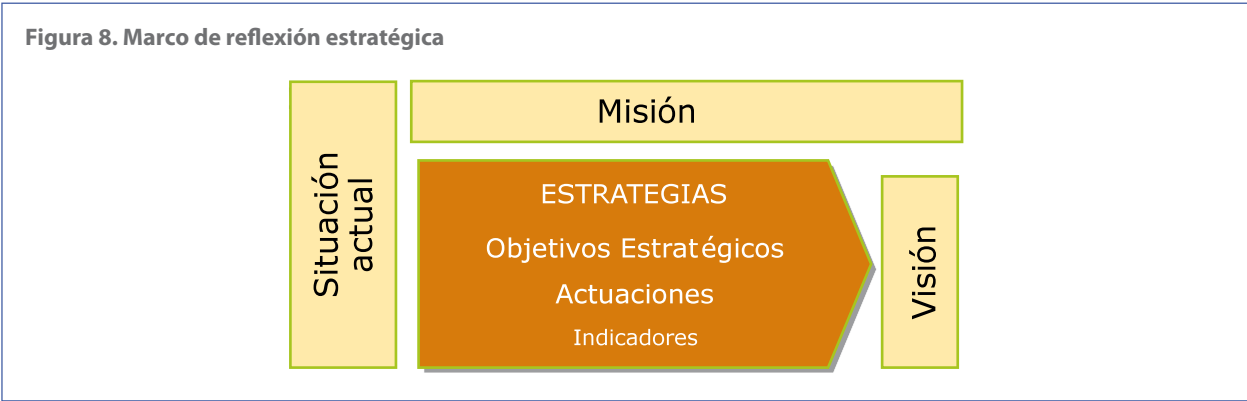
5.1. Marco estratégico de partida

Los límites del marco estratégico de reflexión como punto de partida vienen dados por:

- » La clarificación de la situación actual y las claves estratégicas para su mejora.
- » La Visión, que marca el gran objetivo a alcanzar como primer paso a gran escala.
- » La Misión del SESCOAM, que permanece en el tiempo como principio general, y que fue formulada con su creación.

MISIÓN

Conseguir una organización de servicios sanitarios públicos moderna y de vanguardia, que se caracterice por la innovación y la calidad del servicio global (medicina, enfermería, servicios auxiliares, hostelería), por la precisión en el diagnóstico y el tratamiento, por la seguridad, cercanía y agilidad, por confort, por atención personalizada y confidencialidad, por participación de los profesionales y participación social, por el trato y la atención a los proveedores y por la eficiencia en el uso del dinero público.



En síntesis, utilizando términos más coloquiales, este marco indica “qué somos hoy” en cuanto a la seguridad del paciente (situación actual), “qué debemos ser” (Misión) siempre como organización y “qué queremos ser” (Visión) en cuanto a seguridad del paciente.

Con esta referencia general se ha definido la estrategia del SESCOAM para la seguridad del paciente, es decir, el enfoque general con el cuál el SESCOAM se propone conseguir en el horizonte 2009-2012 dar un paso importante y decisivo hacia el pleno logro de la Visión definida.

5.2. Perspectivas del mapa estratégico

El mapa estratégico se ha elaborado siguiendo la metodología de “cuadro de mando integral” (Balanced Scorecard) de Kaplan y Norton, estructurándose en cuatro perspectivas interrelacionadas:

- a. Resultados.
- b. Agentes de interés.
- c. Procesos internos.
- d. Aprendizaje y futuro.

En cada una de las perspectivas se definen Estrategias, y éstas dan cabida a los Objetivos Estratégicos que son los que marcan las pautas de actuación.

El mapa Estratégico se interpreta de abajo hacia arriba (figura 9), comenzando por la perspectiva de “aprendizaje y futuro” que recoge los objetivos estratégicos dirigidos al desarrollo de las personas, estructuras y sistemas de la organización.

La consecución de los objetivos estratégicos de “aprendizaje y futuro” contribuye a lograr los objetivos estratégicos de “procesos internos” de una organización excelente. A su vez, los anteriores permiten alcanzar los beneficios que se quiere proporcionar a los “agentes de interés”, logrando por último la plena y óptima implantación de la estrategia (resultados), haciendo realidad la Visión de la organización.

Figura 9. Perspectivas del mapa estratégico



5.2.1. Perspectivas “aprendizaje y futuro” y “procesos internos”

Las perspectivas “aprendizaje y futuro” y “procesos internos” recogen las siete estrategias que se van a llevar a cabo para alcanzar los objetivos incluidos en las perspectivas “agentes de interés” y “resultados”. En ambas se recogen la totalidad de las actuaciones propuestas para alcanzar los objetivos estratégicos del presente Plan.

5.2.2. Perspectiva “agentes de interés”

Para elaborar los objetivos a incluir en esta perspectiva se han identificado los principales agentes de interés y sus necesidades, lo que ha facilitado elaborar las propuestas de valor (tabla 1) que, respecto

a la seguridad del paciente, pueden dar respuesta a las necesidades de dichos agentes de interés. Las propuestas de valor serán, en definitiva, los objetivos que se quieren alcanzar con el presente Plan respecto a cada agente de interés.

En el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SESCAM los agentes de interés son los beneficiarios directos, aquellos a quienes se dirige. Por consiguiente, en este Plan se consideran los siguientes:

- 1. Profesionales de la salud
- 2. Pacientes y usuarios
- 3. Familiares y cuidadores

Tabla 1. Agentes de interés y propuestas de valor

AGENTES DE INTERÉS	NECESIDADES	PROPUESTAS DE VALOR
Profesionales de la salud	Mejor calidad de resultados posible Menor variabilidad clínica con estándares de seguridad definidos	Optimizar y fiabilizar los resultados clínicos
Pacientes/usuarios	Mejor servicio posible y mínimo riesgo e incidencia de eventos adversos Mejor comprensión y conocimiento de los riesgos y su prevención	Conseguir una asistencia sanitaria segura Fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre la seguridad de su proceso asistencial
Familiares y Cuidadores	Mejor comprensión de los cuidados, del proceso asistencial y de su papel en el mismo	Implicar al familiar/cuidador en la seguridad del paciente con conocimiento del riesgo

5.2.3. Perspectiva “resultados”

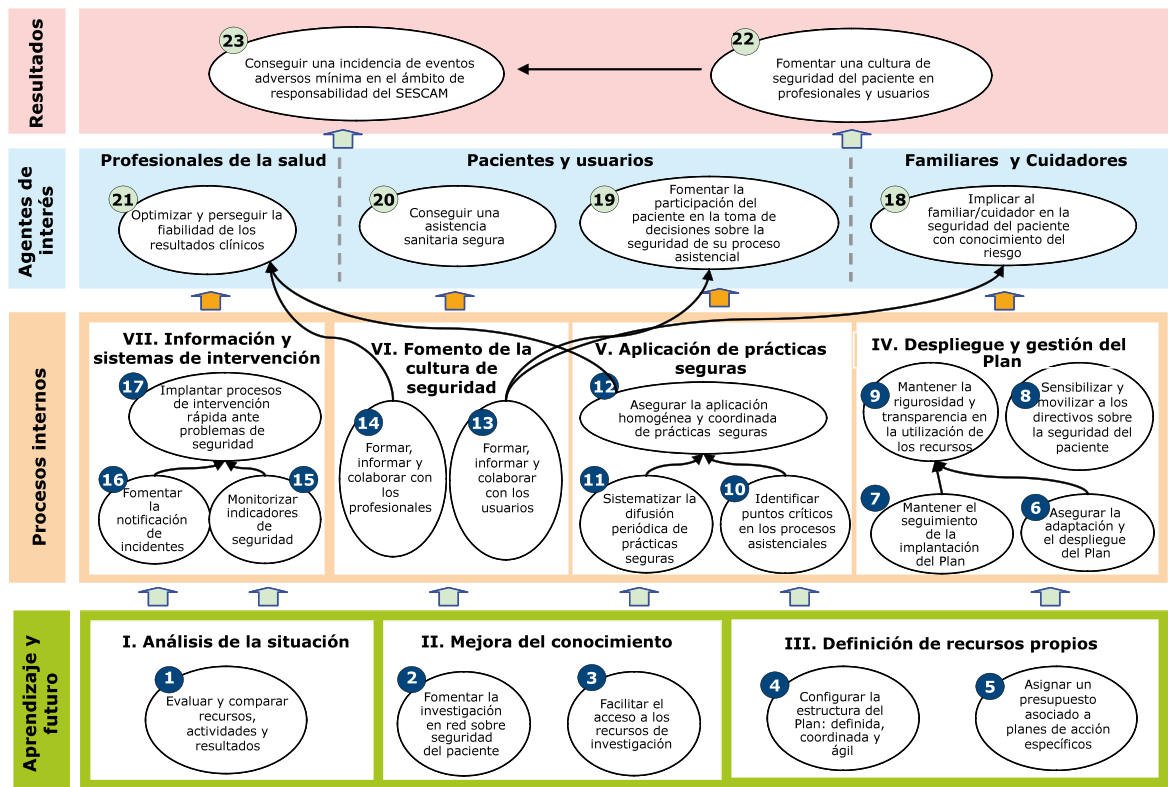
La perspectiva resultados recoge los objetivos últimos del Plan que se definen en la Visión.

Se trata de consolidar un elevado nivel de conocimiento y sensibilidad general sobre la seguridad del paciente, tanto en los profesionales como en los propios usuarios, buscando desarrollar y arraigar la cultura de la proactividad y la atención permanente al respecto.

Con esta perspectiva, se fija la atención en un objetivo fundamental, controlar la aparición de eventos adversos en el ámbito de responsabilidad del SESCAM, manteniéndolos en un nivel mínimo, y entendiendo que su logro es reflejo del éxito de la implantación y seguimiento del presente Plan.

Aunque es evidente que los objetivos estratégicos de cada una de las perspectivas contribuirán con sus resultados al éxito del Plan, son los objetivos de la perspectiva resultados los que reflejan el impacto final del Plan.

5.3. El mapa estratégico del plan de seguridad del paciente



A. PERSPECTIVA “APRENDIZAJE Y FUTURO”

En esta perspectiva se han definido tres estrategias y 5 objetivos estratégicos, cuya consecución permitirá llevar a cabo con mayor garantía los objetivos de la perspectiva “procesos internos”.

Estrategia I. Análisis de la situación.

Objetivo Estratégico 1. Evaluar y comparar recursos, actividades y resultados en seguridad del paciente.

Estrategia II. Mejora del conocimiento.

Objetivo Estratégico 2. Fomentar la investigación en red sobre seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 3. Facilitar el acceso a los recursos de investigación.

Estrategia III. Definición de recursos propios de seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 4. Configurar la estructura del Plan: definida, coordinada y ágil.

Objetivo Estratégico 5. Asignar un presupuesto asociado a planes de acción específicos.

B. PERSPECTIVA “PROCESOS INTERNOS”

Comprende en su desarrollo 4 estrategias y 12 objetivos estratégicos.

Estrategia IV. Despliegue y gestión del Plan.

Objetivo Estratégico 6. Asegurar la adaptación y el despliegue del Plan.

Objetivo Estratégico 7. Mantener el seguimiento de la implantación del Plan.

Objetivo Estratégico 8. Sensibilizar y movilizar a los directivos sobre la seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 9. Mantener la rigurosidad y transparencia en la utilización de los recursos.

Estrategia V. Aplicación de prácticas seguras.

Objetivo Estratégico 10. Identificar posibles puntos críticos en la definición e implantación de los procesos asistenciales.

Objetivo Estratégico 11. Sistematizar la difusión periódica de prácticas seguras.

Objetivo Estratégico 12. Asegurar la aplicación homogénea y coordinada de prácticas seguras.

Estrategia VI. Fomento de la cultura de la seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 13. Formar, informar y colaborar con los usuarios.

Objetivo Estratégico 14. Formar, informar y colaborar con los profesionales.

Estrategia VII. Información sobre la aparición y magnitud de los incidentes de seguridad. Sistemas de intervención.

Objetivo Estratégico 15. Monitorizar los indicadores de seguridad.

Objetivo Estratégico 16. Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 17. Implantar procesos de intervención rápida ante problemas de seguridad del paciente.

55

C. PERSPECTIVA “AGENTES DE INTERÉS”

Familiares y cuidadores.

Objetivo Estratégico 18. Implicar al familiar/cuidador en la seguridad del paciente con conocimiento del riesgo

Pacientes/Usuarios.

Objetivo Estratégico 19. Fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre la seguridad de su proceso asistencial.

Objetivo Estratégico 20. Conseguir una asistencia sanitaria segura.

Profesionales de la salud.

Objetivo Estratégico 21. Optimizar y perseguir la fiabilidad de los resultados clínicos.

D. PERSPECTIVA “RESULTADOS”

Objetivo Estratégico 22. Fomentar una cultura de seguridad del paciente en los profesionales y usuarios.

Objetivo Estratégico 23. Conseguir una incidencia de eventos adversos mínima en el ámbito de responsabilidad del SESCOAM.

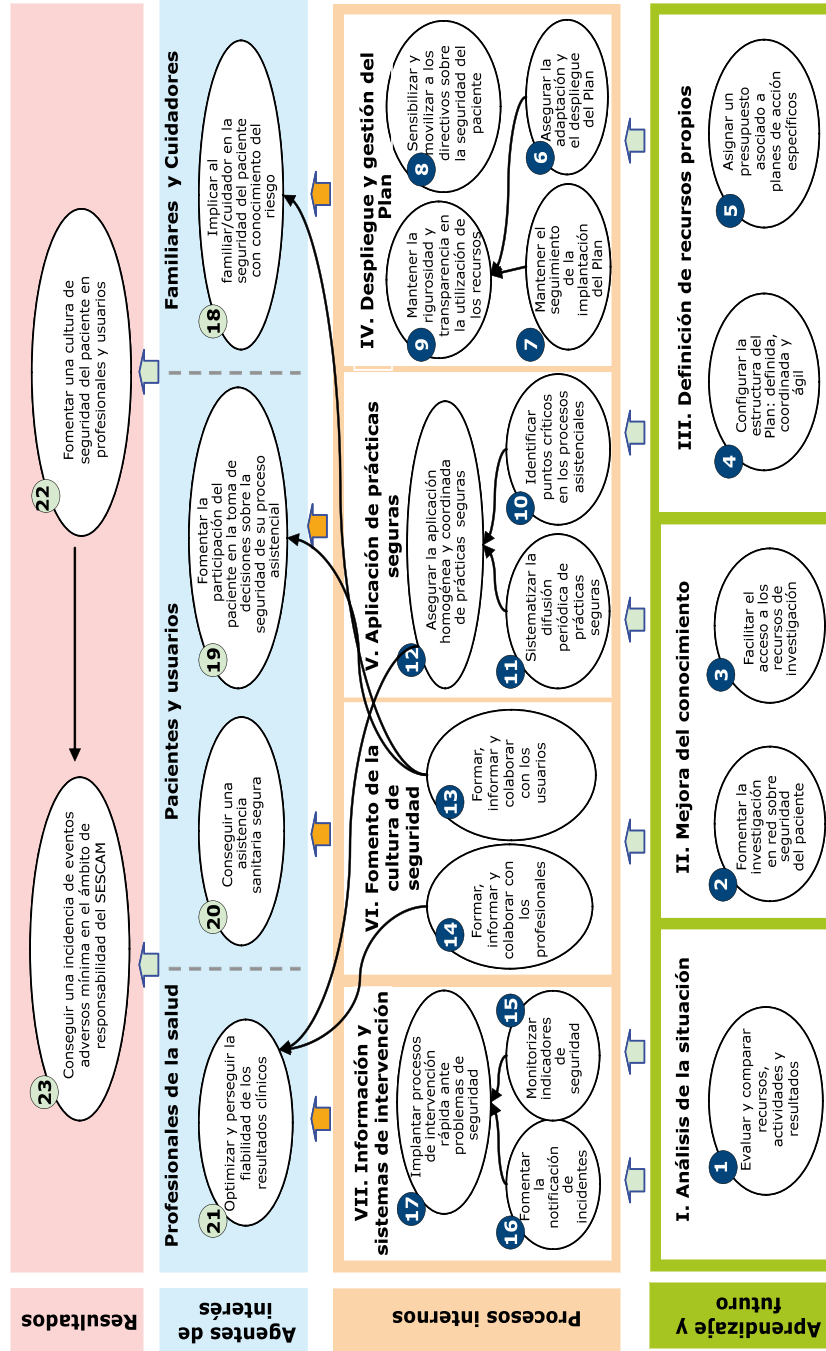
56

5.4. Enfoque hacia la implantación

La formulación del Plan se ha orientado claramente hacia la búsqueda de la implantación efectiva del mismo, teniendo presente en todo momento la importancia de asegurar:

1. Que las estrategias son coherentes con el marco estratégico (situación actual, visión y misión).
2. Que cada estrategia cuenta con objetivos estratégicos definidos, específicos y medibles.
3. Que el logro de los objetivos estratégicos asegura el logro de la “Visión”, pero especialmente, que responde y se dirige de forma clara a los agentes prioritarios de interés del sistema sanitario (profesionales, pacientes, familiares y cuidadores).
4. Que están definidas las estrategias que se dirigen a los procesos (a la acción) y las estrategias que se dirigen a la innovación, el aprendizaje y el futuro (adecuación permanente de la acción a los cambios de la realidad, del conocimiento y de las tendencias relevantes).
5. Que se estructura sobre un sistema válido y reconocido como idóneo para la gestión del despliegue e implantación.

Mapa del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente



6. RESUMEN DE LAS ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN

A continuación se exponen los objetivos estratégicos (OE) ligados a las actuaciones a desarrollar en el periodo 2009-2012, que tienen cabida en las 7 estrategias definidas en las perspectivas de “aprendizaje y futuro” y en la de “procesos internos” del mapa estratégico, y que configuran el marco de actuación del presente Plan, contribuyendo a la consecución de los objetivos estratégicos planteados en las perspectivas “agentes de interés” y “resultados”.

Estrategia I. Análisis de la situación.

OE 1. Evaluar y comparar recursos, actividades y resultados en seguridad del paciente.

Estrategia II. Mejora del conocimiento.

OE 2. Fomentar la investigación en red sobre seguridad del paciente.

OE 3. Facilitar el acceso a los recursos de investigación.

Estrategia III. Definición de recursos propios de seguridad del paciente.

OE 4. Configurar la estructura del Plan: definida, coordinada y ágil.

OE 5. Asignar un presupuesto asociado a planes de acción específicos.

Estrategia IV. Despliegue y gestión del Plan.

OE 6. Asegurar la adaptación y el despliegue del Plan.

OE 7. Mantener el seguimiento de la implantación del Plan.

OE 8. Sensibilizar y movilizar a los directivos sobre la seguridad del paciente.

OE 9. Mantener la rigurosidad y transparencia en la utilización de los recursos.

Estrategia V. Aplicación de prácticas seguras.

OE 10. Identificar posibles puntos críticos en la definición e implantación de los procesos asistenciales.

OE 11. Sistematizar la difusión periódica de prácticas seguras.

OE 12. Asegurar la aplicación homogénea y coordinada de prácticas seguras.

Estrategia VI. Fomento de la cultura de la seguridad del paciente.

OE 13. Formar, informar y colaborar con los usuarios.

OE 14. Formar, informar y colaborar con los profesionales.

Estrategia VII. Información sobre la aparición y magnitud de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Sistemas de intervención.

OE 15. Monitorizar los indicadores de seguridad.

OE 16. Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

OE 17. Implantar procesos de intervención rápida ante problemas de seguridad del paciente.

7. ACTUACIONES DEL PLAN

PERSPECTIVA “APRENDIZAJE Y FUTURO”

7.1. Estrategia I. Análisis de la situación

Para poder realizar una proyección de futuro es necesario conocer la situación de partida y planificar las actuaciones destinadas a evaluar el sistema respecto a la seguridad del paciente. En este análisis de situación es conveniente comparar nuestros resultados y conocer las buenas prácticas que se realizan desde los sistemas sanitarios de nuestro entorno que están consiguiendo buenos resultados en la reducción de eventos adversos (*“benchmarking”*).

Además, es necesario llevar a cabo este análisis de situación de manera continua, para, según el resultado del mismo, modular las actuaciones propuestas en la perspectiva “procesos internos” del mapa estratégico. Estar atentos a las nuevas experiencias que van surgiendo en el campo de la seguridad del paciente y a nuestros propios resultados puede hacernos pensar en la necesidad de mejorar algunas actuaciones o proponer otras nuevas.

Objetivo Estratégico 1. Evaluar y comparar recursos, actividades y resultados en seguridad del paciente.

Actuaciones (A):

A.I.1.1. La evaluación y seguimiento del Plan de Seguridad del Paciente se realizará a través de una herramienta informática con un cuadro de mando integral, de forma que permita tener un conocimiento de la situación respecto a los aspectos que se consideren clave.

A.I.1.2. Los profesionales del SESCOAM participarán en los grupos de trabajo de seguridad del paciente de todos aquellos foros en los que se favorezca el *“benchmarking”*.

A.I.1.3. Desde el SESCOAM se realizará un estudio recopilatorio de buenas prácticas a nivel nacional e internacional.

7.2. Estrategia II. Mejora del conocimiento

La actualización y mejora de los conocimientos de aquellas materias sobre las que se quiera proponer actuaciones de mejora es un elemento básico de la planificación.

El programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente “el conocimiento es enemigo de la atención no segura”, fue impulsado por la OMS con el objetivo de estimular la investigación sobre la seguridad del paciente en todo el mundo, reforzando los programas nacionales. Además, pretende facilitar la divulgación internacional de los resultados obtenidos.

Objetivo Estratégico 2. Fomentar la investigación en red sobre seguridad del paciente.

A.II.2.1. Las instituciones sanitarias incrementarán y optimizarán los recursos humanos y materiales destinados a la investigación en seguridad del paciente en Castilla-La Mancha, favoreciendo la formación de investigadores en este campo y la creación de grupos y redes.

A.II.2.2. Las instituciones sanitarias y los investigadores fomentarán líneas de investigación que profundicen en el conocimiento de los factores individuales y en los procesos implicados en los errores causantes de eventos adversos.

A.II.2.3. Las instituciones sanitarias y los investigadores fomentarán líneas de investigación de búsqueda de estrategias que aumenten la seguridad del paciente.

A.II.2.4. Las instituciones con competencias en investigación sanitaria fomentarán la colaboración entre investigadores que realicen su trabajo en investigación básica, epidemiológica, clínica y de gestión, con el fin de coordinar y desarrollar líneas de investigación con enfoques multidisciplinares.

A.II.2.5. Las instituciones sanitarias y los investigadores potenciarán la colaboración en proyectos de investigación con las Universidades con presencia regional.

A.II.2.6. Las autoridades sanitarias con competencias en investigación fomentarán la colaboración en los proyectos nacionales e internacionales de investigación.

A.II.2.7. El SESCOG fomentará la cooperación entre las distintas sociedades científicas con objeto de mejorar la investigación en seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 3. Facilitar el acceso a los recursos de investigación.

A.II.3.1. La seguridad del paciente se incluirá de forma explícita en las convocatorias de apoyo a la investigación que se realicen en Castilla-La Mancha.

A.II.3.2. El SESCAM solicitará a la Consejería de de Salud y Bienestar Social, como responsable de las convocatorias, la priorización de la investigación en seguridad del paciente dentro de las convocatorias regionales de ayudas a la investigación.

A.II.3.3. El SESCAM divulgará adecuadamente las distintas convocatorias de investigación internacional, nacional y regional en seguridad del paciente, a través de los medios previstos en el Plan Operativo de Investigación en Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha 2008-2010.

A.II.3.4. El SESCAM incluirá en sus programas de formación y propondrá la inclusión en los programas de formación de la Consejería de Salud y Bienestar Social y de la Fundación para la Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (FISCAM), dentro del ámbito de la metodología de investigación, el conocimiento sobre los instrumentos y herramientas más utilizados en seguridad del paciente.

A.II.3.5. El SESCAM participará en la creación de un banco de experiencias, publicaciones, proyectos e investigadores, enlazado con los sistemas de información de la investigación que se están desarrollando en Castilla-La Mancha de acuerdo al Plan Operativo de Investigación en Ciencias de la Salud.

63

7.3. Estrategia III. Definición de recursos propios de seguridad del paciente

En el SESCAM se han adoptado una serie de medidas encaminadas a mejorar y hacer posible una atención sanitaria más cercana, más próxima a las expectativas de los pacientes y usuarios de nuestro sistema sanitario público. Con este propósito se ha creado una nueva estructura administrativa en cada una de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada. Se trata de las Oficinas de Calidad Asistencial y Atención al Usuario (OCAUs).

Estas Oficinas tienen entre sus funciones, relacionadas con la mejora de la calidad, la de facilitar la implantación y la evaluación de los programas especiales de seguridad del paciente y la de potenciar y facilitar la aplicación del Plan de Calidad del SESCAM y de los distintos proyectos de mejora continua y seguridad del paciente.

Por otra parte, el Decreto 140/2008, de 9 de septiembre, de estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), atribuye a la Secretaría General la “elaboración y desarrollo del Plan Estratégico de Seguridad de los Pacientes.”

Objetivo Estratégico 4. Configurar la estructura del Plan: definida, coordinada y ágil.

A.III.4.1. La Secretaría General del SESCAM tiene entre sus funciones la elaboración y desarrollo del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente, siendo responsable de la dirección general del Plan.

A.III.4.2. El SESCAM, a través de la Secretaría General, creará la estructura necesaria para la dirección, coordinación y desarrollo del Plan. Esta estructura estará compuesta por una Dirección Técnica del Plan y una Comisión Técnica de Seguridad del Paciente, cuyas funciones y miembros se establecerán por la Secretaría General del SESCAM.

A.III.4.3. En todas las Gerencias del SESCAM se creará la estructura y los mecanismos necesarios para desarrollar el Plan. Esta estructura contará con un Responsable de Seguridad del Paciente, preferentemente de entre los profesionales de las Oficinas de Calidad y Atención al Usuario (OCAUs), así como con una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y una Comisión Técnica de Seguridad del Paciente, en la que participarán profesionales del centro y entre cuyas funciones principales estarán las relacionadas con la gestión de riesgos, implantación de buenas prácticas, realización de análisis y elaboración de informes y propuestas.

Objetivo Estratégico 5. Asignar un presupuesto asociado a planes de acción específicos.

A.III.5.1. En los presupuestos del SESCAM se destinarán anualmente partidas adecuadas y específicas para las actuaciones en seguridad del paciente.

PERSPECTIVA “PROCESOS INTERNOS”

7.4. Estrategia IV. Despliegue y gestión del Plan

El presente Plan Estratégico de Seguridad del Paciente propone una serie de objetivos y actuaciones orientadas a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha, una atención sanitaria continuada y de calidad, basada en prácticas seguras contrastadas, que responda a las necesidades y expectativas del paciente y su familia y que constituya el eje de todas sus actuaciones.

Con objeto de garantizar la satisfacción de las necesidades y la consecución de los fines en todas las áreas de interés contempladas en el presente Plan, se formula esta Estrategia como punto clave para alcanzar los objetivos propuestos y llevar a cabo las actuaciones encaminadas al logro de la mejora continua hacia la excelencia en todos y cada uno de los ámbitos de seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 6. Asegurar la adaptación y el despliegue del Plan.

A.IV.6.1. Desde el SESCAM se impulsará la coordinación de las actuaciones enmarcadas dentro del presente Plan con los objetivos y líneas de actuación de otros planes del SESCAM y de la Consejería de Salud y Bienestar Social.

A.IV.6.2. Para adaptar adecuadamente el Plan a la realidad de cada Gerencia, éstas elaborarán, anualmente, un documento propio que recoja las actuaciones a desarrollar en las mismas según lo previsto en el Plan.

Objetivo Estratégico 7. Mantener el seguimiento de la implantación del Plan.

A.IV.7.1. La Dirección del Plan realizará, antes de finalizar el primer trimestre de cada año, un informe de seguridad del paciente del año anterior basándose en las actuaciones realizadas en cada Gerencia. Este informe recogerá: las actuaciones realizadas a lo largo del año y su nivel de logro según lo previsto, así como el detalle de la utilización de los recursos y el plan de trabajo y las propuestas de actuación para el año siguiente.

A.IV.7.2. La Dirección del Plan, junto con los responsables del mismo en cada Gerencia, realizarán un seguimiento de su implantación a través del cuadro de mando integral.

Objetivo Estratégico 8. Sensibilizar y movilizar a los directivos sobre la seguridad del paciente.

A.IV.8.1. Los contratos de gestión anuales de las Gerencias del SESCAM detallarán los objetivos e indicadores relacionados con la seguridad del paciente contemplados en el Plan, así como las actuaciones sobre buenas prácticas que se consideren más adecuadas.

A.IV.8.2. Los equipos directivos de cada centro sanitario del SESCAM estarán implicados en la seguridad del paciente y apoyarán la creación y el trabajo de la Comisión Técnica de Seguridad del Paciente de su Gerencia.

Objetivo Estratégico 9. Mantener la rigurosidad y transparencia en la utilización de los recursos.

A.IV.9.1. El SESCAM mantendrá informados a los órganos de participación ciudadana del SESCAM acerca de los proyectos y del informe anual de seguridad del paciente.

A.IV.9.2. Los principales indicadores extraídos del cuadro de mando integral de seguridad del paciente se incluirán en la memoria anual del SESCAM.

7.5. Estrategia V. Aplicación de prácticas seguras

Las prácticas seguras deben ser generalizables, es decir, aplicables en diversos tipos de centros asistenciales y en distintos tipos de pacientes, deben tener una alta probabilidad de obtener beneficios significativos en la seguridad del paciente, una vez implantadas de forma plena, y deben contar con una evidencia de su efectividad en la reducción del riesgo de lesionar al paciente.

Con esta Estrategia se pretende implantar y sistematizar de manera homogénea la puesta en marcha de determinadas prácticas seguras cuyo impacto potencial es considerado alto y, a su vez, no presentan una gran complejidad de implantación.

La implantación de todas estas prácticas seguras, unida a medidas estructurales de los centros y a medidas organizativas del sistema, muchas de ellas también presentadas en este documento, van encaminadas a la consecución del objeto último y primordial del Plan: mejorar e incrementar los niveles de seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 10. Identificar posibles puntos críticos en la definición e implantación de los procesos asistenciales.

A.V.10.1. En la planificación y definición de los procesos asistenciales, se identificarán los posibles puntos críticos y se propondrán medidas para disminuir la probabilidad de aparición de eventos adversos.

Objetivo Estratégico 11. Sistematizar la difusión periódica de prácticas seguras.

A.V.11.1. Los responsables del Plan promoverán la revisión anual de la adecuación y vigencia de las prácticas seguras recomendadas.

A.V.11.2. La Dirección Técnica del Plan asegurará la distribución de publicaciones periódicas relacionadas con la seguridad del paciente que incluyan buenas prácticas, tanto del SESCAM como de otros organismos nacionales e internacionales.

A.V.11.3. En la Web del SESCAM se creará un espacio sobre seguridad del paciente, donde se recojan las buenas prácticas vigentes y actualizadas.

Objetivo Estratégico 12. Asegurar la aplicación homogénea y coordinada de prácticas seguras.

Este Objetivo Estratégico tiene la finalidad de asegurar la aplicación homogénea de prácticas seguras comprendidas en diversos campos de actuación:

1. Identificación de pacientes.
2. Asepsia y lavado de manos.
3. Contención física.
4. Valoración del paciente con traumatismo en situación de urgencia.
5. Prevención de eventos adversos en el proceso quirúrgico.
6. Prevención de errores en la conexión entre catéteres y otras vías.
7. Prevención de errores de medicación.
8. Prevención de caídas.
9. Prevención de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar.
10. Prevención de úlceras por decúbito.
11. Prevención de la neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica.
12. Prevención de la infección relacionada con catéter venoso central.
13. Mejora de la comunicación en la transición entre niveles asistenciales.
14. Mejora de la seguridad del paciente con enfermedad mental en los centros con internamiento.
15. Mejora de la seguridad en la atención al embarazo, parto y puerperio.
16. Mejora de la seguridad en la transfusión de sangre y hemoderivados.
17. Consentimiento informado.
18. Registro de voluntades anticipadas.
19. Alergia al látex.
20. Vacunación contra la gripe al personal que trabaja en los centros sanitarios.
21. Limpieza de las superficies.

1. Identificación de pacientes

A.V.12.1.1. En todos los centros del SESCAM se implantarán planes de actuación para que la identificación de los pacientes se realice de forma sistemática y estandarizada, desde el primer momento de la atención asistencial, así como previamente a la realización de cualquier técnica, procedimiento o tratamiento.

A.V.12.1.2. En todos los centros sanitarios del SESCAM se instaurará la pulsera identificativa de pacientes, tanto en el área de urgencias como en el área de hospitalización.

2. Asepsia y lavado de manos

A.V.12.2.1. En todos los centros sanitarios del SESCAM se promoverá la utilización, antes y después del contacto con el paciente, de soluciones hidroalcohólicas para la desinfección de las manos; para ello se colocarán dispensadores de dichas soluciones que resulten accesibles para los profesionales y familiares.

A.V.12.2.2. Todas las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada, realizarán actuaciones de formación y difusión de técnicas de lavado, desinfección y/o descontaminación de las manos.

3. Contención física

A.V.12.3.1. Desde los servicios centrales del SESCAM se elaborará un protocolo único de contención física segura.

A.V.12.3.2. A través de la unidad Funcional de Gestión de Riesgos de cada una de las Gerencias, se promoverá la implantación del protocolo de contención física en los centros sanitarios.

4. Valoración del paciente con traumatismo en situación de urgencia

A.V.12.4.1. Desde los servicios centrales de SESCAM se elaborarán protocolos de valoración de los pacientes con traumatismo en situación de urgencia.

A.V.12.4.2. En todas las Gerencias del SESCAM se realizarán actividades formativas dirigidas a la valoración del traumatismo en situación de urgencia.

A.V.12.4.3. Se facilitará la utilización de aplicaciones informáticas de ayuda a la valoración efectiva del paciente con traumatismo.

5. Prevención de eventos adversos en el proceso quirúrgico

A.V.12.5.1. En toda intervención quirúrgica se realizará la comprobación de determinados aspectos considerados clave para la seguridad del paciente y recogidos en el “listado de verificación de seguridad quirúrgica”.

A.V.12.5.2. En todos los procesos quirúrgicos se incluirá la actividad de valoración anestésica, tanto pre, como intra y postoperatoria, según la mejor evidencia científica.

A.V.12.5.3. En los protocolos de las intervenciones quirúrgicas se incluirá la verificación preoperatoria de los riesgos que puede presentar el paciente con motivo de la anestesia, según la hoja de consulta preanestésica.

A.V.12.5.4. En los protocolos de las intervenciones quirúrgicas se incluirá la profilaxis antibiótica según el protocolo aprobado e implantado en el centro.

A.V.12.5.5. En todos los procesos quirúrgicos se definirán las actuaciones destinadas a evitar errores en el manejo del material utilizado.

A.V.12.5.6. El proceso quirúrgico deberá recoger los aspectos relacionados con la circulación de las personas y el mantenimiento del material en la zona quirúrgica.

A.V.12.5.7. En todos los centros sanitarios del SESCAM se realizará e implantará un protocolo de adecuado tratamiento en cuanto a limpieza y mantenimiento del instrumental quirúrgico.

A.V.12.5.8. En todos los centros sanitarios del SESCAM se fomentará la revisión periódica para el correcto mantenimiento y calibración del aparataje electromédico que interviene en el proceso quirúrgico.

A.V.12.5.9. En los protocolos quirúrgicos del SESCAM se incluirán, adaptándolas a nuestro contexto, las recomendaciones de órganos de referencia internacional y las recomendaciones que vienen de análisis propios, como por ejemplo en materia de:

- » Uso apropiado de los medicamentos en los procesos perioperatorios
- » Procedimiento preoperatorio adecuado de eliminación del vello
- » Control postoperatorio de la glucosa para los pacientes con cirugía mayor
- » Normotermia postoperatoria para los pacientes con cirugía colorrectal

A.V.12.5.10 En todos los centros sanitarios del SESCAM se establecerán protocolos de actuación en el caso de infarto agudo de miocardio en un proceso quirúrgico y se difundirán oportunamente.

A.V.12.5.11 En todos los centros sanitarios del SESCAM se realizará una formación específica en reanimación cardiopulmonar dirigida al personal implicado en el proceso quirúrgico.

A.V.12.5.12 En todas las Gerencias del SESCOAM se realizarán acciones de formación e información a los profesionales sobre las medidas para disminuir la probabilidad de infecciones en el lugar quirúrgico.

6. Prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías

A.V.12.6.1. Todas las Gerencias del SESCOAM tendrán elaborados y actualizados anualmente procedimientos en relación a las conexiones de catéteres y otras vías, y asegurarán que todos los responsables de dichas técnicas tengan conocimiento de los mismos, especialmente por parte del personal eventual o sustituto.

A.V.12.6.2. Las Gerencias realizarán cursos de formación continuada dirigidos a los profesionales sanitarios para conocer los peligros que entrañan los errores de conexión de catéteres y otros dispositivos.

7. Prevención de errores de medicación

A.V.12.7.1. En todos los centros y servicios sanitarios se promocionará la práctica segura del uso de medicación, realizando una correcta valoración del paciente y estando alerta ante la aparición de signos o síntomas que puedan manifestarse como consecuencia de su administración.

A.V.12.7.2. El SESCOAM favorecerá y difundirá la prescripción electrónica asistida en todas sus consultas.

A.V.12.7.3. En la herramienta de prescripción electrónica se instaurará un sistema de alerta de alergias medicamentosas, interacciones medicamentosas y de dosis máximas.

A.V.12.7.4. Los servicios centrales del SESCOAM elaborarán manuales y guías de administración de fármacos por niveles de riesgo.

A.V.12.7.5. Todas las Gerencias del SESCOAM elaborarán e implantarán protocolos de dispensación y administración de fármacos de riesgo alto, con un sistema de identificación inequívoca y de dispensación precargada de estos fármacos.

A.V.12.7.6. Todas las Gerencias de atención especializada implantarán sistemas de unidosis para la dispensación de fármacos en las áreas de hospitalización.

A.V.12.7.7. El SESCOAM elaborará un documento consensuado, para entregar a los pacientes, en el que se les informe sobre los medicamentos, dosis y forma de administración.

A.V.12.7.8. En todos los centros sanitarios del SESCAM se eliminarán las ordenes verbales relacionadas con la administración de medicamentos, salvo en situaciones de emergencia, en que se actuará según el procedimiento establecido.

A.V.12.7.9. En los protocolos de transición asistencial primaria–especializada y viceversa, y entre centros, se incluirá la petición o consulta de la hoja de medicación.

A.V.12.7.10. Se garantizará el uso seguro de los medicamentos en los niños considerando en especial indicaciones y dosis correctas.

A.V.12.7.11. El SESCAM favorecerá e implantará la prescripción por principio activo en ambos niveles asistenciales.

8. Prevención de caídas

A.V.12.8.1. En todos los centros sanitarios del SESCAM se realizará un estudio de accesibilidad para valorar las barreras arquitectónicas existentes.

A.V.12.8.2. En todos los centros de atención especializada se elaborará un protocolo que recoja las acciones encaminadas a prevenir las caídas de pacientes, prestando especial atención a la prevención de caídas en pacientes sometidos a cirugía y personas con problemas de movilidad y deterioro cognitivo.

A.V.12.8.3. En los protocolos de los pacientes de mayor riesgo se incluirán recomendaciones dirigidas a la prevención de caídas de personas vulnerables en atención primaria o en visita domiciliaria.

9. Prevención de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar

A.V.12.9.1. El SESCAM elaborará un protocolo de prevención de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar, identificación y pautas de actuación.

A.V.12.9.2. A través de la unidad Funcional de Gestión de Riesgos de cada una de las Gerencias, se promoverá la implantación del protocolo de prevención de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en los centros sanitarios.

10. Prevención de úlceras por decúbito

A.V.12.10.1. En todos los centros sanitarios con internamiento, así como en las consultas de atención primaria y en visita domiciliaria, se implantarán protocolos de cuidados dirigidos a la prevención de úlceras por presión, de acuerdo a la evidencia científica existente.

A.V.12.10.2 En todos los centros sanitarios se dispondrá de material adecuado y recomendado según evidencia, para la prevención de úlceras por presión en todos los niveles, incluida la atención domiciliaria.

11. Prevención de la neumonía asociada al uso de ventilación mecánica

A.V.12.11.1. Todas las Gerencias de atención especializada del SESCAM elaborarán e implantarán protocolos, guías y recomendaciones para el cuidado de los pacientes con ventilación mecánica.

A.V.12.11.2. Todas las Gerencias del SESCAM realizarán acciones formativas específicas dirigidas a profesionales que atienden a pacientes con riesgo de padecer neumonía asociada al uso de ventilación mecánica.

12. Prevención de la infección relacionada con catéter venoso central

A.V.12.12.1. El SESCAM elaborará un protocolo para la prevención de la infección relacionada con catéteres de vías centrales.

A.V.12.12.2. A través de la unidad Funcional de Gestión de Riesgos de cada una de las Gerencias, se promoverá la implantación del protocolo de prevención de la infección relacionada con catéter venoso central en los centros sanitarios.

13. Mejora de la comunicación en la transición entre niveles asistenciales

A.V.12.13.1. Las Gerencias del SESCAM establecerán y habilitarán los mecanismos que garanticen las mejoras en la comunicación entre los profesionales y los niveles asistenciales.

A.V.12.13.2. En todas las guías de acogida o ingreso de pacientes se incluirán recomendaciones para la transmisión de información clínica con el fin de disminuir posibles eventos adversos.

A.V.12.13.3. El informe de continuidad de cuidados se incorporará a la historia clínica del paciente para servir como documento informativo interniveles.

A.V.12.13.4. Los informes de alta y de cuidados, de atención especializada, tras su emisión, serán accesibles a los profesionales de atención primaria de forma inmediata.

14. Mejora de la seguridad del paciente con enfermedad mental en los centros y servicios de salud mental con internamiento

A.V.12.14.1. Los servicios centrales del SESCOAM elaborarán y publicarán una guía de buenas prácticas sobre la prevención y el manejo seguro y terapéutico de la violencia y agresividad en los centros y servicios de salud mental con internamiento, que será implementada en todos ellos.

A.V.12.14.2. A todo paciente ingresado en los centros y servicios de salud mental con internamiento, se le realizará una evaluación del riesgo de suicidio, particularmente en aquellos con tentativas o episodios de autolesión previos o que expresan ideación suicida.

A.V.12.14.3. Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos de cada Gerencia del SESCOAM auditarán anualmente los centros y servicios de salud mental con internamiento para detectar riesgos ambientales y buscar remedios y acciones preventivas siempre que sea posible, incidiendo especialmente en las medidas de seguridad pasivas y organizativas.

A.V.12.14.4. En toda evaluación inicial del paciente con enfermedad mental, se considerará el riesgo de un comportamiento sexual inapropiado o la vulnerabilidad ante el acoso sexual y será reevaluado periódicamente.

A.V.12.14.5. Los planes individuales de atención al paciente con enfermedad mental incluirán una valoración de riesgo de fuga.

A.V.12.14.6. Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos de cada Gerencia del SESCOAM auditarán anualmente los centros y servicios de salud mental con internamiento para evaluar el riesgo de abandono del paciente sin conocimiento del personal y se analizarán las causas básicas de los incidentes de fuga o la desaparición.

15. Mejora de la seguridad en la atención al embarazo, parto y puerperio

A.V.12.15.1. En todos los centros sanitarios del SESCOAM se promoverán prácticas seguras que prevengan patologías evitables en el feto y la embarazada, lesiones al recién nacido, complicaciones por cesárea y por parto vaginal.

16. Mejora de la seguridad en la transfusión de sangre y hemoderivados

A.V. 12.16.1. Se reforzarán los sistemas de calidad de los centros y servicios de transfusión acorde con los principios de buenas prácticas con el fin de garantizar la seguridad de la sangre y sus componentes en todos los centros y servicios de la red de hemodonación, hemoterapia y hemovigilancia.

A.V.12.16.2. El SESCAM elaborará un protocolo para la administración segura de sangre y hemoderivados.

A.V.12.16.3. A través de la unidad Funcional de Gestión de Riesgos de cada una de las Gerencias, se promoverá la implantación del protocolo para la administración segura de sangre y hemoderivados en los centros sanitarios.

17. Consentimiento informado

A.V.12.17.1. En todas las actuaciones sanitarias se sistematizará la información referida a los riesgos que conlleven.

A.V.12.17.2. En todas las acciones invasivas se elaborará, con apoyo documental, el documento de consentimiento informado y será acreditado por los servicios centrales del SESCAM.

18. Registro de voluntades anticipadas

A.V.12.18.1. El SESCAM difundirá, entre todos los profesionales sanitarios, la existencia del registro de voluntades anticipadas.

A.V.12.18.2. Se establecerá un mecanismo de conexión de la historia clínica informatizada con el registro de voluntades anticipadas, de forma que aparezca una alerta en caso de que el paciente haya efectuado la declaración de voluntades anticipadas.

A.V.12.18.3. Hasta que no se disponga de la alerta que indique si el paciente ha efectuado o no la declaración de voluntades anticipadas, se verificará en todos los pacientes ingresados la existencia de esta declaración.

19. Alergia al látex

A.V.12.19.1. En el apartado de anamnesis de las historias clínicas (Turriano, Mambrino XXI, etc.) se incluirá el ítem “hipersensibilidad al látex”.

A.V.12.19.2. En todos los casos, se recogerá en la historia clínica del paciente si éste presenta alergia al látex.

A.V.12.19.3. Se diseñará, difundirá e implantará en el SESCAM una política integral de gestión y uso del guante sanitario y no sanitario sin látex (creación y gestión de nuevas áreas, inclusión estratégica en los procedimientos de compra, manipulación de alimentos,...).

20. Vacunación contra la gripe del personal que trabaja en los centros sanitarios

A.V.12.20.1. Todos los centros sanitarios del SESCAM realizarán campañas activas para la vacunación de sus trabajadores, mediante sesiones informativas generales y específicas a los profesionales en contacto con pacientes de especial riesgo.

A.V.12.20.2. Desde los servicios de prevención de riesgos laborales se informará, a través de los medios de comunicación y consultas de Atención Primaria, de la necesidad de la vacunación a grupos de riesgo.

21. Limpieza de superficies

A.V.12.21.1. En todos los centros sanitarios del SESCAM se diseñará e implantará un sistema de identificación de equipos y materiales de limpieza de superficies mediante códigos de colores, y se asignará a las zonas o superficies un color según el nivel de higiene requerido.

A.V.12.21.2. Todos los centros sanitarios del SESCAM contarán con carteles donde se identifique el código de colores y las zonas o superficies incluidas en cada color para realizar la limpieza de las superficies de manera adecuada.

A.V.12.21.3. En todos los centros sanitarios del SESCAM se realizarán campañas de formación e información dirigidas a los trabajadores de limpieza sobre el sistema de colores y de limpieza del hospital y sus distintas zonas.

7.6. Estrategia VI. Fomento de la cultura de la seguridad del paciente

En el momento actual, en las organizaciones sanitarias, se hace necesario pasar de una cultura individualista a una cultura de la participación y de corresponsabilidad de todos: gestores, profesionales y pacientes. Los modelos psicosociales contribuyen a entender los factores individuales y colectivos que determinan el cambio en las organizaciones y cómo estas pueden ser estimuladas para la corresponsabilización en la resolución de problemas. La mejora de la práctica en seguridad es una meta compleja que ha de ser la consecuencia de múltiples acciones analizadas en cada contexto.

Información.

Son necesarias acciones informativas dirigidas a los tres colectivos implicados en la seguridad del paciente: a los gestores, a los profesionales y a los propios pacientes. Acciones que se difundan adecuadamente utilizando todos los soportes necesarios: folletos, carteles, vídeos, página web, etc. La información debe ser rigurosa, fiable y permanentemente actualizada.

Formación.

Es necesario incorporar contenidos referidos a la seguridad en los *curriculum* de los estudios pregrado de los profesionales sanitarios, así como en la formación post-grado de los especialistas en ciencias de la salud. Es preciso asimismo integrar esta dimensión de la calidad asistencial en la formación continuada para aprender a manejar las distintas herramientas que se encuentran disponibles para la prevención de eventos adversos en el trabajo cotidiano, así como las innovaciones metodológicas que se vayan produciendo.

Incentivar la seguridad.

Hay que buscar sistemas novedosos e imaginativos para incentivar la seguridad. Premiar aquello que se hace bien, como las buenas prácticas, la formación de grupos de trabajo para mejorar la seguridad, la actualización permanente de las vías clínicas y la gestión por procesos deben ser una práctica habitual.

Pacientes por la seguridad de los pacientes.

Se trata de crear vías de participación e información y de desarrollar normas y consejos para los consumidores, pacientes y organizaciones, sin los cuales cualquier iniciativa podría estar abocada al fracaso.

Objetivo Estratégico 13. Formar, informar y colaborar con los usuarios.

A.VI.13.1. La Dirección del Plan propondrá estrategias de formación e información dirigidas a los pacientes, coordinadas con las dirigidas a los profesionales.

A.VI.13.2. La Dirección del Plan propondrá que se lleven a cabo acuerdos con asociaciones de pacientes para realizar acciones de fomento de su seguridad con especial incidencia en contenidos de comunicación.

A.VI.13.3. En todos los manuales de acogida e información al ingreso para pacientes y familiares se recogerán aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

A.VI.13.4. En todos los centros sanitarios, se facilitará el conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes.

A.VI.13.5. Los servicios centrales y/o las Gerencias del SESCAM realizarán encuestas de opinión y satisfacción dirigidas a los pacientes para evaluar el impacto de las acciones informativas dirigidas a mejorar la seguridad.

A.VI.13.6. Los servicios centrales y/o las Gerencias del SESCAM realizarán periódicamente estudios para evaluar los conocimientos, actitudes y motivación de los pacientes y cuidadores, respecto a la seguridad del paciente.

Objetivo Estratégico 14. Formar, informar y colaborar con los profesionales.

A.VI.14.1. El SESCAM facilitará actividades de formación dirigidas hacia el cambio necesario en la cultura de seguridad del paciente así como formación en gestión de riesgos.

A.VI.14.2. Los servicios centrales y/o las Gerencias del SESCAM realizarán periódicamente estudios para evaluar los conocimientos, actitudes y motivación de los profesionales respecto a la seguridad del paciente.

A.VI.14.3. El SESCAM propiciará la colaboración de los colegios de profesionales y sociedades científicas en aquellas iniciativas o proyectos que fomenten la seguridad del paciente.

A.VI.14.4. La Dirección del Plan propondrá acciones formativas que faciliten y fomenten el aprendizaje de los contenidos relacionados con la búsqueda e implantación de la mejor evidencia científica sobre seguridad del paciente.

7.7. Estrategia VII. Información sobre la aparición y magnitud de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Sistemas de intervención

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye, dentro de la infraestructura para la mejora de la calidad, un “registro de acontecimientos adversos para recoger información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente” y delega en la Agencia de Calidad del SNS la misión de la “elaboración y el mantenimiento de este registro”.

El objetivo primario de un sistema de registro de incidentes relacionados con la seguridad del paciente es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los errores e incidentes a través de su recopilación, análisis, evaluación y propuestas de mejora. Los sistemas de comunicación de incidentes pretenden identificar precozmente tendencias para dirigirlos antes de que causen riesgos o lesión y evitar que errores producidos puedan volver a repetirse. La puesta en marcha de estos sistemas exige la definición previa de una serie de características relevantes, tanto desde el punto de vista operativo como jurídico.

Objetivo Estratégico 15. Monitorizar los indicadores de seguridad.

A.VII.15.1. Los responsables del Plan definirán el sistema de monitorización de indicadores de seguridad del paciente con datos extraídos de las diferentes fuentes de datos sanitarios de carácter administrativo, situando en los indicadores niveles de alerta.

Objetivo Estratégico 16. Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

A.VII.16.1. El SESCOAM establecerá los criterios que permitan crear un registro de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Dicho registro contará con un sistema de notificación de incidentes. Además de dicha notificación, este registro tendrá como fuentes de información el registro de reclamaciones patrimoniales, el registro de quejas y sugerencias y otros que se consideren.

A.VII.16.2. La Dirección del Plan propondrá el diseño de una aplicación informática que dará soporte a los contenidos del registro de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

A.VII.16.3. La Dirección del Plan realizará la adecuada difusión de la aplicación informática del registro de incidentes relacionados con la seguridad del paciente del SESCOAM entre los usuarios potenciales de la herramienta, en particular a los notificadores en el ámbito de las Gerencias.

A.VII.16.4. A fin de incorporar la información resultante del registro de reclamaciones patrimoniales al sistema de registro, se establecerán los mecanismos para ello.

A.VII.16.5. Una vez completada o terminada la tramitación de cada reclamación patrimonial, cada registro correspondiente se canalizará hacia la OCAU para su integración, si procede, en el registro de eventos adversos.

A.VII.16.6. Se creará un grupo de trabajo encargado de la evaluación, seguimiento, mantenimiento y coordinación del registro de incidentes, que elaborará un informe con las recomendaciones y áreas de mejora.

Objetivo Estratégico 17. Implantar procesos de intervención rápida ante problemas de seguridad del paciente.

A.VII.17.1. El SESCOAM facilitará la difusión de información y/o alertas sobre la seguridad del paciente, tanto las obtenidas del propio cuadro de mando de seguridad como de las alertas emitidas por otros organismos nacionales e internacionales.

A.VII.17.2. Ante la aparición de problemas de seguridad que requieran de una intervención rápida, se realizará un estudio de causas en el que se incluirá un informe de intervención que se difundirá a los organismos correspondientes.

A.VII.17.3. Cuando algún indicador de monitorización se considere que ha traspasado el umbral de alerta, el responsable del Plan realizará un informe con las actuaciones a seguir.

8. IMPLANTACIÓN DEL PLAN

La implantación del Plan supone la ejecución del mismo a través del desarrollo de las estrategias de intervención que en él se plantean, mediante las actuaciones contempladas, con el fin de conseguir los objetivos propuestos. La misma, se iniciará con la difusión del documento a todos los profesionales implicados en su aplicación, de forma que tengan un conocimiento del mismo y se sientan implicados en su despliegue y puesta en marcha.

El Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SESCAM 2009-2012 recoge, en su mayor parte, actuaciones que requieren una continuidad a lo largo de toda su vigencia para hacer posible llegar a conseguir su fin último, por lo que no se ha establecido una secuencia de tiempos determinada para cada una de ellas.

Si bien el Plan se estructura en siete Estrategias, es la Estrategia V la que adquiere mayor relevancia al centrar su atención en la aplicación de determinadas prácticas seguras cuyo impacto potencial es considerado alto y, a su vez, no tendría que presentar una gran complejidad en su implantación. Las mismas se habrán de poner en marcha a lo largo del tiempo, estableciendo su orden de prioridad en función de la magnitud y severidad de los eventos adversos que se producen como consecuencia de su no aplicación.

El resto de las Estrategias que conforman el Plan son igualmente importantes, puesto que comprenden actuaciones directamente relacionadas con la seguridad del paciente. Algunas será preciso se realicen en tiempo, ya que pueden condicionar la puesta en marcha de las demás y sin las cuales la consecución de los objetivos previstos no sería posible.

Además, la secuencia de actuaciones a lo largo de los años de vigencia del Plan quedará recogida en los Contratos de Gestión anuales de cada una de las Gerencias, de forma que, todas las actuaciones tengan cabida y se traduzca en un compromiso que permita consolidar una mejora en la atención recibida por el paciente y/o usuario y en la prestación de servicios, redundando en una mayor seguridad del paciente atendido en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

9. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

9.1. Dirección y coordinación del Plan de Seguridad del paciente

La dirección de Plan Estratégico de Seguridad del Paciente corresponde a la Secretaría General del SESCOAM, quien será el organismo responsable de efectuar el seguimiento y la evaluación de cada una de las Estrategias que se recogen en el mismo.

A través de una Dirección Técnica y una Comisión Técnica de Seguridad del paciente, se llevará a cabo la gestión central de la implantación del Plan.

En cada Gerencia, el Gerente será el responsable de la implantación del Plan, y el jefe de la Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario el responsable técnico de su implantación en la misma.

9.2. Seguimiento y evaluación del Plan

Desde el SESCOAM se realizará el seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente mediante un cuadro de mando integral, que permita hacer un seguimiento de los cuadros de mando de todas y cada una de las Gerencias, con los objetivos estratégicos definidos y los indicadores identificados.

La herramienta informática que soporta el cuadro de mando sigue los estándares de la metodología *"Balanced Scorecard"*, que ha sido utilizada para definir el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente y para desarrollar la mejora continua y alcanzar los objetivos de gestión y rendimiento establecidos.

Con esta herramienta, desde el SESCOAM y las Gerencias de área, se podrá realizar el seguimiento de los objetivos estratégicos e indicadores definidos en el Plan, lo que permitirá conocer el grado de cumplimiento de los mismos e incorporar medidas correctoras en el caso de desviaciones respecto a los objetivos definidos.

Con ello:

- » Se evaluará el rendimiento de indicadores y objetivos en el tiempo, lo que posibilitará tener una visión global de la evolución de todos los objetivos e indicadores de la organización en el tiempo.

- » Se realizará “benchmarking” de los resultados, esto es, la comparación del resultado de un indicador con el estándar predefinido.
- » Se establecerán relaciones causa-efecto entre los objetivos estratégicos que configuran el Plan y se podrá determinar si la consecución de un determinado objetivo depende de la consecución de otro o si el comportamiento de un indicador influye en otros.

El cuadro de mando integral de seguridad del paciente, además de permitir el seguimiento y la evaluación del Plan de forma continua, facilitará la cooperación y la comunicación entre los profesionales, permitiendo analizar el grado de consecución de los objetivos definidos, analizar las tendencias y planificar e implantar acciones correctoras.

9.3. Indicadores de seguimiento

Con la finalidad de poder medir y evaluar, identificar los problemas y las situaciones susceptibles de mejora, así como controlar el efecto de las intervenciones que se realicen, se plantean una serie de indicadores para su monitorización.

Estos indicadores de evaluación y seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente se detallan en el volumen II, e incluyen indicadores o eventos centinela, indicadores de proceso e indicadores de resultado.

Los indicadores de proceso están diseñados con la intención de valorar las actividades a desarrollar dentro del Plan. Cada actuación del Plan será evaluada, por al menos, un indicador de proceso, definiendo para cada uno de ellos un estándar de calidad, esto es, un grado de cumplimiento exigible y aceptable para el mismo.

En relación a los indicadores de resultado, se contemplan indicadores propuestos por la Agencia para la investigación y calidad de los cuidados de la salud de EEUU (AHRQ) y por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Su estimación puede obtenerse del CMBD, proporcionando una medida de las complicaciones potencialmente evitables surgidas durante el proceso de hospitalización.

Por último se incluyen indicadores centinela, aquellos en los que un solo caso ya es indicativo de la existencia de un problema y debe conducir a un análisis de causas, de forma que no vuelva a producirse el evento detectado.

Anexos



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Agente: sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

Análisis de las causas profundas: proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia (crono) lógica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas profundas subyacentes.

Atención sanitaria: servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Atributos: cualidades, propiedades o rasgos de algo o alguien.

Benchmarking: proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en las organizaciones.

Calidad: grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

Características del incidente: atributos seleccionados de un incidente.

Características del paciente: atributos seleccionados de un paciente.

Clasificación: organización de conceptos en clases y las subdivisiones correspondientes para expresar las relaciones semánticas entre ellos.

Circunstancia: cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.

Concepto: elemento que porta o plasma un significado.

Cuadro de mando integral (*Balanced Scorecard*). Herramienta o método que ayuda a expresar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia de una organización, así como a medir las actividades propuestas por la misma, mostrando el alcance de los resultados definidos por el plan estratégico.

Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

Daño relacionado con la asistencia sanitaria: daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Detección: acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.

Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Efecto secundario: efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

Enfermedad: disfunción fisiológica o psicológica.

Error: no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.

Evento: Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

Evento o efecto adverso: incidente que produce daño al paciente.

Factor atenuante: acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.

Factor contribuyente: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Fallo del sistema: defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.

Grado del daño: intensidad y duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Incidente sin daño: incidente que no llegó a causar daño.

Infracción: desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

Lesión: daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

Medida de mejora: medida adoptada o circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.

Medidas adoptadas para reducir el riesgo: acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.

Mejora del sistema: resultado o efecto directo de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

Paciente: persona que recibe atención sanitaria

Prevenible: aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.

Peligro: circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.

Prácticas Seguras: son una serie de recomendaciones de buena práctica, en distintos ámbitos de la asistencia sanitaria, encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.

Reacción adversa: daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Relación semántica: la forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.

Resiliencia: grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes.

Responsable: que ha de rendir cuentas.

Resultado para el paciente: repercusiones para el paciente que son total o parcialmente atribuibles a un incidente.

Resultado para la organización: repercusiones en la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente.

Riesgo: probabilidad de que se produzca un incidente.

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Seguridad: ausencia de peligro

Seguridad del paciente: ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

Sufrimiento: la experiencia de algo subjetivamente desagradable.

Tipo de incidente: término descriptivo de una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas.

NOTA: La mayor parte de los términos que aparecen en este glosario provienen del “Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente” de la OMS, con fecha de publicación del 8 de junio de 2007.

DECLARACIONES DE LOS PROFESIONALES Y DE LOS PACIENTES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2.1. Declaración de los profesionales por la seguridad del paciente

La seguridad es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido a nivel internacional. Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias.

El sector de la salud es un área de riesgo asociado a la atención y tratamiento recibidos los cuales, en determinadas circunstancias, pueden ocasionar sufrimiento, complicaciones o incluso la muerte.

La tasa estimada de efectos adversos en los hospitales oscila entre un 4 y un 17% de los que hasta un 50% son considerados evitables.

Por este motivo resulta prioritario establecer una estrategia de calidad en todo el sistema sanitario orientada a la identificación de riesgos para conocer y analizar la ocurrencia de los efectos adversos, determinar sus causas y proponer mejoras que eviten su repetición.

Las estrategias encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes se han demostrado útiles para mejorar la calidad de los cuidados, mejorar la calidad de vida y aumentar la eficiencia del sistema.

En consonancia con estos principios, las sociedades científicas aquí reunidas apoyan la inclusión de la seguridad de los pacientes como elemento clave de su actuación y acuerdan adherirse a las recomendaciones recogidas en esta declaración y que hacen referencia a:

- » Apoyar las políticas y estrategias que en materia de seguridad y gestión de riesgos se desarrollen a tanto en el nivel del Sistema Nacional de Salud Español como de las Comunidades Autónomas.
- » Facilitar y en su caso promover acciones dirigidas a:
 - » Mejorar la cultura sobre seguridad de los pacientes.

- » Fomentar la información y la participación de los pacientes en su proceso asistencial.
- » Impulsar el desarrollo de buenas prácticas clínicas.
- » Formar a los profesionales en la gestión de riesgos.
- » Desarrollar sistemas de vigilancia y control, y de notificación de efectos adversos.
- » Promover la investigación en seguridad y gestión de riesgos.

Todo ello orientado a la mejora del conocimiento y a la reducción de los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

Las Sociedades Científicas reflejadas en el anexo adjunto suscriben esta declaración en Madrid a 11 de mayo de 2006.

2.2. Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud

Nosotras y nosotros, ciudadanos y pacientes,

Defendemos la SEGURIDAD como un DERECHO básico en el que queremos implicarnos para conseguir una mayor calidad en la atención sanitaria.

Requerimos que la Seguridad del Paciente sea una prioridad en las políticas y acciones del Sistema Nacional de Salud.

Reconocemos los esfuerzos que se están realizando, en el ámbito nacional en el Sistema Nacional de Salud, a través de la Estrategia en Seguridad del Paciente, e internacional, para mejorar la Seguridad del Paciente.

Queremos la máxima SEGURIDAD en cualquier centro sanitario:

- » Seguridad de que se identifican, analizan y previenen los posibles efectos adversos
- » Seguridad de que existen mecanismos eficaces para notificarlos si éstos sucediesen
- » Seguridad de que se nos atiende en espacios limpios y seguros, sin elementos que puedan ocasionar efectos adversos a las personas
- » Seguridad de que se nos ofrecen los mejores tratamientos basados en la evidencia científica con los mejores recursos humanos y materiales

Expresamos nuestro COMPROMISO para:

- » Participar en las iniciativas y programas encaminados a mejorar la Seguridad del Paciente
- » Colaborar en la definición de buenas prácticas
- » Notificar los incidentes que afecten a nuestra Seguridad

- » Divulgar información que pueda contribuir a prevenir efectos adversos y minimizar los posibles riesgos para la salud en el transcurso de la atención sanitaria.
- » Formarnos y colaborar en la formación de profesionales y pacientes en Seguridad

La sociedad y los pacientes necesitamos confiar en el Sistema Nacional de Salud. Pondremos toda nuestra energía para lograr que cualquier persona, en cualquier centro sanitario, reciba la atención y el cuidado más seguro.

Para ello,

Pedimos a todas las instituciones y personas implicadas ESFUERZO, HONESTIDAD, TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN.

Y

Ofrecemos ESFUERZO, HONESTIDAD, TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN.

Madrid 14 de diciembre de 2007

