



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ARTÍCULO ESPECIAL

Despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en atención primaria de la Comunidad de Madrid



A. Cañada Dorado^a, M. Drake Canela^a, G. Olivera Cañadas^{a,*},
J. Mateos Rodilla^b, I. Mediavilla Herrera^c y A. Miquel Gómez^d

^a Dirección Técnica de Procesos y Calidad, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Gerencia de Atención Primaria, Madrid, España

^b Dirección Enfermería de Procesos y Calidad, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Gerencia de Atención Primaria, Madrid, España

^c Dirección Médica de Procesos y Calidad, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Gerencia de Atención Primaria, Madrid, España

^d Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Gerencia de Atención Primaria, Madrid, España

Recibido el 16 de septiembre de 2014; aceptado el 3 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 28 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente;
Estrategias regionales;
Riesgo sanitario;
Gestión en salud

Resumen En este trabajo se describe el despliegue de la estrategia de seguridad del paciente (SP) en atención primaria (AP) dentro de la nueva estructura organizativa y funcional que se crea en octubre de 2010, para dar cobertura al área única de salud de AP de la Comunidad de Madrid (CM). Así mismo, se detallan cuáles han sido los resultados obtenidos en SP tras la implantación de este nuevo modelo a lo largo de los 2 primeros años de su desarrollo.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient safety;
Regional strategies;
Health risk;
Health management

Implementation of a patient safety strategy in primary care of the Community of Madrid

Abstract This paper describes the implementation of a patient safety strategy in primary care within the new organizational and functional structure that was created in October 2010 to cover the single primary health care area of the Community of Madrid. The results obtained in Patient Safety after the implementation of this new model over the first two years of its development are also presented.

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guadalupe.olivera@salud.madrid.org (G. Olivera Cañadas).

Introducción

La seguridad clínica del paciente, entendida como una asistencia sanitaria exenta de todo daño o riesgo inaceptable o innecesario, se ha convertido en una prioridad en todas las organizaciones sanitarias, a nivel mundial, nacional y autonómico¹⁻⁴. Por todo ello, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CSCM) estableció como objetivo institucional en el año 2003 mejorar la calidad asistencial y, en concreto, la seguridad de sus pacientes, liderando un cambio que facilitara un enfoque distinto en la cultura de nuestra organización. Para desarrollar esta estrategia se creó el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios⁵, el primero a nivel estatal, con la finalidad de impulsar y difundir la cultura de la gestión de riesgos; obtener, analizar y difundir información periódica y sistemática sobre los riesgos sanitarios y proponer medidas para prevenir, eliminar o reducir los mismos. Una de las primeras actuaciones del Observatorio fue la aprobación de un Plan de riesgos sanitarios (2005-2007)⁶ que constaba de 6 líneas estratégicas, abarcando actividades en diferentes niveles de la organización, y que proponía la creación de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios (UFGRS), tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria (AP). En ese momento se crearon en la CSCM en el ámbito de la AP, 11 UFGRS, una por cada gerencia de AP.

Una vez finalizadas las actuaciones previstas en el citado plan, el Servicio madrileño de salud, a través de la Subdirección de calidad de la dirección general de atención al paciente, decidió revisarlo para definir y concretar las líneas de actuación a abordar en los siguientes años, desarrollando la Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012⁷, con 4 líneas estratégicas. Esta estrategia ha sido implantada y evaluada y, en estos momentos, se están creando grupos para el desarrollo de la nueva estrategia de seguridad de la Comunidad.

En el año 2010 se produce un hito en la organización y estructura de la AP en la CSCM, a través de 2 decretos, que regulan la Ley 6/2009 de 16 de noviembre⁸, de libertad de elección en la sanidad de la Comunidad de Madrid. El Decreto 51/2010, que permite la libre elección de médico y/o enfermero en AP y del hospital y médico en atención especializada, gracias a la transformación de las antiguas áreas sanitarias madrileñas en un área única de salud, y el Decreto 52/2010 de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de AP que dan cobertura a dicha área única de salud⁹.

El órgano directivo de AP pasa a ser la gerencia de AP, de la que dependen 3 gerencias adjuntas y 7 direcciones asistenciales (DA) (estas últimas como estructura funcional de coordinación y apoyo para los centros de salud). Una de las gerencias adjuntas es la gerencia adjunta de planificación y calidad, encargada a través de su dirección técnica de procesos y calidad de llevar a cabo el despliegue de la estrategia de calidad y seguridad del paciente, que establece la subdirección de calidad en los centros de salud (CS).

Ámbito de aplicación y líneas de trabajo de la estrategia

El Servicio madrileño de salud cuenta con 262 CS distribuidos en zona urbana, periurbana y 158 consultorios

locales en zonas rurales. El número de profesionales sanitarios asciende a 3.528 médicos de familia, 880 pediatras, 3.267 enfermeras, 182 matronas, 409 auxiliares de enfermería, 136 odontólogos, 88 higienistas dentales y 162 fisioterapeutas. La población de la CM, según la base de datos de la tarjeta sanitaria individual a 31 de diciembre de 2013, es de 6.351.332 usuarios. El despliegue de la estrategia se realizó y aplicó a todos los CS y consultorios de la Comunidad, siendo el periodo de tiempo al que se refieren los datos del trabajo los años 2011 y 2012.

Las principales líneas de trabajo que se desarrollaron para conseguir el despliegue fueron las siguientes:

Creación de estructura periférica para el despliegue

Esta estructura se basó en la reorganización y el impulso de las UFGRS ya existentes, así como en el nombramiento de responsables de seguridad del paciente en cada CS. Con la nueva estructura de la AP de la Comunidad se realizaron cambios importantes en las UFGRS ya existentes desde 2006, todos ellos encaminados a conseguir una homogeneización y normalización, tanto en su composición como en su funcionamiento y manera de actuar. Se normalizó la gestión de los riesgos sanitarios llevada a cabo por los miembros de las unidades consistente en identificar, clasificar y analizar incidentes y errores de medicación (EM), así como en emitir informes con medidas correctoras y elaborar prácticas y recomendaciones de seguridad. Esta gestión de los riesgos se adaptó a la norma UNE 179003 «Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente»¹⁰.

En cada CS se nombró un responsable de seguridad del paciente con funciones bien definidas, entre ellas la difusión e implantación de las prácticas y recomendaciones seguras elaboradas por las UFGRS, así como el establecimiento de medidas para la mejora de la seguridad de los pacientes en sus CS.

Establecimiento de objetivos de seguridad del paciente para todos los profesionales, incluidos en el contrato programa de centro

El contrato programa de centro (CPC) es un documento único para todos los centros de AP, en el que se desarrollan indicadores y objetivos que permiten evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión de los CS, así como la efectividad clínica de sus actuaciones sanitarias. El CPC está estructurado según los 9 criterios del modelo de excelencia europeo EFQM y ligado a un sistema de ponderación con participación de todos los indicadores, tomando como referencia la puntuación del propio modelo EFQM, dando mayor peso a los resultados de la organización. Se incluyeron objetivos de seguridad en el CPC, para todos los CS, como los enumerados a continuación:

- Designar en cada centro de salud un responsable de seguridad y de higiene de manos (HM).
- Notificación de incidentes y errores de medicación, a través de los sistemas existentes para ello.
- Buenas prácticas con respecto a:

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1091054>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1091054>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)