



Sin clasificar

DELSA/HEA/HCQ(2007)1

Organización para Cooperación y Desarrollo Económicos
Organisation de Coopération et de Développement Economiques
Organisation for Economic Co-operation and Development

22 – Marzo - 2007

Español – Versión Original en Inglés

**DIRECCIÓN DE EMPLEO, TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
COMITÉ DE SALUD**

Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria

PROYECTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCION SANITARIA

**PATIENT SAFETY DATA SYSTEMS IN THE OECD: A REPORT OF A JOINT IRISH
DEPARTMENT OF HEALTH - OECD CONFERENCE**

Publicado originalmente en inglés por la OCDE con el título:
Patient Safety Data Systems in the OECD: A Report of a Joint Irish Department of Health - OECD
Conference, Health Care Quality Indicators Project, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs
Health Committee, DELSA/HEA/HCQ(2007)1,
© OECD 2007
Reservados todos los derechos.

© 2007 Esta edición en castellano es publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo
por acuerdo con la OCDE, París.
La calidad de la traducción y coherencia con el texto original
es responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sandra Garcia Armesto, tel. +33 1 45 24 82 45;
email: sandra.garcia-armesto@oecd.org, Edward Kelley, Lihan Wei

JT03224252

Documento completo disponible en OLIS en su formato original
Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine
Complete document available on OLIS in its original format

AGRADECIMIENTOS

El Proyecto de Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria está dirigido por un grupo de expertos formado por representantes de los países de la OCDE que participan en el proyecto. Actualmente, este grupo incluye representantes de 32 países. Los países mencionados a continuación participan en el Grupo Experto de *HCQI*.

<ul style="list-style-type: none"> • Australia • Austria • Bélgica • Canadá • Chipre • República Checa • Dinamarca • Finlandia • Francia • Alemania • Grecia • Hungría • Islandia • Irlanda • Italia • Japón 	<ul style="list-style-type: none"> • Korea • Letonia • Malta • Méjico • Países Bajos • Nueva Zelanda • Noruega • Polonia • Portugal • República Eslovaca • España • Suecia • Suiza • Turquía • Reino Unido • Estados Unidos
--	---

Los autores quieren agradecer la colaboración proporcionada por Maria Luisa Gil Lapetra, Niek Klazinga, Jeremy Hurst, Elizabeth Docteur y Peter Scherer. También nos gustaría mostrar nuestro agradecimiento a todos los expertos ponentes reseñados en este documento, concretamente: Vice-Presidente del Gobierno de Irlanda Mary Harney, Sir Liam Donaldson, Carolyn Clancy, Margaret Murphy, Sarah Scobie, Carlo Liva, Gerard Schmets, Patrick Romano, Leifur Bardarsson, Yolanda Agra Varela, Enrique Terol, Ailish Quinlan, Guiseppe Murolo, Jennifer Zelmer, Peter Angood y Hans Rutberg. Por último, nos gustaría agradecer el liderazgo del Ministerio de Sanidad de Irlanda en la celebración y organización conjunta de esta conferencia y en particular al Dr. Jim Kiely, Dr. John Devlin y su equipo de la Oficina de la Dirección General Médica de Irlanda.

La Secretaría de la OCDE también desea agradecer con gratitud el continuo apoyo de la Comisión Europea y de muchos países miembros de la OCDE para el Proyecto *HCQI*. Sin su apoyo, no habría sido posible este trabajo sobre seguridad del paciente ni muchas otras áreas del Proyecto *HCQI*. También nos gustaría agradecer el apoyo prestado por el Fondo de la Commonwealth durante la primera fase del Proyecto *HCQI*.

AGRADECIMIENTOS POR LA FINANCIACIÓN DEL PROYECTO *HCQI* DURANTE 2006

El proyecto *HCQI* fue financiado en parte durante 2006 por las contribuciones regulares de los países miembros de la OCDE. Las contribuciones voluntarias adicionales al proyecto fueron realizadas por los siguientes países miembros: Australia, Dinamarca, Irlanda, Italia, Japón, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega y España. Además, Estados Unidos prestó su apoyo al proyecto durante 2006 a través del comisionado Dr. Edward Kelley (de AHRQ).

El proyecto *HCQI* también fue financiado durante 2006 por una subvención efectuada por la Comisión Europea (DG SANCO).



RESUMEN

Este informe presenta las conclusiones de la primera reunión del Subgrupo sobre la Seguridad del Paciente *HCQI* celebrada el 29 y 30 de junio en Dublín, Irlanda. La conferencia fue organizada conjuntamente por el Ministerio de Salud e Infancia de Irlanda y la OCDE. Representantes gubernamentales de países y expertos internacionales se reunieron para debatir y evaluar la situación actual en sistemas de información sobre seguridad del paciente en toda la OCDE y superar barreras. Según las conclusiones iniciales del Proyecto de indicadores de calidad de atención sanitaria (HCQI) de la OCDE, actualmente solo hay disponibles un número limitado de indicadores comparables internacionalmente para proporcionar información sobre la calidad de atención prestada. La seguridad del paciente ha sido identificada por los países miembros como una de las cinco áreas prioritarias para mejorar los sistemas de información.

La información fiable sobre seguridad del paciente facilita la mejora de la calidad de atención sanitaria. Dado que los sucesos adversos deberían producirse relativamente en raras ocasiones, estos sistemas necesitan recopilar información de modo normalizado, de forma que la información comparable pueda ser utilizada para su análisis y relevancia en la política nacional. Los expertos de países intercambiaron sus experiencias nacionales en implantar sistemas de información para realizar un seguimiento de la seguridad del paciente. Los sistemas nacionales de codificación de sucesos sobre seguridad del paciente existentes tienen que ser adaptados con versiones del ICD para que estos sistemas sean comparables.

Durante el debate, fue propuesto un marco de trabajo para mejorar los sistemas de información sobre seguridad del paciente y fueron identificadas oportunidades de mejora. Es necesaria una base de datos internacional de indicadores sobre seguridad del paciente para establecer enseñanzas y parámetros de referencia nacionales. La información que actualmente es recopilada a nivel nacional sobre sucesos adversos y errores médicos necesita hacerse comparable a través de adaptaciones de codificación de sucesos. El trabajo del *HCQI* sobre seguridad del paciente continuará a través de una iniciativa para examinar cuestiones de información y codificación en sistemas de información administrativa hospitalaria, al objeto de diseñar indicadores comparables sobre seguridad del paciente. Dadas las diferencias entre países en cuanto al contexto legal y administrativo de los sistemas de comunicación de sucesos adversos, las iniciativas del trabajo futuro también se orientarán a recoger información sobre errores médicos y sobre cuestiones estructurales y legales relacionadas con la evaluación de la seguridad del paciente.

Clasificación JEL: I18

Palabras clave: seguridad del paciente, indicadores de calidad de atención sanitaria

RÉSUMÉ

Dans ce rapport sont présentées les conclusions de la première réunion du Sous-groupe sur la sécurité des patients du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI), qui a eu lieu les 29 et 30 juin à Dublin (Irlande). Cette conférence a été organisée conjointement par le ministère irlandais de la Santé et de l'Enfance et l'OCDE. Elle a rassemblé des représentants des administrations nationales et des experts internationaux qui ont examiné et analysé la situation actuelle concernant les systèmes de données sur la sécurité des patients dans l'ensemble de la zone de l'OCDE, et les obstacles qui s'opposent à leur amélioration. D'après les premiers résultats du Projet HCQI, on ne dispose pour le moment que d'un nombre limité d'indicateurs pour effectuer des comparaisons internationales qui apportent des informations sur la qualité des soins dispensés. La sécurité des patients a été classée par les pays membres parmi les cinq domaines dans lesquels les systèmes de données doivent être améliorés en priorité.

L'existence de données fiables sur la sécurité des patients permet d'améliorer plus facilement la qualité des soins de santé. Étant donné que les événements indésirables devraient être relativement rares, la collecte de données dans le cadre de ces systèmes doit être réalisée de façon uniforme, afin de pouvoir disposer de données comparables pour effectuer des analyses qui soient utiles à l'élaboration des politiques nationales. Les experts nationaux ont partagé les enseignements qu'ils ont tirés de l'utilisation, dans leur pays, de systèmes de données pour la surveillance de la sécurité des patients. Des tableaux de correspondance entre les systèmes nationaux existants de codage des événements concernant la sécurité des patients et différentes versions de la CIM doivent être élaborés afin d'assurer la comparabilité de ces systèmes.

Lors des débats, un cadre pour l'amélioration des systèmes de données sur la sécurité des patients a été proposé et les possibilités qui s'offrent à cet égard ont été recensées. Il est nécessaire de mettre en place une base de données internationale contenant des indicateurs sur la sécurité des patients pour permettre l'étalonnage et l'enrichissement des connaissances au niveau national. La comparabilité des données actuellement recueillies à l'échelon national sur les erreurs médicales et autres événements indésirables doit être assurée à l'aide du transcodage de ces événements. Les travaux consacrés à la sécurité des patients dans le cadre du Projet HCQI se poursuivront à travers une initiative consistant à examiner les problèmes de données et de codage concernant les systèmes de données administratives des hôpitaux, dans le but de dégager des indicateurs comparables sur la sécurité des patients. Le contexte juridique et administratif dans lequel s'inscrivent les systèmes de notification des événements indésirables étant différent d'un pays à l'autre, les travaux futurs feront aussi une place privilégiée à la collecte d'informations sur les erreurs médicales et les questions d'ordre structurel et juridique qui se posent à propos de la mesure de la sécurité des patients.

Classification JEL : 118

Mots-clés : sécurité des patients ; indicateurs de la qualité des soins de santé

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
RESUMEN EJECUTIVO	8
1 SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU SITUACION EN EJECUCION DE MEDIDAS	11
2 AGENDA DE LA OCDE SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11
3 DESARROLLANDO SISTEMAS DE INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LECCIONES DE LA CONFERENCIA CONJUNTA DE LA OCDE Y EL MINISTERIO DE SALUD E INFANCIA IRLANDES	15
3.1 Lecciones Directivas: Introducir en la Agenda la Información sobre Seguridad	16
3.1.1 Atención Centrada en el Paciente.....	16
3.1.2 Perspectivas Nacionales, Regionales e Internacionales	17
3.2 Acordando la Agenda: La Situación de los Sistemas de Información de Seguridad en la OCDE	20
3.2.1 Evaluar la Seguridad del Paciente a través de Información Administrativa.....	20
3.2.2 Experiencia en Sistemas de Sucesos Adversos en los Países de la OCDE	24
3.2.3 Práctica médica, estudios sobre infección y evaluación de sistemas de seguridad	26
3.3 Información de Seguridad para Atención Segura: De Conocer a Actuar	28
4 SIGUIENTES MEDIDAS DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	32
REFERENCIAS.....	34
ANEXO 1. LISTA DE CONFERENCIANTES	35

Tablas

Tabla 1.	Indicadores para la Seguridad del Paciente Recomendados por <i>HCQI</i>	12
Tabla 2.	Indicadores Disponibles de Seguridad del Paciente.....	14
Tabla 3.	Resumen de Limitaciones y Oportunidades al Utilizar Información Administrativa para Evaluar la Seguridad del Paciente	21
Tabla 4	Cambio relativo desde 1999-2000 a 2002-2003 en índices PSI de la AHRQ observados y ajustados al riesgo, estimaciones nacionales de los Estados Unidos.....	22

Gráficos

Gráfico 1.	Número de Incidentes e Instituciones Informando al NRLS del Reino Unido	18
Gráfico 2.	Tendencias en Acontecimientos Adversos Hospitalarios en Canadá.....	27
Gráfico 3.	Frecuencia de Sucesos Centinela, Estados Unidos, 1995 - 2005	28
Gráfico 4.	Experiencia de los Pacientes en Seguridad de Medicación.....	29

RESUMEN EJECUTIVO

1. Siguiendo la publicación en Estados Unidos del informe *To Err Is Human* (Errar es Humano) elaborado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, en el que se presentó con crudo detalle el impacto de los problemas de seguridad del paciente en Estados Unidos, la evaluación de la seguridad del paciente ha estado en el centro de atención del desarrollo de sistemas de información. Las administraciones nacionales han comenzado a responder al creciente interés en la seguridad y calidad del paciente con esfuerzos para mejorar los sistemas de evaluación en estas áreas de actuación de atención sanitaria.
2. Para dar respuesta a las necesidades de información del país en indicadores y sistemas de información de calidad, la OCDE inició en 2001 el Proyecto de Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria (HCQI). El objetivo del Proyecto a largo plazo es desarrollar una serie de indicadores que puedan ser utilizados posteriormente para formular cuestiones de investigación en relación a la calidad de atención sanitaria en todos los países. El primer documento con información recopilada entre 2003 y 2005 sobre una serie inicial de indicadores de calidad fue publicado por la OCDE en marzo de 2006 (Mattke 2006). Los resultados de este informe inicial del Proyecto HCQI mostraron con claridad que, actualmente, solo hay disponible un número limitado de indicadores comparables internacionalmente sobre los que exista consenso en cuanto a la importancia y validez de los indicadores y a la información disponible y comparable. Por ello, la OCDE se encomendó una nueva fase de trabajo con el Proyecto HCQI, colaborando con los países para realizar una labor prospectiva sobre la mejora de los sistemas de información en cinco áreas prioritarias, incluyendo la seguridad del paciente. Una segunda fase de recopilación de información realizada en 2006 sustentando este trabajo confirmó la conclusión de déficit en la disponibilidad de información necesaria para hacer seguimiento de la seguridad del paciente.
3. Debido en parte a los resultados del estudio sobre disponibilidad de información y en parte al muy alto nivel de interés entre los países, la OCDE formó un Grupo Experto en Seguridad del Paciente, que se reunió por primera vez en junio de 2006 en Dublín, Irlanda, en un seminario celebrado por el Ministerio Irlandés de Salud e Infancia. El seminario, la primera conferencia internacional organizada en la OCDE sobre sistemas de información de seguridad del paciente, pretendió tratar tres cuestiones: a) introducir en la agenda los sistemas de información de seguridad del paciente; b) desarrollar un plan de trabajo concreto para mejorar los sistemas de información sobre seguridad del paciente y hacer comparable internacionalmente la información sobre seguridad del paciente; y c) debatir la forma en que los países deberían enfocar la información vinculada para actuar en la mejora de la seguridad del paciente.
4. Es evidente, desde las experiencias del Reino Unido, Estados Unidos y otros países, que son necesarias estructuras nacionales para coordinar los esfuerzos de información sobre seguridad del paciente. Dado que muchos “acontecimientos” sobre seguridad del paciente (sucesos adversos, complicaciones de la atención, etc.) son sucesos relativamente poco frecuentes, es importante que la información sea recopilada de manera uniforme entre hospitales, estados, provincias y regiones, además de ser analizada de forma centralizada. También es evidente que estos sistemas de información deben ser considerados como útiles por todos los interesados e implicados en la producción de la información. Deben utilizarse mecanismos de respuesta y herramientas de distribución para difundir, de forma oportuna, los problemas de seguridad del paciente y la forma en que pueden resolverse. También está claro que un área importante de la agenda sobre información de seguridad, que ha sido desatendida completamente por casi todos los países de la OCDE, es la participación de los pacientes en el desarrollo de sistemas de seguridad del paciente. En la actualidad,

prácticamente ningún país de la OCDE tiene un mecanismo oficial o uniforme para incorporar informes de pacientes sobre sucesos adversos dentro de sus sistemas habituales de información sobre seguridad del paciente.

5. Los participantes en la conferencia escucharon a los expertos internacionales sobre los diversos tipos de sistemas de información que están siendo utilizados en los países de la OCDE para evaluar la seguridad del paciente, así como sus ventajas y limitaciones en la comunicación entre países. En particular, las presentaciones se enfocaron en los sistemas de información administrativa hospitalaria, sistemas de sucesos adversos, así como otros sistemas de seguimiento, tales como sistemas de información de sucesos centinela.

- Según las presentaciones realizadas en la conferencia, se deduce que los sistemas de información más fácilmente disponibles para el seguimiento de la seguridad del paciente son los sistemas de información administrativa hospitalaria. Se han realizado esfuerzos en un gran número de países de la OCDE para adaptar indicadores de información administrativa hospitalaria desarrollados en Estados Unidos. Sin embargo, deben resolverse cuestiones importantes antes que la aplicabilidad de estos indicadores se extienda entre los países de la OCDE, incluyendo la elaboración de “adaptaciones” entre los distintos enfoques nacionales sobre codificación de información y sobre pruebas de indicadores, en un contexto de sistemas de información diferentes en cada país.
- Los sistemas de sucesos adversos también tienen un uso extendido en muchos países de la OCDE, sin embargo, hay grandes diferencias entre los países en cuanto al contexto legal de estos sistemas de información, la propiedad de la información y la utilización de la información para esfuerzos de mejora. Es necesario un mejor entendimiento de estas cuestiones antes que los indicadores basados en estos sistemas puedan ser utilizados por los países para el análisis de la seguridad del paciente. En varios países de la OCDE han sido elaborados o están siendo realizados estudios sobre sistemas de sucesos centinela y práctica médica, a pesar de que la disponibilidad de información para estos indicadores (según el estudio de la OCDE) es más baja que para otros tipos de indicadores.
- La información de sistemas de sucesos centinela podría proporcionar eventualmente información más comparable internacionalmente. La información recogida de la bibliografía sobre estudios/auditorias en práctica médica está disponible actualmente y muestra niveles similares entre países en cuanto a problemas de seguridad del paciente. Sin embargo, el coste y el esfuerzo de realizar tales estudios/auditorias sobre bases nacionales los hace prohibitivos para cualquier sistema de seguimiento continuo de seguridad del paciente.

6. Los ponentes enfatizaron la necesidad de relacionar y desarrollar sistemas de información buscando su relevancia política nacional y la forma en que podrían utilizarse estos sistemas de información para realizar campañas de mejora de la calidad. Por otra parte, todos los oradores pusieron de relieve lagunas actuales en nuestro conocimiento, incluyendo sistemas de información en atención ambulatoria, en seguridad de la medicación y en atención de áreas desfavorecidas, tales como hospitales pequeños o rurales. Es necesario realizar más trabajo y socios internacionales están realizando esfuerzos para tratar las actuales lagunas. Por ejemplo, el trabajo de la Alianza Mundial en una taxonomía internacional sobre seguridad del paciente apoyará los esfuerzos de los países en sistemas de información sobre seguridad de paciente.

7. Queda claro, tanto del estudio de la OCDE sobre disponibilidad de información de seguridad del paciente como de las presentaciones de esta conferencia, que hay una serie de oportunidades para mejorar sistemas de seguridad del paciente en todo el mundo, en particular:

- Aún no existe ninguna base de datos internacional sobre seguridad del paciente. - Al nivel más básico, no hay actualmente ninguna base de datos internacional que, de forma regular, esté recopilando internacionalmente de los países información sobre seguridad del paciente, y que pudiera servir como herramienta para establecer enseñanzas y parámetros de referencia nacionales.
- Solo información muy limitada es inmediatamente comparable entre países. – En áreas tales como sucesos adversos y errores médicos hay pocos países que hagan un seguimiento de estos indicadores de seguridad del paciente de la misma forma. Sin embargo, el estudio de la OCDE sobre disponibilidad de información de seguridad del paciente también muestra que hay áreas prometedoras, particularmente en la utilización potencial de la información administrativa hospitalaria. Se necesitan adaptaciones para cruzar los sistemas de notificación nacional y hacer comparable la información.
- Donde hay disponibilidad de información, existen una variedad de factores que inhiben su utilización para establecer enseñanzas y parámetros de referencia a nivel internacional - En algunas áreas tales como complicaciones en la atención hospitalaria, hay un nivel razonable de disponibilidad de información. Sin embargo, las convenciones y estructuras específicas de los sistemas de información que se están utilizando, así como el contexto legal de los sistemas de información, inhiben la posibilidad de hacer comparable la información internacionalmente.

8. Para poder comenzar a tratar estas áreas de mejora, el Secretariado de la OCDE formuló dos propuestas de trabajo específico que se presentaron al grupo experto y serán desarrolladas e implantadas en 2007. Las iniciativas se enfocarán en: a) adaptar internacionalmente los sistemas de información administrativa hospitalaria sobre seguridad del paciente y b) examinar los sistemas de notificación de sucesos adversos en cuanto a sus estructuras, cuestiones legales y utilidad para analizar la seguridad del paciente en todos los países.

1 SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU SITUACION EN EJECUCION DE MEDIDAS

9. Se consigue seguridad cuando el sistema tiene las estructuras y prestaciones de servicio adecuadas y se obtienen resultados de forma que prevengan el daño al usuario, al profesional sanitario, o al entorno (Veillard 2005, JCAHO 1997). La seguridad en la prestación de atención sanitaria es una nueva área para el desarrollo de medidas relacionadas con las áreas de coste y calidad de atención (Arah 2006, Institute of Medicine 2001). No obstante, es una cuestión a la que se ha prestado significativamente más atención en los últimos 10 años, siguiendo la publicación de una serie de estudios de referencia sobre práctica médica y sobre índices de errores médicos en países como Estados Unidos, Australia, Canadá, Reino Unido y otros (Leape 2002, Institute of Medicine 1999, Runciman 1993, Wilson 1995, Zhan 2005, Thomas 2003). Estos estudios han mostrado, casi totalmente, que las deficiencias en seguridad del paciente en cuanto a sucesos adversos, complicaciones de atención o quirúrgicas y errores de medicación, acontecen en todos los países con índices muy similares.

10. Estos estudios también han suscitado un interés generalizado en los medios de prensa, y más recientemente en círculos políticos a medida que las administraciones nacionales trabajan para abordar deficiencias en la seguridad del paciente (Donaldson 2004). Recientemente se ha aprobado en Estados Unidos legislación basada en campañas legislativas anteriores sobre la seguridad del paciente. La Ley de 2005 sobre Seguridad del Paciente y Mejora de Calidad (Ley Pública 109-41), aprobada como ley el 25 de julio de 2005, es promulgada en respuesta al creciente interés sobre la seguridad del paciente en Estados Unidos. El objetivo de la Ley es mejorar la seguridad del paciente fomentando la comunicación voluntaria y confidencial de acontecimientos que afecten adversamente a pacientes (AHRQ 2006). En el Reino Unido, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente se constituyó en 2001 como una Autoridad Sanitaria Especial al objeto de coordinar los esfuerzos de todo el país para informar y aprender de los errores y problemas que afecten a la seguridad del paciente (NPSA 2006). En los últimos años, muchos otros países han promulgado legislación, creado nuevos organismos organizativos, o generado nuevos informes nacionales para hacer un seguimiento sobre seguridad del paciente, incluyendo Canadá, España, Países Bajos, Italia, Finlandia, Suecia y otros.

2 AGENDA DE LA OCDE SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

11. El Informe de Salud N° 22 de la OCDE publicado en 2006, resume la información recopilada sobre 21 indicadores de 24 países, después de un amplio proceso de selección de indicadores y de búsqueda de información disponible a nivel nacional que es descrita brevemente en los párrafos siguientes. Sin embargo, los resultados de este informe muestran claramente que solo existe un número limitado de indicadores disponibles para comparaciones internacionales sobre los que haya consenso en cuanto a la importancia y validez de los indicadores y la información disponible y comparable. Por tanto, la OCDE emprendió una nueva fase de trabajo en el Proyecto *HCQI* (Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria). Este trabajo está orientado a tratar el problema clave en calidad de atención sanitaria internacional –la falta de información comparable que pueda facilitar puntos de referencia y el aprendizaje de mejores prácticas. Con la existencia de indicadores de amplio consenso y disponibilidad, y teniendo casi agotada la información comparable entre países aparte de la presentada por la serie de indicadores del Proyecto *HCQI*, la OCDE ha empezado a trabajar en la mejora de los sistemas de información. Este trabajo debe ser conducido por los países miembros, que es donde se gestionan, actualizan y mejoran los sistemas de recogida de información. Por

consiguiente, la OCDE ha rediseñado su trabajo sobre indicadores de calidad de atención sanitaria (*HCQI*) para enfocarlo en las prioridades actuales de los gobiernos nacionales estableciendo subgrupos de países dentro de los 32 que forman el Grupo Experto de *HCQI*.

12. El enfoque de estos subgrupos son las cinco áreas prioritarias de indicadores identificadas inicialmente en 2004. Las cinco áreas prioritarias son: atención cardiaca, diabetes, atención primaria y prevención, seguridad del paciente y atención en salud mental. Grupos expertos internacionales fueron comisionados en cada una de las cinco áreas prioritarias para examinar la bibliografía actual y recomendar una serie de indicadores que reuniesen estrictos criterios de validez científica y de importancia clínica y política. Fueron recomendados un total de 85 indicadores entre las cinco áreas.

13. Para enfocar su trabajo en estas cinco áreas, la OCDE desarrolló un cuestionario de disponibilidad de información para toda la serie de 85 indicadores recomendados en los cinco informes de los expertos. La información fue recopilada en los países durante 2005 en base a los datos disponibles en las cinco áreas. Apoyándose en los resultados de este estudio sobre disponibilidad de información, y en el examen de los índices de importancia clínica y política y de validez científica proporcionados por los indicadores, el Grupo Experto *HCQI* recomendó en su reunión de París en 2005 que las áreas de enfoque inicial serían la seguridad del paciente y la salud mental.

14. Las conclusiones del *HCQI* en el examen de medidas disponibles para seguridad del paciente fueron publicadas en 2004 en el Documento Técnico de Salud de la OCDE N° 18 *Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries* (Selección de Indicadores para Seguridad del Paciente en los sistemas sanitarios de los Países de la OCDE) (véase abajo). Utilizando un proceso de examen estructurado, el grupo de expertos acordó seleccionar indicadores para cubrir cinco áreas clave en la seguridad del paciente: infecciones hospitalarias, sucesos centinela, complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas, obstetricia, y sucesos adversos relacionados con otro tipo de atención. Este informe propuso los 21 indicadores siguientes:

Tabla 1. Indicadores para la Seguridad del Paciente Recomendados por *HCQI*

Área	Nombre del Indicador
Infecciones hospitalarias	Neumonía asociada a la ventilación mecánica
	Infección de herida
	Infección debida a la atención médica
	Úlcera de decúbito
Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas	Complicaciones de la anestesia
	Fractura de cadera posquirúrgica
	Embolia pulmonar posquirúrgica (PE) o trombosis venosa profunda (TVP)
	Sepsis posquirúrgica
	Dificultad técnica con un procedimiento
Sucesos centinela	Reacción a la transfusión
	Grupo sanguíneo erróneo
	Cirugía sobre una parte errónea del cuerpo
	Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento
	Sucesos adversos relacionados con el equipo médico
	Errores de medicación
Obstetricia	Trauma neonatal – daño al neonato
	Trauma obstétrico – por parto vaginal
	Trauma obstétrico – por cesárea
	Problemas en el parto
Sucesos adversos relacionados con otro tipo de atención	Caídas del paciente
	Fractura de cadera o caída hospitalaria

15. Se presenta más abajo un resumen de las conclusiones sobre la disponibilidad de información para indicadores de seguridad del paciente. Una cuestión clave en el trabajo de indicadores *HCQI* era que, mientras los países pueden elaborar muchos indicadores, las diferencias inherentes en metodologías y fuentes de información utilizadas podrían hacerlos no comparables. En otras palabras, las diferencias en indicadores reflejarían diferencias de información, más que diferencias en calidad de atención. Para este estudio la Secretaría ha obtenido los indicadores tal como fueron proporcionados por cada país de acuerdo con sus definiciones nacionales. En esta fase no se intentó trabajar bilateralmente con los países para cambiar definiciones nacionales por un estándar internacional. Los indicadores sombreados en gris cumplen con el criterio de trabajo del Grupo de Expertos, con al menos 10 países informando que podrían proporcionar datos sobre el indicador. Los dos indicadores sobre seguridad del paciente considerados como más ajustados por el grupo de expertos para su inclusión en la recopilación de información durante 2006, desde el aspecto de disponibilidad de información y alta prioridad, son fractura de cadera posquirúrgica y reacción adversa a la transfusión. (Los resultados de esta fase más reciente de recogida de información serán comunicados por la OCDE en un documento de trabajo especial que será publicado en la primavera de 2007).

Tabla 2. Indicadores Disponibles de Seguridad del Paciente

Panel de indicadores disponibles actualmente y que podrían elaborarse, clasificado por número decreciente de respuestas por países	Número de países respondiendo:		Total países notificando	Prioridad conforme a las recomendaciones del Panel de Miembros en la reunión de diciembre de 2004
	Actualmente disponibles y podrían elaborarse	Solo disponibles actualmente		
Seguridad del paciente				
PS19: Problemas con el parto	13	7	14	
PS17: Trauma vaginal obstétrico	12	6	15	
PS18: Trauma obstétrico por cesárea	12	5	14	
PS6: Fractura de cadera posquirúrgica	11	4	15	Alta
PS15: Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento	11	3	15	Alta
PS16: Trauma neonatal – daño al neonato	11	7	15	
PS5: Complicaciones de la anestesia	10	3	15	
PS10: Reacción a la transfusión	10	5	15	
PS11: Grupo sanguíneo erróneo	10	4	15	
PS4: Úlcera de decúbito	9	3	14	Alta
PS7: Embolia pulmonar posquirúrgica (PE) o trombosis venosa profunda (DVT)	9	3	15	
PS21: Fractura de cadera o caída hospitalaria	9	2	14	
PS3: Infección debida a la atención médica	8	5	15	
PS8: Sepsis posquirúrgica	8	6	15	
PS9: Dificultad técnica con un procedimiento	8	2	14	
PS20: Caída del paciente	8	3	15	
PS2: Infección de herida	7	3	15	Alta
PS13: Sucesos adversos relacionados con material médico	7	3	15	
PS1: Neumonía asociada a la ventilación mecánica	6	4	15	Alta
PS12: Cirugía sobre una parte errónea del cuerpo	5	1	15	Alta
PS14: Errores de medicación	5	2	15	Alta

Fuente: Grupo Experto HCQI, 2004.

3 DESARROLLANDO SISTEMAS DE INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LECCIONES DE LA CONFERENCIA CONJUNTA DE LA OCDE Y EL MINISTERIO DE SALUD E INFANCIA IRLANDES

16. La primera reunión del Subgrupo de Seguridad del Paciente *HCQI* de la OCDE se celebró en Dublín, Irlanda, con la participación del Ministerio de Salud e Infancia de dicho país. La reunión se celebró el 29-30 de junio de 2006. La conferencia sobre Seguridad del Paciente *HCQI* en Dublín fue el primer encuentro del Grupo de Expertos en Seguridad del Paciente de *HCQI*, y el primer encuentro multilateral de seguridad del paciente enfocado en sistemas de información celebrado en Europa desde la publicación del Informe del Reino Unido “*An Organization with a Memory*” (Una Organización con una Memoria) y del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos “*To Err is Human*” (Errar es Humano). La reunión fue presidida conjuntamente por el Secretariado de la OCDE y por el Ministerio de Salud e Infancia de Irlanda. Por tanto, la conferencia tenía un propósito triple:

- Examinar la evolución y los obstáculos para implantar sistemas de información nacionales de seguridad del paciente dentro de la OCDE.
- Planificar una agenda para mejorar los sistemas de información de seguridad del paciente en un contexto de su utilización como guía política.
- Crear consenso sobre cómo utilizar los indicadores de seguridad *HCQI* de la OCDE para fomentar la armonización de series de indicadores de seguridad entre las principales organizaciones internacionales que participan en la seguridad del paciente.

17. La conferencia fue celebrada durante dos días. El primer día fue enfocado en el aprendizaje de las experiencias de países y de expertos internacionales en sistemas nacionales de información sobre seguridad del paciente. En particular, la tarde estuvo enfocada en los obstáculos operativos concretos para conseguir información comparable internacional en seguridad del paciente, incluyendo soluciones comprobadas o potenciales para estos obstáculos. Las lecciones aprendidas sobre el estado de sistemas de información en seguridad del paciente fueron divididas en tres áreas. Estas áreas se describen a continuación y las lecciones aprendidas se presentan en las secciones siguientes.

- Lecciones Directivas: Introducir en la Agenda la Información sobre Seguridad– Esta sesión expuso la necesidad y las posibilidades de introducir en las agendas políticas de las administraciones nacionales el desarrollo de sistemas de información de seguridad del paciente.
- Acordando la Agenda: La Situación de los Sistemas de Información de Seguridad en la OCDE – Esta sesión resumió el estado de situación en tres tipos diferentes de sistemas de información y la forma en que pueden ser utilizados para evaluar la seguridad del paciente: a) información administrativa hospitalaria; b) sistema de notificación de sucesos adversos y c) estudios de práctica médica e infección.
- Información sobre Seguridad para una Atención más Segura: De conocer a actuar – Esta sesión presentó lecciones de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de Estados Unidos y del país anfitrión Irlanda, para avanzar desde el conocimiento teórico a la mejora práctica en la seguridad del paciente.

3.1 Lecciones Directivas: Introducir en la Agenda la Información sobre Seguridad

18. La sesión sobre introducción de información de seguridad en la agenda política de las administraciones nacionales proporcionó un contexto para la discusión sobre sistemas de información. Se inició con una presentación sobre la perspectiva de un paciente y sus familiares en cuestiones de seguridad del paciente y el sistema de información que efectuó su seguimiento. Las presentaciones resumieron lecciones para desarrollar y avanzar en sistemas de información de seguridad desde perspectivas nacionales, regionales e internacionales. Los ponentes de la sesión fueron:

- Comentario de Apertura – Desde la Perspectiva del Paciente: Sra. Margaret Murphy, Defensora del Paciente de la República de Irlanda.
- Perspectiva Nacional: Sarah Scobie, Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido.
- Perspectiva Regional: Carlo Liva, Director de Calidad y Acreditación; Agencia Nacional de Servicios Regionales de Atención Sanitaria de Italia.
- Perspectiva Internacional y Conclusiones: Gerard Schmets, Oficina Regional de la OMS para Europa.

3.1.1 Atención Centrada en el Paciente

19. La necesidad de mantener al paciente como el centro de la seguridad del paciente es una cuestión que normalmente no se tiene en cuenta cuando los equipos técnicos trabajan con cuestiones informativas y legales. Sin embargo, tal y como argumentó en su presentación la defensora del paciente de Irlanda, Sra. Margaret Murphy, sólo aprendiendo de experiencias individuales de un paciente podemos mejorar nuestros sistemas de información de tal forma que sean el soporte para introducir mejoras en la seguridad del paciente. El hijo de la Sra. Murphy, Brian, fue la víctima de una serie de diagnósticos fallidos, oportunidades perdidas y atención médica inadecuada que terminó con la pérdida de su vida en 1999. Kevin desarrolló dolor óseo, problemas en sus riñones y finalmente fallo renal e hipercalcemia. Los resultados de las pruebas no se registraron correctamente y no fueron advertidos o verificados por los clínicos, de tal forma que Kevin, que debería haber sido diagnosticado con un adenoma de paratiroides, se debilitó y finalmente falleció. Hubo una amplia variedad de deficiencias en la atención que Kevin recibió para su condición, incluyendo la transferencia de información selectiva e incompleta entre cuidadores clave, la ausencia de un proceso integrado, ignorando indicios clínicos claros que no estaban en concordancia con el diagnóstico existente (Kevin desarrolló síntomas neurológicos), y el entorno de fin de semana del hospital cuando Kevin fue finalmente ingresado, con equipos médicos sin experiencia y sin supervisión, todos estos factores influyeron en el resultado final. La Sra. Murphy resumió una serie de recomendaciones desde su propia experiencia y la de su hijo que son relevantes para mejorar sistemas de información de seguridad del paciente:

- Reconocer la realidad experimentada por los pacientes es clave si la información basada en el paciente se va a utilizar para resolver problemas de seguridad. Se intenta que la atención centrada en el paciente sea precisamente eso. Una sólida recopilación de información tiene que llevar incluida la aportación del paciente.
- Por tanto los pacientes necesitan ser incluidos de forma concreta en el proceso de desarrollo de sistemas de seguimiento de información sobre seguridad del paciente.
- Es necesario más trabajo para modificar los sistemas de información de seguridad del paciente de forma que puedan revelar las causas originarias de los problemas de seguridad (es decir, las cuestiones reales que necesitan ser tratadas) así como conducir a garantizar la calidad produciendo mejores resultados para los pacientes.

- Hay una necesidad de mejorar los sistemas de información de seguridad que den lugar a evaluables mejoras de resultados para los pacientes.

20. La Sra. Murphy mostró una copia del certificado de fallecimiento de Kevin como un ejemplo de un elemento de información “oficial”. En ningún lugar indicaba que la causa del fallecimiento de Kevin fuera una serie de errores médicos. La Sra. Murphy hizo un fuerte llamamiento a los expertos de la OCDE para modificar los sistemas de información relacionados con la seguridad del paciente, de forma que los errores, sucesos adversos y complicaciones de la atención sean llamados como tales y tratados abiertamente. Solo entonces, tal y como mostraron ella y otros ponentes, se podrían realizar progresos para mejorar la seguridad del paciente.

3.1.2 Perspectivas Nacionales, Regionales e Internacionales

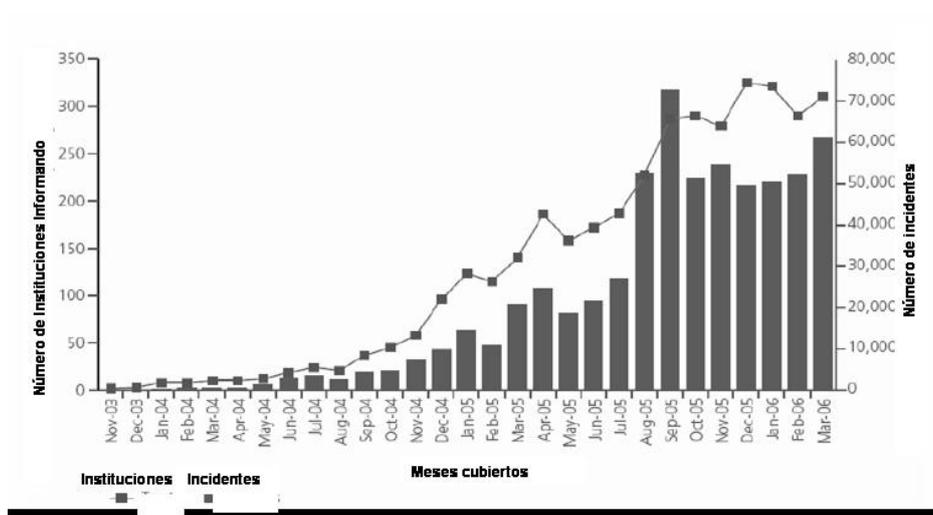
21. A continuación de la Sra. Murphy intervino la Sra. Sarah Scobie, Directora del Observatorio Nacional de Seguridad del Paciente de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido. Su charla ilustró cómo en el Reino Unido la cuestión de seguridad del paciente se ha convertido en una cuestión tan importante que se ha constituido una agencia nacional y un sistema de comunicación y aprendizaje para abordar el problema. La Dra. Scobie trató el desarrollo en el Reino Unido del Sistema Nacional de Comunicación y Aprendizaje, y del Observatorio de Seguridad del Paciente. La Dra. Scobie enfatizó la importancia de informes de alto nivel detectando deficiencias de atención en el Reino Unido como parte de las razones para el desarrollo de estos sistemas. Sin embargo, también apuntó que introducir en la agenda la información de seguridad era también una forma de mostrar que se puede realizar y que los rendimientos de estos sistemas de información son útiles en un sentido práctico para mejorar la atención sanitaria.

22. El Sistema Nacional de Comunicación y Aprendizaje (NRLS) en el Reino Unido es una base de datos de comunicación confidencial donde se notifican sucesos adversos electrónicamente. Prácticamente todos los sucesos de la base de datos provienen de sistemas locales de sucesos adversos. La Dra. Scobie destacó que una de las razones del éxito del NRLS es que proporciona un marco para consolidar los esfuerzos existentes a nivel local. La información es analizada para:

- Identificar tendencias y modelos.
- Proporcionar reacciones en la actuación local.
- Informar sobre programas del trabajo *NPSA*.

23. Un resumen del progreso del NRLS es presentado en el gráfico siguiente, mostrando el número de incidentes e informes de instituciones en el sistema. La Dra. Scobie observó que tener en la agenda los sistemas de información de seguridad puede ser una cuestión donde a un fuerte interés inicial le siga un desarrollo lento, según se genere la aceptación local y según sean tratadas las cuestiones técnicas. Si éstas se logran, como lo fueron con el NRLS, la expansión del sistema de información aumentará rápidamente.

Gráfico 1. Número de Incidentes e Instituciones (Trust) Informando al NRLS del Reino Unido



Fuente: Informes de la base de datos NRLS, finales de marzo 2006.

24. El NRLS utiliza un campo de análisis técnicos, incluyendo informes de supervisión rutinaria, análisis temáticos, ad hoc y exploratorios (utilizando estudios de incidentes seleccionados y técnicas de extracción de información). A pesar de los progresos realizados por el NRLS, en términos de utilización y relevancia para prestadores de servicios y responsables políticos en materia de atención sanitaria en el Reino Unido, la Dra. Scobie enfatizó que la agenda nacional de sistemas de información de seguridad del paciente no puede estar limitada a sistemas de notificación de incidentes. Los sistemas de notificación de incidentes se basan en “mirar atrás” e intentar comprender qué sucedió. Sin embargo, estos sistemas no captan todos los acontecimientos y no planifican la forma de utilizar la información para mejorar la atención futura. Por estas y otras razones el Observatorio Nacional de Seguridad del Paciente comenzó con las tareas de liderar la vigilancia y supervisión de la seguridad del paciente, así como a colaborar con otras instituciones y a realizar análisis formativos de nuevas herramientas potenciales de observación. Uno de estos análisis fue emprendido utilizando indicadores de seguridad del paciente de la Agencia de Investigación y Calidad de Atención Sanitaria de Estados Unidos, donde los indicadores estaban adaptados y aplicados a la información del Reino Unido. Este trabajo puede servir como una fuente de información para la iniciativa de la OCDE sobre esta cuestión (tratada más adelante en este documento).

25. Después que la presentación del Reino Unido ofreciera una visión sobre cómo se interpreta a nivel nacional la cuestión de introducir en la agenda la información sobre seguridad del paciente, Carlo Liva, de la Agencia Nacional Italiana de Sistemas de Atención Sanitaria Regional (ASSR en italiano), ofreció una perspectiva sobre cómo se deberían también considerar campañas a nivel subnacional, o regional. El ASSR fue fundado por decreto nacional en 1995 para apoyar a las autoridades sanitarias a nivel nacional y regional en Italia. Actualmente en Italia la mayoría de las regiones están adoptando medidas para tratar los problemas de seguridad del paciente en instituciones sanitarias. Sus objetivos principales son reducir o estabilizar demandas y costes de seguro, y mejorar la calidad de servicios relacionados con la seguridad. Mientras muchos hospitales y autoridades sanitarias regionales trabajan actualmente en la gestión del riesgo y seguridad, la financiación de esta actividad regional es compleja, con algunos fondos provenientes del nivel nacional, otros del nivel regional y otros de instituciones hospitalarias locales. Las áreas de enfoque en varias regiones punteras incluyen gestión del riesgo, así como desarrollo de bases de datos regionales sobre sucesos adversos y sistemas regionales de notificación de incidentes.

26. El Sr. Liva enfatizó la necesidad de emprender trabajos regionales en sistemas de información de seguridad del paciente con el apoyo de entidades nacionales. En Italia hay un comité del Ministerio de Sanidad Nacional que está enfocado en el riesgo clínico, el cual elaboró en 2004 un documento estudiando los sistemas de clasificación de errores y gestión del riesgo clínico. El trabajo adicional de este comité en 2005 ha mantenido trabajos en el área de supervisión de sucesos centinela a nivel regional.

27. Gerard Schmets de la Oficina Regional de la OMS para Europa presentó las observaciones concluyentes, así como una perspectiva internacional sobre la cuestión de introducir en la agenda los sistemas de información de seguridad del paciente. El Dr. Schmets resaltó que la calidad de la atención sanitaria, tal como se advierte de varias de fuentes de la OMS utilizando una variedad de indicadores, está mejorando en general internacionalmente. Sin embargo, también resaltó que no está mejorando al mismo ritmo en todos los lugares para todos los grupos de población. Esto es así para cuestiones de seguridad, así como para medidas más amplias de calidad y salud, tal como mortalidad infantil.

28. Según el Dr. Schmets los datos han mostrado que en al menos 1 de cada 10 hospitales en Europa los pacientes pueden sufrir daños prevenibles durante su hospitalización. Para poder comprender mejor la situación relacionada con la seguridad del paciente y dónde debe insistirse en las agendas de los países europeos, la Oficina Regional de la OMS para Europa emprendió un estudio entre los estados miembros para aumentar la conciencia sobre seguridad del paciente, identificar puntos de enfoque nacionales de medición y actuación, y evaluar los problemas principales en seguridad del paciente a nivel nacional y regional. El estudio estaba basado en un cuestionario y dirigido a los 52 estados miembros de Europa.

29. Respondieron al estudio 40 de los 52 países (76,9% sobre el índice total de respuesta). Algunas de las conclusiones clave y las recomendaciones que surgieron del estudio fueron:

- Las intervenciones para estudiar y mejorar la seguridad están generalmente fragmentadas en los países. Es necesario desarrollar un enfoque más consistente sobre adopción de medidas y mejoras en y entre países.
- Hay una brecha importante entre las políticas establecidas por los países en seguridad del paciente y su actividad de implantación. Son necesarios mecanismos de apoyo a nivel nacional para favorecer el trabajo de implantación.
- Los sistemas de notificación de sucesos sobre seguridad del paciente en Europa se han desvelado poco claros en general. Es necesario desarrollar directrices generales de sistemas de notificación, quizá en parte sustentadas en el trabajo de la Alianza Global de la Seguridad del Paciente en esta área.
- La mayor parte de países cree que las expectativas del paciente para mejorar su seguridad son altas. Esto crea una oportunidad, tal como fue tratado en la primera presentación del día por Margaret Murphy, de implicar a los pacientes en las medidas para su seguridad y en los esfuerzos de mejora.

30. Las limitaciones clave para el desarrollo de sistemas de seguridad del paciente en Europa, conforme a los países analizados, incluyen:

- La falta de una cultura de seguridad (individual e institucional).
- La falta de comunicación entre profesionales, así como entre profesionales y pacientes.
- La débil evaluación proactiva del riesgo.
- La limitación de fondos y la consecuente limitación de tecnologías.

31. La Oficina Regional Europea de la OMS está trabajando a través de diversas vías para ayudar a tratar la información sobre seguridad del paciente y los problemas de implantación. Un trabajo clave de la Oficina Europea es el Proyecto PATH (Establecimiento de una herramienta de evaluación de mejora de calidad hospitalaria). El Proyecto PATH se inició en 2003 y participan 51 hospitales de 6 países. El Proyecto se centra en medidas y mejoras para un número de áreas de ejecución, incluyendo la seguridad. La información obtenida de todos estos indicadores (51 hospitales participaron en una recopilación de información experimental en 2005) será recopilada entre más de 200 hospitales en 10 países durante 2006-07. Los indicadores de seguridad se enumeran a continuación:

- Índices de mortalidad hospitalaria para afecciones “*tracer*” localizadas: (infarto agudo de miocardio, neumonía adquirida en el centro, sustitución de cadera, accidente cerebrovascular, fractura de cadera).
- Readmisión en las unidades de cuidados intensivos.
- Cesárea.
- Úlceras por presión.
- Infecciones nosocomiales.
- Excesivas horas de trabajo del personal.
- Índices de daños por agujas.

32. El Dr. Schmets concluyó diciendo que la experiencia de la Oficina Europea de la OMS en los últimos años ha mostrado que los sistemas de seguridad del paciente están en la agenda a nivel local, regional, nacional e internacional. Sin embargo, no están en la agenda de todos los países y no están incluidos a todos los niveles. Por otra parte, la agenda de información no está considerada desde la perspectiva del paciente en la mayor parte de países. La tarea clave para los próximos años será definir qué “intervenciones” son las más eficaces para potenciar las necesidades de información de seguridad del paciente.

3.2 Acordando la Agenda: La Situación de los Sistemas de Información de Seguridad en la OCDE

33. Siguiendo el debate sobre cómo introducir los sistemas de información de seguridad del paciente en la agenda política y técnica, fueron realizadas una serie de presentaciones para examinar el estado actual de estos sistemas de información en los países de la OCDE. Las presentaciones fueron realizadas en tres grupos, que en líneas generales se correspondían con los tipos principales de sistemas de información en uso en la OCDE para supervisar la seguridad del paciente.

3.2.1 Evaluar la Seguridad del Paciente a través de Información Administrativa

34. La utilización de sistemas de información administrativa hospitalaria para evaluar la seguridad del paciente ha tenido un desarrollo relativamente reciente. Expertos de Estados Unidos y de Islandia presentaron la experiencia en el uso de estos sistemas y en la adaptación de estos enfoques entre países.

35. El Sr. Patrick Romano del Colegio de Medicina de la Universidad de California, condujo el desarrollo de Indicadores sobre Seguridad del Paciente (*PSI*) de la Agencia de Investigación y Calidad Atención Sanitaria de los Estados Unidos (AHRQ), que fueron adaptados para su utilización en el Proyecto *HCQI* de la OCDE. Aunque hay mucho interés en estos sistemas de información administrativa, sólo hay uno, entre una variedad de métodos, que está siendo utilizado para observar la seguridad del paciente, que incluye:

- Analizar información administrativa (sucesos adversos, tipos seleccionados de errores médicos).
- Examinar historias clínicas (sucesos adversos, tipos seleccionados de errores médicos).
- Recopilar informes elaborados confidencialmente sobre “incidentes” o “sucesos de seguridad” (vigilancia pasiva de errores médicos o casi errores).
- Realizar vigilancia activa u observación en tiempo real (errores médicos o casi errores).
- Estudio de pacientes.
- Estudio de empleados o directores sobre capacidades organizativas o clima de seguridad (“cultura de seguridad”).

36. El Sr. Romano observó que había algunas ventajas y desventajas clave al utilizar sistemas de información administrativa hospitalaria para medir la seguridad del paciente, tal como se resume en la tabla siguiente:

Tabla 3. Resumen de Limitaciones y Oportunidades al Utilizar Información Administrativa para Evaluar la Seguridad del Paciente

Limitaciones	Oportunidades
Información limitada o inexistente sobre procedimientos de atención y medidas de gravedad fisiológica.	Mejora de disponibilidad de información.
Información limitada o inexistente sobre relación secuencial (comorbilidad frente a sucesos adversos).	Mejora de sistemas de codificación y prácticas.
Gravedad heterogénea dentro de algunos códigos ICD.	La disponibilidad de una amplia información optimiza la precisión.
La precisión depende de la documentación y codificación.	Globalidad (todos los hospitales, todos los pagadores) evita muestreos/selecciones parciales.
La información se utiliza para otros propósitos, sujeta al azar.	La información se utiliza para otros propósitos, sujeta a auditoría y seguimiento.
Los intervalos de tiempo limitan la utilidad.	

37. Los índices PSI del AHRQ, que fueron directamente adaptados para su utilización en el Proyecto *HCQI* de la OCDE, utilizaron la información hospitalaria existente, basados en elementos de información fácilmente disponibles. Incorporaron métodos de ajuste por gravedad donde fue posible y el software de indicadores se ofreció sin coste alguno por parte del Gobierno de Estados Unidos y el AHRQ. Las definiciones se basan en códigos de diagnóstico y procedimiento ICD-9-CM, con criterios de inclusión y exclusión basados en los DRG, sexo, edad, fechas del procedimiento y tipo de ingreso. Se realizó una revisión exhaustiva del material publicado y un proceso de comprobación detallada sobre la validez empírica de estos indicadores a través de expertos nacionales e internacionales. El Sr. Romano señaló que el proceso para desarrollar los indicadores era muy similar al estudio de la Comisión Experta *HCQI* del documento de trabajo técnico sobre la seguridad del paciente¹.

¹ Millar J., Mattke S. y Miembros de la Comisión para la Seguridad del Paciente de la OCDE. Seleccionando Indicadores para la Seguridad del Paciente a Nivel del Sistema Sanitario en los Países de la OCDE. Documento de Trabajo Técnico N°. 18. Octubre 2004.

38. En Estados Unidos los PSI son utilizados como sistema de información de seguridad del paciente de modo diverso. Se utilizan de forma interna o para responsabilizar al hospital frente a la sociedad. También se utilizan para análisis nacionales, estatales y regionales, y son presentados en los Informes Sanitarios Nacionales de Estados Unidos producidos por el AHRQ. Finalmente, el Sr. Romano señaló la importancia de esta fuente de información para su utilización a nivel individual hospitalario en mejoras de seguridad hospitalaria para:

- Desentrañar el caso, analizar su causa origen, identificación de grupos.
- Evaluar el impacto de intervenciones locales.
- Supervisar el desarrollo a través del tiempo.

39. Una cuestión clave en la utilización de los PSI en cualquier sistema de información es su capacidad para hacer seguimiento de cambios a través del tiempo. El Sr. Romano señaló que ha habido algunos cambios a lo largo del tiempo en los índices nacionales de Estados Unidos, tanto en los índices de riesgo observados como en los ajustados desde 1999-2000 a 2002-2003 (la información de cada año fue resumida para proporcionar muestras más fidedignas). Actualmente en Estados Unidos solo se utiliza un subconjunto de estos indicadores para hacer seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo, puesto que las estimaciones se consideran poco fiables. Hay una serie de razones para ello, incluyendo que la mejora de codificación y registro de sucesos adversos y complicaciones, que debería ser considerado como un desarrollo positivo desde una perspectiva de sistema de información, tendrá como resultado a corto plazo un aumento de índices debido únicamente a la mejora de información. Los resultados mostrados por el Sr. Romano del análisis del AHRQ están resumidos en la tabla siguiente:

Tabla 4. Cambio relativo desde 1999-2000 a 2002-2003 en índices PSI de la AHRQ observados y ajustados al riesgo, estimaciones nacionales de Estados Unidos

Indicador de Seguridad del Paciente	Indice 2003 por 1000	% de cambio observado en PSI
Complicaciones por anestesia	0,775	14,70%
Úlcera de decúbito	23,365	12,10%
Cuerpo extraño dejado dentro durante el procedimiento	0,086	4,50%
Infección debida a la atención médica	2,052	13,80%
Fractura de cadera posquirúrgica	0,279	-8,40%
Embolia pulmonar posquirúrgica o trombosis venosa profunda	9,883	25,30%
Sepsis posquirúrgica	10,463	15,60%
Punción accidental/laceración	3,574	3,10%
Reacción a la transfusión	0,005	13,20%
Trauma neonatal	5,412	-8,30%
Trauma obstétrico – vaginal con instrumento	189,576	-10,00%
Trauma obstétrico – vaginal sin instrumento	45,219	-15,30%

Fuente: AHRQ (Agencia de Investigación y Calidad de Atención Sanitaria) 2003.

40. La cuestión principal en la utilización de los PSI a nivel internacional esta relacionada con las estructuras de los sistemas de información administrativa hospitalaria y la disponibilidad de los elementos clave de información. Muchos países de la OCDE utilizan la versión 10ª de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) frente a la ICD-9-CM. La estructura de codificación varía sustancialmente entre estos dos sistemas de codificación, incluyendo tres nuevos capítulos de códigos

que dan como resultado 12.640 códigos frente a los 6.969 códigos del ICD-9-CM. Además, se encuentran actualmente en uso varias adaptaciones específicas para cada país del sistema ICD-10 en países como Canadá, Austria y Alemania, tratando principalmente con códigos de procedimiento. Actualmente, no hay un sistema internacional aceptado para cruzar estos dos sistemas, ni tampoco un sistema internacional de procedimientos. Una cuestión adicional es que los países difieren en la forma de codificar diagnósticos secundarios y en el criterio de su utilización. Otras cuestiones prácticas entre países incluyen:

- Variación en prácticas de documentación y codificación.
- Variación en otras definiciones de información.
 - Diagnóstico principal frente al diagnóstico primario.
 - Número de códigos de diagnóstico.
 - Fechas del procedimiento.
 - Código de causa externa de lesión.
 - Tipo de ingreso (optativo, urgente, emergencia).
- Variación en la forma de recopilar y utilizar la información administrativa, en particular pago basado en los DRG vs. presupuesto general vs. pago por servicio.

41. El Sr. Romano señaló que hay un escaso número de iniciativas internacionales en proceso para tratar las cuestiones expuestas anteriormente, pero no hay una coordinación global de tales esfuerzos. En particular, es necesario realizar un meta-análisis de mejora de la codificación actual y esfuerzos internacionales para armonizar la codificación administrativa. Adicionalmente, es necesaria una “adaptación” que sea validada por muchos países para conciliar los sistemas de codificación ICD-9-CM e ICD-10.

42. El Sr. Leifur Bardarsson presentó la experiencia del Grupo Nórdico para la Seguridad del Paciente. El Consejo de Ministros Nórdico convocó un Grupo de Trabajo sobre Indicadores de Calidad en Atención Sanitaria en 2004, después de varios años de trabajo desarrollando una declaración de calidad. Una de las áreas principales destacadas era la seguridad del paciente. El Sr. Bardarsson describió el proceso de elegir los indicadores como un buffet con muchas elecciones tentadoras. Diversos grupos de trabajo internacional han recopilado versiones de listas de indicadores sobre seguridad del paciente que están validadas científicamente. En este contexto de abundancia la selección de indicadores puede no ser el factor principal para supervisar la seguridad del paciente. La cultura sobre seguridad y la diferencia de culturas tienen un efecto serio sobre la seguridad del paciente. La conciencia de este impacto está bien ilustrada por el trabajo sobre cultura de seguridad del paciente en el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) (Estudio Hospitalario sobre Cultura de la Seguridad del Paciente) del AHRQ, que incluyó indicadores para evaluar las investigaciones de programas de evaluación de cultura de seguridad a nivel nacional, regional e internacional.

43. El Sr. Bardarsson utilizó varios ejemplos de indicadores sobre seguridad del paciente para destacar la mejora en el desarrollo del indicador: embolia pulmonar posquirúrgica o trombosis venosa profunda después de una sustitución de rodilla o cadera; casos de sepsis con un procedimiento en quirófano; trauma obstétrico vaginal; y cuerpo extraño dejado dentro durante el procedimiento.

44. El estado actual de los sistemas de información sobre seguridad del paciente es en parte reflejo de la inadecuada documentación de nuestros sistemas de información administrativa. También está relacionado con la diferente cultura de notificación institucional por parte de los profesionales de la sanidad y su percepción sobre la utilidad de esta información. El Sr. Bardarsson resumió que avanzar en sistemas de información de seguridad del paciente requiere un examen detallado de indicadores para verificar que la información administrativa existente está reflejando el estado real de la seguridad del paciente.

3.2.2 Experiencia en Sistemas de Sucesos Adversos en los países de la OCDE

45. El debate sobre información administrativa continuó con un estudio de los sistemas de sucesos adversos, centrándose en tres países en particular: España, Irlanda e Italia. Estos países fueron presentados por Yolanda Agra y Enrique Terol del Ministerio de Sanidad Español, Ailish Quinlin y Tim Delaney del Plan de Indemnización Clínica (Clinical Indemnity Scheme) de Irlanda y del Hospital Tallaght de Dublín, respectivamente, y Giuseppe Murolo del Ministerio de Sanidad Italiano.

3.2.2.1 España

46. El Sistema Nacional de Salud Español ha establecido como prioridad la mejora de la seguridad del paciente. En 2005 fue realizado un estudio de cohortes retrospectivo para determinar la incidencia y el impacto de sucesos adversos en el entorno hospitalario. Identificando los mecanismos subyacentes de sucesos adversos podrían desarrollarse estrategias de prevención y gestión del riesgo. El Estudio Nacional sobre Sucesos Adversos relacionados con la Hospitalización (ENEAS 2005), realizado en 2005 dentro del marco de mejora de la atención sanitaria, puso los cimientos para comprender la epidemiología de sucesos adversos. La estrategia para mejorar la seguridad del paciente en España incluyó los objetivos de aumentar la conciencia y cultura sobre la seguridad del paciente; desarrollar un sistema de información sobre seguridad del paciente; e introducir mejores prácticas de atención en todas las áreas sanitarias.

47. Utilizando información administrativa oficial fue recopilado un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sobre sucesos adversos. Dicho conjunto de datos proporciona gran utilidad por el acuerdo a nivel nacional de recopilar información sobre sucesos adversos. Otras ventajas del CMBD incluyen: codificación común ICD-9-CM; disponibilidad de recursos hospitalarios; alta cobertura en hospitales públicos; y alta capacidad en hospitales públicos para disponibilidad de codificación. La elaboración de este conjunto de datos, debido a su amplia cobertura y exhaustiva codificación, es considerada útil para el análisis de sucesos adversos a largo plazo. Algunas limitaciones de la información incluyen: diagnóstico poco completo de comorbilidad y pacientes ancianos; solo se incluye información de hospitales públicos; y variabilidad de la información entre regiones.

48. La utilización de información administrativa con fines de reembolso puede significar que la información este orientada principalmente a evaluar costes en lugar de la calidad de atención sanitaria. Análisis preliminares del CMBD revelan diferencias en la calidad de codificación entre hospitales, así como falta de comunicación de complicaciones si se comparan con estudios específicos sobre sucesos adversos. Actualmente está en desarrollo un programa informático nacional específico, pero por el momento hay algún retraso en la transmisión de información. Los planes actuales para mejorar la seguridad del paciente incluyen el fortalecimiento continuado del conjunto de datos a través de la participación de hospitales privados, así como el aumento del control de calidad de todos los historiales clínicos que sean utilizados. Mejorar la conciencia profesional debería incluir también una mayor respuesta para mejorar la calidad de la atención así como mejorar la capacitación para la codificación de historiales clínicos. Una de las conclusiones principales del reciente trabajo en España sobre niveles de estimación de sucesos adversos y complicaciones en la atención sanitaria fue que sería difícil explicar el significado de un aumento de cifras (Ej.: ¿significa una mejora del seguimiento de información y registro de complicaciones, o bien que están aumentando actualmente los índices de sucesos adversos y complicaciones?)

3.2.2.2 Irlanda

49. Una parte de la experiencia Irlandesa se ha centrado en la notificación de errores en medicación. Desde estas investigaciones, la cultura organizativa ha sido considerada como un obstáculo para que la notificación de errores en medicación sea precisa. El miedo a comunicar surge bajo la legislación que puede proteger la información pero que es todavía desvelada en caso de litigio judicial. Diferencias en poblaciones de pacientes asistidos por distintos centros de atención sanitaria

pueden conducir a diferencias significativas en el número y gravedad de errores en medicación acontecidos en instituciones. Diferencias en la definición de un error de medicación entre instituciones de atención sanitaria pueden conducir a diferencias significativas en la notificación y clasificación de errores en medicación. Diferencias en los tipos de sistemas de notificación y detección de errores en la medicación entre instituciones de atención sanitaria pueden conducir a diferencias significativas en el número de errores de medicación registrados. El estado actual de los sistemas de comunicación sobre seguridad del paciente puede no ser totalmente representativo de todas las cuestiones sobre seguridad del paciente en sistemas sanitarios, pero proporciona un punto de partida para cambiar la cultura, mediciones y estructuras relacionadas con la seguridad del paciente en orden a reducir y prevenir la incidencia de estos sucesos.

50. El Plan de Indemnización Clínica (Clinical Indemnity Scheme), establecido por la Agencia Estatal de Reclamaciones (State Claims Agency) para cubrir servicios profesionales médicos en Irlanda, tiene tres objetivos: impulsar y apoyar una cultura de seguridad del paciente; reducir el número de reclamaciones clínicas; y gestionar reclamaciones clínicas de forma rentable y oportuna. Las iniciativas tratadas por el CIS trabajan para desarrollar y promover una cultura que apoye la gestión del riesgo clínico. Ha sido desarrollado un sistema de notificación en página Web, STARSweb, como herramienta de identificación del riesgo de estas iniciativas para comunicar incidencias sobre sucesos adversos a través de un sistema seguro, promoviendo así la recopilación de información precisa. La información recopilada y los modelos de mejores prácticas serán entonces difundidos, así como el entendimiento sobre la epidemiología del incremento de sucesos adversos.

3.2.2.3 Italia

51. En línea con la selección de seis indicadores de sucesos centinela por la Comisión Experta de Seguridad del Paciente del HCQI, el Ministerio de Sanidad Italiano ha emprendido la labor de mejorar la calidad de atención sanitaria en relación a estos sucesos, que causan un grave daño a los pacientes y socavan potencialmente la confianza pública en la prestación y el servicio de atención sanitaria. Desde 2001 el Ministerio de Sanidad ha establecido una lista de “Servicios de atención sanitaria garantizados a los ciudadanos”. Estos servicios nacionales son proporcionados y financiados por el gobierno en función de las necesidades del ciudadano. Además, el Ministerio controla una adecuada y uniforme prestación, particularmente donde la seguridad del paciente es crucial. El Ministerio de Sanidad Italiano se ha comprometido firmemente a garantizar seguridad y servicios de atención sanitaria de alta calidad. El Plan Sanitario Nacional 2006-2008 promueve la implantación de políticas de gobierno clínico, con medidas de seguridad del paciente y gestión del riesgo clínico, a través de enfoques integrados cubriendo los niveles institucionales de atención sanitaria (central, regional y local).

52. El Sistema Italiano de Notificación de Sucesos Centinela está basado en un proceso de notificación voluntaria, que tiene como objetivo: 1) recopilar información sobre sucesos centinela; 2) investigar e identificar factores que puedan contribuir o causar el incidente clínico; 3) establecer y supervisar actuaciones preventivas y recomendaciones para evitar la repetición de sucesos similares; 4) Informar a las regiones, hospitales y profesionales; 5) supervisar la implantación de recomendaciones a nivel local.

53. La experiencia italiana confirma la necesidad de prevenir sucesos centinela dados los graves y desfavorables resultados. La educación sobre gestión del riesgo clínico y seguridad del paciente es considerada esencial para mejorar la calidad de recopilación de información y para apoyar el análisis de factores concurrentes. Los resultados del estudio enfatizan además la necesidad de promover una cultura total sobre seguridad y prevención.

54. Más esfuerzos irán dirigidos hacia la implantación de un sistema de notificación electrónica, que se realizará gradualmente, enfocado en el resultado y severidad del suceso centinela. Una reciente propuesta de legislación garantizando la protección de la notificación ha mostrado ser un proceso complejo que puede requerir un largo periodo de aprobación. También se necesitará coordinación para garantizar y facilitar el flujo de información entre los niveles central, regional y local del sistema de

atención sanitaria. Una respuesta rápida del Ministerio de Sanidad a hospitales y profesionales jugará también un papel importante en la mejora continua de los sistemas de notificación para seguridad del paciente.

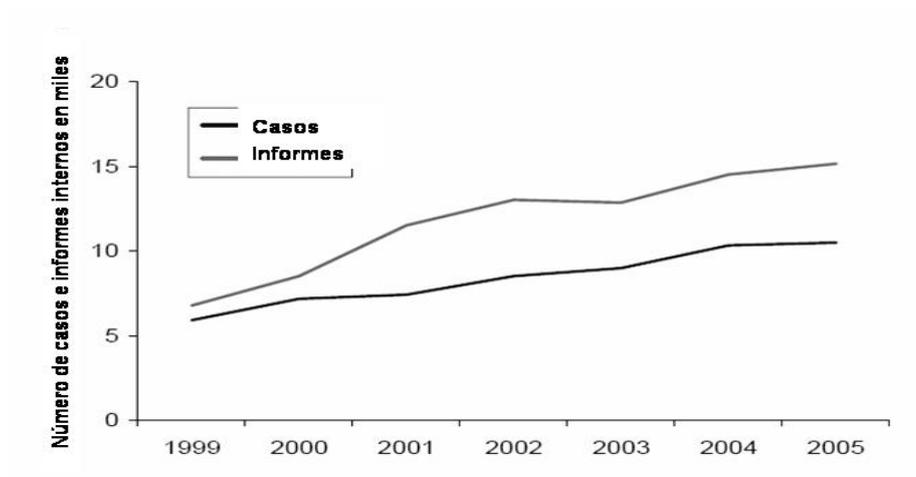
3.2.3 Práctica médica, estudios sobre infección y evaluación de sistemas de seguridad

55. Aparte de los sistemas de sucesos adversos e información administrativa hospitalaria, fue presentada una revisión de otros sistemas de evaluación de la seguridad del paciente, utilizando ejemplos de la experiencia canadiense y de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO) de Estados Unidos. La Sra. Jennifer Zelmer, Vicepresidenta del Instituto Canadiense para la Mejora de la Atención Sanitaria, expuso la experiencia canadiense con sistemas de información sobre seguridad del paciente. La Sra. Zelmer señaló que una cuarta parte de los canadienses adultos pusieron de manifiesto en los estudios que ellos mismos o miembros de su familia habían experimentado un suceso adverso. La Sra. Zelmer formuló una serie de preguntas las cuales consideró necesario se cuestionasen también por la OCDE y su Grupo Experto en Seguridad del Paciente en relación al trabajo para mejorar sistemas de información de seguridad del paciente:

- ¿Cómo podemos identificar para su seguimiento?:
 - Pacientes en riesgo de sucesos adversos.
 - Pacientes que puedan haber experimentado un suceso adverso.
- ¿Cómo podemos conocer el alcance del problema y la forma en que está cambiando?
- ¿Cómo podemos conocer los cambios a realizar?
- ¿Cómo podemos conocer que el cambio es una mejora?
- ¿Cómo podemos demostrar responsabilidad?
- ¿Cómo podemos aprender y difundir lecciones de los sucesos adversos o casi errores?

56. Para tratar estas cuestiones es necesario pensar en distintos niveles de actuación y por tanto son necesarios distintos niveles de información, incluyendo el nivel del sistema sanitario nacional para evaluar resultados, el nivel de intervención para evaluar el proceso de implantación, y el nivel de equipos asistenciales para evaluar “sistemas” de equipo que proporcionen atención más segura. La evolución de las historias clínicas informatizadas es un área que muchos expertos han señalado como la solución global para mejorar los sistemas de información de seguridad del paciente. Sin embargo, como señaló la Sra. Zelmer, hay diferentes “generaciones” de historias clínicas informatizadas, desde el sistema más básico donde sólo se realiza un seguimiento demográfico del paciente y prestador de atención sanitaria, al más complejo donde es una característica apoyar la decisión clínica para evitar errores y complicaciones. Está claro que hay muchos años de implantación, pruebas y reimplantación entre estos dos extremos del desarrollo continuo de historias clínicas informatizadas. Muchos países en la OCDE sólo han comenzado ahora la primera fase de implantación de historias clínicas informatizadas.

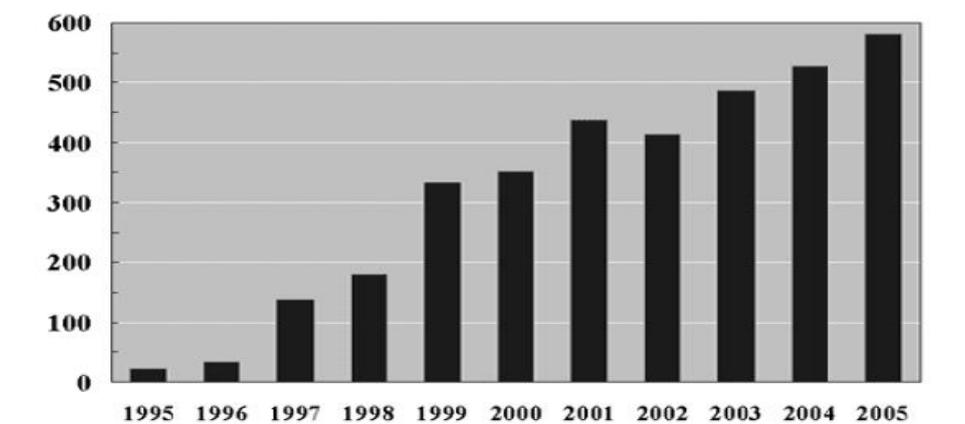
57. Canadá tiene experiencia en el seguimiento del uso y prescripción farmacéutico nacional a través del sistema canadiense Pharmanet. En 2003, de 35 millones de prescripciones registradas en el sistema, fueron señaladas 7,9 millones de interacciones potenciales al ser potencialmente peligrosas y requerir un examen más directo. De éstas fue requerido un seguimiento del 12% al considerarse “muy significativo”. Este sistema también proporciona aprendizaje sobre las razones de los problemas de prescripción de medicamentos que son examinados. Otros sistemas utilizados en Canadá incluyen un sistema de notificación de sucesos adversos hospitalarios que se presenta en informes anuales hospitalarios, un ejemplo del cual se muestra en el gráfico siguiente. La Sra. Zelmel proporcionó un ejemplo concreto de cómo Ontario ha actuado a nivel provincial para tratar sucesos adversos documentados en estos informes.

Gráfico 2. Tendencias en Acontecimientos Adversos Hospitalarios en Canadá

Fuente: CIHI (Instituto Canadiense de Mejora Sanitaria).

58. La experiencia de la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones Sanitarias proporciona un contrapunto al sistema canadiense puesto de relieve. Peter Angood, Vicepresidente y Director de Seguridad del Paciente, y Codirector de la Comisión Conjunta del Centro Internacional de Seguridad del Paciente, presentó el enfoque de la Comisión Conjunta sobre los sistemas de información de seguridad del paciente, su historia en Estados Unidos y su utilización en otros países de la OCDE. El objetivo de la Comisión Conjunta es “mejorar de forma continuada la seguridad y calidad de la atención proporcionada al público, a través de la provisión de acreditación de atención sanitaria y servicios relacionados que apoyen la introducción de mejoras en las instituciones de atención sanitaria”. Este objetivo se realiza a través del trabajo de acreditación, actividades de evaluación, seguridad del paciente, provisión de información y trabajo en políticas públicas. En términos de seguridad del paciente, la Comisión Conjunta considera unido íntimamente su trabajo en sistemas de información con el desarrollo de sistemas para mejorar la seguridad del paciente. En particular, el trabajo realizado por la Comisión Conjunta en Estados Unidos y en otros países de la OCDE está progresando en distintas áreas técnicas de sistemas de información de seguridad del paciente, especialmente en sistemas de sucesos centinela.

59. La política de sucesos centinela de la Comisión Conjunta fue establecida en Estados Unidos en 1996. Desde entonces se ha producido un rápido incremento en la comunicación de sucesos centinela, como se muestra en el gráfico siguiente. La clave del éxito de este sistema, afirmó el Dr. Angood, es que el sistema de seguimiento de sucesos centinela está conectado a un sistema de alertas de sucesos centinela, los cuales son producidos y distribuidos a nivel nacional por la Comisión Conjunta en relación a los problemas sobre seguridad del paciente identificados por el sistema. Estos sucesos incluyen alertas sobre errores de cirugía, errores de transfusión, kernicterus, medicamentos con apariencia o fonética similar, y sucesos asociados a respiradores, por nombrar solo algunos. Actualmente hay más de 35 alertas publicadas sobre sucesos centinela.

Gráfico 3. Frecuencia de Sucesos Centinela, Estados Unidos, 1995 - 2005

Fuente: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones Sanitarias).

60. Al explicar los Objetivos de la Comisión Conjunta Nacional sobre seguridad del paciente, el Dr. Angood destacó la importancia de conectar los sistemas de información sobre seguridad del paciente a los sistemas de mejora de seguridad del paciente y procesos de acreditación. Actualmente hay once áreas objetivo en este grupo, cada una dirigida a objetivos específicos y con sistemas de evaluación ajustados a los mismos. Estos objetivos son actualizados y revisados anualmente con el asesoramiento de una comisión de asesores expertos externos, y están diseñados para destacar o reseñar áreas de temas específicos de interés sobre cuestiones de seguridad del paciente. Las instituciones que soliciten su acreditación de la Comisión Conjunta tienen que implantar todas las áreas de objetivos aplicables, y ser evaluadas en sus esfuerzos para alcanzar dichos objetivos así como los requisitos asociados a los mismos. Algunas de estas mismas áreas son parte del campo de trabajo del Centro de Colaboración Internacional de la Comisión Conjunta sobre Seguridad del Paciente para el desarrollo, difusión e implantación de Soluciones para la Seguridad del Paciente, que es un componente de la iniciativa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Este Centro está concentrando su labor inicial en diversas cuestiones sobre seguridad del paciente que incluyen sistemas de información y mejora en las áreas de errores en cirugía, higiene de las manos, conciliación con la medicación, eliminación de concentraciones altas de soluciones intravenosas y transferencia de comunicaciones. El Dr. Angood señaló que estas áreas coinciden en parte con las áreas del indicador de seguridad del paciente de la OCDE.

3.3 Información de Seguridad para Atención Segura: De Conocer a Actuar

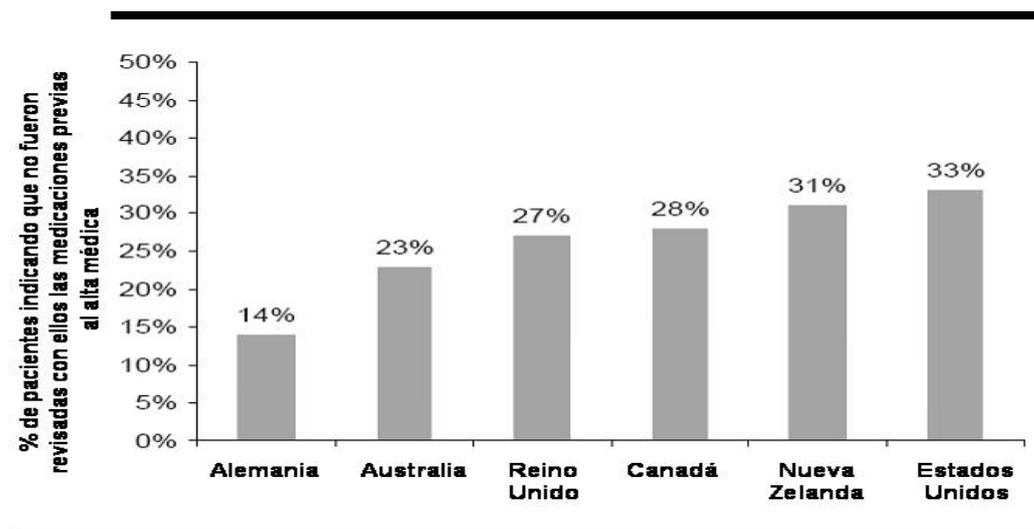
61. El segundo día de la conferencia se concentró en debatir sobre cómo avanzar para mejorar la seguridad del paciente, basado en el estudio del primer día sobre iniciativas y obstáculos en los sistemas de información de seguridad del paciente. Los discursos sobre la cuestión principal del día fueron pronunciados por la Vicepresidenta del Gobierno y Ministra de Salud e Infancia de Irlanda la Sra. Mary Harney, la Dra. Carolyn Clancy, Directora de la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria de Estados Unidos, y Sir Liam Donaldson, Director General Médico del Reino Unido y Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La sesión fue presidida por el Dr. Jim Kiely, Director General Médico de Irlanda. La sesión continuó con una presentación del personal de la OCDE que trató los resultados de las presentaciones del día anterior y las deliberaciones de los grupos de trabajo, y desarrolló dos propuestas concretas de trabajo para la OCDE.

62. Los temas de estas presentaciones se centraron en tres áreas:

- El consenso sobre niveles comunes de problemas de seguridad entre países basado en un estudio único.
- El modelo que han adoptado los gobiernos para investigar y tratar de mejorar la seguridad.
- El modelo de Tecnología de Información Sanitaria (HIT) en futuras mejoras de seguridad.

63. A la vista del material publicado es evidente que hay un consenso cada vez mayor entre los países de la OCDE sobre el nivel del problema de la seguridad. Como se dijo anteriormente, estudios de práctica médica han mostrado que los índices de errores médicos en los países que han realizado dichos estudios se encuentran entre el 8-15% de todos los ingresos hospitalarios. En muchos casos, sucesos de “casi errores” o errores médicos que casi suceden no se registran o no se toman en cuenta en estos estudios. Por otra parte, diferentes estudios informan del “daño” de forma diferente, de tal forma que el índice de errores médicos puede que no se ajuste al nivel de daño (Ej.: los índices de errores médicos no proporcionan, estrictamente hablando, el verdadero impacto de los problemas sobre seguridad del paciente). La Dra. Carolyn Clancy mencionó cifras publicadas por el Fondo de la Commonwealth mostrando que en muchos países los pacientes afirman con frecuencia que el personal médico no examinó con ellos sus medicaciones previas al alta médica. Las cifras comprenden desde el 14% de pacientes en Alemania al 33% de pacientes en Estados Unidos y son mostradas en el gráfico siguiente (Fondo de la Commonwealth, 2005).²

Gráfico 4. Experiencia de los Pacientes en Seguridad de Medicación



Fuente: Fondo de la Commonwealth, 2005.

64. Sin embargo, están en marcha campañas nacionales e internacionales para abordar deficiencias en seguridad. En octubre de 2004, esfuerzos para tratar la seguridad del paciente produjeron la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Alianza aumenta la conciencia y el compromiso político para mejorar la seguridad en la atención sanitaria y facilitar el desarrollo de políticas y prácticas sobre seguridad del paciente en todos los Estados Miembros de la OMS. Cada año la Alianza emite una serie de programas cubriendo aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo (OMS 2006).

² Los países inspeccionados incluyen: Alemania, Australia, Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda y Estados Unidos.

65. La Alianza Mundial ha intentado aumentar la conciencia sobre los problemas de seguridad del paciente y sobre la necesidad de obtener mejor información sobre seguridad del paciente a través de dos “retos mundiales”. El primer reto mundial se denominó “Una Atención Limpia es una Atención más Segura” e iba dirigido a aumentar la conciencia del impacto de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, conseguir un compromiso de los países para lanzar campañas nacionales al objeto de mejorar la higiene en la atención, e implantar directrices internacionales de la OMS sobre atención limpia. El segundo reto mundial se lanzará en enero del 2007 y se denominará *Safe Surgery Saves Lives* (Cirugía Segura Salva Vidas). Se propone mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todo el mundo. Mientras que sus actividades en sistemas de información sobre seguridad del paciente son más limitadas, la Alianza Mundial está trabajando con organismos nacionales para desarrollar programas de investigación y capacidad local con el objeto de supervisar la seguridad del paciente a nivel nacional y local. Como parte de esta campaña, la Alianza Mundial trabajó con el profesor Lucian Leape en la elaboración del *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems* (Proyecto de Directrices de Notificación de Sucesos Adversos y Sistemas de Aprendizaje de la OMS), para ayudar a los países a desarrollar o mejorar sistemas de notificación y aprendizaje dirigidos a mejorar la seguridad en la atención al paciente.

66. Apoyándose en investigaciones de los Informes Nacionales de Estados Unidos, la Agencia para Investigación y Calidad de Atención Sanitaria de Estados Unidos (AHRQ) tiene cuatro áreas principales de trabajo en la mejora de la seguridad del paciente:

- Identificar errores médicos y otras amenazas para la seguridad del paciente, así como entender por qué suceden.
- Fomentar el aprendizaje de prácticas que reduzcan o eliminen la incidencia de errores médicos y minimicen el riesgo de daño al paciente.
- Desarrollar, recopilar y difundir información sobre cómo implantar mejores prácticas para la seguridad del paciente.
- Posibilitar a los prestadores supervisar y evaluar amenazas para la seguridad del paciente y el progreso realizado.

67. La Dra. Clancy resaltó la necesidad de trabajar en múltiples frentes para mejorar la seguridad del paciente. El trabajo del AHRQ está dirigido a los profesionales sanitarios con una herramienta informática que simula “series” de morbilidad y mortalidad tal y como se producen, donde cuestiones sobre casos particulares de seguridad del paciente pueden ser debatidas por profesionales. Al mismo tiempo, la Dr. Clancy enfatizó la necesidad de educar a los pacientes, y el AHRQ produce material para pacientes diseñado para ayudarles a preguntar y relacionarse con los profesionales sanitarios sobre cuestiones concernientes a su propia seguridad.

68. Al igual que otros países, Estados Unidos ha trabajado en el contexto legislativo para el programa nacional sobre seguridad del paciente. Legislación reciente de Estados Unidos, denominada Ley de Seguridad del Paciente de 2005, establece una nueva categoría de institución sanitaria conocida como institución para seguridad del paciente (Patient Safety Organization, PSO). Estas PSO pueden ser hospitales, consultas médicas, etc., pero su elemento común es que están elaborando información sobre seguridad del paciente que puede ser transmitida de forma ordinaria y que será “protegida” de procedimientos judiciales.

69. Los tres ponentes principales resaltaron los avances en tecnología de información sanitaria (HIT) desde el punto de vista de mejora de la seguridad del paciente. Internacionalmente, las mejoras de la tecnología de información sanitaria están detrás de algunos de los crecientes programas de seguridad en medicación, a medida que la expansión continúa con la incorporación de órdenes médicas informatizadas en países tales como España. Los tres ponentes remarcaron la importancia de visión y liderazgo en el desarrollo de tecnología de información sanitaria a nivel nacional. La Dra.

Clancy citó tres áreas “objetivo” que deben ser supervisadas por los países mientras tratan de mejorar la seguridad a través del uso extendido del HIT:

- Mejoras en seguridad de la medicación.
- Mejoras en la toma de decisiones para pacientes y profesionales sanitarios.
- Mejoras en transiciones de alto riesgo.

70. El AHRQ tiene actualmente más de 100 acuerdos con hospitales, profesionales sanitarios y sistemas de atención sanitaria para promover el acceso a tecnología de información sanitaria. Hay una necesidad especial en Estados Unidos y otros países de asegurarse que los programas del HIT alcanzan aquellos hospitales que podrían beneficiarse de forma importante de dichos programas, concretamente hospitales pequeños y rurales donde la financiación para inversiones en HIT es mas limitada.

71. Una de las áreas principales en el trabajo futuro para la mejora de la seguridad del paciente es la relativa a la seguridad en la atención ambulatoria. Según ha mostrado el trabajo realizado por el Proyecto *HCQI* de la OCDE hay escasa información y consenso sobre calidad y seguridad en la atención ambulatoria en todo el mundo. La necesidad de cambiar el enfoque sobre la atención ambulatoria es evidente: cada vez más servicios de atención sanitaria están cambiando; los entornos de atención ambulatoria (la interrelación con los pacientes, múltiples prestadores de atención, etc.) crean un medio complejo con necesidades complejas de información.

72. Finalmente, tal y como sir Liam Donaldson subrayó en sus observaciones, el trabajo futuro necesitará desarrollar en la industria de la atención sanitaria lecciones aprendidas de otras industrias. Es necesario más trabajo en enseñanza de técnicas sobre niveles de sistemas de verificación de errores, tales como las técnicas practicadas en la compañía Toyota, y en dirigir estudios de simulación que puedan ayudar a desarrollar técnicas ya adoptadas en otras industrias de alto riesgo y complejidad.

4 SIGUIENTES MEDIDAS PARA EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

73. Queda claro tanto del estudio de la OCDE sobre disponibilidad de información en seguridad del paciente como de las presentaciones de esta conferencia, que existen una serie de oportunidades para mejorar los sistemas de información de seguridad del paciente en todo el mundo. En particular:

- Aún no existe ninguna base de datos internacional sobre seguridad del paciente. - Al nivel más básico, no existe actualmente ninguna base de datos internacional que, de forma regular, esté recopilando internacionalmente entre los países información sobre seguridad del paciente y que pudiera servir como herramienta para establecer enseñanzas y parámetros de referencia nacionales.
- Solo información muy limitada es inmediatamente comparable entre países. – En áreas tales como sucesos adversos y errores médicos hay pocos países que hagan un seguimiento de estos indicadores de seguridad del paciente de la misma forma. Sin embargo, el estudio de la OCDE sobre disponibilidad de información de seguridad del paciente también muestra que hay áreas prometedoras, particularmente en la utilización potencial de la información administrativa hospitalaria. Se necesitan adaptaciones para cruzar los sistemas de notificación nacional y hacer comparable la información.
- Donde hay disponibilidad de información, existe una variedad de factores que inhiben su utilización para establecer enseñanzas y parámetros de referencia a nivel internacional - En algunas áreas tales como complicaciones en la atención hospitalaria, hay un nivel razonable de disponibilidad de información. Sin embargo, las convenciones y estructuras específicas de los sistemas de información que se están utilizando, así como el contexto legal de sistemas de información, inhiben la posibilidad de hacer comparable la información internacionalmente.

74. Para comenzar a abordar estas lagunas, esta Conferencia formuló dos propuestas de trabajo específicas, que ya están siendo realizadas por el grupo de expertos en seguridad del paciente sobre mejora de sistemas de información de seguridad. Estas propuestas de trabajo se presentan detalladas a continuación.

75. La Iniciativa de Trabajo 1 está enfocada en adaptar internacionalmente sistemas de información administrativa hospitalaria sobre seguridad del paciente: Esta iniciativa solicitaría un grupo de países colaboradores voluntarios para facilitar “información” a través del Subgrupo Experto de Seguridad del Paciente de la OCDE. Se ajustaría un objetivo de 10 países, aunque el hecho de que hubiera menos países voluntarios no significaría necesariamente que la iniciativa no pudiera llevarse a cabo. La campaña sería un proyecto de investigación basado en datos documentados, examinando en particular cuestiones de información y codificación. La campaña se desarrollaría sobre el trabajo ya realizado y presentado en la conferencia por Italia, Alemania, Canadá y Bélgica particularmente. En concreto, la Secretaría diseñaría un cuestionario para los países voluntarios que recogería información sobre las dos preguntas de investigación siguientes:

- ¿Cuáles son las diferencias estructurales en sistemas de información administrativa hospitalaria entre países que pueden influir en su utilización como herramienta de seguimiento de la seguridad del paciente?
- Basándose en estimaciones a través de un grupo de países, ¿qué conjunto de indicadores PSI de la OCDE basados en información administrativa hospitalaria parecen ser relativamente comparables entre países?

76. La Iniciativa de Trabajo 2 recopilaría información sobre sistemas de notificación de sucesos adversos para seguridad del paciente. Igualmente, se solicitaría un grupo de países voluntarios por parte del Subgrupo Experto en Seguridad del Paciente *HCQI*. Dadas las diferencias entre países en cuanto a los contextos legales y administrativos de estos sistemas, esta iniciativa ayudaría a recoger información que podría ser utilizada para juzgar los indicadores de sistemas de notificación, así como para ajustar diferentes contextos entre países. También permitiría a la OCDE recopilar información prospectiva que podría ser utilizada para futuros análisis de información comparable. Esta campaña se apoyaría en el trabajo realizado por la Oficina Europea de OMS en esta área. El enfoque de la información recopilada sería sobre errores médicos, infecciones hospitalarias y sucesos relacionados con productos sanguíneos. Esperamos ser capaces de utilizar tanto la información secundaria como la primaria proporcionada por los países al objeto de aliviar la carga de información sobre los países participantes. En concreto, el cuestionario de la Secretaría y la información secundaria recopilada se enfocaría en las siguientes cuestiones relacionadas con sistemas de registro de sucesos adversos para seguridad del paciente:

- Tipos registrados de sucesos y medicaciones.
- Registro completo.
- Cuestiones de confidencialidad.
- Propiedad de la información y utilización de la información para dar respuesta.

REFERENCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality. The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 information sheet. <http://www.ahrq.gov/qual/psoact.htm>. (last accessed November 10, 2006).

Commonwealth Fund. "Taking the Pulse of Healthcare Systems: The Commonwealth Fund's Survey of Sicker Adults". (New York: Commonwealth Fund). November 2005.

Donaldson L. When will health care pass the orange-wire test? *The Lancet* 2004; 364: 1567-1568.

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

Institute of Medicine. *To Err is Human*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *National Library of Healthcare Indicators™ Health Plan and Network Edition*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1997.

Leape LL. Reporting of adverse events. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347(20):1633-1638.

National Patient Safety Agency. *Making the NHS a Safer Place*. (London: NPSA) 2004.

Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report. OECD Health Working Paper no. 22. (Paris: OECD). 2006.

Runciman B et al. The Australian Incident Monitoring Study. Errors, incidents and accidents in anaesthetic practice. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:506-519.

Thomas AN, Pilkington CE, Greer R. Critical incident reporting in UK intensive care units: a postal survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2003, 9(1):59-68.

Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal of Quality in Health Care* 2005; 17: 487-496.

Wilson RM et al. The Quality in Australian Health-Care Study. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458-71.

World Health Organization. World Alliance on Patient Safety. <http://www.who.int/patientsafety/en/> (last accessed 12/4/06).

Zhan C, Arispe I, Kelley E, Ding T, Burt C, Shinogle J, Stryer D. Ambulatory Care Visits for Treating Adverse Drug Events in the United States 1995-2001. *Journal on Quality and Patient Safety*. July 2005; 31:7.

ANEXO 1. LISTA DE CONFERENCIANTES

Gerard Schmets	Oficina Regional de la OMS para Europa
Margaret Murphy	Defensor del Paciente República de Irlanda
Sarah Scobie	Directora del Observatorio de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente Reino Unido
Carlo Liva	Agencia Nacional de Servicios de Atención Sanitaria Regional Italia
John Devlin	Ministerio Irlandés de Salud e Infancia
Patrick Romano	Universidad Davis de California, División de Medicina General Estados Unidos
Leifur Bardarsson	Grupo de Trabajo sobre Evaluación de Calidad del Consejo de Ministros Nórdico Director Médico del Departamento de Garantía de Calidad Landspítali. University Hospital Islandia
Yolanda Agra Varela	Ministerio de Sanidad de España Consejera Técnica Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad Agencia de Calidad de SNS Ministerio de Sanidad y Consumo
Enrique Terol	Ministerio de Sanidad de España Subdirector de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Consumo
Ailis Quinlin	Plan de Indemnización Clínica Irlanda
Tim Delaney	Hospital Tallaght República de Irlanda
Giuseppe Murolo	Ministerio de Sanidad de Italia
Jennifer Zelmer	Instituto Canadiense de Información Sanitaria
Peter Angood	Director para la Seguridad del Paciente y Codirector de la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO) –Centro Internacional de la Comisión Conjunta para la Seguridad del Paciente Estados Unidos

Jim Kiely	Ministerio Irlandés de Salud e Infancia
Carolyn Clancy	Directora Directora de la Agencia para la Investigación y Calidad de Atención Sanitaria (AHRQ) Departamento de Salud y Servicios Humanos Estados Unidos
Mary Harney	Vicepresidenta del Gobierno y Ministra de Salud e Infancia República de Irlanda
Sir Liam Donaldson	Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
Peter Scherer	OCDE
Edward Kelley	OCDE
John Devlin	Ministerio Irlandés de Salud e Infancia
Hans Rutberg	Asesor Senior Consejo Nacional de Salud y Bienestar Suecia