



Estrategia de Seguridad del Paciente en la UE27 y en el SNS

La **MISIÓN** de los servicios sanitarios es prestar una asistencia sanitaria de calidad a los ciudadanos

DIMENSIONES DE LA CALIDAD (IOM, 2001)

- Segura
- Centrada en el paciente
- Efectiva
- Eficiente
- Equitativa
- Accesible
- Puntual



SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿De qué estamos hablando?

Reducción al mínimo del riesgo de producir daño innecesario relacionado con la atención sanitaria.

Incidente: circunstancia que podría haber provocado o que provocó un daño innecesario al paciente

Evento adverso: incidente que produce daño al paciente

To error is human (IOM – EE.UU) (1999)

Frecuencia

**Morbi Mortalidad,
Impacto Económico**

Altamente prevenible



La cultura de culpa no produce aprendizaje ni mejoras

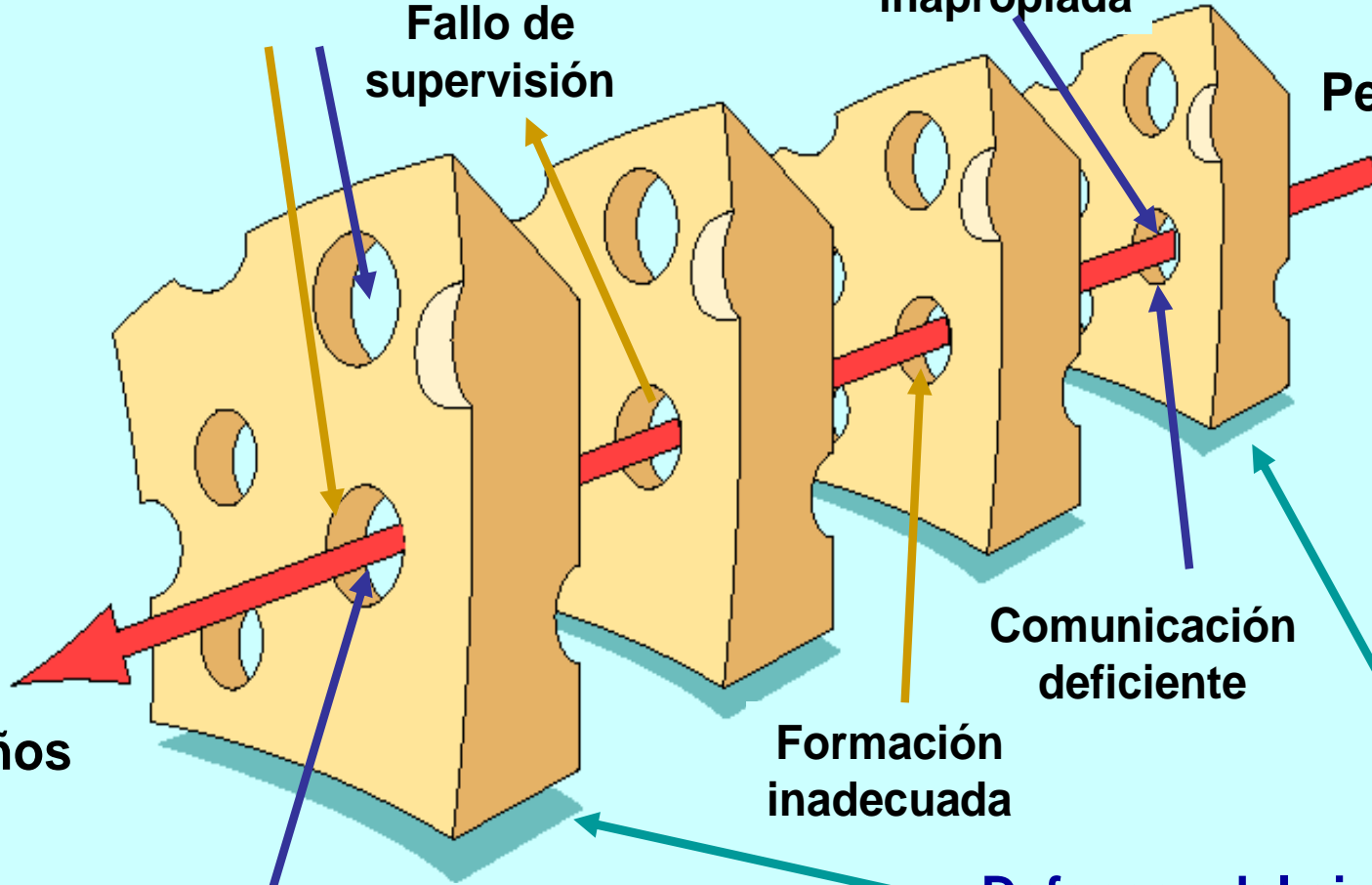
Modelo de Reason: El queso suizo

Errores humanos y fallos del sistema

**Técnica
inapropiada**

**Fallo de
supervisión**

Peligro



Daños

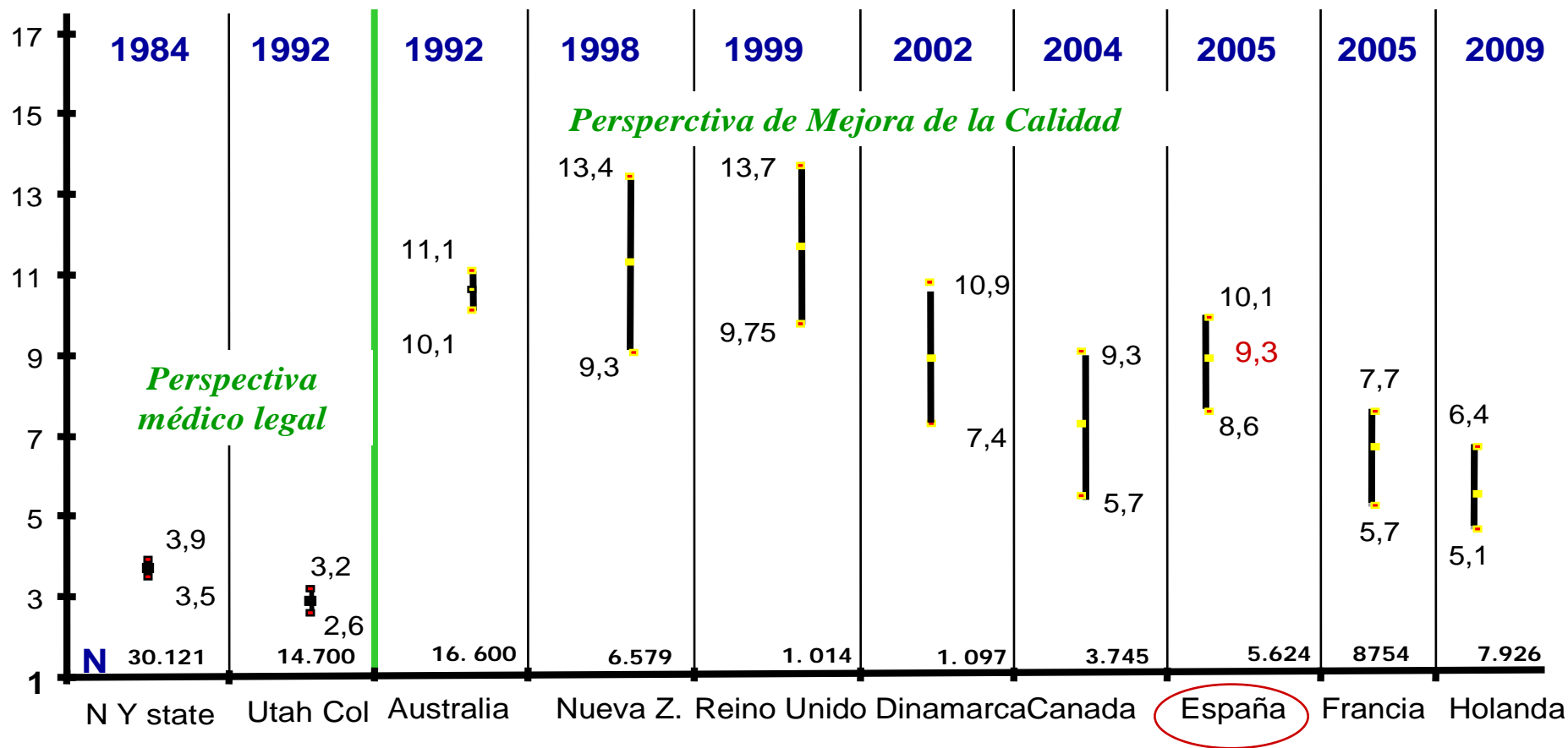
**Comunicación
deficiente**

**Formación
inadecuada**

Monitorización deficiente

Defensas del sistema

Eventos adversos en hospitales





OMS 2004: Seguridad del Paciente Áreas

Primer Desafío en
Seguridad del Paciente:
Atención Limpia es
Atención Segura

Segundo Desafío:
La Cirugía Segura Salva
Vidas

2. Pacientes por
su seguridad

3. Investigación

4. CISP

5. Notificación y
aprendizaje

6. Soluciones para
mejorar la seguridad

7. High 5

8. Tecnología
por la seguridad

9. Gestión del
Conocimiento

10. BRC

11. Formación

12. Premios en SP

13. Listas de verificación





Seguridad del Paciente en la UE

Tratado constitutivo de la Comunidad Europea.

Artículo 168 (ex152) Salud Pública

1. Se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.
2. La Comunidad fomentará la cooperación entre los Estados miembros y, prestará apoyo a su acción.
3. La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.
4. Respetará las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y atención sanitaria



Actividades de La CE en SP

- **2005: Grupo de trabajo en SP-PS&QCWG**

Grupo de Reflexión de Alto Nivel sobre Servicios de Salud y Atención Médica:

- 27EM, EPF, EFN, EFTA, PGEU, HOPE, CPME, OMS, OCDE, ESQH, etc

- **2007-2010: Proyecto EUNetPaS:**

<http://www.eunetpas.eu/>

- **2009: Instrumentos legales**

Recomendaciones del Consejo de la UE sobre SP i prevención y control de IRAS

- **2010: Joint Action en SP y Calidad**

Colaboración co-financiada entre CE y EM





Recomendaciones del Consejo de la UE

Cuestiones relativas a la SP

- Desarrollar **estrategias nacionales en SP**
 - Empoderar** a los pacientes/ciudadanos
 - Desarrollar **sistemas de notificación** y aprendizaje
 - Promover la **formación de profesionales**
 - Compartir** conocimientos, buenas prácticas

Prevención y lucha contra IRAS

- Adoptar **medidas de prevención nacionales y locales**
- Reforzar **sistemas de vigilancia** estatales y locales
- Mejorar la **información a los pacientes**
- Apoyar la **investigación**

(Council of the European Union. Luxembourg, 9 June 2009)

Joint Action: European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)

Objetivos:

- Promover la implementación de las Recomendaciones del CoUE en SP y control de IRAS
- Fomentar la colaboración entre los EM en aspectos de *Calidad asistencial*, Seguridad del Paciente y Participación de los Pacientes

PaSQ. Paquetes de trabajo (WP)

WP horizontales

1
Coordinación
Francia (HAS)

2
Comunicación
Croacia (AQAH)

3
Evaluación
Grecia (NKUA)

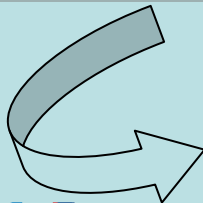
7
Sostenibilidad
Eslovaquia (MoH)

WP centrales

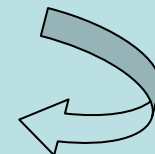
4
Identificación de PCS
Intercambio de PCS
Dinamarca (DSPS)

5
Identificación PCS
Implementación PCS
Alemania (AQuMeD)

6
Descripción de QMS
Identificación de BPO
Intercambio de BPO
España (MSSSI)



Mecanismo de intercambio
de buenas prácticas



PaSQ-WP4: Buenas prácticas clínicas en SP

- **Objetivos:**

- Identificar prácticas transferibles en SP
- Diseñar un mecanismo de intercambio para compartir estas prácticas implicando a los EM y partes interesadas

- **Método**

- Revisión bibliográfica
- Establecimiento de un glosario y marco de trabajo
- Identificación y descripción de BPC: cuestionario a profesionales
- Definición de conceptos para un mecanismo de intercambio
- Intercambio de BPC a través del mecanismo de intercambio

- **Evaluación**

- Cuestionario e indicadores específicos



1. Promover la CULTURA de SP en todos los niveles asistenciales

Modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados Con la atención sanitaria. (ESQHC)

Percepción profesionales

2007: Hospitales.

HSPSC. 22 hospitales del SNS, 2500 profesionales

•Fortalezas:

- Comunicación dentro del servicio

•Debilidades:

- Apoyo de directivos
- Comunicación entre servicios
- Recursos humanos

2011: AP

MOSP. 15 CCAA, 4.400 profesionales

•Fortalezas:

- Seguimiento paciente
- Trabajo en equipo
- Aprendizaje de organización

•Debilidades:

- Carga de trabajo
- Ritmo de trabajo

2. Formación

Recomendaciones internacionales
Análisis de situación (ENEAS)

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SP

CAPACITAR PARA CONSEGUIR PRACTICAS MÁS SEGURAS

OBJETIVOS:

Prevenir, detectar, analizar y minimizar EA.
Evidencia y práctica clínica segura

METODO:

Metodología multifacética

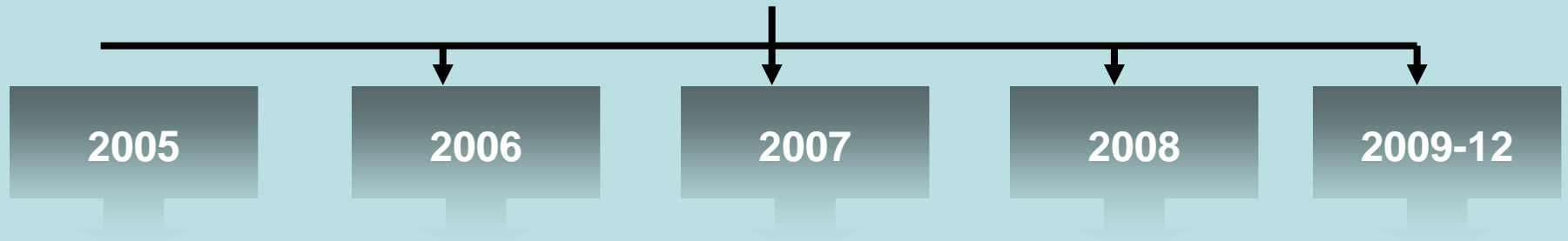
CONTENIDOS:

Epidemiología y prevención de EA
Gestión del riesgo, MBE, equipos eficaces
Comunicación efectiva

EVALUACIÓN

GRUPOS DIANA: Profesionales clínicos, gestores

Actividades de formación para el SNS

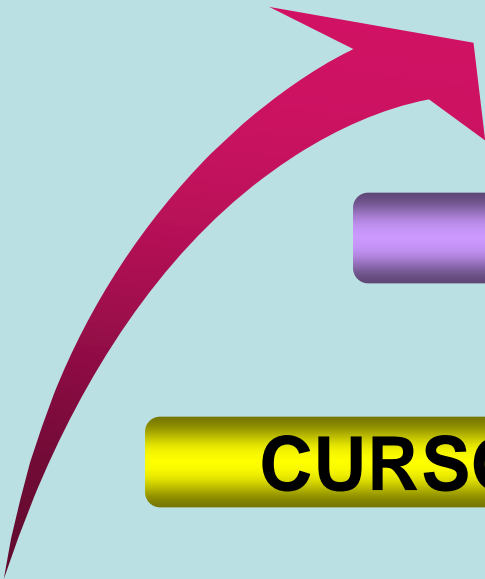


MASTER

GESTIÓN DE RIESGO ON-LINE

CURSOS ESPECIFICOS: HM, BZ, NZ, SINASP

BASICA (CCAA)





Máster en Seguridad del Paciente

OBJETIVOS

Aportar conocimientos y habilidades para una gestión y práctica clínica más seguras

RESULTADOS

- 4 ediciones
- 88 profesionales: 68% M, 23% E; 9% Otros
- 88 proyectos

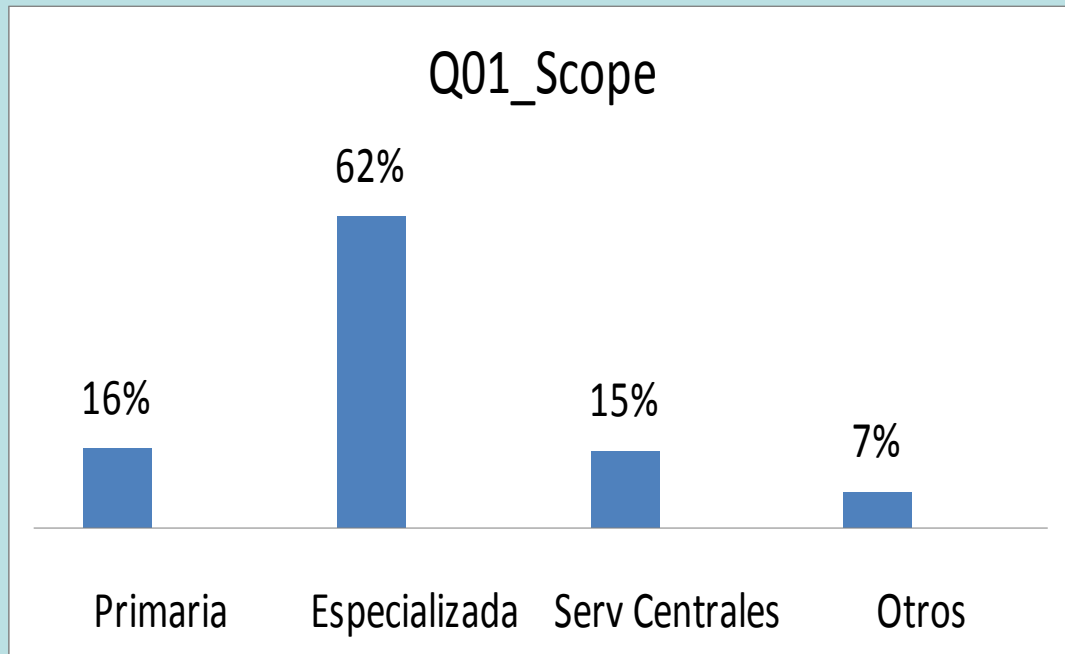




Gestión de riesgo ONLINE

OBJETIVOS

Facilitar conocimientos y habilidades en la gestión de riesgos sanitarios



RESULTADOS

-18 ediciones

-1081 profesionales:
57% M;38% E, 5%
otros

-200 equipos
españoles:
45 LAM, 35 UE

-300 proyectos

3. INVESTIGACIÓN



Conocimiento de los EA en el SNS

	ENEAS 2006	APEAS 2008	SYREC 2009	EARCAS 2011
Tipo	Cohortes históricas	Prevalencia	Prospectivo (Notificación)	Cualitativo
Ámbito	Hospitales (n=5.624 p.)	CAP (n=96047 c.)	UCI 79 UCI	HMLE (124) RES (5091)
Frecuencia EA	9,3% (IC: 8,6-10,1)	11,18‰ (IC:10,5 - 11,8)	62% (Incidentes)	No determinable
EA	Medicamento IRA Procedim.	Medicamento Enf base Procedim. IRA	Medicamento Equipos Cuidados Catéteres	Cuidados Medicación IRA Valoración

4. PRÁCTICAS SEGURAS

Tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de EA relacionados con la atención sanitaria (AHRQ, 2001)



Programa de Higiene de manos del SNS

Financiación específica a CCAA

2005

2006

2007

2008-2012

Apoyo a la AMSP de la OMS

Coordinación SNS

Desarrollo de HM
en CCAA





Programa de Higiene de Manos



- **Acciones 2008-2012:**
 - Grupo coordinador del PHM del SNS
 - Formación formadores
 - Acciones entorno al programa de la OMS
 - Indicadores comunes
 - **Grupo de trabajo con la OMS: HM en AP:**
 - Revisar la evidencia sobre riesgo de transmisión en AP
 - Facilitar implementación de los 5 momentos y EMModal
 - Guía implementación HM en atención ambulatoria

Resultados Programa Higiene de Manos en el SNS. INDICADORES 2009-2010

INDICADOR	Nº CCAA		CÁLCULO INDICADOR		RESULTADO	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
BÁSICOS						
% PBA en habitación	13	17	13.372 camas con PBA / 26.359 camas	53.801 camas con PBA / 84.350 camas	50,73%	63,78%
% PBA pto. atención UCI	14	17	1.073 camas con PBA / 1.328 camas	3.800 camas con PBA / 4.202 camas	80,80%	90,43%
% CAP con PBA para Aten. domiciliaria	9	15	813 CAP con PBA para domicilio / 1.354 CAP	1.235 CAP con PBA para domicilio / 1.947 CAP	60,04%	63,43%
% hospitales actividades formativas	16	18	203 hospitales con form. básica / 278 hosp. catálogo*	260 hosp con formación / 320 hosp. de la CCAA	73,02 %	81,25%
Consumo en hospitalización	14	14	114.506,9 litros / 7.529.628 pacientes-día	176.256,3 litros / 11.843.414 pacientes-día	15,21 ml pacte-día	14,90 ml por paciente-día
% CAP con actividades formativas	12	16	--	1.110 CAP con formación / 1.813 CAP de la CCAA	-	61,22%
OPTATIVOS						
% camas PBA pto atención	12	12	7.475 camas con PBA pto atención / 28.238 camas	31.931 camas con PBA pto atención / 60.719 camas	26,47%	52,58%
% hospitales observación 5M	9	15	98 hospitales con observación / 237 hosp. participado	136 hospitales con observación / 202 hosp. CCAA	41,35%	67,33%
% hospitales formación 5M	13	16	129 hosp. con form. 5 M / 224 hosp. catálogo*	210 hospitales con formación / 304 hosp. CCAA	57,58%	69,08%
% hospitales autoevaluado	-	14	-	116 hospitales con autoevaluación / 273 hosp. de la CCAA participado	-	42,50%



FACTORES DE ÉXITO

- **Grupo Coordinador:**
 - Liderazgo
 - Trabajo por consenso
 - Motivación para la mejora
- **Participación**
 - Todas las CCAA
 - 70% centros han realizado alguna actividad
 - Participación internacional

BARRERAS

- **Baja adherencia** de los profesionales (<40%)
- **Médicos poco implicados**
- Variabilidad entre CCAA
- **Escaso empoderamiento de pacientes**

Proyecto Bacteriemia **zero**

OBJETIVOS

- DI de la BRC $< 4 \times 1000$ días CVC
- Promover la cultura de seguridad en las UCI del SNS.

STOP-BRC

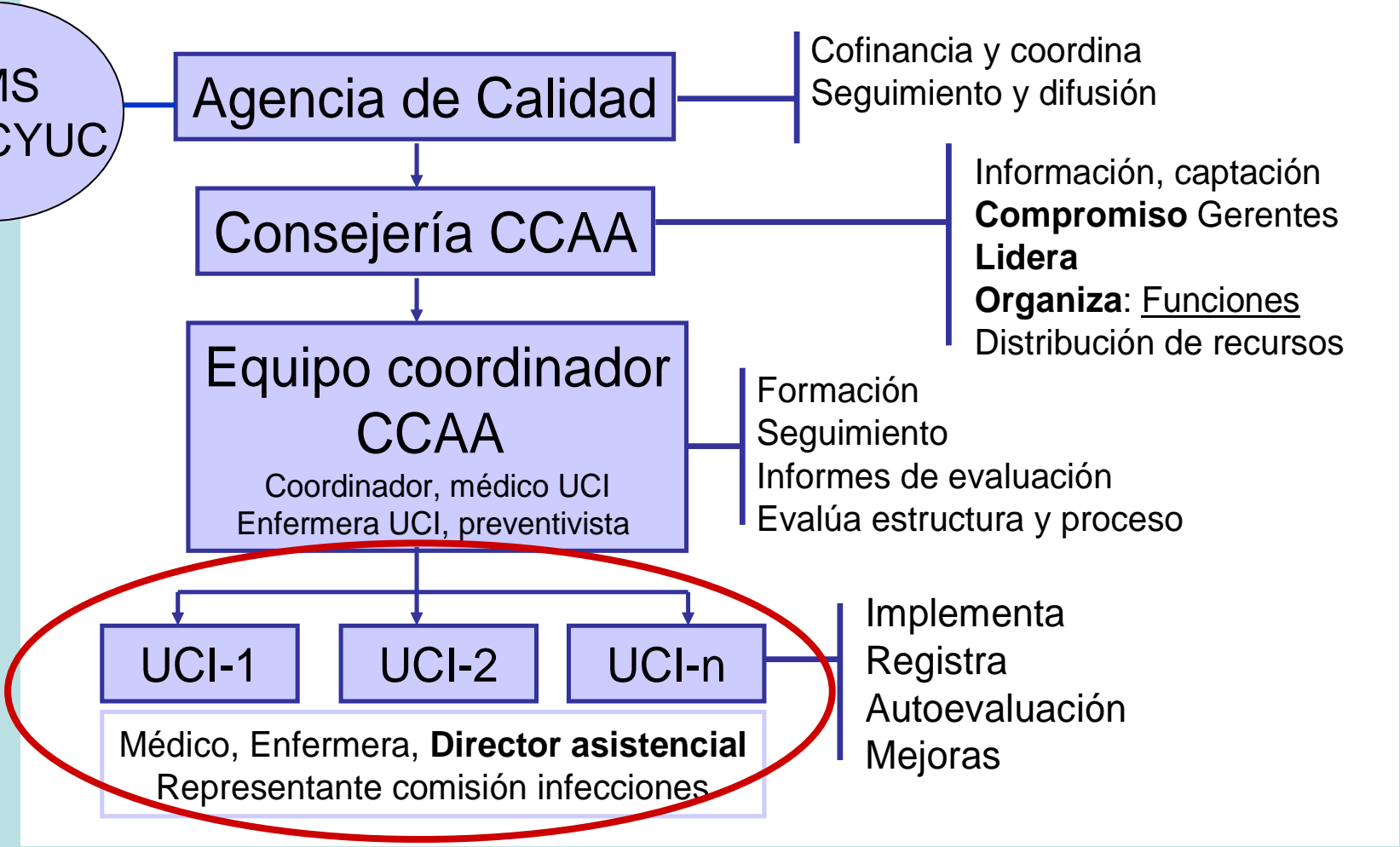
1. Higiene adecuada de manos
2. Desinfección con clorhexidina
3. Medidas de barrera total
4. Preferencia de subclavia
5. Retirada de CVC innecesarios
6. Manejo higiénico de catéteres

Plan de seguridad integral

1. Evaluar la cultura
2. Formación en SP
3. Identificar errores
4. Alianzas con la dirección
5. Aprender de los errores

Organigrama funcional

OMS
SEMICYUC



Bacteriemia zero. Resultados

IRAS



STOP
BRC

Profesionales

-LIDERAZGO

-180 (69%) UCI

- CULTURA SEGURIDAD

Resultados alcanzados:

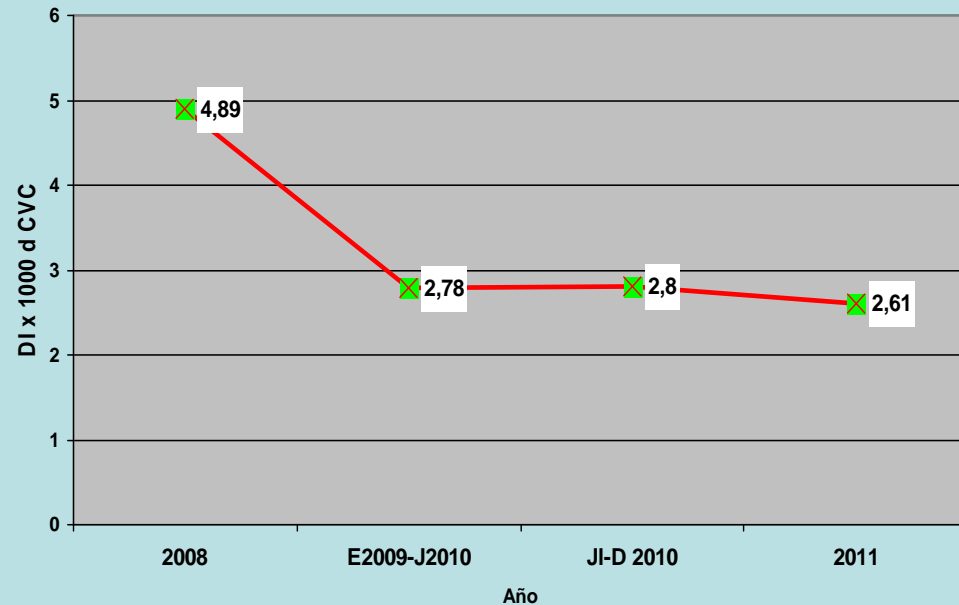
Objetivo alcanzado:

Tasa nacional <4

Estimación: 117 muertes evitadas

Estimación: 30 millones euros ahorrados

TASAS BZ: DI BPSC





PROYECTO NZ

OBJETIVOS

Disminuir la tasa media estatal de la NAV a menos de 9 episodios por 1000 días de ventilación mecánica

Reducción del **25%** con respecto a la de los años 2009-2010 (Densidad de incidencia 12 episodios/1000 días de VM)

Promover y reforzar la cultura de seguridad en las UCI del Sistema Nacional de Salud

PAQUETE DE MEDIDAS

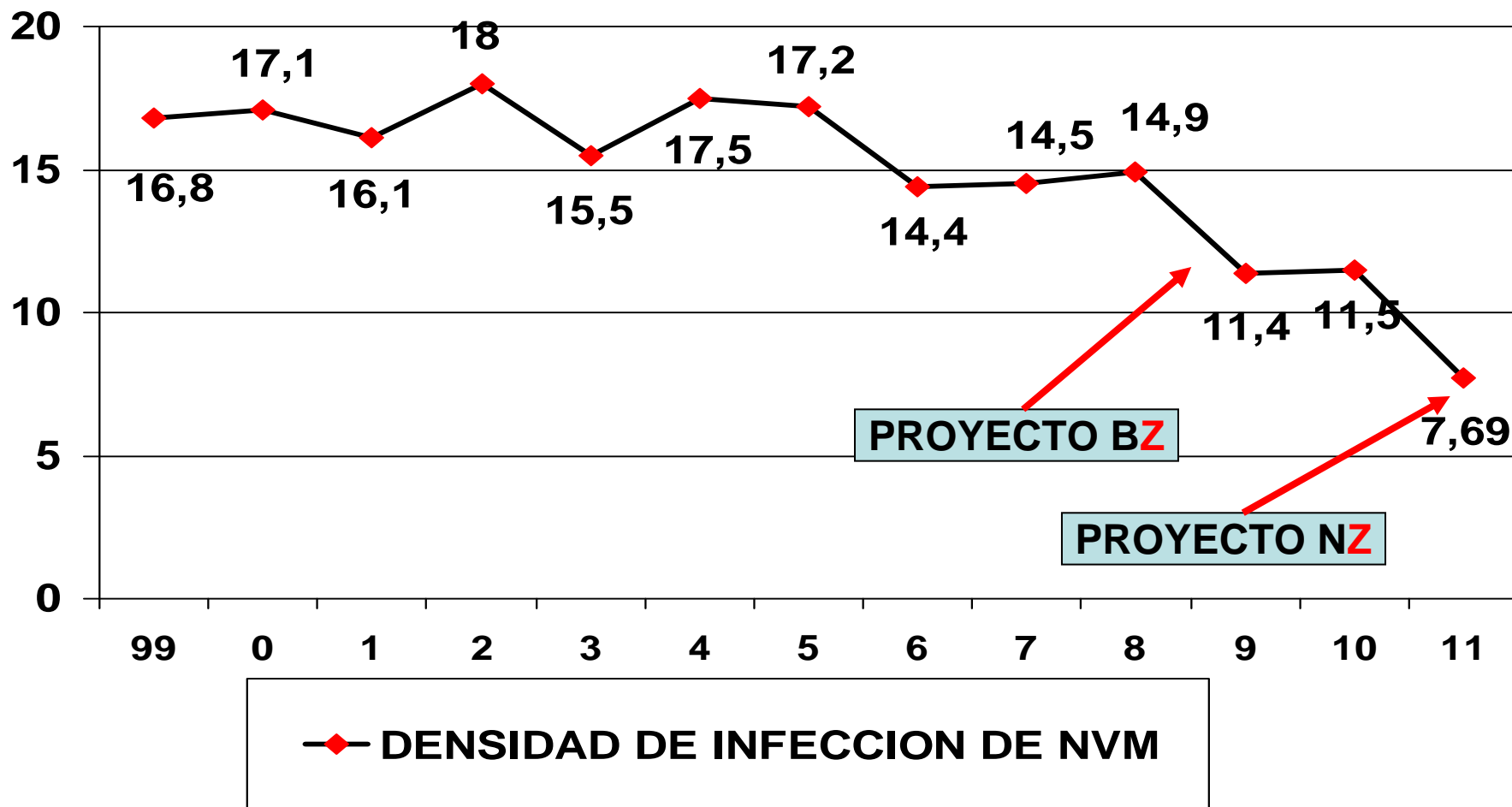
Manejo de vía aérea:
Medidas obligado cumplimiento

PSI



EVOLUCION DE LAS TASAS DE NVM

ENVIN-HELICS (1999-2011)



N-VM / 1000 días de VM

5. Sistema de notificación y aprendizaje SNS

2007

- Revisión bibliográfica y visitas a otros países
- Consulta a expertos, representantes de las CCAA y pacientes
- Definición de los principios básicos del sistema

2008

- Consulta a profesionales (Sociedades Científicas)
- Diseño del cuestionario y aplicación informática
- Prueba piloto: 2 hospitales de 2 CCAA

2009

- Prueba piloto a nivel de CCAA:32 hospitales de 2 CCAA

2010

- Implantación progresiva en otras CCAA

2011

- Prueba piloto para la adaptación del sistema a Atención Primaria

OBJETIVOS

- **Mejora de la seguridad de los pacientes** a partir del análisis de incidentes
- **Promover los cambios necesarios en el sistema** para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.
- **Aprender** de los incidentes

Principios básicos del sistema

- Voluntariedad
- No punibilidad
- Confidencialidad
- Notificación anónima o nominativa con anonimización
- Análisis para aprender y mejorar a nivel local
- Orientación sistémica para el análisis

SINASP

Otras CCAA tienen sus propios SN: Andalucía, Asturias, Castilla y León, Cataluña (desde finales de 2012), País Vasco y Valencia

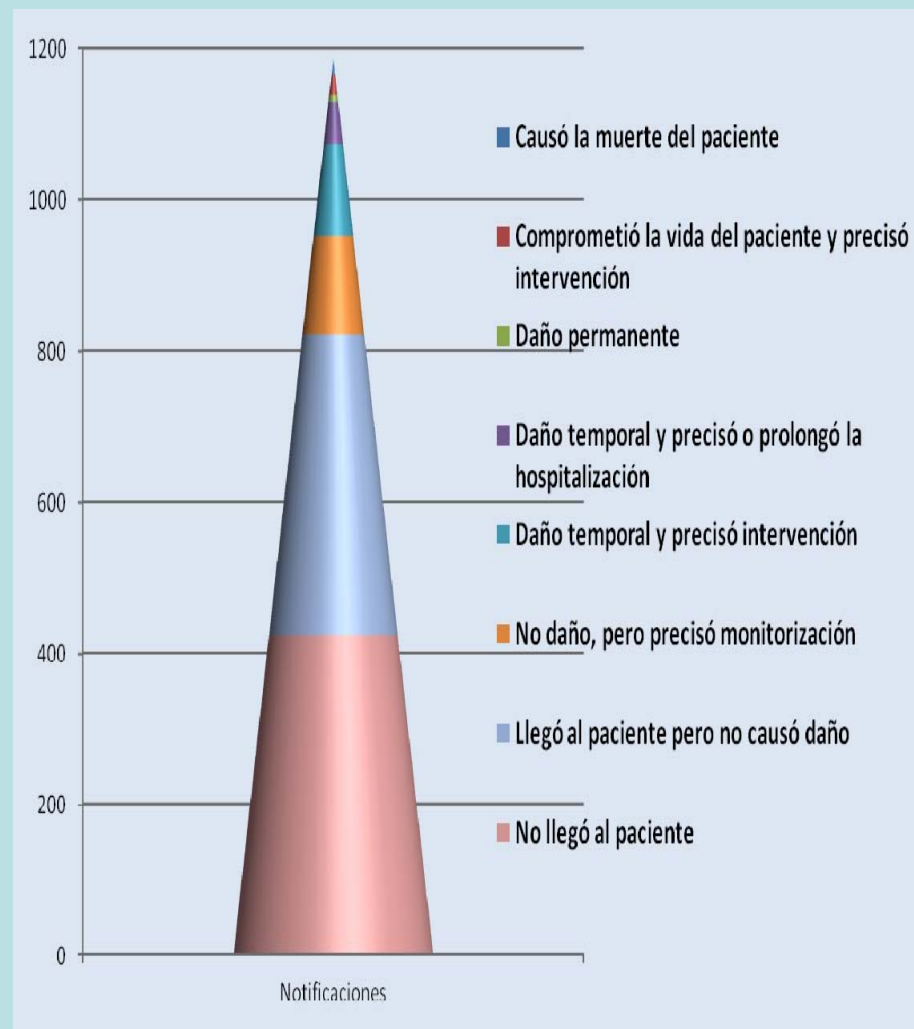
Año :	2011				2012			
Trimestre :	1	2	3	4	1	2	3	4
nº notificaciones recibidas	517	948	640	840	107 8	113 3	767	124 2
Ratio notificaciones * 100 / camas	153	280,5	189,3	248,5	368	387	264	425
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	8,7	6,5	10,8	8	7,9	6,8	7,4	4,8
% notificantes identificados	50	59	50	61,5	53,3	54,6	55,1	50,1
Tiempo medio gestión notif. (días)	45,3	34	80	28,9	49,3	24,1	30,7	37,6
% notif. cerradas con acciones	85,3	84,1	77	82,3	83,8	85,6	86,1	79,1
nº reuniones del grupo de análisis**	74	136	137	219	144	132	92	95
% email enviados a notificantes identificados	77,8	59,7	76,3	72,3	80,8	91,8	84,3	88,5

Datos de los 66 hospitales que a finales de diciembre de 2012 seguían notificando en SINASP: 28 de Cataluña, 10 de Castilla la Mancha, 15 de Galicia, 10 de Murcia (a partir de Febrero de 2011), 3 de Cantabria (a partir de Marzo de 2012). Canarias en fase de implantación, pero aún no tiene notificaciones

Tipo de incidente

Medicación	477
Caídas	225
Identificación	210
Equipos / dispositivos	180
Procedimientos terapéuticos	142
Gestión organizativa - Recursos	135
Pruebas diagnósticas	108
Procedimientos quirúrgicos	87
Otros procedimientos administrativos	70
Infraestructuras, edificios	66

TIPO DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS



6. Participación Ciudadana DEVELOPMENT en las políticas de SP



2006

Percepción



2007

Declaración

2008

Red Ciudadana

2009

Formación en casa

2010

Evaluación



Estrategia SP. Acciones 2012

- Formación de profesionales
- Prácticas seguras
 - Seguridad en las UCI: BZ, NZ
 - Higiene de manos en todos los ámbitos
 - Seguridad en neonatos
 - Evaluación (CCAA y centros docentes)
- **SINASP**: ampliación otra CCAA y privada
- Red de Escuelas de pacientes y ciudadanos
- Participación internacional:
 - Joint Action PaSQ
 - Resistencia antimicrobiana

¿Qué se ha conseguido?

- Alianzas en el SNS para mejorar la seguridad
- La SP está en la agenda de las organizaciones
- Conocer los principales riesgos de nuestro SNS
- Disponer de herramientas para afrontar los riesgos
- Reconocimiento internacional

Retos

- Mejorar la cultura de seguridad
- Mayor Implicación de los pacientes
- Sostenibilidad en tiempos de crisis

Cambiando la cultura

- **LIDERAR EL CAMBIO**
- **FORMAR A LOS PROFESIONALES**
- **EJECUTAR: estandarizar, crear equipo**
- **EVALUAR: medir, comunicar, mejorar**



