

CONSEJERÍA DE SALUD



ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN

de la Estrategia para
la Seguridad del
Paciente en el SSPA
2006 - 2010



ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN

**de la Estrategia para
la Seguridad del
Paciente en el SSPA
2006 - 2010**

ANÁLISIS de la implementación de la estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2006-2010. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2011]

54 p. ; 17 cm

1. Garantía de la calidad de atención de salud 2. Vigilancia sanitaria de servicios de salud 3. Control de riesgo 4. Derechos del paciente 5. Administración de la seguridad 6. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud W 84

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

DL: SE-8712-2011

Producción Editorial: Artefacto

Impresión: Escandón Impresores

	INTRODUCCIÓN / 4
1	OBJETIVOS / 7
2	METODOLOGÍA / 9
3	RESULTADOS / 13 3.1 Conocimiento y difusión de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 3.2 Desarrollo de la implantación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 3.3 Evaluación de indicadores para la seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 3.4 Valoración de los Patient Safety Indicators en Andalucía 3.5 Opinión de los expertos
4	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES / 35

> introducción

En el año 2006 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, diseña y pone en marcha la Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESP) en el marco conceptual del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), y como uno de sus proyectos prioritarios con el objetivo de “mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros a los/las pacientes y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos”.

El documento de la ESP 2006 – 2010 señala explícitamente: *“La Estrategia para la Seguridad del Paciente persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad en nuestro sistema sanitario, facilitando la participación y decisión de los ciudadanos y ciudadanas”.*

Este principio se tradujo en la ESP en la incorporación de dos elementos claves:

- > El cambio de papel del paciente, de ser un elemento pasivo en su proceso de atención a tener un papel activo de participación en su asistencia, contribuyendo así a minimizar el riesgo de aparición de eventos adversos (EA).**
- > La concepción de la atención de una manera integral, facilitando este abordaje a través del hilo conductor del proceso asistencial.**

Para ello se configura en un conjunto de procesos agrupados en tres categorías: procesos estratégicos, de soporte y operativos, donde se definían 24 objetivos y se proponían una serie de líneas de acción en coherencia con el Plan de Calidad del SSPA, las estrategias nacionales e internacionales y con la identificación de aspectos críticos recogidos en los estudios epidemiológicos e identificados por los expertos.

En estos cuatro años, se ha desplegado una gran actividad en Seguridad del Paciente en la Comunidad Autónoma soportado en un compromiso institucional y profesional de todo el SSPA, que ha facilitado el logro de los objetivos y la puesta en marcha de las iniciativas planteadas.

Dando continuidad al desarrollo de esta ESP, en estos momentos y después de este tiempo de andadura, la Consejería de Salud ha iniciado un proceso de revisión para valorar el desarrollo y la situación de las diferentes iniciativas y retos propuestos, y obtener información para el desarrollo futuro de la misma. Para su realización la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento solicitó a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) el desarrollo del análisis explícito que a continuación se describe.

En este documento se recogen los resultados del análisis realizado, lo que nos permite tener una imagen global y plural del desarrollo de la ESP en nuestra Comunidad Autónoma.



> objetivos

El objetivo general es proporcionar una imagen de la situación actual del desarrollo de la ESP, que ofrezca información relevante para el desarrollo futuro de la misma.

Objetivos Específicos

- 1)** Evaluar el nivel de conocimiento y la difusión de la ESP entre los profesionales del SSPA.
 - 2)** Explorar el desarrollo de la implantación de la ESP.
 - 3)** Analizar la evolución de los indicadores de seguridad del paciente (PSI) utilizando las fuentes primarias de información.
 - 4)** Evaluar el cumplimiento de indicadores para la seguridad del paciente del SNS.
 - 5)** Contrastar la información obtenida en el análisis anterior con las opiniones de los expertos.
-



> metodología

El diseño de la ESP del 2006 se planteó como un proceso dinámico y flexible, configurado por numerosos objetivos y líneas de acción, con la participación de diferentes actores (liderazgo, profesionales sanitarios y no sanitarios, pacientes y ciudadanía) e integrado en un sistema de salud vivo y complejo.

+ La ausencia de un sistema de información único que albergue el conjunto y la variedad de información necesarios para evaluar cada uno de los objetivos propuestos en la ESP, representa una limitación importante que dificulta este planteamiento metodológico.

El abordaje de la evaluación se ha realizado con metodologías específicas que han permitido dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados, con el propósito de conseguir una imagen global y plural del desarrollo de la ESP.

La estructura en la que se presentan los resultados –con información independiente para cada uno de los objetivos– ha sugerido la pertinencia de detallar la metodología específica en cada uno de los apartados correspondientes. Los párrafos siguientes recogen una breve descripción del método seguido para elaborar cada uno de los bloques de resultados.

Para el objetivo 1º:

“evaluar el nivel de conocimiento y la difusión de la ESP entre los/las profesionales del SSPA” se ha realizado una **Encuesta sobre la difusión y comprensión de la ESP en Andalucía.**

La encuesta se ha realizado a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP) en abril del 2011, con el propósito de conocer el grado de comprensión y de difusión de la ESP entre los/las profesionales del SSPA, y se ha dirigido a una muestra de ellos.

Para el objetivo 2º:

“explorar el desarrollo de la implantación de la ESP”, se ha analizado la información procedente del cuestionario de **Autoevaluación del desarrollo de la ESP en centros sanitarios andaluces.**

Esta iniciativa del Observatorio para la Seguridad del Paciente recoge un análisis de la información obtenida del proceso de autoevaluación de centros sanitarios de atención primaria y atención hospitalaria y EPES en relación a los principales objetivos de la ESP. La autoevaluación se ha soportado a través de una aplicación informática en entorno web con acceso a responsables y accesible a través del OSP. Para el análisis se han utilizado datos de un corte temporal en 2011.

Para el objetivo 3º:

“evaluar el cumplimiento de indicadores para la seguridad del paciente del SNS” se presenta una **síntesis de los resultados del Informe de Evaluación de los Indicadores para la Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2010.**

El informe presenta el análisis de la información procedente de dos cuestionarios aplicados, uno dirigido a hospitales y otro a atención primaria, de los indicadores de Seguridad del Paciente propuestos por el SNS y consensuados por las Comunidades Autónomas para el año 2010.

Para el objetivo 4º:

“analizar la evolución de los indicadores de seguridad del paciente (PSI) utilizando las fuentes primarias de información” se ha realizado un estudio específico de la **Valoración de los PSI en Andalucía 2003-2009**.

Con la información facilitada por el Servicio Andaluz de Salud, se ha estudiado la evolución de las tasas de los indicadores sobre seguridad de pacientes (PSI) desarrollados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a partir del CMBDA, en el período señalado.

Para el objetivo 5º:

“contrastar la información obtenida en el análisis anterior” se ha elaborado un informe sobre la **Opinión de Expertos**, en el que se recogen los resultados de un Taller realizado con personas expertas del SSPA que valoran los objetivos y líneas de acción de la ESP.

Esta opinión se ha recogido en el desarrollo de un Taller de trabajo realizado en marzo de 2011, con la participación de profesionales de diferentes disciplinas cuyo perfil se ha referido al conocimiento experto en Seguridad o al rol en el desarrollo de la ESP. A través de una metodología de debate estructurado y de consenso, este grupo de personas ha realizado una valoración cualitativa del logro de los objetivos y las líneas de acción de la ESP, y ha identificado los factores que han influenciado su mejor o peor desarrollo.



3.1 CONOCIMIENTO Y DIFUSIÓN DE LA ESP

El tamaño de la muestra se calculó para conocer resultados globales por perfiles profesionales, considerando los siguientes: profesionales asistenciales, personal no sanitario, cargos intermedios y directivos. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado con afijación muestral proporcional a la población de los estratos, definidos éstos por categoría profesional y ámbito asistencial.

Considerando un error muestral del 5 %, un nivel de significación del 0.05 y una proporción esperada del 50 % de profesionales que conocen la existencia de la ESP 2006, el tamaño de muestra para obtener representatividad por categoría profesional sería de 1288 profesionales del Servicio Andaluz de Salud y 812 correspondiente a Agencias Publicas Empresariales Sanitarias (Agencias Sanitarias). La razón de realizar por separado el muestreo se debe a que las bases de datos de profesionales son diferentes: base GERONTHE para profesionales pertenecientes al SAS y bases de datos de profesionales facilitada por las Agencias Sanitarias.

La encuesta ha sido respondida por 944 profesionales, lo que representa un 45 % de respuesta, considerada muestra suficiente para el perfil de profesionales asistenciales y de liderazgo (que aúna a cargos intermedios y directivos).

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables del cuestionario para el total de la muestra, para profesionales asistenciales y para el grupo de liderazgo. Las variables cualitativas se han analizado mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa (número de casos y porcentaje). El análisis descriptivo de los datos cuantitativos se ha hecho mediante resúmenes numéricos que incluyen mínimo, máximo, media, mediana, y desviación típica.

Resumen de resultados:

TABLA 1 / Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas / de clasificación

VARIABLE	N	%
Ámbito de trabajo		
Atención primaria	224	23.7
Atención hospitalaria	617	65.4
Emergencias	103	10.9
Provincia de trabajo		
Almería	102	10.8
Cádiz	115	12.2
Córdoba	120	12.7
Granada	33	3.5
Huelva	67	7.1
Jaén	158	16.7
Málaga	219	23.2
Sevilla	130	13.8
Tipo de centro de trabajo		
Hospital regional	103	10.9
Hospital provincial	119	12.6
Hospital comarcal	178	18.9
Agencia sanitaria	256	27.1
Centro de salud / AP	160	16.9
Centro de salud / Distrito o AGS	63	6.7
EPES	65	6.9
Perfil profesional		
Profesional asistencial	586	62.1
Personal no sanitario	88	9.3

VARIABLE	N	%
Cargo intermedio	172	18.2
Directivo	98	10.4
Forma parte de los grupos provinciales de referencia para la ESP		
Sí	143	15.1
No	801	84.9
Sexo		
Hombre	417	44.2
Mujer	527	55.8

TABLA 2 / Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas / de clasificación

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIANA	MEDIA	D. E.
Edad	24	64	44	43.9	8.25
Años de trabajo en el SSPA	0	40	18	17.8	8.79

Para el Total de la población de estudio (944) se obtuvo que el 70.8 % conoce la ESP (668 profesionales), de estos, el 70.4 % ha tenido acceso al documento y el 89.1 % de los profesionales que lo han leído ha identificado su papel en la Estrategia.

Los principales medios por los que recibieron la información acerca de la ESP fueron presentaciones institucionales, en un 36.8 %; el 35.0 %, a través del responsable del centro; y el 25.4 % a través de un compañero de trabajo. El 52.8 % ha accedido al documento en su puesto de trabajo, y el 41.3 % a través de Internet.

Del grupo de Profesionales Asistenciales (586), conoce la ESP el 64.8 % y el 85.1 % ha identificado su papel en el desarrollo de la misma. El 35.5 % recibió la información a través del responsable del centro, el 30.0 % por medio de un compañero y el 28.4 % en presentaciones institucionales. El 46.8 % afirma que en su servicio o

unidad existe una copia de la ESP. El 16.3 % han realizado una lectura completa y parcial el 45.5 %. El 63.9 % ha accedido al documento de la ESP y de estos, el 52.7 % en su puesto de trabajo y el 40.3 % a través de Internet.

Del grupo de Liderazgo (cargos intermedios y directivos) (270), el 92.2 % conoce la ESP y el 94.7 % ha identificado su función dentro de la misma. El 83.5 % ha tenido acceso al documento (el 51.9 % en su puesto de trabajo, y mediante Internet el 43.3 %). El medio de información principal han sido, las presentaciones institucionales en el 52.6 %. El 63.5 % afirma que en su servicio o unidad existe una copia de la ESP, el 32.1 % la ha leído completamente y el 51.4 % parcialmente.

En términos generales, las presentaciones institucionales y el liderazgo de los centros son los elementos que más han contribuido a su difusión, y las personas pertenecientes al grupo de liderazgo son las que más la conocen. Casi el 95 % de los profesionales que han respondido saben la función que cumplen dentro de la Estrategia, y un 73.6 % participa en la implementación de las acciones propuestas.

3.2 DESARROLLO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ESP

El objetivo planteado es conocer el alcance del desarrollo de la ESP 2006 a través de los resultados de un proceso de autoevaluación en una muestra de centros sanitarios pertenecientes al SSPA, realizado mediante una aplicación disponible en el Observatorio para la Seguridad del Paciente estructurada en procesos estratégicos, de soporte y operativos como se definen en la ESP.

Los centros se autoevalúan en relación a 13 objetivos fundamentales de la ESP y sobre el avance de las 9 soluciones para la Seguridad del Paciente, editadas en 2007 por la OMS:

Procesos estratégicos: 1. Comisiones en las que se aborda la seguridad del paciente. 2. Plan de formación. 3. Investigación en seguridad del paciente. Procesos de soporte: 4. Implicación del paciente y de la persona cuidadora. 5. Sistema de notificación de incidentes de seguridad. Procesos operativos: 6. Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA. 7. Uso seguro de la medicación. 8. Prevención de la infección asociada a la atención sanitaria. 9. Potenciación de la transfusión segura de sangre y hemoderivados. 10. Prácticas seguras en cirugía. 11. Prevención de caídas. 12. Prevención de úlceras por presión. 13. Seguridad de continuidad asistencial. Innovación en seguridad: Proyectos innovadores en Seguridad del paciente.	Soluciones para la Seguridad del Paciente propuestas por la OMS¹: 1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos. 2. Identificación de pacientes. 3. Comunicación durante el traspaso de pacientes. 4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto. 5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos. 6. Seguridad en la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales. 7. Seguridad en la conexión de catéteres y tubos para evitar errores. 8. Dispositivos de inyección de uso único. 9. Higiene de manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.
---	---

¹ Las “Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente” constituyen un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Se presentaron en mayo de 2007 y se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países difundándose de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

Con esta aplicación se puede conocer el alcance del desarrollo de la ESP en cada centro y permite:

- > **Aportar aquellas evidencias positivas (elementos de cumplimiento) y pruebas documentales que mejor ilustren el grado de desarrollo de los objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA recogidos en el cuestionario.**
- > **Describir las áreas de mejora en marcha más relevantes en relación con tales objetivos, y los proyectos de mejora de la seguridad que se estén abordando en la actualidad.**
- > **Presentar aquellas prácticas seguras implantadas en la organización, que puedan compartirse con otros centros.**

El análisis de los datos responde a un corte temporal en junio de 2011.

Resumen de resultados:

De los 238 proyectos de autoevaluación analizados, 29 corresponden a registros de centros del grupo de “Hospitales” (hospitales y HARES) y 186 a registros del grupo “Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria”. Se han contabilizado 8 proyectos de “Emergencias”, uno por cada uno de los equipos provinciales de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).

Para el cálculo de los porcentajes se ha utilizado la información sobre centros y servicios del Servicio Andaluz de Salud disponible en:

-
- <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/default.asp>
 - <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ugcactivas/buscaugc.asp>
-

TABLA 1 / Número y porcentaje de proyectos por tipo

TIPO DE PROYECTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hospitales (*)	29	12,18 %
UGC Atención Primaria	186	78,15 %
Servicios provinciales de EPES	8	3,36 %
Proyectos de otro tipo de centros(**)	15	6,30 %
Total proyectos	238	100 %

(*) Se incluyen los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y las Agencias Sanitarias.

(**) Los proyectos incluidos en este grupo es variado y se registran como: Centro de AP (CAP), Área de gestión sanitaria (AGS), Unidad de gestión clínica hospitalaria (UGCH), Distrito de AP (DAP), Dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

TABLA 2 / Porcentaje de implantación de proyectos por tipo de centro

PROCESOS ESTRATÉGICOS	HOSPITALES	UGC AP	EPES
Existe una comisión específica en la que se aborda la seguridad del paciente	96 %	80 %	100 %
Se han diseñado planes de mejora de la seguridad del paciente	96 %	66 %	100 %
Se realizan actividades de formación específicas sobre seguridad del paciente	82 %	83 %	100 %
Desarrollo de proyectos de investigación sobre seguridad del paciente	63 %	40 %	100 %

PROCESOS DE SOPORTE	HOSPITALES	UGC AP	EPES
El centro ofrece contenidos o dispone de instrumentos que estimulen la participación del paciente y la familia en la mejora de la seguridad	93 %	89 %	75 %
Existencia de sistemas de notificación de incidentes de seguridad (generales o específicos)	96 %	63 %	100 %

PROCESOS OPERATIVOS	HOSPITALES	UGC AP	EPES
El centro dispone de un sistema en uso de identificación de pacientes (adultos) mediante brazalete	85 %	83 %	75 %
Acerca de las soluciones para la Seguridad del Paciente de la OMS			
Se menciona la existencia de políticas para la gestión de riesgos asociados a medicamentos de nombre o aspecto parecidos	85 %	85 %	100 %
Se menciona la existencia de políticas para el control de soluciones concentradas de electrolitos	70 %	33 %	50 %
Se menciona la existencia de sistemas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales	78 %	65 %	50 %
Se menciona la existencia de sistemas para evitar errores de conexión de tubos y catéteres	44 %	32 %	100 %
Se utiliza un enfoque estandarizado para la comunicación durante el traspaso de pacientes	89 %	81 %	75 %
El centro se ha incorporado a la iniciativa Manos Seguras	96 %	87 %	100 %
El centro está trabajando en la implantación del Listado de Verificación de SQ de la OMS	96 %	54 %	100 %
La Lista de verificación ya está implantada o pilotándose	89 %	42 %	100 %

PROCESOS OPERATIVOS	HOSPITALES	UGC AP	EPES
Está definida la política de Uso seguro de hemoderivados	89 %	-	75 %
El centro despliega actuaciones para la prevención y el abordaje de caídas	89 %	83 %	100 %
El centro despliega actuaciones para la prevención y el abordaje de úlceras por presión	93 %	89 %	100 %
Proyectos o iniciativas innovadoras en seguridad del paciente	63 %	31 %	25 %

El análisis de los resultados de la autoevaluación de los centros indica que existen logros importantes en la implantación de la ESP:

-
- Todos los centros tienen **estructuras** específicas desde las que abordar las cuestiones relativas a la Seguridad del Paciente, si bien pueden diferir en su denominación (comisiones de seguridad, comisión de calidad y seguridad, subcomisión de seguridad clínica, etc.), composición y funciones.
-
- La mayoría de centros autoevaluados propician oportunidades de **formación** en Seguridad del Paciente, aunque con disparidad en sus contenidos.
-
- En cuanto a las acciones para promover la **participación del paciente** en su propia seguridad, la mayor parte de centros refieren el desarrollo de talleres para cuidadoras o convenios con asociaciones de pacientes.
-
- Más del 80 % de los centros evaluados disponen de algún **sistema de notificación** de incidentes (en papel, online, sobre un tipo de incidente concreto o generales, etc.).
-
- Se ha identificado un notable incremento en la incorporación de las recomendaciones implícitas en las “Soluciones para la Seguridad del Paciente” de la OMS, a las políticas y procedimientos de los centros, en especial las relativas al “**Uso seguro del la Medicación**” y a la “**Transferencia entre ámbitos asistenciales**”.
-

-
- La práctica totalidad de centros hospitalarios y de atención primaria desarrolla actuaciones para la mejora de la **higiene de las manos** en sintonía con la Estrategia Multimodal de la OMS, y en un alto porcentaje participan en la iniciativa Manos Seguras (microinstrumento para la implantación y evaluación de dicha estrategia).
-
- El trabajo realizado por los centros hospitalarios sitúa a nuestra Comunidad como pionera en el ámbito del SNS en cuanto a la implantación del **Listado de verificación de seguridad quirúrgica** y a la extensión del “efecto *checklist*” a otros ámbitos de actuación, es destacable la implantación del LVSQ de cirugía menor ambulatoria en un número creciente en Atención Primaria.
-

Asimismo, se pueden extraer algunas áreas de mejora como:

-
- Potenciación del desarrollo de proyectos de investigación sobre seguridad del paciente en Atención Primaria (40 %),
-
- Un mayor desarrollo de políticas para el control de soluciones concentradas de electrolitos en todos los ámbitos (Hospitales 70 %-UGC AP 33 %-EPES 50 %),
-
- Potenciación de los sistemas para evitar errores de conexión de tubos y catéteres (Hospitales 44 %-UGC AP 32 %) y
-
- La elaboración de procedimientos para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (UGC AP 65 %- EPES 50 %).
-

También cabe destacar los proyectos o iniciativas innovadoras en seguridad del paciente que han incorporado los centros en su autoevaluación (Hospitales 63 % - UGC AP 31 % - EPES 25 %), que nos puede permitir potenciarlas, incorporándolas a un banco de prácticas para compartir en red.

3.3 EVALUACIÓN DE INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SNS. ANDALUCÍA 2010

Desde la Agencia de Calidad de SNS del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se planteó el desarrollo de un conjunto de indicadores a nivel del SNS para la ayuda en la toma de decisiones en la Estrategia de Seguridad del Paciente. Estos indicadores fueron consensuados en el Comité Técnico de la Estrategia de Seguridad del Paciente integrado por los referentes de Seguridad del Paciente en cada Comunidad Autónoma y la Agencia de Calidad del SNS.

Se proponen 25 indicadores, 21 para Hospitales y 4 para Atención Primaria, estructurados en 7 áreas: gestión de riesgos (4), identificación inequívoca de pacientes (1), úlceras por presión (3), infecciones relacionadas con la atención sanitaria (2), cirugía segura (2), seguridad de los medicamentos (3) e higiene de las manos (10) para lo que se elaboran dos cuestionarios uno dirigido a los 45 hospitales del SSPA (29 hospitales dependientes del Servicio Andaluz de Salud, 4 hospitales de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (Agencias Sanitarias), 11 hospitales de alta resolución (HAR) dependientes de ellas y el hospital San Juan de Dios del Aljarafe) y otro a 33 distritos de atención primaria.

En los cuestionarios se plantean preguntas para dar respuesta a los indicadores propuestos y además recabar otra información más específica sobre aspectos de la EPS del SSPA.

Las preguntas con respuestas categóricas se analizaron en forma de distribución de frecuencias, las preguntas con respuestas cuantitativas con su media y su desviación estándar y las preguntas abiertas se analizaron desde un punto de vista cualitativo, sintetizando los elementos comunes y esenciales.

Para los indicadores de prevalencia de UPP y los relacionados con las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se excluyeron del denominador los 11 centros de alta resolución por tener estancias menores de 72 horas.

Resumen de resultados:

En cuanto a los **indicadores de gestión de riesgos**, el 97,8% de los hospitales (n=44) y el 100% de los distritos (n=33) utilizan algún sistema de notificación y aprendizaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. En la mayoría de los hospitales son sistemas de notificación y gestión específicos para todo el centro o para toda la agencia sanitaria mientras que los distritos de AP utilizan fundamentalmente el sistema de gestión de incidentes del Observatorio para la Seguridad del Paciente.

El 93,3% de los hospitales (n=42) y el 69,69% de los distritos (n=23) cuentan con una unidad para el análisis y gestión de riesgos operativa. En la mayoría de los centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía estas funciones se llevan a cabo a través de las Comisiones de Seguridad (cuando son Áreas de Gestión Sanitaria son mixtas con integrantes de atención hospitalaria y atención primaria).

En relación con los **indicadores de identificación inequívoca de pacientes**, el 100% de los hospitales dispone de un procedimiento de identificación de paciente (pulsera).

En el SSPA existe un procedimiento para la identificación inequívoca de pacientes con pulsera con al menos tres códigos de identificación diferentes siendo uno de ellos el NUHSA, otro nombre y apellidos y otro la fecha de nacimiento, disponible para todos los centros.

El alcance de aplicación de la pulsera identificativa en la mayoría de los centros es generalmente para todo paciente ingresado, sobre todo en el área de hospitalización,

bloque quirúrgico y en cirugía mayor ambulatoria. En áreas como urgencias y hospital de día, no se encuentra implantado en todos los centros.

Con respecto a los **indicadores de úlceras por presión**, el 93,3% de los hospitales (n=42) disponen de protocolo de prevención y tratamiento de UPP y el porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de UPP realizado al alta, es de un 76,1%. La escala de valoración más utilizada es la Escala de Braden. Seis de cada mil pacientes desarrolla una úlcera por presión durante su estancia hospitalaria.

Dentro de los **indicadores de infecciones relacionadas con la atención sanitaria**, el 91,2% de los hospitales (n=32) participan en el EPINE, estudio de prevalencia de IRAS a nivel nacional. El 97,1% de los hospitales (n=33) miden incidencia de IRAS mediante un sistema de “mínimo común” que incluye incidencia de IRAS en UCI, infecciones de localización quirúrgica de algunos procedimientos e infección por microorganismos multiresistentes seleccionados. Todos los centros con UCI realizan los Proyectos Bacteriemia y Neumonía Zero.

Con relación a los **indicadores de cirugía segura**, el 88,9% de los hospitales (n=40) tienen implantados Listados de Verificación de la Seguridad Quirúrgica basados en el de la OMS en el bloque quirúrgico.

El 72,9 % de los pacientes intervenidos de cirugía programada (n=209.947) se les ha aplicado el LVSQ basado en el de la OMS durante el periodo evaluado.

El OSP de Andalucía tiene a disposición de los profesionales los Listados de Verificación de la Seguridad Quirúrgica de cirugía mayor, de cirugía mayor ambulatoria y de cirugía menor ambulatoria, adaptados teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, para su implementación en centros del SSPA. El listado de verificación contiene todos los ítems que han demostrado eficacia en su empleo en la práctica.

En cuanto a los **indicadores de seguridad de los medicamentos**, el porcentaje de hospitales que disponen de protocolos actualizados en los últimos cinco años para los medicamentos de alto riesgo es del 86,7 % (n=39); sólo el 44,4% (n=20) de los hospitales disponen de protocolos establecidos para la conciliación de la medicación al alta; y sólo un 17,8 % de los centros ha realizado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad en los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales en los 2 años anteriores.

Finalmente, dentro de los **indicadores de higiene de las manos**, el 94,7% de las camas poseen productos de base alcohólica (PBA) en la habitación (n=13.169). El 90,67% de las camas (n=12.607) poseen PBA en el punto de atención al paciente. El 94,2% de camas de UCI tiene PBA en el punto de atención (n=867).

El consumo medio de PBA en hospitalización para el primer semestre de 2010 es de 21,0 litros. Para el segundo semestre, el valor medio es de 21,8 litros.

En cuanto a Atención Primaria, el 96,96% de los distritos (n=32) disponen permanentemente de envases de bolsillo para la atención domiciliaria.

En otros aspectos de la higiene de manos se destaca que el 80,0% de los hospitales (n=36) ha realizado la autoevaluación de la HM utilizando el cuestionario de la OMS.

En cuanto a las actividades formativas, en el 100% de los hospitales (n=45) se ha realizado alguna actividad formativa en HM mientras que en atención primaria es en el 96,96% de los distritos (n=32).

El 100% de los hospitales (n=45) han realizado actividades formativas específicas sobre los 5 momentos para la HM y en el 64,4% de los hospitales (n=30) se ha realizado observación de los 5 momentos para la HM o de alguno de ellos.

3.4 VALORACIÓN DE LOS PATIENT SAFETY INDICATORS EN ANDALUCÍA (2003-2009)

Los “Patient Safety Indicators” (PSI) son un conjunto de indicadores desarrollados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) como medidas que proporcionan una perspectiva sobre la seguridad de los pacientes, identificando los problemas que éstos pueden experimentar como consecuencia de su exposición a los servicios sanitarios y que podrían ser evitados.

Estos indicadores propuestos por la AHRQ es posible obtenerlos del CMBDA (Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria) y se pueden utilizar para evaluar y priorizar las iniciativas regionales o nacionales en la mejora de la seguridad de los pacientes. El Servicio Andaluz de Salud viene analizando sistemáticamente estos indicadores en los últimos años.

Se han elaborado las tasas de los 20 indicadores de seguridad del paciente (PSI) para el período de 2003 a 2009. Para cada indicador se ha construido un gráfico con las tasas por 1000 para el total de Andalucía durante el periodo estudiado, excepto para los indicadores PSI-5 “Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento” y PSI-17 “Traumatismo en el nacimiento-lesiones en el neonato”, por no disponer de datos suficientes.

Resumen de resultados:

Del análisis de los Patient Safety Indicators (PSI) en Andalucía se concluye que estos indicadores sirven para profundizar y orientar esfuerzos de mejora pero no para calificar la actividad de los hospitales: los datos se pueden extraer fácilmente de la base del CMBDA y con ellos se pueden investigar fallos en los cuidados y monitorizar las tendencias en asistencia, para ello hay que asegurar la calidad y la exhaustividad del informe médico al alta, para evitar la variabilidad dependiendo de los hospitales y de sus profesionales.

Como limitaciones cabe destacar que debido al corto período de medición, no se puede determinar tendencias claras en las tasas, ni concluir si el aumento de alguno de estos indicadores se debe al aumento real del número de casos o al de casos registrados, si a esto se suma la gran variabilidad que se ha observado en las tasas de los centros –e incluso para los datos de un mismo centro en años diferentes–, todo esto hace sospechar que existen problemas en el registro de los datos, por lo que no es posible realizar comparaciones entre centros ni con estándares.

En la mayoría de los indicadores analizados no se observa una tendencia regular a lo largo del periodo de estudio, con una gran variabilidad entre unos años y otros:

- > **Presentan un comportamiento más irregular los indicadores: PSI-8 Fractura de cadera postoperatoria, PSI-16 Reacción transfusional y PSI-19 Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado.**
- > **Muestran un aumento de las tasas a lo largo de los años los indicadores PSI-3 Úlcera de decúbito, PSI-10 Desorden fisiológico y metabólico postoperatorio y PSI-13 Sepsis postoperatoria.**
- > **Se observan tasas muy bajas durante todo el periodo de estudio, con valores por debajo de 0.5 casos por 1000, en los indicadores: PSI-1 Complicaciones de la anestesia, PSI-6 Neumotórax iatrogénico, PSI-8 Fractura de cadera postoperatoria y PSI-16 Reacción transfusional.**

3.5 OPINIÓN DE LOS EXPERTOS

En el análisis de la implementación de la ESP, se considera imprescindible recabar la opinión de los expertos, personas de la organización sanitaria pública, verdaderos artífices de los logros obtenidos, que con su experiencia y percepciones aportan información complementaria al análisis anterior.

“ nos fascinan los números pero nos seduce conocer los conocimientos, las actitudes, los sentimientos y las actividades que los determinan. ”

L. Buñuel

La recogida de la información se planteó utilizando la metodología de consenso de los expertos como uno de los métodos participativos más adecuado para la consecución del objetivo.

Para ello se llevó a cabo un taller en mayo de 2011, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el propósito de hacer una valoración global de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010, tanto en sus aspectos específicos como en aquellos elementos que hayan podido influir en su desarrollo. Se proponen 3 objetivos:

-
- 1) Valorar los objetivos de la Estrategia para la Seguridad del Paciente que han obtenido mejores y peores resultados en su implantación y en la consecución de logros concretos.**

 - 2) Identificar factores críticos y barreras para el logro de los objetivos valorados.**

 - 3) Identificar líneas de acción con mejor y peor desarrollo.**

La ventaja de esta herramienta reside en el conocimiento y la experiencia de las personas seleccionadas, y en su capacidad de trabajar en grupo y generar acuerdo, lo que ha permitido un evidente ahorro de tiempo en la obtención de resultados y una gran credibilidad de las conclusiones obtenidas. Las limitaciones que suponen los diferentes grados de experiencia y de participación en los grupos se han intentado paliar con una metodología estructurada para el debate, consenso y recogida de la información resultante.

Para la elección del perfil de los integrantes del taller se establecieron los siguientes criterios:

-
- Conocer la Estrategia para la Seguridad del Paciente y su desarrollo.
 - Disponer de conocimiento conceptual del ámbito de seguridad del paciente.
 - Tener experiencia profesional en la implantación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA.
-

Se constituyeron 3 grupos con perfiles y objetivos de trabajo definidos:

Grupo 1:

Procesos Estratégicos y de Soporte: profesionales con liderazgo activo en el desarrollo de la ESP. Este grupo trabajó sobre objetivos de la ESP enmarcados en los procesos estratégicos y de soporte, fundamentalmente sobre aquellos en los que se ha obtenido menos información mediante otros planes de trabajo.

Grupos 2 y 3:

Procesos Operativos: profesionales asistenciales. Estos dos grupos trabajaron sobre los objetivos de la Estrategia enmarcados en los procesos operativos.

Los expertos generaron un debate alcanzando el consenso mediante el acuerdo sin votación cuantitativa.

Resumen de resultados:

Los de más alto grado de consecución fueron:

1) De los procesos estratégicos, “que definen la política de seguridad y afianzan una adecuada organización asistencial donde se favorece la gestión activa de riesgos como dimensión esencial de la calidad”:

- Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión.
- Establecer planes de formación.

2) De los procesos de soporte, que “permiten un desarrollo adecuado de los procesos operativos y que en este caso son los generadores de cultura de seguridad”:

- Desarrollar y mantener un sistema de notificación.

3) De los procesos operativos, que están en contacto con el paciente y que crean entornos de atención sanitaria más seguros durante todo el recorrido del paciente por el sistema sanitario:

- Prevenir la infección nosocomial.
- Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas.
- Asegurar la continuidad asistencial.

Los de más bajo nivel de consecución fueron:

1) De los procesos estratégicos:

- Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes.
 - Gestionar los riesgos de manera descentralizada, horizontal y flexible.
 - Impulsar la investigación en materia de Seguridad del Paciente.
-

2) De los procesos de soporte:

- Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los eventos adversos.
-

3) De los procesos operativos:

- Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas.
 - Monitorizar las extubaciones no planeadas.
-

En cuanto a la valoración de las líneas de acción asociadas a los objetivos por procesos se extraen las siguientes conclusiones:

- De las líneas relacionadas con los objetivos de los procesos estratégicos, sólo una ha sido valorada como de mejor desarrollo: “Incorporar la Estrategia para la Seguridad del Paciente en los acuerdos de gestión clínica”.
-

-
- De las líneas de acción asociadas por sus objetivos a los procesos de soporte, las mejor calificadas por los expertos son “Informar al paciente sobre los procedimientos, exámenes o intervenciones quirúrgicas que se le proponen para que participen en la decisión”, “Asegurar el uso y la correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes” y “Proporcionar al paciente un documento actualizado, en el que se incluyan aspectos relacionados con sus problemas de salud, alergias y tratamientos prescritos”.
-
- Finalmente, de las asociadas a los objetivos de los procesos operativos, muchas fueron muy bien calificadas por los expertos como son las relacionadas con la identificación inequívoca de los pacientes tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, la mediación para prevenir los errores en el proceso de prescripción y administración de medicamentos, las transfusiones seguras de sangre y hemoderivados, las medidas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes que se someterán a intervenciones quirúrgicas, las medidas necesarias para prevenir el deterioro de la piel y las úlceras por decúbito, las acciones para asegurar la continuidad asistencial, etc.
-



> discusión y conclusiones

Se estructura en torno a aspectos relevantes relacionados con los procesos, objetivos y acciones planteados en la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía 2006-2010, contrastándose la información obtenida en el proceso de análisis.

4.1 GESTIÓN Y ESTRUCTURAS PARA LA SEGURIDAD

La existencia de comisiones específicas de seguridad son un hecho en los centros sanitarios de Andalucía: el proceso de autoevaluación respecto a los objetivos de la ESP realizado a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente en el año 2011, revela que este tipo de comisiones existe en la gran mayoría de los centros autoevaluados de cualquier ámbito, lo que queda refrendado en la evaluación de los indicadores de SP del SNS que confirma que en la mayoría de los hospitales y en un alto porcentaje de distritos cuentan con Comisiones de Seguridad (cuando son Áreas de Gestión Sanitaria son mixtas con integrantes de atención hospitalaria y atención primaria).

En opinión de las personas expertas participantes en el taller de valoración de la ESP el cumplimiento del objetivo de la ESP, “impulsar una organización asistencial que favorezca la implementación de estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes”, se ha logrado en grado bajo en el conjunto de la Comunidad Autónoma (CA). Principales barreras señaladas: la heterogeneidad provincial en el funcionamiento de los acuerdos interniveles, no contemplándose aspectos específicos de seguridad en todas las

provincias y la falta de seguimiento de estas estrategias. Trabajar sobre estas barreras, fortalecer los grupos provinciales de seguridad e impulsar el uso de la Historia de Salud del SSPA, potenciaría en opinión de los expertos el desarrollo de este aspecto de la ESP.

4.2 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La apuesta del Sistema Sanitario Público de Andalucía por sensibilizar y formar al conjunto de profesionales del Sistema de los diferentes ámbitos asistenciales, responde a la evidencia de que la atención sanitaria segura está vinculada al conocimiento y a los valores de las personas que integran las organizaciones sanitarias. La iniciativa institucional se ha centrado en aumentar las competencias de los/as profesionales para detectar, prevenir y analizar los eventos adversos (EA) y a implantar prácticas seguras, contribuyendo al aumento de la “cultura de seguridad”.

En el período de desarrollo de la ESP, se ha llevado a cabo una intensa actividad formativa promovida por la Consejería de Salud y realizada por diferentes proveedores de formación:

- > **Escuela Andaluza de Salud Pública: “cursos de Seguridad del Paciente” dirigido a todos los grupos profesionales del SSPA.**
- > **Observatorio para la Seguridad del Paciente: “talleres provinciales de seguridad del paciente” y formación a través del OSP.**
- > **El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI): oferta formativa a las Comunidades Autónomas a través de las ediciones anuales del “curso online de gestión de riesgos”, el “Master de Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial” en sus tres ediciones y las actividades formativas consecuencia del desarrollo de Proyectos de Seguridad del Paciente de la Comunidad Autónoma.**

> Actividades formativas en seguridad del paciente de los centros y servicios de AP y AH para los equipos multidisciplinares que regularmente incorporan en sus Planes de Formación anual.

El porcentaje de centros autoevaluados, en 2011 a través del OSP, que manifiestan realizar actividades de formación específicas sobre seguridad es importante, superando el 80 % de los centros de cualquier ámbito que se han autoevaluado, siendo el 100% los centros que han realizado formación en alguna estrategia específica como es la higiene de manos.

La opinión de los expertos refrenda estos datos, considerando que el cumplimiento del objetivo 5 de la ESP, “Plan de formación”, ha obtenido un grado de cumplimiento alto. Recomiendan los expertos: extender las acciones formativas a todos los niveles profesionales, desarrollar líneas de formación específicas y formar líderes en seguridad que sean referentes en sus centros.

Uno de los proyectos diseñado e impulsado desde la EPS es el de “Itinerarios formativos en seguridad del paciente” que tendrán su total implantación y desarrollo en la nueva Estrategia.

La investigación sobre Seguridad del paciente es aún incipiente en Andalucía, como en el resto del Estado, aunque poco a poco aumentan las iniciativas en este sentido. En opinión de los/as expertos, el impulso de la investigación en materia de seguridad ha sido insuficiente desde 2006. Los obstáculos para este desarrollo serían: la situación de la investigación en el conjunto del SSPA, la ausencia de fondos específicos, la falta de formación en investigación, la falta de apoyo técnico y la no implicación de las sociedades científicas.

4.3 PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

Fomentar la implicación del paciente y la persona cuidadora ha sido uno de los objetivos específicos de la ESP, respondiendo a la filosofía de la OMS en la “Declaración de Londres por la seguridad clínica” (2006). Las diferentes fuentes de información utilizadas en este análisis, muestran cómo este elemento va consolidándose poco a poco en la cultura de los centros y en la actividad habitual en los mismos. En este sentido se ha impulsado desde la EPS una iniciativa para la participación de los pacientes en su propia seguridad a través del proyecto de “Red andaluza de ciudadanos formadores en seguridad del paciente” que se desarrollará y establecerá en el futuro desarrollo de la nueva Estrategia.

Por otro lado, la gran mayoría de los hospitales y las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de atención primaria que se han autoevaluado sobre la ESP, dicen ofrecer contenidos o disponer de instrumentos para estimular la participación del paciente y la familia en la mejora de su seguridad.

Las personas expertas consultadas valoran en grado medio el avance de la participación del paciente en su propia seguridad, frenado por la escasa cultura de participación de la ciudadanía. Favorecen el desarrollo del objetivo: el proceso de información continua al paciente, “el consentimiento informado”, la identificación en los Procesos Asistenciales Integrados de los puntos críticos de seguridad del paciente y los momentos para la información del paciente y/o familia, las acciones del “Plan de Apoyo a las Familias” y la implantación de los planes de cuidados estandarizados. Proponen los expertos: la informatización del formulario del consentimiento informado, la estandarización y generalización de las recomendaciones al alta, la implantación de la Historia de Salud del SSPA, la elaboración de orientaciones-guías sobre la información a proporcionar al ingreso al paciente, la disponibilidad de información para los pacientes por vía telemática, la creación de comités de ética asistenciales y el impulso de los planes de participación ciudadana.

4.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y NOTIFICACIÓN

La disponibilidad de sistemas de notificación y la gestión de la información para la mejora de la seguridad han sido objetivos específicos trazados por la ESP, cuyo desarrollo en opinión de los expertos, ha logrado un resultado elevado en el SSPA. Este logro ha sido posible por la confluencia de diferentes elementos favorecedores como la disponibilidad de un formato de notificación y análisis único a través del OSP.

Manifiestan las personas expertas consultadas que la implantación de sistemas para la notificación y la gestión de incidentes de seguridad se vería beneficiada con el desarrollo de otras acciones de carácter preventivo, incentivando a los profesionales por el trabajo sobre líneas preventivas y asegurando la retroalimentación.

Esta opinión es corroborada por los datos procedentes de la autoevaluación de Centros a través del OSP realizada en 2011, donde se ha encontrado un porcentaje muy elevado de centros (96 %) que declaran disponer de sistemas de notificación de incidentes de seguridad (generales o específicos). En atención primaria el sistema está menos implantado aunque más de la mitad de las UGC que realizan la autoevaluación manifiestan disponer de este sistema. A pesar de existir sistemas de notificación, la aportación de ejemplos por los centros ha sido escasa en los dos ámbitos de atención.

Esta información es coherente con la procedente de la evaluación de indicadores para la seguridad del paciente del SNS que evidencia que la mayoría de los Centros andaluces, utiliza algún sistema de notificación y aprendizaje de incidentes de ámbito general a nivel de todo el centro, siendo el sistema del Observatorio para la Seguridad del Paciente el utilizado mayoritariamente por los distritos de Atención Primaria.

4.5 IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

La identificación de pacientes es un elemento clave en las estrategias de seguridad, evidenciado por multitud de datos y avalado por las iniciativas institucionales a todos los niveles. La “identificación adecuada de pacientes” es una de las “Soluciones para la Seguridad del Paciente” publicadas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el año 2007. Esta “solución” conceptualiza la inadecuada identificación como causa de múltiples eventos adversos para los pacientes, relacionados tanto con el uso de la medicación como con errores transfusionales, procedimientos en lugar incorrecto, errores en las pruebas y problemas secundarios a la información a pacientes y familiares.

La trascendencia preventiva de implantar buenas prácticas en identificación ha hecho que se considere una prioridad institucional. En diciembre de 2009, el Comité Operativo para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud, elaboró el “Procedimiento general de identificación de pacientes” cuyo objetivo es establecer a nivel autonómico una política de identificación segura de pacientes, que incluya los requerimientos mínimos a contemplar que oferten estas garantías, con el fin de identificar de forma inequívoca al paciente como la persona a la que van dirigidos el tratamiento, los cuidados o el servicio y a su vez relacionar el tratamiento, los cuidados o servicio con dicho paciente². La elaboración y difusión de este instrumento, centrado en el uso de brazaletes identificativos, ha posibilitado la implantación de la identificación como una buena práctica en el conjunto del SSPA.

El proceso de autoevaluación de la ESP por los centros, realizado a través del OSP, constata una extensa implantación de prácticas de identificación de pacientes. El porcentaje de centros evaluados que dispone de un sistema para la identificación

² <http://obssepac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/practicasseguras/index.html>

de pacientes adultos es del 85 % para hospitales, del 83 % atención primaria y del 75 % para los Servicios de EPES autoevaluados.

En igual sentido, los datos del análisis de indicadores para la seguridad del paciente del SNS ponen de manifiesto que el alcance de la aplicación de la pulsera identificativa, en la mayoría de los centros andaluces, es habitualmente para todo paciente ingresado, sobre todo en el área de hospitalización y bloque quirúrgico y en cirugía mayor ambulatoria.

El grado de consecución del objetivo, 'Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA', es valorado en un nivel medio por los expertos preguntados. Opinan los informantes que el resultado positivo está facilitado por: la "obligatoriedad" en la implantación de la pulsera en el medio hospitalario, la disponibilidad de un procedimiento único para todo el Sistema, la implicación del liderazgo de los diferentes niveles y la informatización de la información sobre pacientes con la actualización de la BDU.

Sin embargo, los expertos consideran que hay áreas asistenciales con baja implantación, como son las de urgencias y hospital de día, coincidiendo con lo evidenciado por el análisis de los indicadores para la seguridad del paciente del SNS en Andalucía.

Señalan los expertos la existencia de importantes barreras para el desarrollo de buenas prácticas en identificación, seleccionando entre ellas las siguientes: la baja sensibilización profesional por desconocimiento de la utilidad y el impacto que tiene el uso de identificadores; el desconocimiento de estos aspectos por los propios usuarios del Sistema (pacientes y cuidadores), unido a una cultura de "no identificación" que hace a la ciudadanía reticente a portar el DNI o la tarjeta sanitaria.

Por otra parte, los expertos señalan la necesidad de realizar una difusión más extensa del procedimiento de identificación y de facilitar la disponibilidad en los centros de lectores electrónicos de brazaletes.

4.6 USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

La seguridad en el uso de medicamentos es un aspecto clave de las estrategias para mejorar la seguridad del paciente, este interés está basado en el conocimiento de que la terapia con medicamentos es una de las actividades sanitarias más extendida y por las cifras que ofrecen los estudios sobre EA en relación al uso de medicamentos en todos los niveles asistenciales.

En el marco de la ESP de Andalucía, la preocupación por potenciar prácticas seguras en relación al uso de los medicamentos ha estado representada directamente por un objetivo específico “Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos” desplegado a través de 10 líneas de acción, muchas de ellas incluidas ya entre las prioridades institucionales del SSPA.

Desde el Servicio Andaluz de Salud se han desarrollado numerosas actividades con impacto en el uso seguro de medicamentos. Entre las acciones relacionadas con la prescripción y distribución de fármacos, destacan:

- > el impulso de la prescripción por principio activo; el desarrollo e implantación de la prescripción electrónica (proyecto receta XXI) completando su implantación en atención primaria en un 99,5 % y en proceso de implantación en la atención hospitalaria; la implantación de un sistema eficiente y seguro de distribución de medicamentos basado en la dispensación por dosis unitarias en los hospitales (hasta marzo del 2008, la media de camas con sistemas de dispensación por dosis unitaria era de un 58,6 % y desde el 2009 se viene incluyendo, como objetivo de los CP con hospitales; la implantación progresiva de estos sistemas de dispensación por dosis uni-**

taria, para alcanzar su utilización en todos los pacientes, preferiblemente con vinculación a un sistema de prescripción electrónica intrahospitalaria.

- > El uso de fármacos basado en la evidencia científica, en la eficacia y seguridad de los fármacos y su normalización en el SSPA se ha potenciado poniendo a disposición de los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, instrumentos e información que apoyen la práctica asistencial y las decisiones terapéuticas: para AP, la “Guía Terapéutica SEMFYC basada en la evidencia” y en base a sus recomendaciones se han implementado pantallas de ayuda a la selección de medicamentos en DIRAYA³; la “Guía farmacoterapéutica de hospitales”⁴ y la “Calificación de las novedades terapéuticas, según su aportación al conjunto de medicamentos ya existentes, en función del perfil de eficacia y seguridad”.
- > Otra acción importante, que se está llevando a cabo para potenciar el uso seguro de medicación en las transiciones asistenciales y apoyar las estrategias de continuidad de la atención, ha sido el establecimiento de protocolos terapéuticos conjuntos entre profesionales de atención primaria y hospitalaria para las patologías cuyo diagnóstico pueda establecerse por ambos ámbitos. Estas acciones se enmarcan en los renovados principios y desarrollos de los PAI (Procesos Asistenciales Integrados) y se apoyan estructuralmente en la actividad de la Comisión Interniveles para Uso Racional de los Medicamentos.

³ Diraya es el sistema que se utiliza en el sistema sanitario público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada ciudadano, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y sirve también para la gestión del sistema sanitario. Información en: http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_diraya

⁴ Documento de referencia para los hospitales del SSPA cuya primera edición es de 2002 y se actualiza periódicamente. Última actualización a 31 de diciembre de 2010, disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/321/html/Home.htm>

En la autoevaluación de los centros en relación a este objetivo, muestra mejores resultados con una alta implantación en el uso de prácticas seguras con medicamentos: el 85 % de los hospitales, el 85 % de las UGC de primaria y el 100 % de los Equipos de la EPES autoevaluados, mencionan la existencia de políticas para la gestión de riesgos asociados a medicamentos de nombre o aspecto parecidos. La existencia de sistemas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales es reflejada por un menor porcentaje de centros: 78 % de hospitales, 65 % de las UGC de primaria y 50 % de los Servicios de la EPES evaluados.

El Grupo de Trabajo para el Uso Seguro del Medicamento del Comité Operativo para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud elaboró una serie de buenas prácticas que abarcan diferentes puntos críticos relacionados con el uso seguro de los medicamentos ⁵: “Conciliación de la medicación: Ingreso, Alta, Tránsitos”, “Manejo medicación alto riesgo”, “PEA: criterios de estandarización”, “Prescripción no electrónica: Criterios de seguridad”, “Registro de la medicación administrada: Identificación del paciente y del medicamento”, “Planes de acogida: Programa docente USM”, “Medicamentos con nombres o apariencia similar”.

La evaluación de indicadores para la seguridad del paciente del SNS muestra que en el 86,7 % de los centros andaluces existen protocolos para medicamentos de alto riesgo. Sin embargo en cuanto a la medicación en las transacciones asistenciales, muestra que todavía, en menos del 45 % de los hospitales se dispone de protocolos establecidos para la conciliación de la medicación al alta.

En opinión de los expertos el objetivo 16 de la ESP, “Potenciar el uso seguro de la mediación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos”, se ha alcanzado en grado medio.

⁵ Disponible en: <http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/practicas.html>

Señalándose, como línea con mejor desarrollo, la prescripción a través de sistemas informáticos y el uso creciente de dosis unitaria.

Los expertos han identificado algunas de las estrategias institucionales como determinantes en la mejora del uso seguro del medicamento en el SSPA: la disponibilidad de DIRAYA, el uso de la Receta XXI, la prescripción informatizada/electrónica en el 100 % de las UGC de primaria, los procesos de acreditación de los centros y unidades, la incorporación a los objetivos del CP de la implantación de dosis unitaria, la dispensación automática de fármacos, el cuestionario de los sistemas de utilización de medicamentos en hospitales, que permite detectar áreas de mejora y la prescripción por principio activo (conocimiento de los profesionales y pacientes).

Igualmente, estos informantes clave han orientado sobre la existencia de algunas barreras para la consecución de los objetivos ligados al uso seguro de la medicación, siendo común a ellas la necesidad de realizar una implantación más extensa y profunda de las actuales estrategias institucionales. Algunas de las dificultades señaladas son: falta de cultura profesional, no disponibilidad en todo los hospitales del sistema de dosis unitaria, poca información a pacientes y usuarios en general, limitaciones en la implantación y prestaciones de DIRAYA; dificultades de acceso a las guías de ayuda en la prescripción, deficiente comunicación entre profesionales y con los pacientes, sobrecarga asistencial que genera desmotivación, problemas en las transiciones entre niveles.

Un papel diferenciado en este capítulo lo representan las acciones relacionadas con el *control de soluciones concentradas de electrolitos*. El 70 % de los hospitales sometidos a autoevaluación menciona la existencia de políticas para el control de soluciones concentradas de electrolitos. En atención primaria y emergencias este dato es menor 33 % y 50 % respectivamente. Por otra parte y en relación a los *sistemas para evitar errores de conexión de tubos y catéteres*, el 44 % de los hospitales autoevaluados dice disponer de ellos y sólo lo mencionan el 32 % de los Centros de atención primaria. Todas las Unidades de EPES autoevaluadas manifiestan disponer de dichos sistemas.

4.7 INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA

El **objetivo 17** de la ESP tenía como propósito la prevención de la infección nosocomial a través de 6 líneas de acción en las que se incluían, además de mejoras estructurales de los centros, prácticas muy sencillas ligadas a la cultura de seguridad del Sistema, entre ellas, el fomento del lavado de manos y uso de guantes, el uso de protocolos normalizados de carácter preventivo, especialmente en el área quirúrgica, la promoción de medidas de autoprotección y la formación.

En el SSPA, desde el año 2001, se llevan a cabo acciones de prevención de las IRAS en el marco del “Plan de Vigilancia y Control de las infecciones nosocomiales” en el que participan Hospitales y Agencias Públicas Empresariales Sanitarias. Una de las líneas de acción del plan es la Higiene de manos y uso correcto de guantes. La estrategia Higiene de manos en Andalucía se diseñó según las orientaciones marcadas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS con el Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005-2006: «Una atención limpia es una atención más segura».

Desde el año 2006 se ha venido trabajando en el SSPA en sensibilización, formación y distribución de material para mejorar la adherencia al lavado de manos y el uso correcto de guantes. En el año 2010 se han intensificado las acciones centrándose en la difusión y formación sobre estas prácticas y en el análisis de su implantación, barreras y oportunidades. La incorporación del lavado de manos y uso correcto de guantes a los objetivos de los CP, ha sido una de las medidas institucionales para la promoción e implantación de las buenas prácticas, habiéndose obtenido resultados muy favorables.

La evaluación de esta línea de trabajo⁶, indica que aunque se detectan buenos porcentajes de adherencia para el lavado de manos y uso de guantes en los centros del

⁶ Fuente: Informe del Servicio de Estrategias y Continuidad Asistencial del SAS, marzo 2011. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

SSPA, el cumplimiento de las recomendaciones en algunos hospitales está por debajo de lo deseable existiendo aún margen de mejora. Actualmente, el impulso y coordinación de esta estrategia cuenta con una infraestructura de difusión consolidada y con la existencia de una red de responsables o coordinadores en cada uno de los distritos sanitarios, áreas de gestión sanitaria y hospitales del SSPA.

El análisis de los indicadores muestra que el 90,7 % de las camas de los hospitales poseen productos de base alcohólica en el punto de atención al paciente⁷ y el 96,96% de los distritos disponen de envases de bolsillo para la atención domiciliaria.

Toda esto ha ido acompañado de actividades formativas en todos los hospitales y la gran mayoría de Centros de atención primaria para reforzar la adherencia a la estrategia.

En los resultados de la autoevaluación de la ESP efectuada por los centros en el OSP, se pone de manifiesto que un porcentaje muy alto de los mismos se han incorporado a la iniciativa Manos Seguras e igualmente ha sucedido con la adhesión al proyecto Bacteriemia Zero.

El análisis de los indicadores para la seguridad del paciente del SNS en Andalucía ha mostrado que más del 90 % de los hospitales participan en el EPINE (estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales españoles). Todos los Hospitales del SSPA tienen un sistema “mínimo común” que incluye mínimos de incidencia de infección en UCI, infección de localización quirúrgica de algunos procedimientos e infección por microorganismos multiresistentes seleccionados. Además cada uno añade otros objetivos de vigilancia que considera convenientes.

Todos realizan en UCI los Proyectos Bacteriemia y Neumonía Zero siendo la Comunidad que participa con el mayor número de UCIs en ambos proyectos. Los expertos valoran como alto el grado de consecución del **objetivo 17** de la ESP

⁷ El punto de atención es el lugar donde coinciden los tres elementos juntos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

‘Prevenir la infección nosocomial’. Elementos identificados como barreras son: escasez de recursos para afrontar mejoras estructurales, baja cultura de seguridad de los profesionales. También plantean la necesidad de intensificar los esfuerzos vinculados al diseño y aplicación de protocolos normalizados en la prevención y tratamiento de las principales causas de infecciones nosocomiales, y a las mejoras estructurales para la aplicación de medidas de aislamiento en los hospitales.

4.8 SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

La atención quirúrgica segura es una prioridad de las iniciativas internacionales en materia de seguridad y está recogida en la ESP en su objetivo 19 ‘Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas’. Este objetivo se despliega a través de diferentes líneas de acción relacionadas con: la intervención correcta en lugar correcto, la prevención de infecciones postoperatorias y del riesgo de tromboembolismo, la adecuada nutrición y la planificación preoperatoria.

El grupo de trabajo de “Seguridad Quirúrgica” del Comité Operativo para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud elaboró, en el marco del segundo Reto Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente “La cirugía segura salva vidas”⁸, el proyecto COMPRUEBA⁹ para la puesta en marcha de acciones preventivas, que permitan disminuir la tasa de eventos adversos (lesiones mayores/muertes) directamente relacionados con los cuidados sanitarios requeridos por los pacientes que reciben tratamiento quirúrgico en los centros del SSPA. El proyec-

⁸ Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la Seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. Organización mundial de la salud, 2008. Disponible: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf

⁹ Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirurgiasegura/documentos/seguridad_en_ambito_quirurgico.pdf

to Comprueba aborda la seguridad del ámbito quirúrgico proponiendo acciones preventivas en tres ámbitos de actuación diferentes: el listado de verificación de la seguridad quirúrgica, los profesionales que interactúan con el paciente durante el recorrido quirúrgico y por último la participación del paciente y su familia en el proceso quirúrgico.

Como resultado de los trabajos se pusieron a disposición de los centros en el OSP los listados de verificación de la seguridad quirúrgica, basados en el de la OMS, para intervenciones de cirugía mayor con ingreso, cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor. Actualmente se sigue trabajando en la línea para la implementación de un listado de verificación del cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones prequirúrgicas (posible adaptación a intervenciones más prevalentes o a las relacionadas con determinados procesos asistenciales).

La incorporación a los objetivos de los contratos programa con las áreas hospitalarias de 2009 y 2010, ha sido una de las medidas institucionales para promover la implantación de los listados de verificación de la seguridad quirúrgica del SSPA; según arrojan los resultados de la evaluación de dichos contratos se ha conseguido logros importantes en la incorporación de los listados en el ámbito hospitalario aunque la implantación es aún escasa¹⁰.

El 96 % de los hospitales autoevaluados en relación a la ESP a través del OSP manifestó estar trabajando en la implantación del listado de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS. Igualmente, la información procedente del análisis de los indicadores para la seguridad del paciente del SNS ha mostrado una incorporación importante del listado en todos los hospitales independientemente del tipo y en muchos centros de atención primaria que realizan intervenciones de cirugía menor.

¹⁰ Fuente: Informe sobre las líneas de seguridad del paciente hasta marzo de 2011. Servicio de estrategias y continuidad asistencial. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

En opinión de las personas expertas que han valorado la ESP, el grado de cumplimiento del objetivo de ESP “Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas” ha sido medio. Las dificultades en la mejora de la seguridad quirúrgica que identifican los expertos están relacionadas en gran parte con los equipos de trabajo: cultura de seguridad en los grupos, liderazgo, trabajo en equipo, protocolización del trabajo, participación en la toma de decisiones, implantación consensuada de normas y protocolos.

4.9 USO SEGURO DE HEMODERIVADOS

El uso terapéutico de la sangre y los hemoderivados puede ser causa de eventos adversos, por ello potenciar la calidad y la seguridad de su utilización es una preocupación internacional estudiada por la OMS a través del “Comité de Expertos en Patrones Biológicos”¹¹. La ESP ha recogido esta preocupación en su objetivo 18, en el que se propone potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados a través de la mejora en el control de las indicaciones y la identificación inequívoca del paciente receptor, previa a la toma de muestras y verificación previa a la transfusión de sangre y hemoderivados.

En el año 2003 se constituyó el “Sistema de Hemovigilancia” para los centros del SSPA, como estructura funcional que vela por la seguridad y efectividad de los actos transfusionales y la gestión de los hemoderivados. Las tasas de reacción transfusional en Andalucía se encuentra en valores inferiores al 0.01 por mil. Durante el 2009 se han comunicado al Sistema de Hemovigilancia 55 incidentes graves, la mayor parte de ellos relacionados con la transfusión.

¹¹ <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=3&codcol=10&codcch=889>

La autoevaluación de la ESP de los Centros a través del OSP arroja buenos resultados en este aspecto. El 89 % de los hospitales autoevaluados tenían definida la política de uso seguro de hemoderivados. En opinión de los expertos, el logro del objetivo 18 de la ESP, “Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados”, se ha situado en un grado medio; considerándose que han influido positivamente en el desarrollo de este objetivo las directrices generales, las normas implantadas en el marco del SSPA y la instauración de medidas para la identificación inequívoca de pacientes.

4.10 PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE CAÍDAS

Las caídas de pacientes son el sexto evento más notificado de la base de datos de Sucesos Centinela de la Joint Commission¹² y la prevención de su manejo ha sido recogida en una de las nuevas Soluciones para la Seguridad del paciente de la OMS. Las acciones para reducir el riesgo de caídas y actuar de forma segura ante las mismas, están asociadas a los cuidados y la implantación de protocolos; éstas son las dos líneas en las que se propuso trabajar la ESP para desarrollar su objetivo 20: “Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas”.

En el seno del Comité Operativo para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud, se constituyó un grupo de trabajo para elaborar un procedimiento dirigido a identificar en la práctica asistencial, la población con riesgo de caída con independencia del entorno en que se encuentre, y a establecer intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída: “Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el SSPA”¹³.

¹² Joint Commission. Sentinel Event Statistics. March 31, 2007. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>

¹³ Disponible en: http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_caidas.pdf

El porcentaje de centros que ha realizado la autoevaluación en seguridad en el OSP, que refiere haber desplegado actuaciones para la prevención y abordaje de caídas ha sido superior al 80 % en todos los tipos de centros. Los expertos opinan que dicho objetivo se ha logrado en un grado alto. Identifican el propio desarrollo de la EPS y el soporte informativo, formativo y metodológico del OSP como elementos que han facilitado este resultado. Proponen seguir trabajando sobre la disponibilidad de recursos, la consolidación de una cultura de seguridad entre los profesionales de enfermería, la formación de los profesionales de todos los niveles, asistenciales y no asistenciales y la mejora de las alianzas y la colaboración con las instituciones sociosanitarias.

4.11 PREVENCIÓN DE RIESGOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INMOVILIZACIÓN

Dos aspectos esenciales en la seguridad de los pacientes son abordados en este epígrafe: la prevención y abordaje de las úlceras por presión y el fomento de entornos seguros en las inmovilizaciones.

Las úlceras por presión (UPP), úlceras por decúbito o escaras, son un problema relevante en pacientes que sufren inmovilización parcial o continuada y en muchos casos podrían ser evitables. En Andalucía, las tasas de UPP se han incrementado de manera importante en los últimos años (5.65‰ en 2004 a 12.15‰ en 2009)¹⁴. Sin embargo, no podemos asegurar que este incremento se deba a un aumento real de las lesiones sino que posiblemente esté causado por una mayor preocupación en los Centros por registrar esta información en el marco de una creciente cultura de seguridad.

¹⁴ Evolución de los PSI n.º 3.

La ESP planteó dentro de sus objetivos, el impulso de medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito. Además la ESP expresó la necesidad de fomentar entornos seguros en las inmobilizaciones.

En el SSPA se ha desarrollado una herramienta para el manejo de las UPP, la “Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión”, (2008)¹⁵ difundida a través del OSP para todos los profesionales.

Del análisis de la información recogida de los cuestionarios de autoevaluación de los centros en el OSP se extrae que un porcentaje superior al 89 % de los Centros han desplegado actuaciones para la prevención y abordaje de UPP. Esta información es coherente con la evaluación de los indicadores para la seguridad del paciente del SNS que muestra que en un 93,3% de los hospitales andaluces, se dispone de un protocolo de prevención y tratamiento de UPP y además el porcentaje de pacientes dados de alta con valoración del riesgo de UPP realizado es de un 76,1%.

En opinión de los expertos el objetivo 21 de la ESP, “Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito”, ha sido alcanzado en grado medio. Han influido negativamente en su logro, la escasa disponibilidad de recursos, las barreras estructurales, la alta presión asistencial domiciliaria y alta rotación de profesionales responsables de los cuidados del paciente.

Los expertos piensan que el objetivo de fomentar entornos seguros en inmobilizaciones se ha conseguido en grado bajo, aunque existe un buen desarrollo en Unidades especializadas. La falta de recursos humanos y la falta de sensibilización y conocimientos de los profesionales se identifican como factores causales.

¹⁵ “GPC para la prevención y tratamiento de las Úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Información en: http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicasSeguras/Practicas_Seguras_Relacionadas_Con_Cuidados_Enfermeria/

4.12 CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial es un elemento clave en la prestación de una atención segura, coordinada y de calidad. El éxito de esta filosofía de trabajo implica un cambio en la cultura organizacional que incluye una visión compartida del trabajo y en la que la comunicación es esencial entre profesionales, con pacientes y usuarios y entre Servicios de diferentes ámbitos asistenciales.

La utilización de un enfoque estandarizado para la comunicación durante el traspaso de pacientes es registrada por más del 80 % de los hospitales y de las UGC de atención primaria autoevaluadas a través del OSP y por el 75 % de los equipos provinciales de EPES.

El objetivo 24 de la ESP “Asegurar la continuidad asistencial”, fue analizado en el taller de expertos sobre la valoración de la ESP y el grupo consideró que el grado de cumplimiento de este objetivo fue alto, identificando como barreras para un mejor desarrollo: la inadecuación de los sistemas de información, la falta de recursos económicos, la ausencia de una visión global del proceso de atención y las dificultades en la comunicación entre diferentes niveles asistenciales.

Finalmente, con los resultados obtenidos con las diferentes herramientas utilizadas para analizar la implementación de la ESP, se procedió a recoger nuevamente la opinión de los expertos, equipos multidisciplinares de profesionales del SSPA con experiencia en el ámbito de calidad y seguridad, tanto en el área de gestión como de atención, para trabajar en la elaboración de propuestas de líneas de acción para la actualización de la ESP 2011- 2014 en las siguientes dimensiones: el Papel activo de la ciudadanía en la seguridad. El espacio compartido: competencias de las personas. El espacio compartido: asistencia directa al paciente. Liderazgo. El espacio compartido: evaluación y mejora continua. Entorno físico, equipamiento e instalaciones.



