



EDITORIAL

Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria



Setting priorities for patient safety in Primary Care

María Pilar Astier-Peña^{a,*}, María Luisa Torijano-Casalengua^b y Guadalupe Olivera-Cañadas^c, en nombre del Grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMFYC[◇]

^a Centro de Salud Caspe, Sector Alcañiz, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Zaragoza, España

^b Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Toledo, España

^c Dirección Técnica de Procesos y Calidad, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid, España

Recibido el 19 de enero de 2015; aceptado el 1 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 2 de septiembre de 2015

Desde finales del siglo xx se ha evaluado el impacto de los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria (EAs). Ya sabemos que muchos de ellos son irreversibles, costosos y evitables en ambos niveles asistenciales. Paralelamente han sido formuladas varias propuestas de prácticas seguras (PS) para mejorar la seguridad del paciente (SP), algunas bien estructuradas para el primer nivel asistencial, como «Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria (AP)»¹.

En España, el Plan de Calidad para el SNS 2005-2009 promovía: «mejorar la SP de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS». El Ministerio de Sanidad, en colaboración con las comunidades autónomas (CC. AA.), elaboró la Estrategia de SP del SNS 2005-2011² y financió estudios para conocer nuestra realidad. Entre ellos, el «Estudio de

la Seguridad de los Pacientes en AP de Salud» (APEAS), que identificó 11,2 EAs por cada mil visitas. De los graves, el 70% eran evitables. La mayor parte estaban ligados a la medicación y a los cuidados, el 24,6% a la comunicación y el 8,9% a la gestión. La práctica sanitaria en AP es segura pero si se generalizan los resultados a los profesionales de AP, cada uno podríamos vivir 6 EAs en un año³, dada la elevada frecuentación (5,48 visitas por paciente y año).

Han pasado ya diez años del despliegue de la estrategia nacional y podemos realizar una serie de propuestas para seguir construyendo el futuro de la SP en AP:

Objetivo 1: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente

Una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades con la SP y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona, reconociendo que, a pesar de ello, sucederán errores e incidentes en la atención sanitaria que deberá mitigar. La

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mpastier@gmail.com, mpastier@salud.aragon.es (M.P. Astier-Peña).

◇ Más información sobre los componentes del grupo está disponible en el anexo.

Tabla 1 Dimensiones (D) de la cultura de seguridad del paciente del cuestionario MOSPSC.España* y prácticas seguras (PS) en AP

	Descripción de la dimensión	Prácticas seguras
D 1	Aspectos relacionados con la SP y temas de calidad: acceso a la atención sanitaria, identificación del paciente, manejo de la historia clínica de pacientes, equipamiento médico, uso de medicación, manejo de resultados de pruebas diagnósticas	Procedimiento de atención a pacientes urgentes en los centros de salud. Identificación unívoca: de paciente, de muestras, resultados de técnicas, volantes de derivación a especialistas o a urgencias. Extracción segura de muestras para laboratorio Sistema de alertas ante resultados anómalos de pruebas. Uso seguro y confidencial de la información clínica Procedimiento de mantenimiento de los equipos del centro de salud
D 2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales a través de acceso en tiempo real a la información clínica y de pruebas complementarias tanto de primaria como especializada. Historia farmacoterapéutica electrónica y prescripción electrónica con las oficinas de farmacia
D 3	El trabajo en equipo	Plan de recepción de nuevos profesionales en los centros Promover la corresponsabilidad de los diferentes profesionales en el seguimiento de los pacientes. Sistemas de verificación de realización de avisos urgentes a domicilio
D 4	La presión asistencial y el ritmo de trabajo	Proceso de gestión de pacientes con demanda espontánea sin cita en el centro de salud Gestión de pruebas e interconsultas urgentes a otros niveles asistenciales
D 5	Formación de personal sanitario y no sanitario	Formación en SP como área competencial esencial para los profesionales en formación y en herramientas para analizar los incidentes y elaborar mejoras al equipo. Formación para el manejo de pacientes crónicos, polimedcados y con medicación de alto riesgo, así como de la nueva tecnología incorporada a los equipos
D 6	Procedimientos del centro y normalización de los mismos para profesionales sanitarios y no sanitarios	Promocionar el desarrollo de procesos asistenciales en los equipos considerando el abordaje preventivo, curativo y rehabilitador ordenando la participación de todos los profesionales
D 7	Comunicación abierta entre el personal/comunicación franca	Facilitar reuniones de equipo con técnicas de <i>briefing</i> en los cambios de guardia y cuando los miembros del propio equipo asumen otros cupos incidiendo en pacientes complejos
D 8	Del seguimiento en la atención al paciente	Conciliación de la medicación al alta de especializada y revisión programada de los pacientes polimedcados. Traspaso seguro de información sobre pacientes entre profesionales en el día a día: citación de tareas en agendas, flash informativo, notas personales
D 9	Comunicación acerca de error	Informar a los pacientes de las situaciones y tratamientos en las que el resultado no ha sido el esperado. Fomentar sesiones formativas de análisis de los incidentes o eventos adversos para aprender
D 10	Apoyo de los líderes al equipo en SP	Promover las unidades funcionales de riesgos y la presencia en los equipos de un referente de seguridad del paciente. Desarrollo de procedimientos de respuesta ante incidentes de seguridad en los equipos
D 11	Aprendizaje de la organización	Comisiones de seguridad clínica a nivel de área de salud que permitan analizar en profundidad los incidentes y eventos producidos y proponer soluciones a los equipos integrando soluciones en AP y AE
D 12	Percepciones generales de la SP y calidad	Autoevaluaciones periódicas de cultura de SP para detectar áreas de mejora

* Fuente: Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2013;45:21-37.

evidencia demuestra que si una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la SP y la atención al paciente se ven mejoradas.

El estudio nacional de percepción de la cultura de SP en AP⁴ revela que la percepción de la cultura de SP en AP en España es buena. Entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente del cuestionario utilizado (tabla 1), las mejor valoradas son los «aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta», el «seguimiento de la atención a los pacientes» y el «intercambio de información con otros dispositivos asistenciales». El área de mejora es el «ritmo y carga de trabajo» con la puntuación más baja. Las mujeres, enfermeras, profesionales con puestos de responsabilidad en los equipos y los de edad media entre 55 y 65 años son los que tienen una valoración más positiva de la seguridad.

Diversos factores pueden repercutir favorablemente a este nivel de cultura de SP, entre ellos que España dispone de uno de los diez primeros modelos de AP del mundo. Según el informe SESPAS 2012⁵, la existencia de la función de filtro del médico de familia disminuye la iatrogenia del acceso directo, mejora el valor predictivo positivo del trabajo de los especialistas, previene la fascinación tecnológica y ayuda a la sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario. La asignación de una lista de pacientes (cupos) por médico favorece la longitudinalidad, que mejora la respuesta médica a las necesidades del paciente, su identificación correcta, una menor tasa de hospitalización y, probablemente, minora los riesgos asistenciales.

Contrariamente, la falta de inversión en AP afecta desfavorablemente a la SP reflejándose en la baja valoración de la dimensión de «ritmo y carga de trabajo» antes comentada. Dimensión que traduce una realidad con sobrecarga asistencial, con tareas transferidas desde atención especializada y burocracia creciente (informes, bajas laborales, introducción de datos en la historia clínica electrónica...) a pesar de las medidas de desburocratización promovidas⁶. Otros factores como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad o la polimedición se añaden a un conjunto de cambios que hacen virar la AP hacia una atención ambulatoria compleja y sin la inversión que necesita.

Valorada la influencia de la cultura de la organización y de las actitudes de los equipos sobre la SP, esta se convierte en un área competencial y formativa esencial⁷ para avanzar en SP y su medición puede utilizarse para monitorizar el cambio de una forma eficiente, utilizando herramientas como el cuestionario «Medical Office Survey on Patient Safety Culture» que, traducido y adaptado a nuestro ámbito, ofrece una herramienta Excel para que los equipos realicen una autoevaluación de la evolución de la cultura de SP y comparen sus resultados con los registros de la base de datos disponible de la AHRQ⁸.

Objetivo 2: diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente

El desarrollo de sistemas de notificación de incidentes y EA es fundamental para aprender de los errores. Sin embargo, existen reticencias de los profesionales a notificar por el

temor a posibles consecuencias punitivas. Tres informes jurídicos analizan la legislación nacional e internacional⁹, proponiendo reformas de carácter normativo para permitir la implantación de un sistema de notificación no punitivo, garantizando el anonimato del declarante, tarea todavía pendiente. Actualmente el MSPSI y varias CC. AA. cuentan con sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes sin daño y relacionados con la medicación con retroalimentación a sus profesionales a través de boletines^{10,11}.

Objetivo 3: implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud

Hay numerosas PS ya implantadas en primaria, siendo las de mayor impacto las que afectan al mejor uso de la medicación. En este sentido el desarrollo de la historia clínica informatizada ha jugado un papel esencial al integrar sistemas de ayuda a la prescripción y seguimiento de la medicación. Además una historia compartida por AP y AE favorece la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales. La prescripción electrónica en AP está implantada en casi todas las comunidades⁶.

Los medicamentos de alto riesgo son los implicados en los EAs más graves. Iniciativas como el proyecto MARC (elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos)¹² ayudan a los profesionales a identificarlos.

Otras PS en relación con los medicamentos son la del control de la resistencia antimicrobiana a través del uso prudente de los antibióticos y la promoción de la isoaparición de los fármacos con igual principio activo, «si son iguales, que parezcan iguales», son un reto a conseguir.

La mejora de la comunicación entre profesionales y pacientes es otra gran área para mejorar la seguridad, y AP reúne las condiciones de conocimiento y confianza mutua para que se dé.

Cuando se produce un EA grave es preciso atender a los pacientes (primeras víctimas) y a sus próximos, pero también atender a los profesionales implicados, que pueden convertirse en segundas víctimas por el impacto emocional que les produce. Se está trabajando en preparar planes de respuesta de los servicios y los centros de salud tras un EA, que incluyan protocolos aplicables por los compañeros de equipo de los profesionales implicados¹³. En la tabla 1 realizamos algunas propuestas de PS en relación con las dimensiones de cultura de SP.

Objetivo 4: promover la investigación en seguridad del paciente

Existe un aumento de publicaciones sobre SP en AP desde 2001. Una revisión¹⁴ muestra que el 55% están relacionadas con la prescripción. Otros temas menos tratados son los EA y el clima de seguridad (8%), aspectos informáticos (4,5%), el rol del paciente (3%), medidas generales para corrección de errores (5%), errores diagnósticos (menor de 1%) y apenas se escribe de los resultados de pruebas y derivaciones. Por ello se señalan como áreas de investigación las menos representadas junto con la evaluación de los sistemas de gestión de

la seguridad, la formación y la cultura de SP. Otra recomendación es la de introducir metodologías cualitativas.

Objetivo 5: participación de los pacientes en la estrategia de seguridad del paciente

Los pacientes y sus cuidadores juegan un papel fundamental en la SP, tanto en el uso seguro de la medicación como en otros aspectos. La consolidación y fomento de la participación de los pacientes y ciudadanos en la estrategia de SP, se realiza a través de escuelas de pacientes a nivel de las CC. AA. o el desarrollo de programas de formación de pacientes expertos⁵.

A nivel de la consulta del día a día, la toma de decisiones compartidas con el paciente es una actividad de corresponsabilidad a trabajar entre médicos de familia y pacientes¹⁵.

Nuevas tecnologías como las apps permiten a los pacientes diagnosticar, tratar o prevenir problemas de salud fuera de un entorno sanitario tradicional. Estas apps no se consideran equipamientos médicos y, por tanto, no están sometidas a ningún tipo de garantía de calidad. En España, el Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía ha comenzado a evaluar estas aplicaciones creando un sello de garantía propio y está desarrollando apps de salud para pacientes¹⁶.

Objetivo 6: reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad del paciente de las principales organizaciones internacionales

España está representada en diferentes proyectos a nivel internacional, a través del Ministerio de Sanidad, de las CC. AA. y de las sociedades científicas.

En el grupo de la OMS para la SP en AP¹⁷ hay participantes españoles.

A nivel europeo, España participa en la Joint Action PASQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, de la Comisión Europea)¹⁸, liderando el Work Package 6 y participando en el WP 4 y 5, ambos relacionados con PS. Puede ser una buena fuente de ideas para introducir mejoras en nuestros equipos de AP.

La SP en AP es un ciclo de mejora continuo en el que año tras año debemos plantear nuevos retos. Cada equipo debe seleccionar sus PS prioritarias e implantarlas para construir, entre todos, una AP más segura.

Financiación

Ninguna.

Anexo

Los miembros del grupo de seguridad del paciente de SEMFYC son Carlos Aibar Remón,

Gemma Almonacid Canseco, Rafael Bravo Toledo, Silvia Clavet Junoy, Cecilia Calvo Pita,

José María Coll Benejam, Juan José Jurado Balbuena, M. José Lázaro Gómez, José Ángel Maderuelo Fernández,

María Pilar Marcos Calvo, María Dolores Martín Rodríguez, Sergio Minué Lorenzo, Jesús Palacio Lapuente, Pastora Pérez Pérez, José Saura Llamas, María Luisa Torijano Casalengua, Guadalupe Olivera Cañadas, María Pilar Astier Peña (coordinadora del grupo).

Bibliografía

1. National Health Service. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria. Traducción autorizada por el National Health Service de Reino Unido. NPSA. Seven steps to patient safety in primary care. [Libro en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004 [consultado 30 Dic 2014]. Disponible en: http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/236.pdf
2. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente, 2005-2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011 [consultado 30 Dic 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp.sns.2005.2011.pdf
3. Aranz J, Aibar C, Limon R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary health-care in Spain. *Eur J Public Health*. 2012;22:921-5.
4. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [consultado 30 Dic 2014]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Documento.MOSPS_noviembre.MSSSI.%202012.pdf
5. Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gervás Camacho J. Informe SESPAS 2012. La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. *Gac Sanit*. 2012;26(5).
6. Estrategias en atención primaria para el siglo XXI. Proyecto AP 21. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España, 2007-2012. Informe de seguimiento. [Informe en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012 [consultado 19 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21-INFORME.2012.pdf>
7. Saura Llamas J. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*. 2010;42:539-40.
8. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2013;45:21-37.
9. Estudios de viabilidad jurídica de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos y propuesta de normativa. Ministerio de Sanidad: Madrid, 2006-2008 [consultado 19 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/sistemas-de-informacion-y-notificacion/sistemas-notificacion-incidentes/2006-2008/>
10. SINASP, Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [consultado 9 Feb 2014]. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>.
11. ISMP-España. Instituto para el Uso Seguro del Medicamento [sede Web]. Salamanca: Hospital Universitario de Salamanca; [consultado 9 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/enlaces/>
12. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Informe

2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [consultado 29 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto.MARC.2014.pdf>
13. Segundas y Terceras Víctimas. Proyecto de Investigación [Sede Web]. 2014 [consultado 5 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.segundavictimas.es/default.asp>
 14. Spencer R, Campbell SM. Tools for primary care patient safety: a narrative review. *BMC Family Practice*. 2014;15:166 [consultado 29 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/166>.
 15. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012;44:5-12.
 16. Distintivo AppSaludable. Catálogo de aplicaciones móviles de salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. [consultado 29 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo>
 17. Safer Primary Care. A global challenge. Summary of the inaugural meeting. The Safer Primary Care Expert Working Group. Ginebra: WHO; 2012 [consultado 23 Dic 2014]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html
 18. PaSQ European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. Francia: Haute Autorité de Santé; 2012 [consultado 5 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.pasq.eu/Home.aspx>.