

2015

AGENDA DEL CAMBIO
Compromiso N° 35:
Un sistema sanitario más seguro

#AgendaDelCambio



UN SISTEMA SANITARIO MÁS SEGURO



JUNTA DE EXTREMADURA

UN SISTEMA SANITARIO MÁS SEGURO

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que ya nadie discute en el ámbito científico. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de estos eventos adversos a deficiencias en el diseño, en la organización y en el funcionamiento de los sistemas. Las estrategias propuestas por numerosas organizaciones internacionales están encaminadas, precisamente, a trabajar sobre esas deficiencias, a través del desarrollo de una cultura de seguridad, que integre el aprendizaje a partir de los errores y la gestión del riesgo, como una forma de trabajo

La inquietud por la calidad asistencial se centró, en la década de los años setenta, en mejorar aspectos científico-técnicos. Posteriormente, en la década de los ochenta y de los noventa comenzaron a plantearse actuaciones dirigidas a conseguir un uso adecuado de los recursos asistenciales y a mejorar la satisfacción de los pacientes.

Diversas investigaciones posteriores en multitud de países (Estados Unidos Reino Unido, Australia, etc.), han ido alertando sobre las dimensiones del problema, pero es la publicación del estudio *To err is human: building a safer health system* en 1999, por el Instituto Americano de Medicina, el que logra situar el problema en el punto de mira sociopolítico, al aportar información relevante sobre la magnitud y consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en términos de morbilidad/mortalidad, como en relación con los costes económicos que ocasionan.

En la Unión Europea, la frecuencia de eventos adversos en los pacientes ingresados se encuentra entre el 8% y el 12%²⁴, produciéndose 1 muerte por cada 100.000 habitantes al año como consecuencia de dichos eventos adversos, lo que supone alrededor de 5.000 muertes al año. No obstante parece que estas cifras también podrían estar infra estimadas porque se basan en datos registrados por los profesionales

En España en 2005 el estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (Estudio ENEAS): estudio 24 hospitales públicos La incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3% Del total de eventos adversos, el 37,4% estaban relacionados con la medicación, mientras que las infecciones

nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% y un 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento. En total, el 42,8% de los eventos adversos se consideraron evitables.

-En 2007 Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (Estudio APEAS): La prevalencia observada de eventos adversos fue de un 11,18% de las consultas de atención primaria. El 47,8% de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación, el 8,4% con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de cualquier tipo, el 10,6% con algún procedimiento y el 6,5% con los cuidados. La mayoría de eventos adversos (64,3%) se consideraron prevenibles y solo el 5,9% fueron graves, la mayoría relacionados con la medicación. 33,34 . -

Estudio Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico (Estudio SYREC): estudio de cohortes prospectivo realizado en 79 unidades de cuidados intensivos españolas basado en la notificación de incidentes por los propios profesionales. El riesgo de sufrir un evento adverso del 40%. Los eventos adversos que aparecieron con más frecuencia fueron los relacionados con los cuidados y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. El 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables.

En 2009 Estudio sobre Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles (Estudio EVADUR): estudio prospectivo realizado en 21 servicios de urgencias el 7,2% presentaron un incidente con daño. Se halló evidencia de fallo de actuación en el 54,6% de los mismos. Los factores asociados con los incidentes estaban relacionados con el uso de medicamentos, el retraso en el diagnóstico y los fallos de comunicación. Se consideraron evitables el 70% de los eventos adversos.

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Resolución 55.18 (2002) reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema "primero no hacer daño" estableció en su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005), un conjunto de estrategias centradas en los pacientes.

El Consejo de Europa en el año 2006 instaba a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias

En junio de 2009 el Consejo de la Unión Europea lanzó las “Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

En esta línea, en España, El Ministerio de Sanidad y Consumo ha iniciado una línea de trabajo estratégica en seguridad de pacientes que está en consonancia con las iniciativas ya emprendidas por la OMS (Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes) y con las recomendaciones de distintos organismos europeos competentes. Con carácter de estrategia global y en coordinación con las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), pretende su desarrollo en el conjunto de instituciones del SNS.

En este contexto la Estrategia para la Seguridad del Paciente es mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.

Principios reguladores de la estrategia

- * Tener impacto en el conjunto del sistema sanitario
- * La seguridad entendida como componente crítico de la calidad y responsabilidad del sistema, exige que autoridades sanitarias, directivos, profesionales sanitarios y ciudadanos, establezcan alianzas para conseguir progresivamente mayores niveles de seguridad en la prestación de servicios.
- * Combinar los esfuerzos de todos los socios estratégicos.
- * Orientación al aprendizaje, creando una cultura institucional que impulse el aprendizaje activo con compromiso ético
- * Gestión por procesos, introduciendo la seguridad del paciente de forma transversal en el diseño de todos los procesos del servicio de salud.
- * Desde una visión sistémica, la seguridad emerge de la interacción entre los distintos componentes del sistema y no puede depositarse en un servicio, departamento o profesional determinados.
- * Optimización de recursos, desarrollando una gestión efectiva, eficiente, equitativa y transparente de los recursos

- * Incorpora dos elementos claves, la transición del paciente como elemento pasivo a elemento activo que participa en su asistencia, contribuyendo a minimizar el riesgo de que aparezcan .
- * Efectos Adversos; y el abordaje integral, definiendo el hilo conductor en la secuencia habitual de un proceso asistencial.
- * Formación, orientando las acciones formativas de los profesionales a las necesidades identificadas en seguridad del paciente.
- * Basarse en intervenciones de evidencia científica demostrada.
- * Reconocer la necesidad de innovar, investigar, evaluar y tener continuidad en el tiempo.
- * Participación ciudadana, promoviendo actividades informativas y de participación social relacionadas con la cultura de seguridad.

AMBITOS DE ACTUACIÓN : haciendo entornos Seguros

Las intervenciones están dirigidas a:

- Pacientes y ciudadanos que reciben atención ▫
- Profesionales Clínicos y Gestores

LINEAS ESTRATÉGICAS

- Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativo

- Prácticas clínicas seguras.

Implantar la, higiene de manos, (identificación inequívoca prácticas seguras), como objetivo prioritario en todos los procesos y procedimientos.

Promover el uso seguro del medicamento

Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía

Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes

Promover la identificación inequívoca del paciente.

Promover la comunicación entre profesionales

Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios.

Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

- Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.

- Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente.

- Investigación en seguridad del paciente.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Será preciso impulsar una estructura organizativa se contará con los recursos ya existentes

La dirección estratégica de la Seguridad del Paciente se realizará desde el SES habrá un Responsable de Seguridad de los Pacientes que revisará y elaborará un Plan Regional de Seguridad del paciente,

En las áreas la dirección ejecutiva se llevará a cabo por los gerentes de cada una de las áreas de Salud..El nivel operativo será responsabilidad de las Comisiones de Seguridad del paciente de cada Área de Salud, concebidas como equipos de trabajo, formados por profesionales (médicos y enfermeras) de diferentes servicios clínicos (cuidados intensivos, urgencias, servicios médicos y servicios quirúrgicos, según el servicio clínico en el que se ha desplegado la gestión de riesgos en cada centro), del servicio de farmacia y de medicina preventiva, apoyados metodológicamente por las unidades de calidad en cada centro. Estas comisiones serán las «referentes» en seguridad en su centro, participando en la difusión, sensibilización y formación para la acción, en gestión de riesgos

EVALUACIÓN

Vigilar evaluar y medir

El seguimiento es una actividad incluida en la gestión La evaluación de la estrategia será un proceso sistemático para comprobar el impacto de las actuaciones que se implementan en ella .compartir los éxitos y las lecciones aprendidas y comunicar los resultados

Los contratos de gestión contemplarán los indicadores de seguridad del paciente propuestos, con objeto de valorar y evaluar la evolución de los mismos.

.La adecuación de las distintas actividades y recursos y los resultados obtenidos. Los indicadores que se utilizarán serán de estructura, proceso y resultados. Los de estructura y proceso valorarán la adecuación de las actividades y recursos y los de resultados e impacto del Plan se medirán en función de los objetivos marcados. Los tres tipos de indicadores se determinarán anualmente. Se proponen los indicadores consensuados en el grupo de trabajo para la Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, "Evaluación de la estrategia de seguridad del paciente del SNS. 2015-2020". Indicadores regionales de elaboración propia de acuerdo al plan regional de seguridad del paciente