

ACCIÓN COORDINADA DE LA UNIÓN EUROPEA PARA FORTALECER LA RED DE COLABORACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD: THE EUROPEAN NETWORK FOR PATIENT SAFETY & QUALITY (PASQ)

Yolanda Agra Varela

Área de Seguridad del Paciente. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

INTRODUCCIÓN

Se estima que entre el 8% y el 12% de los pacientes ingresados en los hospitales de la Unión Europea (UE) sufren un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida (1), la mitad de los cuales serían prevenibles con prácticas seguras sencillas de efectividad demostrada. En esa franja de valores se encuentran los hospitales españoles según el estudio ENEAS (2, 3, 4, 5). En el ámbito de la Atención Primaria, el estudio APEAS (6, 7) realizado en España, muestra una prevalencia de EA del 1,1% siendo el 64% de ellos prevenibles.

Para los estados miembros (EM) de la UE los daños asociados a la atención sanitaria, representan no solo un grave problema de salud pública sino además una gran carga económica, agravada por la actual situación de limitación de recursos en el ámbito sanitario.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la Comisión Europea (CE) ha considerado la seguridad del paciente (SP) como un elemento clave de la calidad asistencial que debe incluirse de manera prioritaria, en las políticas sanitarias de los EM. Las Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea (CoUE) de junio de 2009, sobre seguridad del paciente, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (8) y la posterior evaluación de la implementación de las mismas, son un claro reflejo de dicha voluntad (9).

Por otro lado, en el año 2008 la CE cofinancia con los EM el proyecto EUNetPaS (10) orientado al impulso de una red de trabajo que facilita el intercambio de información y experiencias entre los EM sobre SP y contribuye al desarrollo de estrategias nacionales sobre este tema.

La CE y el Grupo de Trabajo de Alto Nivel del Consejo sobre Salud Pública presentaron en 2010, a partir de las discusiones mantenidas durante las presidencias europeas de Francia y España, un Documento de Reflexión sobre la necesidad de incluir la calidad asistencial, además de la SP, en el trabajo de colaboración entre los EM con el objetivo de promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los países, y organizaciones sanitarias de la EU.

La Joint Action (colaboración entre la CE y uno o más EM) "European Union Network for Patient Safety and Quality of Care: PaSQ" que aquí se presenta, surge como fruto de estas acciones y reflexiones entre la CE y los EM.

PaSQ está orientada a promover la implementación de las Recomendaciones del CoUE en SP y establecer una colaboración sostenible entre los EM, organizaciones internacionales y organizaciones sanitarias no gubernamentales de la UE en aspectos relacionados con la *calidad asistencial, incluyendo la seguridad del paciente y la implicación de los pacientes*.

En este documento se describe el desarrollo y los resultados preliminares de la Joint Action PaSQ

MÉTODOS

La PaSQ se organiza en base a la estructura creada en el marco del proyecto EUNetPaS y está integrada por un total de 61 socios (que reciben financiación) y colaboradores (que no la reciben) entre los que se incluyen los 27 EM y diversas organizaciones sanitarias de los mismos, Croacia, Noruega, 11 organizaciones sanitarias europeas interesadas, la OCDE, la ISQUA y la OMS.

PaSQ se estructura en 7 paquetes de trabajo (WP), cuyos líderes y objetivos se describen en la Tabla I. Estos WP orientan sus acciones a establecer una plataforma de colaboración sostenible a través de un mecanismo de intercambio de experiencias y buenas prácticas sobre calidad y seguridad del paciente. Los paquetes 4, 5 y 6 son los paquetes centrales de esta JA y el resto son paquetes transversales

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) participa como socio y líder del WP6, la Universidad Miguel Hernández como socio en el WP4, La Fundación Avedis Donabedian como socio en el WP6, la Sociedad Española de Calidad Asistencial como colaborador en el WP6 y el Instituto de Salud Carlos III como colaborador en el WP5.

Con un presupuesto total de 6 millones de euros (de los que el 60% financia la CE) esta JA tiene una duración de 36 meses, desde abril de 2012 a marzo de 2015 y está coordinada por la Haute Autorité de la Santé (HAS) de Francia.

La coordinación se establece a través del comité ejecutivo, constituido por los coordinadores de los WP y el comité de dirección en el que participan todos los socios de la JA, además de la CE. Además, los líderes de cada WP se coordinan con sus socios para acordar las acciones a desarrollar, el reparto de tareas y el cronograma de las mismas. En cada país participante se ha nominado a un punto nacional de contacto (PNC) que gestiona y coordina las acciones de la JA en su país. En España, el PNC se encuentra en el MSSSI.

Las bases para la organización y metodología del trabajo a desarrollar, se sentaron en la primera reunión de todos los socios, mantenida en mayo de 2012 en Copenhague.

La metodología de trabajo de PaSQ incluye:

1. Revisión bibliográfica para el diseño de un marco de trabajo común para los WP4 y 5 y específico para el WP6.
2. Desarrollo de un glosario de términos, común para facilitar el entendimiento entre los participantes de este proyecto.
3. Diseño de cuestionarios online a los EM para la identificación de buenas prácticas para compartir (prácticas clínicas en seguridad del paciente: PCSP y prácticas organizacionales o estratégicas: BPO), la selección de métodos para el intercambio y la opinión sobre aspectos específicos sobre la sostenibilidad de la red de colaboración establecida. Así mismo también se ha preguntado a los EM sobre aquellas prácticas de SP, de efectividad demostrada y recomendadas internacionalmente para implementar de forma coordinada en los centros sanitarios de los EM participantes.
4. Diseño de un plan de acción dirigido a implementar el mecanismo de intercambio de prácticas y experiencias a través de diferentes métodos (conferencias, cursos, intercambios, visitas, webinar, etc.).
5. Diseño del análisis de los sistemas de gestión de calidad de los EM y de las prácticas (clínicas y estratégicas) identificadas.
6. Diseño de una estrategia de evaluación que incluye encuestas de opinión y satisfacción a los participantes en el intercambio e indicadores de proceso y resultado.

En el momento actual se han desarrollado ya los puntos 1, 2 y 3 y se está trabajando fundamentalmente en el análisis final de las PCS y BPO identificadas, el diseño del plan de acción para el intercambio de las mismas, selección de centros y herramientas para la implementación de prácticas seguras y consenso de recogida y análisis de los indicadores de evaluación de la PaSQ.

Tabla I. Descripción de los paquetes de trabajo (WP) de la JA, PaSQ

WP	Nombre del WP	Coordinación	Objetivos
WP1	Coordinación PaSQ	Francia (Haute Autorité de la Santé: HAS)	<ul style="list-style-type: none"> – Coordinar internac del trabajo de todos los WP y externa con otras organizaciones – Gestionar PaSQ
WP2	Comunicación	Croacia (Agency for Quality and Accreditation in Health Care and Social Welfare: AQAH),	<ul style="list-style-type: none"> – Asegurar que los resultados de PaSQ son conocidos por todos los asociados y participantes – Dar a conocer PaSQ al público – Gestionar y mantener la plataforma wiki de intercambio
WP3	Evaluación	Grecia (National and Kapodistrian University of Athens: NKUA)	<ul style="list-style-type: none"> – Diseñar y desarrollar una estrategia de evaluación de PasQ
WP4	Identificación de prácticas clínicas en SP (PCSP) para el intercambio	Dinamarca (Danish Society for Patient Safety: DSPS)	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar a nivel local PCS entre los profesionales de los EM – Establecer un mecanismo de intercambio para compartir PCS entre los profesionales, EM y otras organizaciones interesadas
WP5	Implementación de PCSP	Alemania (German Agency for Quality in Medicine: AQuMed)	<ul style="list-style-type: none"> – Implementar y monitorizar PCS en los centros sanitarios de los EM participantes
WP6	Descripción de sistemas de calidad e intercambio de buenas prácticas organizacionales	España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: MSSSI)	<ul style="list-style-type: none"> – Describir los sistemas de gestión de calidad de los EM – Identificar a nivel nacional o regional, Buenas Prácticas Organizacionales (BPO) centradas en la mejora de la calidad incluyendo la SP e implicación de los pacientes – Establecer un mecanismo de intercambio para compartir BPO entre los EM y otras organizaciones interesadas
WP7	Sostenibilidad de la colaboración	Eslovaquia (Ministry of Health of the Slovak Republic)	<ul style="list-style-type: none"> – Analizar las opiniones de los EM y aspectos clave para una colaboración sostenible al finalizar PaSQ

RESULTADOS

Como resultados preliminares del trabajo efectuado hasta ahora destacan:

- La Web PaSQ (www.pasq.eu) (6) que incluye una parte externa pública con información general sobre PaSQ y un Boletín de noticias y una parte interna para comunicación entre los socios participantes. Esta Web cuenta con una zona wiki donde se alojan los cuestionarios y donde se expondrán las PCSP y BOP una vez analizadas y validadas. Además se mantendrán alojados los cuestionarios sobre PCS y BPO para que los países y profesionales que lo deseen puedan incluir nuevas prácticas para compartir en la Web.
- Un glosario común con definiciones de 25 términos sobre calidad, asistencial, seguridad del paciente y participación y empoderamiento del paciente. Este glosario ha sido solamente validado para ser usado en la PaSQ pero no fuera de ella.
- Relación de prácticas clínicas de SP seleccionadas para ser implementadas en los EM. Estas prácticas son: estrategia multimodal de la OMS, lista de verificación de cirugía segura y conciliación de la medicación. En España, 11 Comunidades Autónomas han manifestado interés por participar en la implementación de una o varias de estas prácticas, estando actualmente en fase de selección de los centros participantes.
- Se han identificado 380 PCS y 118 BPO para compartir. La valoración de las mismas, según criterios previamente acordados y la consulta a los EM determinará cuantas de ellas pueden ser compartidas a través de los mecanismos de intercambio que los EM determinen. Estas prácticas serán también compartidas públicamente en la Web PaSQ.

CONCLUSIONES

El desarrollo de esta JA supone un esfuerzo de todos los países y organizaciones participantes para construir una red de trabajo colaborativa y estable entorno a la calidad y SP. Esta red de trabajo representa unos claros beneficios para los países de la UE, organizaciones sanitarias, profesionales y pacientes entre los que cabe señalar:

- El fortalecimiento de la red de colaboración existente en SP y desarrollo de áreas de colaboración en calidad asistencial.
- El intercambio de conocimientos, experiencias y prácticas clínicas y organizativas a nivel internacional, nacional y regional con la participación de gestores, profesionales y pacientes.
- La implementación de forma coordinada y con herramientas estandarizadas y validadas de prácticas seguras seleccionadas por su efectividad demostrada. La evaluación de esta acción permitirá mejorar el conocimiento sobre las barreras en la implementación de estas prácticas y la identificación de posibles soluciones a distintos niveles.
- La obtención de una visión estructurada de los sistemas de gestión de calidad y de SP en los EM presentando las diferencias y elementos comunes de los mismos.

Todos estos aspectos favorecerán sin duda, el impulso de las estrategias de SP a nivel nacional y regional ya en desarrollo y favorecerá el diseño de las mismas en los países de la UE donde aún no existan. Por otro lado, la incorporación de elementos de calidad asistencial en general, con especial énfasis en la SP y la implicación de los pacientes, facilitará la transposición de la directiva transfronteriza en los EM.

REFERENCIAS

1. Brief synopsis on patient Safety. World Health Organization 2010. WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2010/a-brief-synopsis-on-patient-safety>. (Accedido 25-04-2013).
2. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aiba C, Gea MT, Agra Y and ENEAS Wordking Group. *What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event?* International Journal for Quality in Health Care 2011;23(6):705-12.
3. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E y grupo de trabajo ENEAS. *Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the Spanish Nacional Study of adverse events (ENEAS)*. International Journal for Quality in Health Care 2009;21(6):408-14.
4. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E and the ENEAS work group. *Incidence of adverse events (AEs) related to health care in Spain. Results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS)*. Journal of Epidemiology and Community Health 2008;62:1022-9.
5. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006.
6. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. NIPO: 351-08-092-X.
7. Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. *A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain*. Eur J Public Health. 2012;22(6):9215.
8. Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009/C 151/01). Diario oficial de la Unión Europea, junio de 2009. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf. (Accedido 25-04-2013).
9. European Union Network for Patient Safety: EUNetPaS. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20091202_co02_en.pdf. (Accedido 25-04-2013).
10. European Union for Patient Safety and Quality of Care: PaSQ. Disponible en: <http://pasq.eu/>. (Accedido 25-04-2013).

AHORREMOS EN ESTERILIZACIÓN SÍ, PERO SIN DEJAR DE GARANTIZAR LA CALIDAD

Profesor Vicente C. Zanón Viguer

H.U. Dr. Peset Valencia

Los momentos de crisis económica por los que atravesamos nos obligan a aceptar (¡que remedio!) recortes salariales (en forma tanto monetaria, como de disminución de festivos y licencias) Hay que ahorrar, y se nos “motiva” desde el Gobierno de España y desde los gobiernos autonómicos a disminuir el gasto. Pero el “ahorro” mediante el recurso del recorte fácil e indiscriminado, puede resultar perjudicial para el *primum movens* de nuestro trabajo sanitario, es decir el paciente.

Precisamente la precariedad presupuestaria para algunos de los capítulos, puede ser causa de algún evento adverso, por ejemplo infecciones nosocomiales, razón por la que no podemos permitir que se aumente la INSEGURIDAD del paciente en la esterilización, pues, como medida de eficacia demostrada, es fundamental para evitar la infección quirúrgica. Así pues debemos mantener un control eficaz de la esterilización para poder asegurar la esterilidad del material de uso crítico por excelencia, el quirúrgico.

Los puntos en que debemos ser inflexibles y no permitir su merma o desaparición, para poder garantizar la esterilidad del material son:

1. Mantenimiento adecuado de los locales y de la organización de la central de esterilización. ¡Personal exclusivo!
2. Limpieza y descontaminación previa, usando las máquinas y los productos más adecuados.
3. Embolsado, empaquetado. ¿Sería conveniente la compra centralizada de bolsas y material para empaquetar?
4. Aprovechar al máximo la capacidad de los equipos, pero dejando al menos un 10% libre.
5. Inspección periódica del material, retirando el deteriorado, para su reparación, si fuera posible.
6. Revisión periódica del contenido de los contenedores quirúrgicos, para retirar el material que ya no se usa e incrementar aquel que se usa en mayor cantidad, para evitar la apertura intempestiva de contenedores...

7. La esterilización por vapor agua debe usarse siempre que sea posible y con vapor central. Es la más económica, la más ecológica y la más segura. Sería aconsejable que su uso constituyera al menos el 85% de la actividad global de la UCE.
8. Ahora más que nunca, hay que tener en cuenta las incompatibilidades, para evitar deterioros EVITABLES en los dispositivos sanitarios.
9. Los indicadores suficientes, válidos y necesarios, asegurarán- donos de cumplir las recomendaciones (normas UNE, guía Ministerio)
10. No debe esterilizarse material que no sea de uso crítico.
11. Debe de asegurarse la trazabilidad bidireccional.
12. Mantenimiento adecuado y registrado de los equipos. Validación.
13. Formación continuada y continua del personal de la UCE.

Los procedimientos de esterilización consumen electricidad, agua, gases medicinales y fungible (material de embolsado y empaquetado, indicadores químicos y biológicos, agentes esterilizantes) que al final suman una buena cantidad de euros mensuales, ese es el motivo de insistir en que el método más económico, además de que es el más seguro para el paciente, para el personal de la UCE y para el ambiente, es el de esterilización mediante vapor de agua.

Por último, recordemos que, de acuerdo con el RD 1591/2009, no debemos reutilizar el material de un solo uso, y que, debido a la crisis económica que padecemos, tenemos que ajustar el gasto lo más posible, por lo tanto, debemos aumentar la utilización de material reutilizable. Esto supone a corto plazo un ahorro importante, pues con sólo 9 intervenciones quirúrgicas se amortiza el material reutilizable sobre el mismo de un solo uso, y a partir de la 10ª se estará ahorrando.

“Ahorrar cicatera e irreflexivamente no suele ser eficiente, y sin embargo, gastar de modo razonable suele ser más eficiente en todo momento.”

V.C. Zanón Viguer