

Día Internacional de la Seguridad del **Paciente**

Poniendo el foco en la seguridad del paciente y la digitalización

360



Día Mundial #SeguridadPaciente
#ComiteRSCyEtica



@SEDISA_NET

17 de
septiembre, Día
Mundial de la
Seguridad del
Paciente. 2019



Con la colaboración de:



En el marco de:



Presentación

El próximo 17 de septiembre se celebra el **Día Mundial de la Seguridad del Paciente**, declarado por dirigentes sanitarios y representantes de alto nivel de la política, la medicina y la ciencia de más de 40 países y organizaciones internacionales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la segunda Cumbre Ministerial Internacional celebrada en Bonn en 2017. Se trata de un factor clave para la calidad y la eficiencia de los sistemas sanitarios y, sin embargo, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el daño al paciente representa la 14ª causa principal de enfermedad, situándose en puestos similares a los que ocupan otras patologías como la tuberculosis o la malaria en el mundo.



Según el Sondeo *Dándole 360º a la Seguridad del Paciente*, **nueve de cada 10 pacientes elegirían hospital por la seguridad que ofrecen al paciente durante el proceso asistencial**. El trabajo, promovido por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), junto con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), el Foro Español de Pacientes (FEP), la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ) y con expertos en la materia, como Jesús Aranaz, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal, y con la colaboración de Becton Dickinson, ha contado con la participación de más de 2.000 directivos, profesionales sanitarios y pacientes. Según los resultados, solo la mitad de los hospitales dispone de medidas de seguridad del paciente recogidas en planes que los profesionales conocen pero que, en el 70% de los casos, no son accesibles para los pacientes.



El presente documento recoge las impresiones, reflexiones, etcétera de participantes en el **Foro Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Poniendo el Foco en la seguridad del paciente y la digitalización**, organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de la compañía Becton Dickinson el día 12 de septiembre en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. De esta forma, SEDISA se suma a la iniciativa de la OMS, aunando a organizaciones sanitarias, directivos de la salud, profesionales sanitarios y pacientes para compartir buenas prácticas para incorporarlas y garantizar la seguridad del paciente, impulsar un espacio de intercambio de conocimiento y reflexión sobre las prácticas clínicas y analizar los temas relevantes en los que pueden actuar los directivos de la salud, buscando resultados basados en valor.



Participantes

- D. José L. Valencia Martín. Especialista en Medicina Preventiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Coordinador del Proyecto ESHMAD (Seguridad del Paciente en Hospitales de Madrid)
- Dña. Carina Escobar. Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)
- Dña. Montserrat Moharra. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
- Dña. Ana Belén Pérez Jiménez. Coordinadora de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud (SES) y vocal de Extremadura de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)
- D. José Manuel Martínez Sesmero. Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Clínico San Carlos
- D. Alvaro Hidalgo. Economista de la Salud. Presidente de la Fundación Weber
- Dña. Ana Rodríguez Cala. Directora de Estrategia del Institut Català d'Oncologia. Vocal de la Junta Directiva de SEDISA y responsable del Comité de Ética y RSC
- D. José Luis Baquero. Director y coordinador científico del Foro Español de Pacientes (FEP)
- D. Francisco Dolz. Gerente del Departamento de Salud de Valencia –Hospital Doctor Peset y presidente de la Agrupación de SEDISA Levante
- Dña. Carmen González Carrasco. Catedrática de Derecho Civil

ADECUAS: Un instrumento para evaluar la idoneidad de procedimientos clínicos y mejorar la Seguridad del Paciente



D. José L. Valencia Martín. Especialista en Medicina Preventiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Coordinador del Proyecto ESHMAD (Seguridad del Paciente en Hospitales de Madrid)

Cuando hablamos de seguridad del paciente, solemos pensar en los errores de los profesionales en la realización de un procedimiento, o en los fallos del sistema, que facilitan o no son capaces de evitar dichos errores. Sin embargo, cualquier intervención sanitaria, por simple que sea, puede comprometer la seguridad del paciente, por lo que considerar previamente su adecuación debería ser el paso previo a cualquier política o intervención que pretenda mejorar la seguridad del paciente.

Así, antes de realizar cualquier procedimiento clínico deberíamos considerar 3 aspectos clave, idealmente en este orden: ¿es seguro? ¿es efectivo (no sólo eficaz)? ¿es coste-oportuno? Sólo respondiendo a estas preguntas podremos determinar el balance de beneficios y riesgos, en definitiva, si es una buena idea llevar a cabo dicha práctica. Sin embargo, no siempre consideramos que hacer algo que no aporta un beneficio neto (riesgos que superan claramente los beneficios potenciales) podría constituir una amenaza para la seguridad del paciente.

Las políticas institucionales deberían incluir

herramientas de soporte para apoyar la toma de decisiones basadas en la evidencia y evaluar los procedimientos clínicos que realizamos. Enfocar estos aspectos como una tarea exclusiva de expertos y/o gestores, sin la implicación y concienciación de los profesionales sanitarios puede frustrar buena parte de estos esfuerzos. Cualquier organización sanitaria requiere incorporar formación sobre habilidades e instrumentos para la toma de decisiones en cada entorno clínico, así como una supervisión y rendición de cuentas sobre las prácticas realizadas, dentro del equipo y a nivel organizacional.



Para sistematizar e integrar los aspectos más relevantes abordados por diversos instrumentos ya contrastados, hemos desarrollado Adecuas: una herramienta que permite la evaluación de cualquier práctica clínica, con una perspectiva global que considera la evidencia científica, el balance riesgo/beneficio, las preferencias del paciente, y el impacto en gestión. Para ello, integra 4 dimensiones (clínica, seguridad, preferencias del paciente y gestión), con 5

cuestiones clave para cada una de ellas, a evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente, a partir de diversas fuentes de información. Pretende ser un instrumento para sensibilizar y reflexionar sobre los distintos elementos que deben considerarse para evaluar la adecuación de un procedimiento clínico, y su aplicabilidad y sostenibilidad, tratando de hacerlos asequibles para profesionales con distinto perfil y grado de conocimiento.



Buenas prácticas para generar valor en el proceso asistencial



Dña. Carina Escobar. Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

Para muchos pacientes, hablar de políticas de seguridad en los procesos asistenciales resulta un término confuso y muy alejado de la gestión de su enfermedad. Esa falta de información sobre el ámbito de la seguridad en este tipo de procesos hace que en muchas de las políticas que se diseñan no se alcancen los objetivos previstos. Si nos dejamos fuera de la ecuación a los destinatarios de esas políticas, es decir, a los pacientes, perdemos efectividad.

Si queremos alcanzar unos estándares óptimos de seguridad, debemos contar con una política de seguridad compartida que aborde todos los aspectos, construida de manera conjunta, transversal a todas las actuaciones y sobre todo que sea capaz de medir resultados. Sin evaluación no vamos a ser capaces de identificar posibles áreas de mejora y no podemos evaluar sin contar con los pacientes.

La participación del paciente en la gestión de su seguridad ayuda a minimizar riesgos. Para avanzar en este sentido hace falta:

- Mejorar la información que se le ofrece al paciente (sobre su tratamiento, alimentación, higiene)
- Mejorar la comunicación profesional sanitario - paciente
- Mejorar e informar al paciente sobre cómo debe reportar efectos adversos/no deseados
- Mejorar la cooperación entre servicios
- Implantar medidas para la conciliación de la medicación

Tenemos un gran reto por delante que podemos abordar si colaboramos conjuntamente administración, directivos, profesionales y pacientes. Utilizar la tecnología que tenemos a nuestro alcance y una mejor gestión de los datos de los que ya disponemos puede ayudarnos a avanzar de manera exponencial. Actualmente, ya se están realizando buenas prácticas en las que se produce esta colaboración y que son de fácil implantación, gracias a foros como éste podemos compartirlas.



Iniciativas del AQuAS en Seguridad del Paciente



Dña. Montserrat Moharra. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)



En el contexto de la seguridad del paciente las estrategias dirigidas a identificar aquellas prácticas médicas en las que no hay evidencias sobre su efectividad, los riesgos superan los beneficios o son inefectivas y sin beneficio para el paciente son relevantes para evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Estos pueden conllevar también problemas éticos en el sentido del uso de recursos innecesarios que podrían estar siendo utilizados en otros tratamientos y recursos necesarios.

Para ello, es importante impulsar la participación de los pacientes y sus familias en los procesos de toma de decisiones compartidas relacionadas con la salud y mejorar el grado de conocimiento y la percepción que los pacientes tienen sobre los riesgos, además de reducir los conflictos de comunicación. El modelo de toma de decisiones compartidas puede ayudar también a reducir el sobrediagnóstico y el sobretratamiento puesto que cuando los pacientes están bien informados sobre beneficios y riesgos de las diferentes opciones de tratamiento disponibles, estos escogen las opciones más conservadoras.

La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña lidera dos iniciativas: Essencial y Decisiones Compartidas. Ambas tienen como objetivo, por una parte, identificar e implementar prácticas innecesarias o de poco valor clínico y, por otra, impulsar el cambio de modelo relacional entre profesionales de la salud y pacientes impulsando herramientas web de ayuda a la toma de decisiones compartidas.



Digitalización y entrenamiento de competencias en Seguridad de Pacientes



Dña. Ana Belén Pérez Jiménez. Coordinadora de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud (SES) y vocal de Extremadura de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

En una búsqueda bibliográfica sobre digitalización y seguridad de pacientes, encontramos numerosos estudios sobre las soluciones tecnológicas que se han diseñado e implementado para abordar los puntos críticos de riesgo, como son:

- sistema de identificación correcta del paciente utilizando códigos de barras y tecnología informática para evitar el etiquetado incorrecto de las muestras de laboratorio, implementación de un
- sistema de verificación de medicamentos en unidades de cuidados críticos para adultos, utilizando ordenadores portátiles y otros fijos junto a la cama, desarrollado e implementado sistemas de alerta de sepsis,
- sistemas de identificación inequívoca de pacientes,
- también se ha estudiado la percepción de las enfermeras sobre la documentación electrónica de los registros de enfermería y el posible impacto de ésta en la relación paciente-enfermera.

La tecnología avanza hasta llegar el propio paciente para involucrarlo como paciente activo, desarrollando una autoevaluación automatizada con la cumplimentación del cuestionario del riesgo de caída para pacientes hospitalizados, video en colaboración con pacientes y familias para evitar caídas mientras están hospitalizados, diseño e implantación de un conjunto de herramientas innovadoras con un método de aprendizaje interactivo para mejorar el proceso de educación sobre nuevos medicamentos para pacientes y cuidadores, diseñado App para el control y autocuidados en diferentes enfermedades

Y ¿cómo ha avanzado para la formación en seguridad de pacientes para el personal sanitario?

El objetivo del proyecto “Experiencias clínicas simuladas en seguridad del paciente. Elaboración y validación de escenarios clínicos simulados” fue identificar las competencias en seguridad del paciente a través de la revisión bibliográfica y metodología Delphi, adaptadas a nuestro ámbito, considerando su importancia, factibilidad para ser enseñada con simulación clínica y nivel de complejidad. Posteriormente y en base a dichas competencias desarrollaron escenarios clínicos simulados con el objetivo de disponer de una herramienta que ayude a la formación y evaluación de competencias en el área de Seguridad del Paciente.



Seguridad del Paciente y digitalización



D. José Manuel Martínez Sesmero. Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Clínico San Carlos

 **@manolosesmero**

El sector salud es uno de los más complejos que existen, y ello explica parcialmente por qué asistimos a cómo las nuevas tecnologías que modifican industrias, modelos de negocio y mercados de forma disruptiva en poco tiempo, en este sector se implementan con mayor lentitud. Sin embargo, no por ello debemos dejar de trazar una hoja de ruta que vele por la introducción de la digitalización en este ámbito.

En este mapa estratégico son puntos clave la ciberseguridad y los estándares de seguridad en línea, la privacidad de los datos especialmente sensibles, así como los costes asociados, tanto de las medidas a tomar como de los problemas potenciales a los que nos enfrentamos.



Seguridad del Paciente y digitalización desde la perspectiva de la Economía de la Salud



**D. Alvaro Hidalgo. Economista de la Salud.
Presidente de la Fundación Weber**

La seguridad del paciente es un elemento esencial en la gestión adecuada de los sistemas nacionales de salud. Además de ser básica en la propia concepción del sistema nacional de salud, ya que el objetivo de todo sistema debe ser restaurar la salud de los pacientes e intentar mejorar su calidad de vida. Por este motivo, evitar que las actuaciones sanitarias produzcan daños en la salud de los pacientes debe ser una de las prioridades máximas de todo sistema. En este sentido, la digitalización y el RWE son herramientas que pueden ayudar a reducir estos fallos a incrementar la seguridad de las actuaciones médicas.

Por otro lado, un sistema seguro es un sistema eficiente. Los costes de la no seguridad son muy elevados como han puesto de manifiesto numerosos estudios. En este sentido, los costes de la iatrogenia debida a errores médicos específicos, a efectos adversos de los medicamentos o a complicaciones quirúrgicas han sido estimados, sobre todo para EEUU. Una aproximación de los costes de los efectos adversos prevenibles debidos a errores médicos en los hospitales americanos, que incluye los costes indirectos no sanitarios de pérdida de productividad, es de un coste total de entre \$17,000 y \$29.000 millones¹. Representaba el 4.8% del gasto sanitario per capita en esos estados. La mitad aproximadamente eran gastos sanitarios. Desde la publicación en 1999 de *"To Err is Human"*², obra de referencia en este sentido, se advierte que el enfoque de evaluación de los costs de la seguridad del paciente ha de ser amplio, ya que una parte importante de las consecuencias de la no seguridad se materializa en costs indirectos (pérdida de productividad) o intangibles. Extrapolando los resultados de un estudio sobre costes de los efectos adversos de los medicamentos³, el coste global de los costes prevenibles, se estimó en los noventa en los EEUU en unos \$2,000 millones².



Uno de los causantes de mayores costes de la iatrogenia son los tratamientos **farmacológicos** que causan efectos adversos frecuentes han sido medidos desde hace décadas. Una revisión sistemática⁴ del coste de los efectos adversos de los **medicamentos** (EAM), basada en 31 estudios observacionales de calidad (1995-2015) estima que los EAM tienen un coste directo ambulatorio entre €702 y €40,273, y un coste directo hospitalario entre €943 y €7,192. La mayor parte de los estudios siguen longitudinalmente a los pacientes. En muchos casos, se producen hospitalizaciones debidas a los EAM, que tienen un coste; en otros casos, son pacientes hospitalizados que sufren EAM durante la hospitalización.

Uno de los artículos incluidos en la revisión es un estudio de cohortes retrospectivo para España⁵ con seis años de seguimiento (2001-2006), de pacientes ambulatorios que han de hospitalizarse por EAM de cualquier tipo de medicamento, estiman un coste directo medio de los EAM de 4,910€. Según este estudio, basado en datos de CMBD, el número total de pacientes hospitalizados con diagnóstico de EAM en esos seis años fue 350,835 (1.69% de todas las admisiones en hospitales de agudos de España). Por otro lado, un estudio de los costes de eventos adversos hospitalarios para España, con datos de CMBD 2008-2010⁶ estima el coste incremental total de los eventos adversos en España en 88.268.906€ un 6,7% adicional del total del gasto sanitario.

Otra fuente de costes de la no seguridad son los pacientes críticos ingresados en la **UCI**, ya que en este tipo de pacientes es frecuente la sobrecarga de fluidos (Fluid Overflow, FO) en las infusiones por vía venosa. Según un estudio de cohortes con casi 64,000 pacientes en EEUU⁷, la FO conlleva peor pronóstico, mayor mortalidad, readmisiones y prácticamente duplica el coste de la hospitalización total y en la UCI, con un sobrecoste medio de \$15,344 y \$5,243 respectivamente.

Otro elemento crucial en la seguridad del paciente son las intervenciones quirúrgicas. En este sentido, las complicaciones **quirúrgicas** tienen costes elevados, sobre todo en determinados procedimientos como los de traumatología, en los que en EEUU hasta un 25% de los pacientes sufre al menos una complicación seria, que supone un incremento de coste a más del doble (220%, mediana de 40,505\$ adicionales por paciente)⁸. También la cirugía oncológica es responsable de daños a los pacientes, monitorizados en EEUU mediante los indicadores de seguridad del paciente, entre los que se cuenta el 2.58% de casos de fallo respiratorio, que resulta en un aumento del coste superior al >50% para el conjunto de la cirugía oncológica⁹. El 0.9% de los pacientes sometidos a colecistectomía sufren lesiones del conducto biliar como consecuencia de la intervención, con un coste estimado entre 473,690 y 608,789 EUR por millón de habitantes¹⁰.



Del mismo modo, el uso inapropiado de **pruebas de imagen**, que acaba generando una cascada de tests diagnósticos, también expone innecesariamente a los pacientes a riesgos innecesarios con un fuerte impacto en los costes. Esta práctica es particularmente frecuente en caso de dolor de espalda. Un estudio de cohortes retrospectivo sobre el uso fuera de indicación de resonancia magnética para dolor de espalda de origen laboral para EEUU¹¹ concluye que el riesgo de que el paciente reciba intervenciones innecesarias y costosas tras la resonancia no indicada inicial, incluso quirúrgicas, es entre 6.5 y 55 veces el del grupo de pacientes al que no se hace la resonancia. Por el hecho de hacer la RM antes de lo indicado, el coste medio por paciente aumenta en unos \$4,000 comparado con el de la RN en el momento indicado, para los casos más severos (unos \$3,000 para los casos menos severos).

Todos estos ejemplos pueden reducirse gracias a una gestión orientada a la calidad y con la ayuda de la digitalización. Por este motivo, creo esencial concienciar a los decisores que la inversión en seguridad, calidad y digitalización tienen un alto retorno para la sociedad y para nuestro SNS.



Dar un giro de 360º a la Seguridad del Paciente



Dña. Ana Rodríguez Cala. Directora de Estrategia del Institut Català d'Oncologia. Vocal de la Junta Directiva de SEDISA y responsable del Comité de Ética y RSC

 @AnaRodriguezC11

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) lleva a cabo un estudio (2019) con el **objetivo** de obtener una visión 360º sobre la Seguridad del Paciente con la finalidad de ayudar a marcar y desarrollar acciones en el futuro y obtener recomendaciones de trabajo desde una perspectiva global, teniendo en cuenta las percepciones y necesidades de todos los implicados. Se realizó un sondeo anónimo, de forma digital, partiendo de la adaptación de un sondeo europeo realizado por la compañía Becton Dickinson. En el sondeo participaron 1.650 personas, 1.173 profesionales (directivos, responsables de la calidad, farmacéuticos y profesionales sanitarios) y 477 pacientes. La edad media de los participantes fue de 30-60 años y hubo representación de hospitales públicos y privados.

Resultados de profesionales

- En cuanto a la definición de la Seguridad del Paciente, el 49% de los profesionales responde “Planificación de medidas para garantizar la seguridad en todo el proceso asistencial y el 50% “Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”.
- El 60% de profesionales afirma tener plan de Seguridad del Paciente en su comunidad, el 64% conoce el plan y el 44% afirma que el documento es accesible para los pacientes.
- Según los profesionales los principales retos en seguridad del paciente son: generar cultura, implementar nuevas herramientas y minimizar los riesgos.
- Siete de cada diez participantes afirman tener un comité de seguridad cuya composición es multidisciplinar, más de la mitad (65%) indican que no hay sanciones relacionadas con la seguridad y una gran mayoría (82%) considera que los datos sobre seguridad afectan a la reputación del hospital.
- Ocho de cada diez profesionales afirman que el plan se actualiza y el 87% afirma que tienen mecanismos para realizar seguimiento periódico.



Resultados de los pacientes

- El 48% de los pacientes se declina por la definición “Planificación de medidas para garantizar la seguridad en todo el proceso asistencial”.
- Solo el 10% de los pacientes sabe que su hospital trabaja la seguridad del paciente.
- Nueve de cada diez pacientes afirman que su hospital no le ha pedido nunca opinión sobre algún aspecto relacionado con la seguridad del paciente. (Recordemos que el 44% de los profesionales afirma que existe un documento sobre Seguridad del Paciente y que es accesible a los pacientes).
- Los retos priorizados por los pacientes son: implementar nuevas herramientas y medidas, generar cultura y minimizar los riesgos. El 85% de los pacientes considera que si los hospitales contasen con ellos sería más fácil conseguir estos retos.
- El 87% de los pacientes decidiría por un hospital u otro por ser mejor en Seguridad del Paciente.
- Más de la mitad de los pacientes consideran que los circuitos para interponer una demanda relacionada con la seguridad del paciente no es la más adecuada y una gran mayoría (82%) considera que esto afecta a la reputación del centro, (similar al de los profesionales 84%).

Discusión/Conclusión

Ante estos resultados, planteamos que las estrategias de mejora de los hospitales se enfoquen a **introducir un cambio en la cultura de los centros sanitarios que debe apoyarse en una mayor implementación de los planes, en incorporar nuevas herramientas y medidas para aumentar la seguridad del paciente, que la participación sea más real y que se haga difusión de los resultados.**


Como vemos, la seguridad del paciente está condicionada por el entorno y debemos pensar en términos de sistemas sanitarios en lugar de en términos de errores individuales; solo así, podremos incluir la seguridad del paciente dentro de las estrategias de calidad de las instituciones sanitarias. Aunque los gestores y los profesionales sanitarios aseguran que los pacientes están en el centro del sistema, la realidad está todavía lejos de esta afirmación.



La visión de los pacientes



D. José Luis Baquero. Director y coordinador científico del Foro Español de Pacientes (FEP)

 [@JoseLui30507649](https://twitter.com/JoseLui30507649)

Se estima que en España se producen hasta 17 errores de medicación al día por cada 100 pacientes hospitalizados (1). El 16-39% de los errores tienen lugar en la fase de prescripción, el 12-27% en la transcripción de la orden médica, especialmente en pacientes polimedicados y urgencias, en torno al 11% en la dispensación, el 18-33% en la preparación (siendo mayor en planta); y hasta el 38-50% en la fase de administración del medicamento. Afortunadamente, la mayoría no acarrea graves consecuencias.

A pesar de que se han diseñado Estrategias de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud y en las diferentes comunidades autónomas, su implementación es insuficiente.

Desde el **Foro Español de Pacientes** estamos promoviendo una alianza multidisciplinar, en la que ya participan más de 15 instituciones, organizaciones de farmacéuticos, médicos, enfermeras, gestores y otros profesionales, entre los que esta SEDISA, para promover un plan de abordaje, dirigiéndose en 3 sentidos las propuestas:

Respaldo a los profesionales: cuanti y cualitativamente, pues la sobrecarga de tareas es frecuente causa y se hará necesaria también la sensibilización, formar e incentivar, dado que las medidas pueden requerir un esfuerzo añadido.

Mejora de los procesos: dosis unitarias convenientemente etiquetadas, incluir sistemas de ayuda, acciones preventivas

(evitar prescripciones verbales y caligráficas, salvaguardar de distracciones al profesional que está en momentos críticos, etc.), incluir procedimiento de verificación y conciliación, incorporar al paciente como parte activa de su gestión y control, promover la comunicación de errores (y no perseguir) en pro de establecer mejoras, etc.

Incorporar nuevas tecnologías ya disponibles: prescripción electrónica, historia clínica electrónica y centralizada, lectores ópticos (códigos de barras, por ejemplo), sistemas informatizados centrales para la trazabilidad de la medicación, sistemas de conexión ágiles, bombas de infusión inteligentes, conexiones seguras, etc.

Diseñar una estrategia es insuficiente. Se hace necesario motivar a todos los implicados, establecer normas y dotar presupuestariamente, siendo imprescindible el liderazgo de los directivos de la Sanidad.



(1) Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.

El siglo XXI es el del abordaje de la seguridad de paciente



D. Francisco Dolz. Gerente del Departamento de Salud de Valencia –Hospital Doctor Peset y presidente de la Agrupación de SEDISA Levante

La Organización Mundial de la Salud y el mismo Ministerio de Sanidad son conscientes de la necesidad de abordarla. El gasto ocasionado por la no seguridad (superior a los 17.000 millones/año) no es sostenible.

Hemos puesto foco a los efectos adversos de la actuación sanitaria, pero en la década de las TIC y el Big Data, debemos incluir no solo los avances, si no también los riesgos en seguridad que suponen.

Una historia electrónica debe asegurar confidencialidad, integridad y disponibilidad, lo que hace más segura la actuación sanitaria, pero incorpora importantes amenazas de seguridad.

Es el abordaje de esas amenazas a través de formación, educación y buenas practicas, es la solución al problema de seguridad. Debe predominar la responsabilidad frente a la culpabilidad. La culpabilidad lleva a las inseguridad.

Un profesional formado y concienciado en seguridad, es capaz de responsabilizarse y dar unos resultados en salud responsables. Un paciente informado adecuadamente y participe en sus procesos sanitarios facilita la seguridad.

Además, el binomio paciente-profesional sanitario debe ir cogido de la mano si queremos una mayor calidad y seguridad del proceso sanitario.



Responsabilidad del directivo hospitalario por fallos en la Seguridad del Paciente



Dña. Carmen González Carrasco
Consejera académica responsable de formación
en Lexmor Abogados S.L

La responsabilidad del directivo hospitalario dentro de la estructura general de todos los regímenes de responsabilidad sanitaria (administrativa, civil y penal) se declara generalmente en vía de regreso (en el caso de la responsabilidad administrativa, solo por dolo o culpa grave), pero se caracteriza por una particularidad relevante. La misma consiste en que los litigios derivados de daños sanitarios causados por fallos en la organización hospitalaria están sometidos al único sistema de responsabilidad objetiva que concierne al ámbito sanitario: el derivado del artículo 148 del Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y su normativa complementaria, aprobado por RDLegislativo 1/2007 (TRLUCU).

Cabría preguntarse, pues, si el art. 148 TRLUCU es una norma eficiente para el conjunto del sistema sanitario, habida cuenta de que la responsabilidad cuasiobjetiva que contempla debería representar una ventaja en forma de garantía para los pacientes de los sistemas público y privado de salud.

La respuesta a la anterior cuestión es, sin embargo, negativa. De hecho, actual sistema de responsabilidad médica por “fallos de organización o del servicio” -el aumento creciente de las condenas por responsabilidad sanitaria, en general-, genera dos tipos de costes para el sistema sanitario que repercuten finalmente en el paciente:

-Un coste directo, consistente en el propio montante de las indemnizaciones, pues:

- Limita las posibilidades de los centros invertir recursos en la mejora asistencial y de infraestructuras de seguridad.
- Es un gasto ineficiente en términos de equidad, puesto que son las clases más favorecidas económicamente la que tienen más facilidad para litigar.



-Y otros costes indirectos, consistentes en:

El coste de la medicina defensiva para los pacientes y para la sostenibilidad del sistema sanitario, la relajación de la diligencia debida propia de un sistema en el que la falta de claridad en los criterios de imputación que subyacen a las condenas judiciales no incentivan la existencia de programas de seguridad del paciente; y, el aumento de las primas y el encarecimiento del seguro sanitario, que a la postre provoca la retirada de las aseguradoras del mercado asegurador.

Todo ello repercute negativamente en el paciente a través de encarecimiento de los servicios sanitarios privados y la merma de recursos sanitarios públicos.

Llegados a este punto, cabría preguntarse qué alternativas existen para mejorar esta situación. Son básicamente de dos tipos:

1º) En algunos países se ha optado por una reforma del sistema legal que limite los supuestos y la indemnizaciones. Por ejemplo,

- Fijación legal de criterios judiciales de imputación de responsabilidad (la inseguridad jurídica relaja la diligencia y desmotiva la inversión en seguridad del paciente).
- Un baremo adecuado a las peculiaridades del daño generador de responsabilidad sanitaria (al que no son directamente exportables los criterios y cuantías del baremo de tráfico).
- Limitación de indemnizaciones (estrategia no importable al sistema español).

2º) La opción más eficiente pasa por la inversión, formación y desarrollo normativo en seguridad del paciente.

En relación con esto último, se hace precisa una apuesta seria por la implantación efectiva de los sistemas de seguridad del paciente previstos en la Ley 16/2003, una modificación legislativa que salve los escollos del actual sistema de notificación de efectos adversos, y una redefinición del art. 148 TRLCU, de forma que se permita expresamente la exoneración acreditando el cumplimiento de las guías y protocolos de seguridad del paciente, que deberían implantarse a modo de *compliance* en el ámbito sanitario.

