



# 18

# artículo

María Luisa Torijano Casalengua [[Buscar autor en Medline](#)]

Guadalupe Olivera Cañadas [[Buscar autor en Medline](#)]

José Saura Llamas [[Buscar autor en Medline](#)]

José Ángel Maderuelo Fernández [[Buscar autor en Medline](#)]

Sergio Minué Lorenzo [[Buscar autor en Medline](#)]

María Pilar Marcos Calvo [[Buscar autor en Medline](#)]



## La seguridad del paciente: cultura de seguridad en Atención Primaria

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

### Texto completo

#### Revisión histórica del concepto de seguridad del paciente en Medicina

Que antes que nada debemos velar por la seguridad del paciente no es algo novedoso. Es uno de los principales preceptos que a todo estudiante de medicina se le enseña. Y es que "Primum non nocere" (lo primero no hacer daño) es una máxima aplicada en el campo de la medicina desde al menos 1860. Aunque frecuentemente atribuida al médico griego Hipócrates, siglo V a.C., el origen de la frase no se conoce con certeza y, frente a una extendida creencia, no se encuentra en el tradicional Juramento Hipocrático, existiendo diversas teorías que tratan de explicar sus orígenes.

Sin embargo, en la práctica, esto no hace más que recordar al médico que debe considerar los posibles daños que sus acciones puedan provocar y que los actos médicos hechos con las mejores intenciones puedan tener consecuencias indeseables, además de las consecuencias buscadas.

Y es que no hay actuación sanitaria totalmente inocua y cualquiera supone en sí misma un riesgo para el paciente, haciéndose esto más patente con el progreso científico y tecnológico<sup>2</sup> y con la creciente complejidad de los sistemas sanitarios. Y así se ha definido la prevención cuaternaria como la intervención que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo y los efectos perjudiciales de la intervención médica innecesaria<sup>3</sup>.

Una vez asumido el hecho de que la práctica clínica es una actividad acompañada de riesgos e incertidumbre, la máxima seguridad del paciente se consigue mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los evitables y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo<sup>4</sup>.

El riesgo asistencial, hasta la publicación del informe técnico final de la clasificación internacional en 2009, ha sido un concepto impreciso que incluía cualquier situación no deseable o factor que contribuye a aumentar la probabilidad de que se produzca un daño, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. Incluía condiciones como los sucesos adversos tanto evitables como inevitables que a su vez contenían conceptos como el error, casi error, accidente, incidente, negligencia, mala praxis o litigio, categorías que no son ni mutuamente excluyentes ni exhaustivas pero que ofrecían una idea general del problema a que nos referimos.

En ausencia entonces de una taxonomía común, se consideraban sucesos adversos al conjunto de efectos e incidentes adversos. El efecto adverso suponía una lesión o complicación que prolongue la estancia hospitalaria, que precise procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, o que esté relacionado con *exitus* o incapacidad al alta hospitalaria. En ambos casos puede ser minimizado su impacto si se diagnostica y trata precozmente. El incidente sería aquel suceso susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un efecto adverso, por lo tanto, evitable.

### bibliografía

1. **Primum non nocere**. Wikipedia.
2. Moser R. Diseases of medical progress. N Engl J Med 1956; 255: 606.
3. Aibar C, Aranaz J. **¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?** An .sis. sanit. Navar 2003; 26 (2):195-209
4. Gervós J, Pérez Fernández M. **Genética y Prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis.** Aten Primaria 2003;32(3):158-62.
5. Aranaz J, Mollar J, GEA M. **Efectos adversos en el siglo XXI. La epidemia silenciosa.** Monografías Humanitas. Seguridad Clínica

[Ver más](#)

### enlaces

No hay enlaces de interés



Aunque los resultados del primer estudio a gran escala de eventos adversos fueron publicados hace aproximadamente 30 años<sup>6</sup>, el estudio de incidencia de sucesos adversos y negligencias en más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de 1984, conocido como Estudio Harvard, sigue siendo el estudio de referencia para el conocimiento del problema<sup>7,8</sup>.

Estudios posteriores fueron llevados a cabo en los estados de Utah y Colorado<sup>9,10</sup>, Australia<sup>11</sup>, Reino Unido<sup>12</sup>, Dinamarca<sup>13</sup>, Nueva Zelanda<sup>14</sup>, Canadá<sup>15,16</sup> o España<sup>17</sup> y han confirmado la magnitud de los eventos adversos en pacientes ingresados (entre un 4 y un 17%) y la posibilidad de evitar el problema (alrededor de un 50%).

### **Informe To Err is Human y su impacto.**

El interés por la seguridad del paciente se vió claramente acrecentado cuando en 1999, se publicó el conocido informe "To err is human: building a safer health system" que basándose en los primeros trabajos mencionados, estimó el número de pacientes que anualmente sufrían lesiones o fallecían en los hospitales estadounidenses.

Entre 44.000 y 98.000 muertes se producirían anualmente en los Estados Unidos como consecuencia de los daños secundarios a la asistencia sanitaria, suponiendo la 8ª causa de muerte, superando a los accidentes de tráfico (43.000), al cáncer de mama (42.000) y al SIDA (16.500).

También se estimaron los costes sanitarios y sociales derivados de ello (entre 17.000 y 29.000 millones de dólares, sin contar la pérdida de confianza en el sistema sanitario y la disminución de la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales), provocando un debate de gran magnitud y trascendencia<sup>18</sup>. Este informe fue el comienzo de un movimiento, una línea de investigación y de multitud de intervenciones orientadas a paliar esta situación.

Y así, a este informe le siguieron más, entre otros, "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" también del Instituto de Medicina de los Estados Unidos o "An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse events in the NHS" en el Reino Unido así como los estudios ya mencionados en el apartado anterior, extendiéndose este movimiento a nivel internacional de forma muy importante, primero en el mundo anglosajón y luego en Europa.

Centrándonos en España, el estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos)<sup>26</sup> abrió el camino en el estudio de los eventos adversos en nuestro país. Se trata de un estudio poblacional de cohortes retrospectivo que se llevó a cabo sobre una muestra de 6.500 historias clínicas de los pacientes dados de alta en una semana en 24 hospitales seleccionados por muestreo bietápico estratificado por tipo de hospital y aleatorio simple en cada etapa.

Se detectaron 1.063 pacientes con EA durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3% (525/5.624); IC95%: 8,6- 10,1%. La incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: 7,7-9,1%.

Los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar EAs. Los mayores de 65 años con factores de riesgo extrínsecos tenían 2,5 veces más riesgo que los menores de 65 años sin estos factores. El 42,8% de los EAs se consideraron evitables, en función de los criterios prefijados. El 31,4% de los EAs tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia. Esta carga suponía como mediana 4 días más de hospitalización en los EAs que alargaron la estancia y de 7 días en los que causaron un reingreso. Así, el total de estancias adicionales provocadas por EAs relacionados con la asistencia sanitaria fue de 3.200 (6,1 estancias adicionales por paciente), de las cuales 1.157 corresponden a EAs evitables (2,2 estancias adicionales evitables por paciente).

El 37,4% de los EAs estaba relacionado con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los EAs y un 25,0% estaba relacionado con problemas técnicos durante un procedimiento.

### **Seguridad del paciente y Atención Primaria**

Los estudios centrados en seguridad del paciente en Atención Primaria llevados a cabo a nivel mundial han sido más escasos, aunque se reconoce como el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario y el nivel asistencial más frecuentado por la población donde, efectivamente, se producen la mayor parte de los encuentros médico-paciente.

La Atención Primaria de Salud presenta unas características particulares, existe un amplio espectro de síntomas y signos, desde los más leves, autolimitados e inespecíficos, hasta crónicos y amenazantes para la vida, y suele existir una importante carga de morbilidad.

Además, se presta en entornos y ámbitos diversos, involucra múltiples visitas y profesionales y hay una gran variedad en cuanto a la forma en que llegan los servicios (por teléfono, a domicilio, en el consultorio e incluso por correo electrónico)<sup>27</sup>.

La incorporación en este nivel asistencial de nuevas pruebas diagnósticas, terapéuticas y de actividad quirúrgica de baja complejidad o el traslado de determinados cuidados, que antes eran prestados en los centros hospitalarios, al domicilio del paciente pueden hacer aumentar el riesgo del paciente, más aún con las deficiencias presentes en la comunicación entre niveles y en la continuidad asistencial que existen en cualquier sistema sanitario.

La mayoría de los estudios realizados en el primer nivel han sido estudios piloto, limitados a un pequeño número de médicos y basados fundamentalmente en sistemas de notificación voluntaria<sup>28,29</sup> hasta que en nuestro país se desarrolló el estudio APEAS que será descrito en el capítulo siguiente y que ha supuesto un referente a nivel mundial<sup>30</sup>.

De la misma forma que ocurría en los hospitales, los estudios en Atención Primaria han mostrado también una amplia variabilidad en las tasas de error por su diversa metodología, variando desde 5 hasta 80 por cada 100.000 visitas. De ellos, entre el 60 y el 83% pueden ser considerados prevenibles<sup>31</sup>.

Esto hace difícil las comparaciones y es por ello que la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente decidió trabajar en una taxonomía común. El proyecto para desarrollar una clasificación internacional para la seguridad del paciente fue identificado como una de las iniciativas clave de la Alianza en su programa en el año 2005<sup>32</sup> y será descrito también en otro capítulo de esta monografía.

### **Principales estrategias internacionales, nacionales y autonómicas en seguridad del paciente**

Aunque han sido muchas las iniciativas desarrolladas en todo el mundo, se citan a continuación algunas de las estrategias más destacadas:

#### ***Estrategias Internacionales: EE.UU.***

En 2001, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) encargó al Evidence-Based Practice Centre de la Universidad de Stanford el estudio de la documentación científica para la mejora de la seguridad. El informe Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices ofrece información sobre las prácticas sanitarias más seguras. Un segundo informe que complementa el informe "Error humano" es "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" que pone de manifiesto lo difícil que es garantizar la seguridad en un sistema tan complejo como el sanitario.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations<sup>33</sup> incorporó a su sistema de acreditación criterios para garantizar la seguridad de los pacientes y trabaja conjuntamente con el centro colaborador de la OMS para promover y formular soluciones en materia de seguridad del paciente.

The National Patient Safety Foundation (NPSF)<sup>34</sup>, cuya principal aportación ha sido facilitar el diálogo y la colaboración sobre aspectos de la seguridad del paciente.

The Institute for Healthcare Improvement (IHI)<sup>35</sup> que ha seleccionado los mejores contenidos, incluyendo conceptos de cambio, medidas, recursos o herramientas para ayudar a mejorar la seguridad del paciente en una organización.

El National Quality Forum (NQF)<sup>36</sup> ha publicado, entre otros trabajos, una lista de estándares de cuidados consensuados por expertos, buscando una práctica clínica más segura y basada en la mejor evidencia disponible que ha ido actualizando año tras año.

#### ***Reino Unido.***

En el Reino Unido<sup>37</sup> la preocupación por los errores médicos ha llevado a promover la política de identificación y reducción de errores médicos y efectos adversos; así, tras la publicación del informe "An organisation with a memory"<sup>38</sup> se puso en marcha un plan del Gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente, que queda recogido en el Programa: "Building a safer NHS for patients". La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA)<sup>39</sup> publicó una guía denominada "La Seguridad del Paciente en siete pasos", que consisten en: construir una cultura de seguridad, liderazgo del equipo de personas, integrar las tareas de gestión de riesgos, promover que se informe, involucrar y comunicarse con pacientes y público, aprender y compartir lecciones de seguridad, e implementar soluciones para prevenir daños. Esta guía ha sido adaptada a la Atención Primaria de Salud y se encuentra traducida al castellano<sup>40</sup>.

#### **La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).**

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) desarrolló un proyecto de Indicadores de Calidad Asistencial que comenzó en el año 2001. La función de este grupo de expertos que representan a la autoridad sanitaria de los 33 países participantes, es consensuar la metodología necesaria para la selección y medición de indicadores. Para la monitorización de la seguridad del paciente se constituyó un subgrupo de trabajo, en el que participaron algunos países, entre ellos España. El resultado ha sido plasmado en un informe<sup>41</sup> con un total de 15 indicadores hospitalarios.

Ya en la primera reunión de este subgrupo que tuvo lugar a finales de junio de 2006 en Dublín, se reconocía que una de las áreas principales en el trabajo futuro para la mejora de la seguridad del paciente es la relativa a la seguridad en la atención ambulatoria de la que había escasa información y consenso sobre calidad y seguridad, siendo un medio complejo con necesidades complejas de información<sup>42</sup>.

### **La Unión Europea.**

La Presidencia luxemburguesa del Consejo, en 2005, adoptó la Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad de los pacientes<sup>43</sup>, en la que se reconoce que el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental valorado por la UE, y que la mejora continua de la calidad asistencial es un objetivo clave tanto para la seguridad de los pacientes como para la gestión eficiente de los sistemas de salud.

El Consejo de Europa estableció en 2006 unas recomendaciones del Comité de Ministros a los Estados Miembros en la gestión de la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en la atención sanitaria y en el 2009, ofrece una recomendación más específica sobre la seguridad de los pacientes, en particular sobre la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

También la Comisión Europea se ha propuesto mejorar la seguridad de los pacientes mediante el intercambio de información y de experiencias, en línea con la Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad de los pacientes, que contiene varias recomendaciones en este ámbito. Así el Grupo de Alto Nivel en Servicios de Salud y Cuidados Médicos creó un grupo de trabajo sobre la seguridad de los pacientes, en el que participan los 27 Estados miembros y representantes de la sociedad civil, para determinar ámbitos clave de la seguridad de los pacientes en los que la colaboración y la coordinación de actividades a escala europea pudiera aportar un valor añadido. En él participan activamente la Organización Mundial de la Salud (sobre todo a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente), el Consejo de Europa, la OCDE y las asociaciones europeas de pacientes, personal médico, enfermería, farmacia, dentistas y hospitales<sup>44</sup>.

Existe una red para promover el intercambio de buenas prácticas entre los países miembros, constituida al amparo del proyecto EUNetPaS<sup>45</sup>. Este proyecto, liderado por la Autoridad Nacional Francesa para la Salud, en el cual España participa como país colaborador activo tiene como principal objetivo establecer una red de trabajo de los Estados Miembros y otras organizaciones interesadas.

Es preciso nombrar en este punto al proyecto **Linneaus Euro-PC**<sup>46</sup> (Learning from International Network About Errors And Understanding Safety in Primary Care) que es un proyecto de colaboración europeo basado en el **European Framework 7**. Inició su trabajo en 1999 y su objetivo es mejorar las actividades relacionadas con la Seguridad del Paciente en Primaria. Desarrolla su trabajo a partir de 8 áreas de trabajo (work packages):

- Gestión de proyectos y coordinación de actividades
- Desarrollo de una taxonomía del error en Atención Primaria
- Errores de medicación en Atención Primaria
- Errores de diagnóstico en Atención Primaria
- Cultura de seguridad y resultados
- Aprendizaje para la Seguridad del paciente
- Desarrollo de intervenciones para la Seguridad del Paciente en nuevas organizaciones
- Implicación de los pacientes

El profesor Aneez Esmail, responsable del área de Gestión de proyectos y coordinación de actividades, coordina el trabajo de instituciones de 6 países europeos (Reino Unido, Alemania, Austria, Polonia, Dinamarca y Holanda). España tiene prevista su colaboración en este proyecto a través del Ministerio de Sanidad y Política Social.

### **La Organización Mundial de la Salud (OMS).**

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS), en mayo de 2002, aprobó la propuesta de establecer una alianza internacional que facilitase la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros, e impulsara el logro de mejoras a escala internacional. La Alianza Mundial para

la Seguridad del Paciente<sup>47</sup>, creada en el año 2004, tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo.

La Alianza Mundial comenzó con seis esferas de actividad principales en las que ha trabajado intensamente durante estos años:

- *Reto Mundial por la Seguridad del Paciente*. Consiste en seleccionar un tema concreto a fin de establecer un programa de acción bienal que aborde una esfera de riesgo que revista importancia para todos los países. El primer Reto Mundial que se eligió fue el que plantean las infecciones asociadas a la atención de salud, con el lema "Una atención limpia es una atención más segura"<sup>48</sup>. Se centra en ámbitos como las prácticas de inyección y la inmunización, la seguridad de la sangre, el establecimiento de procedimientos clínicos más seguros, y el agua y el saneamiento. El segundo reto que se ha seleccionado tiene que ver con la cirugía segura y su lema es "Una cirugía segura salva vidas"<sup>49</sup> promoviendo prácticas seguras en cirugía tales como el uso del listado de verificación quirúrgica para cirugía mayor y el tercer reto "Abordando las resistencias antimicrobianas"<sup>50</sup> ante la amenaza creciente que estas suponen para la seguridad del paciente.
- *Pacientes por la seguridad del paciente*<sup>51</sup>. Tiene por objeto establecer una red mundial de pacientes y organizaciones de pacientes dirigida por ellos mismos para velar por su seguridad a escala regional y nacional.
- *Taxonomía de efectos adversos*<sup>52</sup>. Se han utilizado muchos términos y definiciones para describir los problemas relacionados con la seguridad del paciente. Esas variaciones entorpecen los esfuerzos para extraer enseñanzas de los datos disponibles, ya se refieran al ámbito nacional o a diversos países. Por ello, los esfuerzos empleados para conseguir una clasificación internacional para la seguridad del paciente cuyo informe final ha sido publicado en 2009.
- *Investigación en seguridad*.<sup>53</sup> La Alianza puso en marcha un importante proyecto de investigación para comprender los tipos de daño que sufren los pacientes en países en desarrollo, así como en los países con economías en transición y elaborar instrumentos de medición que puedan utilizar los Estados Miembros. Así, ha producido una lista de prioridades en investigación que indican las áreas donde hay lagunas de conocimiento y donde se espera que con la investigación se pueda contribuir a mejorar la seguridad del paciente y a reducir el daño. Se ofrecen cada año becas para favorecerla. En el área de trabajo de metodología y mediciones, ha sido publicado un **documento específico para Atención Primaria** por parte del grupo de trabajo de la Alianza que se encarga de este tema. La revisión pone de manifiesto que la investigación sobre seguridad del paciente en Atención Primaria se encuentra en un estadio incipiente y con esfuerzos centrados más en describir el ambiente de seguridad que en evaluación de intervenciones para su mejora. Identificar y medir los daños debido a los incidentes producidos en el primer nivel asistencial es una necesidad y una oportunidad para la investigación. Previamente, son necesarios esfuerzos para unificar criterios sobre la medición de la seguridad y de los resultados del cuidado inseguro.
- *Soluciones*. Son intervenciones y medidas que evitan la repetición de problemas relacionados con la seguridad del paciente. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y Joint Commission International fueron designadas para desempeñar conjuntamente la función de centro colaborador de la OMS para promover y formular soluciones en materia de seguridad del paciente. Así se lanzan las "nueve soluciones para la seguridad del paciente" en 2007.
- *Sistemas de notificación y aprendizaje*. La OMS ha elaborado unas directrices sobre los sistemas de notificación y aprendizaje de los eventos adversos.

Luego se han incorporado otras áreas de trabajo tales como "Educación y entrenamiento" con el lanzamiento de una guía curricular para seguridad del paciente o "Tecnología y actividades técnicas" que busca la aplicación de las nuevas tecnologías para la mejora de la seguridad y ofrece múltiples herramientas de aplicación práctica en todos los campos.

España colabora activamente con la Organización Mundial de la Salud a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

### **La Organización Panamericana de la Salud (OPS).**

La organización Panamericana de la Salud (OPS) coordinó en la Región Panamericana el estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica, estudio IBEAS<sup>54</sup>, realizado bajo el auspicio de la OMS y el Ministerio de Sanidad español con el fin de conocer los efectos adversos en una muestra de 58 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

### **Estrategias Nacionales:**

La seguridad del paciente es una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud de España desarrollada en coordinación con la Alianza Mundial de Seguridad del paciente<sup>55</sup>.

Así ha quedado reflejado en los sucesivos Planes de Calidad para el Sistema Nacional de Salud<sup>56</sup>.

La Estrategia 8 de dicho Plan consiste en "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud".

La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social viene organizando jornadas, seminarios y conferencias internacionales en relación con la Seguridad del Paciente desde el año 2005 y con carácter anual. Este año 2010, en el marco de la Presidencia Europea, ha sido desarrollada la V Conferencia Internacional centrada en la infección relacionada con la atención sanitaria y la resistencia antimicrobiana.

Se está desarrollando un programa de formación, que ha incluido ya a más de 5000 profesionales en colaboración con diversas universidades españolas. Se ha hecho especial hincapié en la difusión de las acciones e informes desarrollados utilizando las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) a través de la página Web de Seguridad del Paciente y participando en diferentes foros nacionales e internacionales (OMS, OCDE, Comisión Europea, entre otros) para compartir experiencias.

Se han desarrollado los estudios "Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización" (ENEAS 2005) y "Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria" (APEAS 2008) ya mencionados y se han llevado a cabo estudios de evaluación del uso adecuado de medicamentos o de indicadores de buenas prácticas en hospitales del SNS, entre otros.

Han sido destinados 6 millones de euros al Plan Nacional de Investigación científica, desarrollo e innovación sostenible (Plan Nacional I+D+i) para financiar proyectos relacionados con las estrategias en salud y seguridad del paciente de la convocatorias de Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Se han realizado tres informes jurídicos que analizan la legislación nacional e internacional y hacen una serie de propuestas orientadas a reformar la normativa española para permitir la implantación de un sistema de notificación no punitivo. Además se está pilotando en el Sistema Nacional de Salud una propuesta de modelo de sistema de notificación que permita evaluar su viabilidad.

Por último, el trabajo realizado desde el año 2006 con pacientes y ciudadanos, ha permitido establecer una Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente y disponer de un aula virtual con recursos de ayuda formativa e informativa<sup>57</sup>.

#### **Estrategias Autonómicas:**

La estrategia del Plan Nacional de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ha sido adoptada por las distintas Comunidades Autónomas con el importante impulso del Ministerio de Sanidad y Política Social que a través de diferentes instrumentos (convenios, subvenciones y otras convocatorias) ha realizado un gran esfuerzo financiero en los últimos años en las principales líneas de seguridad del paciente: la investigación epidemiológica, las actividades de formación e información a profesionales y pacientes, los sistemas de identificación inequívoca de pacientes, la prevención de la infección nosocomial, la higiene de manos con solución hidroalcohólica, uso adecuado del medicamento y la creación de unidades funcionales de gestión de riesgos.

Se ha avanzado de manera muy importante en España en el ámbito de la seguridad del paciente en los últimos años. La estrategia seguida desde la Agencia de Calidad, en alianza con las instituciones sanitarias, académicas, científicas y las sociedades profesionales y asociaciones de pacientes, está permitiendo múltiples intervenciones sinérgicas a todos los niveles<sup>58</sup>.

#### **4. Cultura de Seguridad del paciente**

Se define cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas<sup>59</sup>. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias son:>

- La reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de seguridad del paciente, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.
- La reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al

trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar de forma abierta cuando las cosas fallan.

- La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención sanitaria como consecuencia de los incidentes reflejados.
- La reducción en los amplios costes financieros y sociales provocados por incidentes de seguridad del paciente, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

Por tanto, el mayor cambio, para pasar a un sistema sanitario más seguro, es cambiar a otra cultura en la que los incidentes no son tratados como fallos de las personas sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño<sup>60</sup>, siendo además el primer objetivo de la estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La medición de actitudes en el trabajo y el contexto general del trabajo es un paso necesario e importante en la mejora de dicha seguridad<sup>61</sup>, para lo cual existen diferentes herramientas.

Entre ellas destacan, para la Atención Ambulatoria, el Safety Attitudes Questionary (SAQ)<sup>62,63</sup>, cuestionario americano con 60 items que mide seis dimensiones de seguridad y que ha sido reducido en posteriores versiones, y el Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)<sup>64,65</sup>, cuestionario británico que mide 9 dimensiones críticas de seguridad del paciente con una metodología cualitativa.

Además, la AHRQ ha presentado en marzo de 2009, una versión de la encuesta para hospitales "Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)"<sup>66</sup>, dirigida a los centros de Atención Primaria. Esta se denomina "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" (MOSPS)<sup>67</sup>. Este cuestionario pone el énfasis en la seguridad de los pacientes y en la calidad de los cuidados, es un modelo que permite su evaluación, monitorización y comparación interna y externa y ha sido adaptado, validado y traducido al español por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria gracias a un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>68</sup>.

