



**SEGURETAT  
DEL PACIENT**  
Atenció Primària de Mallorca

**Pla Estratègic  
de Seguretat  
del Pacient  
2019-2023**





# Pla Estratègic de Seguretat del Pacient 2019-2023

### Autoria

- Etel Oliver Rosset, metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Son Rutlan (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Sara Guerrero Bernat, metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Camp Redó (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Aina Soler Mieras, metgessa farmacòloga clínica del Gabinet Tècnic d'Atenció Primària de Mallorca. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Joan F. Cabrer Palomés, metge de medicina de família i comunitària del Centre de Salut S'Escorxador (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Antònia Roca Casas, directora mèdica de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

### Conflictes d'interès

Els autors declaren no tenir cap conflicte d'interès amb relació a activitats referides a aquesta matèria.

### Revisió externa

- Carlos Campillo Artero. Tècnic de salut i coordinador autonòmic de Seguretat del Pacient. Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears
- Ignacio Ricci Cabello, investigador Miguel Servet de tipus I de l'Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa) i de la Unitat d'Investigació. Gerència d'Atenció Primària Mallorca
- Juana María Janer Llobera, metgessa de medicina de família i comunitària del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Carmen García Vázquez, metgessa de medicina de família i comunitària de la Unitat Bàsica de Salut Badia Gran (Centre de Salut Trencadors). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Ana Aurelia Iglesias Iglesias, farmacèutica d'atenció primària del Sector sanitari de Llevant. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Rosa Duro Robles, subdirectora assistencial d'Atenció Primària i Atenció a les Urgències Extrahospitalàries. Servei de Salut de les Illes Balears
- María Asunción Boronat Moreiro, farmacèutica d'atenció primària del Servei de Farmàcia dels Serveis Centrals. Servei de Salut de les Illes Balears
- Marta Fernández Tous, farmacèutica d'atenció primària del Servei de Farmàcia dels Serveis Centrals. Servei de Salut de les Illes Balears
- Joana Maria Taltavull Aparicio, subdirectora d'infermeria del Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Maria Antònia Font Oliver, directora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

### Traducció i maquetació

Bartomeu Riera Rodríguez. Tècnic en assessorament lingüístic dels Serveis Centrals. Servei de Salut de les Illes Balears

### Edició

Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, octubre de 2018

### ISBN

978-84-09-06781-7

### Com citar aquest document

OLIVER ROSSET, Etel; GUERRERO BERNAT, Sara; SOLER MIERAS, Aina; CABRER PALOMÉS, Joan F.; ROCA CASAS, Antònia. *Pla Estratègic de Seguretat del Pacient 2019-2023*. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, 2018.



---

## Presentació

---

Tota activitat sanitària implica el risc que es produeixin esdeveniments adversos, alguns dels quals són inevitables, però molts d'altres són evitables. Un gran nombre de persones són ateses i tractades cada dia a l'atenció primària de Mallorca, i totes estan exposades al risc que es produeixin esdeveniments adversos, que afecten no només els pacients i les seves famílies sinó també els professionals. Malgrat la traça dels professionals sanitaris, aquest risc és inherent a tota activitat sanitària ateses la complexitat i les característiques especials, la introducció de noves tecnologies i l'increment constant de l'ús dels serveis sanitaris.

Una de les línies estratègiques de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca és millorar la seguretat dels pacients basant-nos en dos conceptes clau per minimitzar els riscos derivats de l'activitat sanitària: *primum non nocere* (abans que res, no fer mal) i ser capaços d'aprendre dels errors. L'objectiu principal és prevenir els errors i els esdeveniments adversos derivats de l'activitat sanitària a fi d'oferir una atenció primària més segura.

En el nostre àmbit, els estudis conclouen que, tot i que la pràctica sanitària és relativament segura, la prevenció d'esdeveniments adversos es perfila com una estratègia prioritària a causa de l'alt percentatge d'esdeveniments evitables. Per aquesta raó és prioritari incidir en aspectes essencials, com ara la instauració de pràctiques segures que redueixin la probabilitat que es produeixin esdeveniments adversos, fomentar la cultura de la seguretat del pacient entre els mateixos pacients i també entre els professionals i garantir la formació sobre la de detecció d'errors, sobre el registre sistemàtic d'aquests i sobre l'anàlisi de les causes com a eina d'aprenentatge per als professionals.

Aquest PLA ESTRATÈGIC DE SEGURETAT DEL PACIENT 2019-2023 marca el rumb que ens hem fixat: oferir una atenció sanitària més segura.

Miquel Caldentey Tous

Director gerent d'Atenció Primària de Mallorca



## Índex de continguts

Introducció.....	10
Línia estratègica 1    Cultura de la seguretat del pacient.....	17
Línia estratègica 2    Unitat de gestió dels riscos .....	23
Línia estratègica 3    Comunicació entre professionals i pacients.....	28
Línia estratègica 4    Continuitat assistencial.....	29
Línia estratègica 5    Pràctiques segures .....	33
Línia estratègica 5.1    Identificació inequívoca de pacients .....	33
Línia estratègica 5.2    Cures segures: úlceres per pressió.....	34
Línia estratègica 5.3    Ús segur dels medicaments.....	35
Línia estratègica 5.4    Prevenció d'infeccions .....	38
Línia estratègica 5.5    Cirurgia menor segura.....	40
Línia estratègica 6    Entorn segur .....	42
Línia estratègica 7    Evitar intervencions innecessàries .....	43
Línia estratègica 8    Fomentar la investigació.....	45
Línia estratègica 9    Pacients per la seguretat del pacient.....	47
Glossari.....	49
Bibliografia.....	51



## Introducció

A causa de la complexa interacció de relacions humanes, tecnologia, condicions dels pacients i coneixements disponibles, els sistemes sanitaris són organitzacions d'alt risc, en què és freqüent que es produeixin danys innecessaris i involuntaris als pacients.

Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut, s'entén per *seguretat del pacient* la reducció del risc de dany innecessari associat a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable, tenint en compte els coneixements del moment, els recursos disponibles i el context en què es presta l'atenció.

Tot i que el principi de no-maleficència és un dels pilars de l'atenció sanitària, probablement des dels inicis de la medicina no hi ha hagut una vertadera percepció dels riscos que implica l'atenció mateixa ni dels danys no intencionats que el pacient pot patir, o aquesta percepció estava limitada, si de cas, a assumir que els riscos eren causats per errors individuals dels professionals sanitaris, no per problemes del sistema mateix ni per com s'organitza l'atenció.

No va ser fins l'any 1999, amb la publicació de l'informe "To err is human" ('errar és humà') a càrrec de l'Institut Americà de Medicina quan es va fer palesa la magnitud del problema revelant el gran impacte que els danys associats a l'atenció sanitària tenen en els pacients, els professionals, les organitzacions sanitàries i la societat.<sup>1</sup>

D'aleshores ençà, la preocupació per la seguretat del pacient ha orientat les polítiques de qualitat de les principals organitzacions sanitàries internacionals, que han desenvolupat estratègies i recomanacions per fomentar el control dels danys evitables en la pràctica clínica.<sup>2</sup>

El maig de 2004, l'Organització Mundial de la Salut va donar suport a la creació de l'Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient amb l'objectiu de liderar una estratègia entre països, organismes internacionals i altres interessats que permetés desenvolupar programes per millorar la seguretat de les cures sanitàries arreu del món. Es varen proposar deu programes d'actuació prioritaris:

1. **"Repte global per la seguretat del pacient"**: l'any 2017, l'Organització Mundial de la Salut va anunciar la posada en marxa del tercer repte mundial per la seguretat del pacient, denominat "Medicació sense danys", l'objectiu del qual, amb una previsió de cinc anys, és reduir un 50 % la càrrega mundial d'efectes nocius iatrogènics causats pels medicaments. L'Organització Mundial de la Salut aspira a aconseguir un abast i un impacte mundials similars als aconseguits en els dos reptes mundials anteriors, "Una atenció més neta és una atenció més segura" i "La cirurgia segura salva vides".<sup>3</sup>
2. **"Pacients per la seguretat del pacient"**: la veu dels pacients ha de ser al centre del moviment mundial.
3. **"Sistemes de notificació i aprenentatge"**: promoure aquests sistemes i analitzar-los a fi que permetin identificar les causes i els factors de risc que són subjacents en els problemes de seguretat i propiciar l'aprenentatge i l'acció preventiva.
4. **"Taxonomia"**: definir i harmonitzar conceptes coneguts però encara no definits com una eina clau per desenvolupar un sistema acceptat internacionalment per classificar la informació en matèria de seguretat del pacient i promoure un aprenentatge més efectiu.

5. **“Recerca”**: fomentar projectes de recerca qualitativa i quantitativa, i també la col·laboració en l'aplicació dels resultats de la recerca a fi d'aconseguir una seguretat més gran de l'atenció sanitària i reduir els danys ocasionats als pacients a escala mundial.
6. **“Solucions de seguretat”**: col·laborant amb la Joint Commission International es pretén dissenyar intervencions d'eficàcia demostrada en matèria de prevenció i minimització de danys al pacient.
7. **“Seguretat en acció”**: centrat a difondre i implementar les millors pràctiques en les organitzacions, en els equips de treball i en la pràctica clínica i convertir en una realitat la millora en la seguretat del pacient.
8. **“Tecnologia i educació per a la seguretat del pacient”**: ús de les oportunitats tecnològiques en benefici de la seguretat del pacient.
9. **“Seguretat del pacient i cures dels pacients crítics”**: millorar l'assistència i identificar les prioritats clau en matèria de seguretat d'aquest tipus de pacients.
10. **“Coneixement sobre seguretat del pacient al vostre abast”**: línies de treball per obtenir i compartir el coneixement en aquesta matèria desenvolupat globalment.

Altres organismes s'han anat adherint als projectes de seguretat del pacient atesa la rellevància que aquesta ha anat adquirint al llarg del temps. A Espanya, des de l'any 2005 el Ministeri de Sanitat i Consum (actualment Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social) va impulsar i va promoure — en el marc del Pla de Qualitat— l'Estratègia de Seguretat del Pacient del Sistema Nacional de Salut, desenvolupada en col·laboració amb les comunitats autònomes, que integra les aportacions dels professionals sanitaris i dels pacients mitjançant les seves organitzacions. Després de deu anys de desenvolupament, es va plantejar una actualització per al període 2015-2020 a fi de tenir un instrument que donàs una visió general del que s'ha realitzat i facilitàs la reflexió i la presa de decisions consensuades al voltant de la seguretat del pacient en el Sistema Nacional de Salut.<sup>4</sup>

### La bioètica com a base de la seguretat del pacient

Procurar beneficis a les persones i no provocar-los danys evitables o innecessaris és un dels deures ètics de la medicina. Ambdós principis, el de beneficència i el de no-maleficència, s'uneixen en el clàssic *primum non nocere*. Els principis que regeixen la pràctica de la medicina es relacionen directament amb l'atenció segura al pacient: beneficència, no-maleficència, justícia i autonomia parlen el llenguatge de la seguretat.

L'assistència segura implica necessàriament evitar el dany i procurar el bé del pacient. En virtut del principi d'autonomia del pacient, cal prendre en consideració la seva voluntat i promoure que s'impliqui en la presa de decisions que puguin afectar-li la salut.

D'acord amb les estimacions més conservadores, els danys als pacients durant l'atenció sanitària són la catorzena causa de morbimortalitat arreu del món<sup>5</sup> i la tercera causa de mort als Estats Units.<sup>6</sup> En aquest sentit, organitzacions i professionals tenen l'obligació de reparar el dany causat en virtut del principi de beneficència.

No només els professionals són responsables de la seguretat del pacient: les organitzacions tenen envers els seus usuaris les mateixes obligacions ètiques; pren especial rellevància el principi de justícia, ja que els costos de la falta de seguretat —atès el gran impacte econòmic i social que té— repercuteixen en el conjunt dels usuaris del sistema sanitari i, a més, té un elevat cost d'oportunitat. Arreu del món, la gestió de tots els aspectes dels esdeveniments adversos representa el 15 % de la despesa sanitària.<sup>7</sup>

El pacient que pateix un esdeveniment advers es troba en una situació de vulnerabilitat que exigeix delicadesa i consideració màximes; en aquest context es parla de “primera víctima”. Tanmateix, cal tenir en compte que no és l'única víctima de l'incident, ja que el professional sanitari resulta afectat habitualment pels esdeveniments adversos en què està implicat i sovint experimenta sentiments molt similars als del pacient; en aquest cas es parla de “segona víctima”. En ambdós casos cal valorar de manera global la reparació del dany considerant aspectes econòmics, emocionals i l'impacte sobre l'organització, que n'és la “tercera víctima”.<sup>7</sup>

### Seguretat del pacient i qualitat assistencial

La qualitat assistencial és el pilar fonamental de l'atenció sanitària, juntament amb la sostenibilitat del sistema. Una de les definicions de *qualitat assistencial* citada més habitualment és la formulada per l'Institute of Medicine l'any 1996: “grau en què els serveis de salut per als individus i per a la població augmenten la probabilitat d'obtenir els resultats desitjats i alhora són coherents amb el coneixement científic actual”.<sup>8</sup>

Les dimensions que la qualitat assistencial engloba es resumeixen en els aspectes següents:

- **Efectivitat:** proporciona atenció sanitària basada en l'evidència, que produeix resultats en la millora de la salut per a les persones i per a la comunitat d'acord amb les necessitats que presenten.
- **Eficiència:** procura atenció sanitària maximitzant els recursos i evitant la despesa innecessària. Relaciona els costos generats amb els resultats o beneficis obtinguts.
- **Accessibilitat:** permet l'atenció sanitària a temps, geogràficament raonable i en un lloc on les tècniques i els recursos són apropiats per a les necessitats de salut destacades.
- **Equitat:** procura atenció sanitària que no varia de qualitat a causa de les característiques personals, com ara el sexe, l'ètnia, la situació geogràfica o l'estatus socioeconòmic.
- **Acceptabilitat:** proporciona atenció sanitària tenint en compte les preferències i les expectatives de l'usuari i la cultura de la comunitat a la qual pertany.
- **Seguretat:** procura atenció sanitària que minimitza els riscos i els danys als usuaris dels serveis.

La gestió de la qualitat té com a objectiu central garantir un nivell adequat de qualitat d'un centre i estructurar les activitats encaminades a aquesta finalitat: l'acreditació, la certificació fonamentada en l'homologació, la normalització o el compliment d'unes normes i l'autoavaluació i el reconeixement de l'excel·lència en el funcionament a partir del Model Europeu de Gestió de Qualitat (EFQM), un sistema d'autoavaluació desenvolupat en l'àmbit europeu.

L'acreditació és un procés pel qual un centre sanitari se sotmet a un procediment de verificació extern a càrrec d'un organisme acreditat a fi d'avaluar el grau de compliment de criteris i d'estàndards de qualitat establits prèviament per un òrgan independent; després de verificar els resultats obtinguts, s'emet el dictamen d'acreditació corresponent.

A més de les actuacions institucionals i l'ajuda que proporcionen els organismes acreditats, en un nivell més específic hi ha instruments que tenen la finalitat d'analitzar sistemàticament els processos de salut i valorar els plans de millora. Un dels més útils és el cicle de Deming (basat en un concepte ideat per Walter A. Shewhart) de millora de la qualitat, també conegut com a PDCA (per les inicials en anglès de *pla-do-check-act*, 'planificar-fer-revisar-actuar').

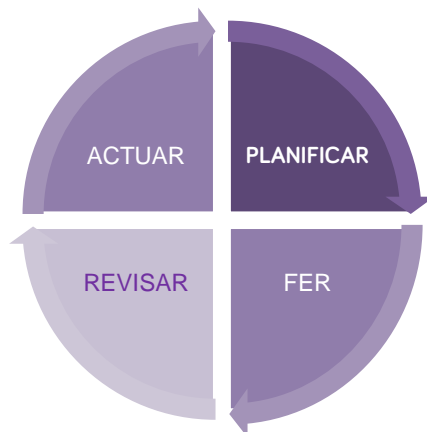


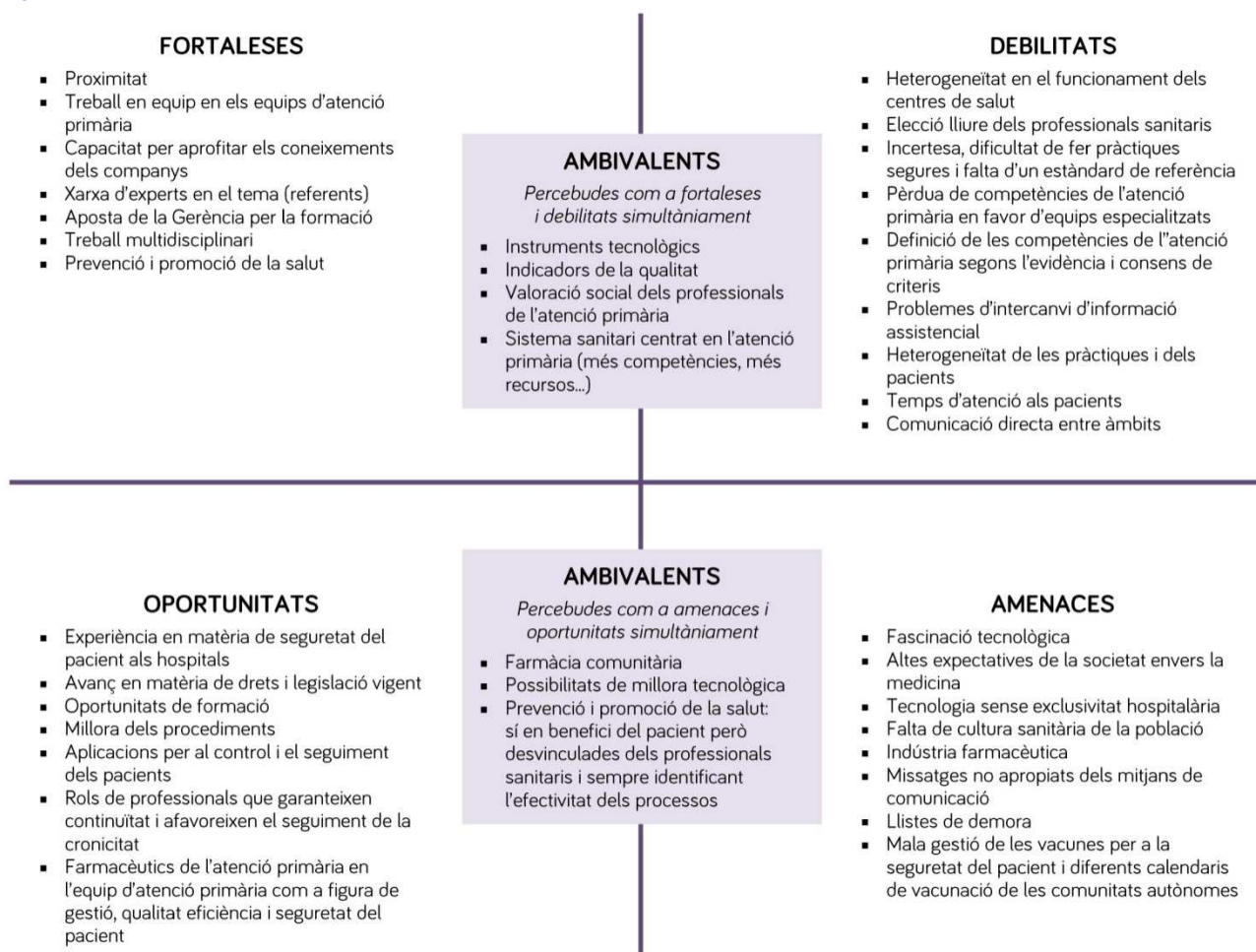
Figura 1. Cicle de Deming de millora de la qualitat.

Per identificar problemes de qualitat, oportunitats de millora i anàlisi dels factors condicionants hi ha aquestes eines, entre d'altres: grup nominal, mètode Delphi, diagrames de flux, gràfics de tendència, diagrames de causa-efecte com el d'Ishikawa o a espina de peix, anàlisi modal de fallades i efectes (AMFE) o els sistemes de vigilància, que són eines imprescindibles per treballar en la millora de la seguretat del pacient.<sup>9</sup>

### Situació actual en la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

En el context del Pla Estratègic de Seguretat del Pacient es va fer una anàlisi de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca amb l'objectiu de tenir una visió global prèvia a la formulació i la implantació d'estratègies. Es va utilitzar l'anàlisi DAFO per determinar les debilitats, les amenaces, les fortaleses i les oportunitats de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. La situació interna es compon de dos factors controlables (fortaleses i debilitats), mentre que la situació externa es compon de dos factors no controlables (oportunitats i amenaces). En la figura 2 es mostren aquests factors per ordre de rellevància.

Figura 2. Resultats de l'anàlisi DAFO de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.



Aquesta anàlisi la varen fer el mes de novembre de 2017 dues metgesses de família amb el suport d'un tècnic de salut, i va incloure professionals sanitaris de diferents estaments de la Gerència.

Aquests són els punts clau que van sorgir de l'anàlisi DAFO:

- Importància del farmacèutic d'atenció primària en l'equip d'atenció primària.
- Necessitat de millorar la continuïtat assistencial.
- Millora dels aspectes tecnològics i de l'equipament.
- Estabilització dels equips d'atenció primària.
- Adquisició de coneixements i habilitats per part dels pacients.
- Notificació d'incidències com a eina d'aprenentatge.
- Augment de la proposta formativa als professionals en matèria de seguretat del pacient.

En el darrer trimestre de 2016, la Gerència d'Atenció Primària també va analitzar la cultura dels professionals de la Gerència sobre la seguretat dels pacients. Per fer-ho va dur a terme una enquesta amb l'objectiu de valorar la cultura i el clima de seguretat del pacient emprant un qüestionari de caràcter voluntari i anònim sobre seguretat del pacient a l'atenció primària —versió modificada del Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS-AHRQ)— distribuït pels responsables de la seguretat del pacient de cada centre i acompanyat d'una presentació explicativa. Constava de 52 preguntes i estava dissenyat per mesurar dotze dimensions relatives a la cultura de la seguretat del

pacient (formació del personal, procediments establits al centre i comunicació sobre l'error estan desdoblades per al personal sanitari i el no sanitari).

Fins i tot tenint en compte les limitacions d'aquest tipus d'estudis d'opinió, entre els resultats que es varen obtenir destaquen els següents:

- Valoració global sobre la seguretat del pacient:
  - Excellent.....4 %
  - Molt bona.....21 %
  - Bona.....51 %
  - Regular.....19 %
  - Pobre .....5 %
- Valoracions sobre la cultura de la seguretat del pacient (percentatge de respostes de “bona”, “molt bona” o “excel·lent”):
  - Feina centrada en el pacient .....85 %
  - Basada en el coneixement científic.....87 %
  - Minimitza demores/esperes innecessàries .....70 %
  - Cures eficients .....73 %
  - Qualitat assistencial equitativa.....95 %
- Dimensions de la cultura de la seguretat:
  - Treball en equip.....69 %
  - Seguiment de l'atenció dels pacients .....63 %
  - Aprenentatge relatiu a l'organització.....58 %
  - Percepcions generals sobre la seguretat del pacient i la qualitat.....60 %
  - Formació del personal no sanitari.....45 %
  - Suport dels responsables del centre en matèria de seguretat del pacient.....60 %
  - Comunicació sobre l'error.....54 %
  - Comunicació franca .....52 %
  - Aspectes relacionats amb la seguretat del pacient i la qualitat.....62 %
  - Procediments establits al centre .....45 %
  - Intercanvi d'informació amb altres dispositius assistencials.....39 %
  - Ritme i càrrega de feina.....22 %

D'aquesta avaluació inicial destaca una bona percepció de la feina centrada en el pacient, basada en el coneixement científic i a oferir una qualitat assistencial equitativa. Els dos aspectes amb una valoració més baixa assenyalada pels professionals són l'eficiència de les cures i la minimització de les demores o esperes innecessàries. Malgrat això, en totes les dimensions de la cultura de la seguretat hi ha un potencial de millora important.

### Justificació del PLA ESTRATÈGIC

L'atenció primària no té un objectiu exclusivament curatiu sinó que, molt al contrari, la seva activitat més gran s'ha de desenvolupar en les àrees promotora, preventiva, curativa, rehabilitadora i palliativa, esferes també per incloure en la seguretat del pacient.<sup>10</sup>

No hi haurà sistema sanitari de qualitat sense qualitat en el primer i més ampli dels seus nivells, el de l'atenció primària. I no hi haurà qualitat a l'atenció primària sense un entrenament específic dels professionals en l'exploració dels valors dels pacients i dels seus familiars i la gestió adequada dels conflictes que presenten. Històricament, la seguretat del pacient ha estat més vinculada a l'àmbit hospitalari; així doncs, acollint-nos a les bases que es proposen en el Pla Estratègic de Seguretat del Pacient d'àmbit estatal, ens adherim a la necessitat d'elaborar un pla estratègic únicament orientat a l'atenció primària, acceptant el repte que suposa l'escassa experiència de què disposam i justificant-lo

per la necessitat de resposta dels equips d'atenció primària als canvis continus que s'esdevenen en la societat i en la pràctica clínica.<sup>4</sup> Encara que sigui un repte, des de la Gerència d'Atenció Primària pensam que també és totalment necessari impregnar els nostres professionals de la cultura de la seguretat del pacient. Tradicionalment, en la sanitat l'error s'ha viscut com un fracàs, però sense reconèixer l'error no es poden posar els mitjans per evitar que els danys siguin irreparables o, analitzant-lo, evitar que en el futur torni a passar. És indispensable tenir sistemes de declaració voluntària d'incidents a l'atenció primària (per descomptat, no punitius).

Aquest PLA ESTRATÈGIC DE SEGURETAT DEL PACIENT 2019-2023 té l'objectiu principal de prevenir i minimitzar els errors i els esdeveniments adversos derivats de l'activitat sanitària a fi d'oferir una atenció primària més segura. S'elabora amb la intenció que sigui una eina de suport per als professionals de l'atenció primària, treballant en la seguretat del pacient com a element fonamental de la qualitat assistencial, cosa que beneficiarà tant els pacients com els professionals dels equips d'atenció primària i el Servei de Salut.

Aquests són els objectius generals:

- Desenvolupar i millorar els processos de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca per proporcionar una atenció i unes cures segures, de manera que es minimitzin els efectes adversos atribuïbles a aquelles.
- Establir un sistema adequat de gestió dels riscos incentivant la formació, el coneixement i l'anàlisi dels possibles incidents a fi d'aprendre'n i aplicar les solucions que minimitzin l'ocurrència.
- Fomentar l'ús generalitzat de bones pràctiques conformes amb l'evidència científica disponible, enfocades a satisfer les expectatives i les preferències dels pacients, en el context d'una organització assistencial adequada.

El PLA ESTRATÈGIC DE SEGURETAT DEL PACIENT 2019-2023 recull aquestes línies estratègiques:

- Línia estratègica 1: cultura de la seguretat del pacient
- Línia estratègica 2: unitat de gestió dels riscos
- Línia estratègica 3: comunicació entre professionals i pacients
- Línia estratègica 4: continuïtat assistencial
- Línia estratègica 5: pràctiques segures
- Línia estratègica 6: entorn segur
- Línia estratègica 7: evitar intervencions innecessàries
- Línia estratègica 8: fomentar la recerca
- Línia estratègica 9: pacients per la seguretat del pacient

## Línia estratègica 1

## Cultura de la seguretat del pacient

*“Hi ha alguns pacients a qui no podem ajudar, però no n’hi ha cap a qui no puguem danyar.”  
Dr. Arthur L. Bloomfield (1888-1962)*

S’entén per *cultura* les actituds i els comportaments predominants que caracteritzen el funcionament d’un grup o una organització. Una vertadera cultura de la seguretat implica aquestes característiques:

- El reconeixement de les responsabilitats en la seguretat del pacient sense deixar de ser conscient que les coses poden anar malament i que succeiran errors i incidents en l’atenció sanitària.
- L’enfocament en el sistema: els esdeveniments adversos no només estan lligats a la persona sinó que són conseqüència d’una concatenació de fallades latents.
- Transparència: per millorar la seguretat del pacient és fonamental informar precoçment el pacient i la seva família sobre l’error i durant tot el procés.
- Actuar gestionant riscos de manera proactiva, tornant la informació als professionals i oferint-la òptimament al pacient.
- No eludir la responsabilitat dels actes propis.
- L’evidència demostra que si la cultura d’una organització és conscient de la seguretat i les persones són estimulades a parlar obertament sobre errors i incidents, la seguretat i l’atenció del pacient milloren.

Des de l’anàlisi de fallades es promou una millora contínua<sup>11</sup> per mitjà d’aquestes accions:

- Reduir la recurrència i la gravetat dels esdeveniments aprenent-ne i implementant estratègies de millora (prevenció).
- Aconseguir reduir els costos derivats dels esdeveniments adversos i dels recursos requerits per gestionar-los (costos socials, com ara incapacitats temporals, queixes, reclamacions, etc.).

La cultura de la seguretat en una organització es representa de vegades com una escala en la qual, a mesura que s’hi pugen escalons, es guanya confiança del pacient [vegeu la figura 3].<sup>12</sup>

Figura 3. Escala de la cultura de la seguretat del pacient en les organitzacions sanitàries.

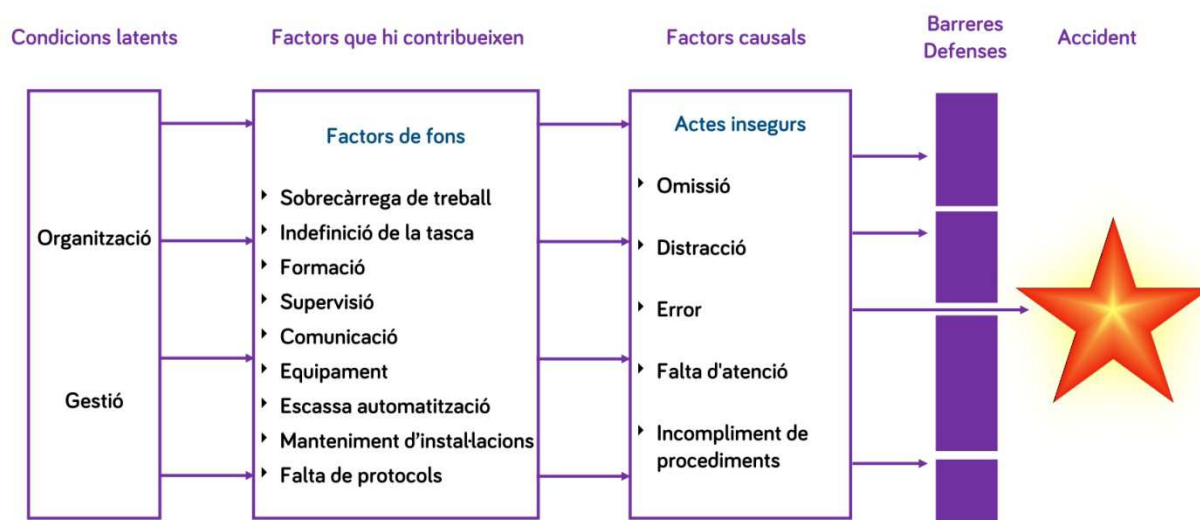


En l'àmbit de la seguretat del pacient, quan es produeixen esdeveniments adversos es detecten aquests quatre components [vegeu la figura 4]:

1. Condicions latents en el sistema: són les que en qualsevol moment de l'assistència sanitària o en la planificació generen una situació propícia a la producció d'errors, com ara la planificació inadequada dels torns laborals, l'establiment de procediments inadequats i les vies de comunicació ineficients.
2. Factors que hi contribueixen: estan relacionats amb els professionals, l'ambient de feina, la comunicació, l'entorn, els factors socials, els recursos del sistema i del pacient, etc.
3. Factors causals: són les fallades actives —per acció o per omissió— del professional que està en contacte directe amb el pacient, que suposen la causa immediata de l'esdeveniment advers. S'hi inclouen no només les accions deliberades sinó també les que es produeixen per inexperiència o per una sobrevaloració de les habilitats pròpies.
4. Fallades en les barreres del sistema.<sup>13</sup>

Figura 4. Components dels esdeveniments adversos.

## Components dels esdeveniments adversos



### Cultura de la seguretat a l'atenció primària

La seguretat del pacient és una disciplina que va sorgir de les preocupacions medicojurídiques relatives al risc de patir esdeveniments adversos específics i fàcilment identificables, la majoria dels quals relatius a l'atenció hospitalària delimitada en un lapse de temps i en unes condicions controlades. Al contrari, a l'atenció primària els pacients són atesos durant llargs períodes de temps i els problemes de seguretat que hi sorgeixen tenen un caràcter molt diferent, i per això alguns autors replantegen el terme *seguretat del pacient* com la gestió del risc al llarg del temps.<sup>14</sup>

Tradicionalment, l'atenció primària ha tingut prioritats com ara l'accessibilitat i la qualitat general de l'atenció i no ha estat considerada des del punt de la seguretat del pacient com una font important d'esdeveniments adversos. Tanmateix, les dades obtingudes de l'estudi APEAS —estudi sobre la seguretat dels pacients a l'atenció primària de salut, el primer a Espanya per estimar la magnitud dels esdeveniments adversos derivats de l'assistència sanitària a l'atenció primària— mostren una realitat diferent:<sup>15</sup> l'estudi va detectar una prevalença d'11,2 esdeveniments adversos per cada 1.000 visites. Segons els factors causals, la majoria dels casos estaven relacionats amb la medicació (48,2 %), tot i que altres factors destacables varen ser les cures (25,7 %) i la comunicació (24,6 %). També es varen constatar casos relacionats amb el diagnòstic (13,1 %), la gestió (8,9 %) i altres causes (14,4 %). La gran majoria dels esdeveniments adversos (70,2 %) es varen considerar clarament evitables, poc evitables el 23,1 % i completament inevitables el 6,7 %. L'evitabilitat dels esdeveniments adversos es va relacionar amb la gravetat, de manera que eren evitables el 65,3 % dels esdeveniments adversos lleus, el 75,3 % dels moderats i el 80,2 % dels greus, i aquesta diferència va ser estadísticament significativa ( $p$ -valor < 0,001).

Els resultats de l'estudi APEAS fan palès que la pràctica sanitària a l'atenció primària és raonablement segura: la freqüència dels efectes adversos és baixa i hi predominen els de caràcter lleu. Malgrat això, atesa l'alta freqüentació en aquest àmbit assistencial, encara que la freqüència dels esdeveniments adversos sigui relativament baixa, de manera absoluta són nombrosos els pacients afectats. Si es

generalitzassin els resultats al conjunt de la població, podrien veure's afectats 7 de cada 100 usuaris per any, de mitjana. Una altra conclusió destacable d'aquest estudi és que la prevenció dels efectes adversos a l'atenció primària emergeix com una estratègia prioritària, ja que el 70 % són evitables, i ho són fins i tot més com més greus són. Aquest fet obre la via per incrementar la seguretat clínica malgrat els bons resultats obtinguts relatius a la seguretat del pacient a l'atenció primària.

Hi ha pocs estudis sobre els esdeveniments adversos a l'atenció primària, i objectiven resultats diversos, atesa la falta de sistemes estandarditzats per definir-los. Una altra limitació dels estudis és que se solen centrar en els errors dins un període de temps concret i no detecten els problemes que només es fan palesos a llarg termini —com el diagnòstic erroni o tardà—, que són més importants en les anàlisis dels litigis i les reclamacions. Un estudi va observar que les demandes per negligència mèdica a l'atenció primària tenien com a allegació més comuna la falta de diagnòstic o el diagnòstic tardà de càncer i de malalties cardíaques (fins al 40 % del total).<sup>16-17</sup>

La meitat de la càrrega mundial de malaltia derivada del dany del pacient es produeix a l'atenció primària i ambulatoria; malgrat que els danys en aquest entorn són menys visibles que els produïts a l'entorn hospitalari atès el gran volum d'atenció que es presta en aquell àmbit, no es pot ignorar la quantitat acumulada de danys, la majoria dels quals són evitables. A més, com que les necessitats de salut de la població són cada vegada més complexes, es pot esperar que augmentin l'ocurrència i les conseqüències del dany, llevat que es prenguin mesures concretes.<sup>18</sup>

Pel que fa a l'opinió dels professionals de l'atenció primària sobre la seguretat del pacient, l'any 2014 es va publicar un estudi d'abast estatal que indicava que la percepció que tenen de la cultura de la seguretat del pacient a l'atenció primària és bona a Espanya. Les dimensions més ben valorades varen ser els “aspectes relacionats amb la seguretat del pacient i la qualitat en la consulta”, el “seguiment de l'atenció als pacients” i l’“intercanvi d'informació amb altres dispositius assistencials”, i s'hi varen trobar també àrees de millora, com ara el ritme i la càrrega de feina.<sup>19</sup>

A tots els països, l'atenció primària s'enfronta a enormes reptes perquè n'augmenta la complexitat: increment de l'esperança de vida (pluripatologia i polimediació), sobrecàrrega assistencial, augment de les tasques transferides des de l'atenció hospitalària i burocratització de les consultes, entre altres causes, sense oblidar la incertesa inherent a la feina a l'atenció primària.

L'atenció primària no segura o ineficaç augmenta la morbiditat i la mortalitat prevenibles i pot conduir a l'ús innecessari de recursos hospitalaris i especialitzats que són escassos. Així doncs, és primordial millorar la seguretat a l'atenció primària per garantir la cobertura universal de la salut i la sostenibilitat d'assistència sanitària.<sup>20</sup>

Malgrat tot, segons l'informe SESPAS 2012 la funció de filtre que exerceix el metge / la metgessa de família disminueix la iatrogènia de l'accés directe hospitalari, millora el valor predictiu positiu de la feina dels especialistes hospitalaris, prevé la fascinació tecnològica i ajuda en la sostenibilitat i l'eficiència del sistema sanitari. L'assignació d'una llista de pacients (contingent) per metge/metgessa afavoreix la longitudinalitat de l'atenció, cosa que millora la resposta a les necessitats del pacient i la identificació correcta d'aquest, millora la taxa d'hospitalització i probablement disminueix els riscos assistencials.<sup>8</sup> La flexibilitat, la diversitat i l'enfocament personalitzat per a cada pacient —que els facultatius de l'atenció primària consideren, amb raó, una virtut— fan que resulti molt difícil definir l'error i els esdeveniments adversos d'una manera fundada i coherent.<sup>11</sup>

Per tot això és prioritari desenvolupar estratègies de vigilància i de resposta en el nivell primari de l'assistència sanitària. Per fer-ho, la cultura de la seguretat no només inclou els pacients i els professionals sinó també les institucions, que no només tenen la responsabilitat de promoure la cultura de la seguretat del pacient sinó també d'elaborar plans d'actuació implicant-hi els seus directius i tenint cura de la reputació dels professionals i dels centres.<sup>21</sup>

### La seguretat del pacient a l'organització i tasca de lideratge

El lideratge és un punt clau per desplegar la cultura de la seguretat a l'organització. L'objectiu és aconseguir un entorn obert i just (al canvi, a l'escolta, a la comunicació, a l'entusiasme per la millora contínua) i alhora transmetre la voluntat de compromís amb el projecte.

Aquestes són les funcions del líder:

- Fomentar la cultura de la seguretat del pacient.
- Liderar el seu equip:
  - Designant responsables i delegant treballs que es puguin fer de manera compartida entre els responsables de la seguretat del pacient.
  - Fent reunions de seguiment i mantenint contacte directe amb els responsables.
  - Incorporant la seguretat del pacient a la formació del personal actual i de les noves incorporacions.
- Integrar la gestió dels riscos a la gestió global de l'organització.
- Promoure la comunicació dels esdeveniments adversos.
- Aprendre dels errors, transmetre al personal com i per què succeeixen els esdeveniments adversos, i familiaritzar-lo en l'ús d'eines de treball de tipus AMFE o anàlisi causa-rel (ACR).<sup>7</sup>

### Objectius

1. Fomentar i difondre la cultura de la seguretat entre professionals, usuaris i persones cuidadores.
2. Establir el lideratge com un factor fonamental per abordar la seguretat del pacient.

### Accions

1. Fer una anàlisi de la situació sobre la cultura de la seguretat a l'organització sanitària. Crear un circuit per garantir que periòdicament es facin enquestes sobre la seguretat del pacient i difondre'n els resultats.
2. Fomentar la formació continuada dels professionals en matèria de seguretat del pacient.
3. Crear l'estructura necessària per desenvolupar i implementar la seguretat del pacient a l'atenció primària dins l'organització.
4. Fomentar la comunicació dels esdeveniments adversos dins el mateix equip d'atenció primària i posar en comú experiències amb altres equips.
5. Difondre les bones pràctiques mitjançant la Comissió de Seguretat del Pacient i els responsables de seguretat dels centres de salut.

### *Indicadors*

1. Informe sobre cultura de la seguretat elaborat a partir d'enquestes a professionals amb periodicitat biennal de manera que permeti comparar resultats.
2. Percentatge de professionals que reben formació continuada en matèria de seguretat del pacient, per sectors.
3. Nombre de sessions de comunicació i activitats dutes a terme per difondre bones pràctiques sobre la seguretat del pacient a l'equip d'atenció primària.
4. Convocatòria i acta de creació de la Comissió de Seguretat del Pacient de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, elaboració de procediments normalitzats de treball i redacció de la memòria anual.

## Línia estratègica 2

## Unitat de gestió dels riscos

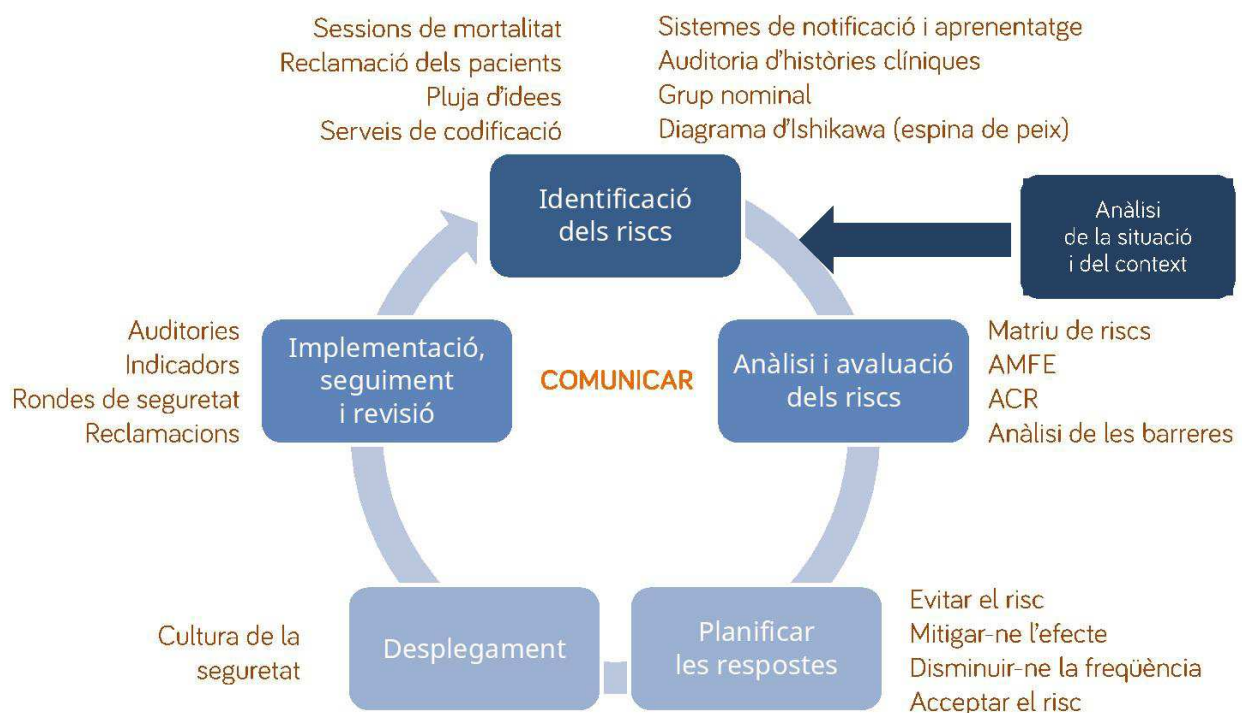
*“Qualsevol pot cometre un error, però només els bojos hi perseveren.”*  
 Marc Tuli Ciceró, jurista, polític, filòsof, escriptor i orador romà (106-43 AEC)

La gestió integrada del risc és el procés d'identificació, anàlisi, avaluació i planificació de tots els riscos potencials i dels incidents relatius a la seguretat del pacient que es donen en qualsevol nivell de l'organització, a més del control i el seguiment. Actualment és ben sabut que l'assistència sanitària implica gran varietat de riscos i que qualsevol desenvolupament, canvi o innovació hi introdueix nous riscos. Tanmateix, la major part dels incidents es produeixen seguint patrons recurrents.

Històricament, els errors del sistema sanitari han estat analitzats retrospectivament per comitès de mortalitat i per mitjà de l'anàlisi de les reclamacions. Actualment, la freqüència i la distribució del risc assistencial es poden estimar per mitjà de diferents tipus d'estudis, que permeten caracteritzar el dany i identificar les circumstàncies que li confereixen un caràcter evitable. D'això la importància que adquireixen els sistemes d'aprenentatge, ja que serveixen per potenciar i afavorir la cultura del canvi en el conjunt de l'entorn assistencial.<sup>22</sup>

Per explicar d'una manera gràfica les diferents fases i les eines emprades en cadascuna, proposam el model de treball que es mostra a la figura 5:

Figura 5. Model de treball en relació amb la seguretat del pacient.



AMFE: anàlisi modal de fallades i efectes. ACR: anàlisi causa-rel.

Aquestes són també funcions de la gestió integrada de riscos:

- Incorporar pràctiques innovadores que suposin una millora en el rendiment, amb costos, resultats i nivells de risc acceptables.
- Oferir assessorament a les organitzacions per afrontar l'impacte dels esdeveniments inesperats.
- Ajudar a establir prioritats facilitant la presa de decisions. Tot això es fa combinant l'aprenentatge reactiu, basat en l'anàlisi de les coses que han anat malament (ACR) amb el proactiu i basat en la prevenció de riscos potencials (AMFE).
- Millorar la informació i la formació en matèria de seguretat del pacient.
- Elaborar mapes de riscos, que resumeixen en una representació gràfica les característiques, les especificacions i els elements que integren un procés i les circumstàncies amb probabilitat potencial de produir un dany o distorsionar els resultats previstos i sobre els quals es pot actuar per minimitzar-ne l'impacte.<sup>23</sup>
- Millorar la confiança dels pacients i l'opinió pública en general.

### Unitats funcionals de gestió dels riscos sanitaris

Les unitats funcionals de gestió dels riscos sanitaris sorgeixen en l'entorn hospitalari dels Estats Units i del Regne Unit; a Espanya l'experiència és relativament recent. Aquestes unitats estan compostes per un conjunt de professionals —inclosos directius— l'objectiu dels quals és identificar, avaluar, analitzar i tractar els riscos sanitaris per millorar la seguretat del pacient. L'estructura ha de tenir un nombre manejable d'integrants, ha de donar cabuda als diferents professionals. També ha de centralitzar i dinamitzar la realització d'un conjunt d'accions que permetin implantar la gestió dels riscos, i encara que no garanteixin l'absència d'efectes adversos, han d'intentar delimitar-ne la prevenció o la reducció, dins costos sostenibles.<sup>24</sup> A l'hora de crear una unitat funcional de gestió dels riscos sanitaris és important tenir en compte que hi ha diferents models organitzatius i que cada institució ha d'adaptar-la a les necessitats, als recursos i a les filosofies pròpies.

Les unitats acompleixen habitualment funcions relacionades amb els aspectes següents:<sup>25</sup>

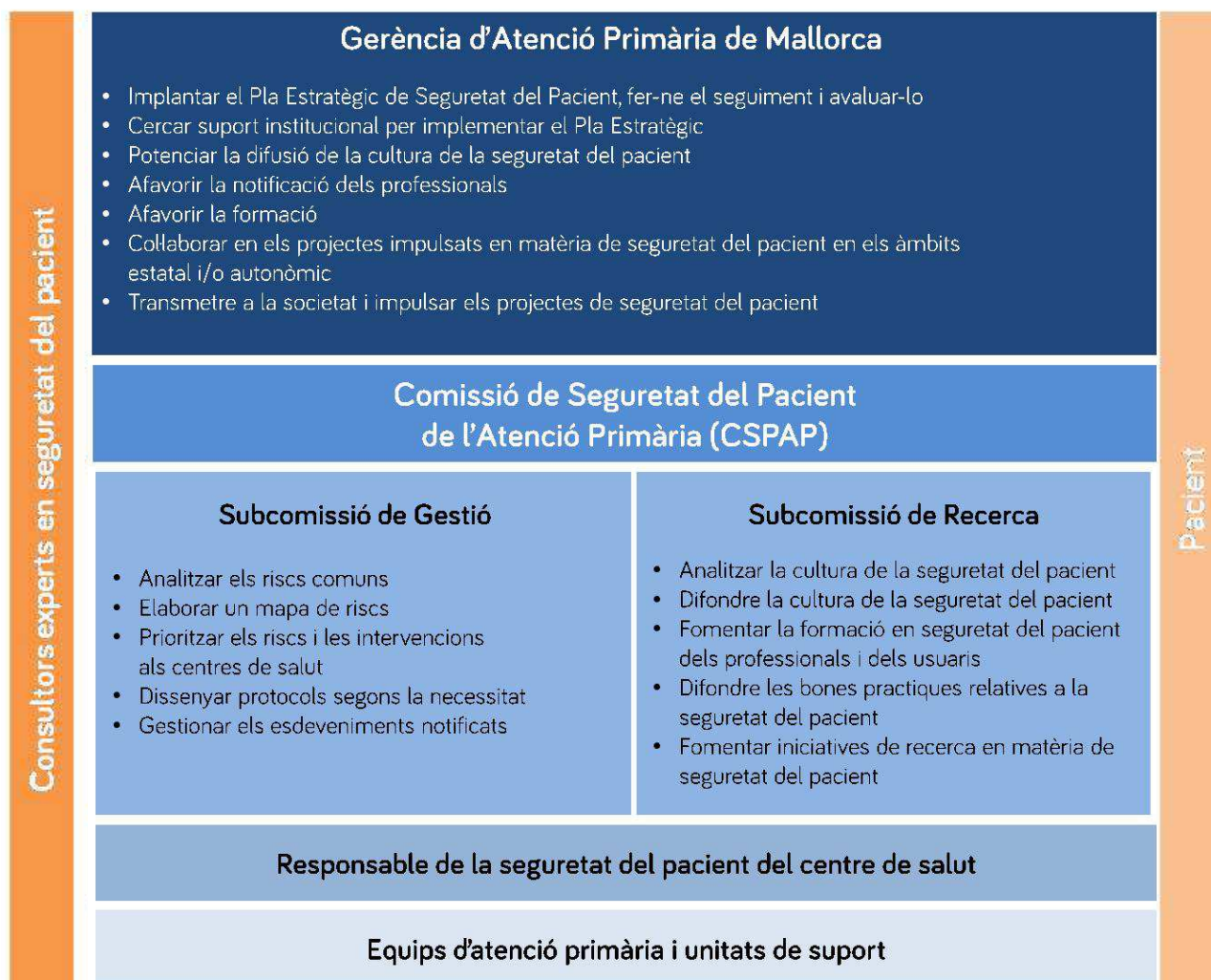
- Promoció de la cultura de la seguretat del pacient.
- Formació.
- Identificació dels riscos.
- Avaluació i anàlisi dels riscos, prioritzant segons la necessitat.
- Tractament dels riscos.

### Model d'estructura organitzativa de la seguretat del pacient a l'atenció primària de Mallorca i funcions

Entenent que la seguretat del pacient ha d'incloure tota l'organització, hem optat per un model integral, des del lideratge dels equips directius a la tasca de la Comissió mateixa, que es difon a tota l'estructura organitzativa fins als equips d'atenció primària i les unitats de suport.

En aquest model té també un paper clau la participació del pacient. Finalment inclou la participació de consultors experts en el camp de la seguretat del pacient, de la Gerència mateixa o externs.

Figura 6. Estructura organitzativa i funcions relatives a la seguretat del pacient a l'atenció primària de Mallorca.



### Sistema de notificació i aprenentatge d'incidents i d'esdeveniments adversos

Els sistemes de notificació i aprenentatge d'incidents són recomanats explícitament per l'Organització Mundial de la Salut i pel Consell de la Unió Europea, i constitueixen un element estratègic en la promoció de la cultura de la seguretat. L'objectiu és millorar la seguretat del pacient partint de l'anàlisi de situacions, de problemes i d'incidents que hagin produït o podrien haver produït dany als pacients. És a dir, permeten conèixer els punts febles del sistema i quins factors han contribuït a la falta de seguretat i establir mesures específiques de millora per evitar que aquestes situacions es repeteixin.

Un sistema de notificació no és un objectiu *per se*, sinó que és una eina que ha de servir per reforçar la infraestructura de recerca, aprenentatge i intercanvi d'informació, garantint que els incidents relacionats amb la seguretat del pacient es transformin en millores del sistema. Aquesta tasca correspon a tots els estaments a fi de garantir una política de gestió dels riscos transparent i adaptada a les necessitats del nostre entorn.

L'ús d'aquests sistemes de notificació ve donat per un canvi en la cultura de la seguretat dels professionals i de l'organització. Això significa crear un entorn on professionals i pacients siguin capaços de parlar sobre les qüestions de seguretat que els preocupen, sense por de la culpa o de la reprovació. Significa promoure un entorn on les persones volen reportar riscos i incidències de

seguretat per aprendre'n i reduir-ne la recurrència, i on es veuen els incidents causats principalment per errors del sistema en lloc de persones.<sup>26</sup>

El concepte de *notificació* s'ha d'integrar a la xarxa sanitària, començant per la base del sistema (els centres de salut), independentment de la magnitud dels projectes de notificació d'àmbit estatal. La notificació d'incident s'ha d'entendre com un procés d'aprenentatge, més que com un mecanisme de recollida i anàlisi de dades. I l'enfocament és preventiu, no sancionador; per això és d'ús voluntari, no punitiu, i ha de garantir la confidencialitat i l'anonimat, amb un enfocament cap a l'aprenentatge i la implantació de millores.<sup>27-28</sup>

No es pot millorar allò que es desconeix ni allò que no s'avalua. Una vegada que comenci a créixer l'ús de les notificacions es podrà saber no només en quin punt estam com a equip d'atenció primària sinó que aquesta informació ens permetrà ser més efectius a l'hora d'establir les estratègies més adequades per a la gestió dels riscos més freqüents en la pràctica assistencial diària. L'existència d'un programa de gestió de riscos sanitaris pot proporcionar beneficis a totes les persones involucrades en l'atenció sanitària: als pacients perquè percebran més seguretat en l'atenció rebuda; als professionals perquè veuran incrementada la seguretat dels actes que duguin a terme i això contribuirà a obtenir més satisfacció i tranquil·litat quan desenvolupen l'activitat; finalment, als responsables de l'Administració perquè hauran aconseguit més rigor en la gestió de les responsabilitats pròpies.<sup>29</sup>

Els sistemes voluntaris de notificació i aprenentatge d'incident i esdeveniments adversos, l'observació directa *in situ* de l'organització i del desenvolupament de l'activitat assistencial, l'anàlisi de reclamacions i litigis, l'opinió de pacients i professionals, i les auditories de serveis de salut són fonts complementàries de dades i d'informació rellevants, la triangulació de les quals ajuda a conèixer millor els factors associats, latents i condicionants de la iatrogènia en general i en cada cas i centre assistencial concret.<sup>30</sup>

Actualment, els sistemes de declaració a l'atenció primària són escassos i poc emprats, i tot i que no hi ha evidència de quins són els sistemes de declaració més bons, se sap que els sistemes de recollida d'incident solen ser més eficaços si són explícits, si són conduïts per un equip clínic i són part d'un programa de seguretat de l'organització.<sup>31</sup> En general, actualment s'estén que els sistemes de notificació d'errors siguin no punitius, voluntaris, anònims, confidencials, clars i senzills i oberts a qualsevol persona (personal sanitari, pacients, persones cuidadores o familiars).

Un dels sistemes de notificació disponible actualment és el sistema de farmacovigilància (la coneguda Targeta Groga), que recopila informació tant de les reaccions adverses als medicaments com dels errors de medicació que han causat danys al pacient. Ambdós s'han de notificar per mitjà d'aquest sistema, que s'encarrega d'avaluar-los i registrar-los en una base de dades comuna (FEDRA).<sup>32</sup> Consideram important facilitar i fomentar la notificació per aquesta via ja que entenem que la notificació contribueix a millorar el coneixement de la seguretat dels fàrmacs i, per tant, a millorar-ne l'ús.

Els errors de medicació poden ocórrer en qualsevol fase de l'ús dels medicaments, des de la prescripció a la presa o l'aplicació, i inclou errors en la prescripció i/o en la interpretació de les ordres mèdiques —per ambigües o incompletes—; confusions en la dispensació o administració de medicaments causades per un envàs o una etiqueta semblants; administració d'un medicament per una via inapropiada o en un dosi incorrecta, etc.

Interessa notificar tant els errors de medicació que realment han ocorregut com els errors potencials que s'hagin detectat abans que no succeeixin o que el notificador considera que és possible que succeeixin ateses unes causes comunes que els afavoreixin. En aquests casos (errors de medicació sense dany i situació de risc potencial de causar un error de medicació) s'han de notificar per mitjà del nou sistema de notificació implantat per aquesta ESTRATÈGIA.

### Objectius

1. Facilitar als professionals un sistema de notificació i aprenentatge d'esdeveniments adversos i incidents capaç d'interactuar amb els diferents àmbits assistencials del Servei de Salut.
2. Dissenyar un mapa de riscos potencials de cada centre de salut i de les unitats de suport d'atenció primària de Mallorca.

### Accions

1. Dissenyar i posar en funcionament un sistema de notificació i aprenentatge d'esdeveniments adversos i incidents.
2. Informar els professionals sobre l'ús del sistema de notificació i aprenentatge d'esdeveniments adversos i incidents a fi d'impulsar la notificació d'esdeveniments adversos.
3. Informar sobre el sistema de notificació de farmacovigilància a fi d'impulsar la notificació de reaccions adverses als medicaments.
4. Elaborar un informe sobre la plausibilitat d'ús de noves fonts per detectar incidents o esdeveniments adversos.
5. Crear una unitat funcional de gestió dels riscos a l'atenció primària de Mallorca.
6. Disposar, com a mínim, d'un responsable de seguretat del pacient a cada equip d'atenció primària (fomentar un grup de professionals multidisciplinari del centre de salut) per integrar-la en el model d'organització de la seguretat del pacient.
7. Elaborar un protocol de gestió dels riscos sanitaris dirigit als responsables de la seguretat del pacient dels centres de salut.
8. Dissenyar un mapa de riscos potencials a cada equip d'atenció primària.

### Indicadors

1. Memòria d'activitat anual de la unitat funcional de gestió dels riscos.
2. Nombre de targetes grogues per cada milió d'habitants notificades a cada equip d'atenció primària per any.
3. Nombre d'esdeveniments adversos (especificant-ne la gravetat) notificats a cada equip d'atenció primària per any i per pacients assignats.
4. Nombre d'equips d'atenció primària que estiguin desenvolupant alguna de les etapes d'elaboració del mapa de riscos (formació metodològica / elaboració del mapa de riscos / revisió de la Subcomissió de Riscos de la Comissió de Seguretat del Pacient de l'Atenció Primària / aprovació del mapa / nova avaluació del mapa).

## Línia estratègica 3

## Comunicació entre professionals i pacients

*“L’error és una arma que acaba sempre per disparar-se contra qui la fa servir.”*

*Concepción Arenal, escriptora (1820-1893)*

Un factor de l’atenció primària i un dels més rellevants per a la seguretat dels pacients i la qualitat assistencial en general és la relació que s’estableix entre el professional sanitari i el pacient. Aquest factor té a veure amb tots els elements relacionats amb la comunicació, la confiança i la informació. Recentment, un estudi australià ha establert que el factor principal que contribueix a la seguretat en l’atenció primària —encara que no l’únic— és la dinàmica de la relació entre el professional sanitari i el pacient.<sup>33</sup>

Millorar la comunicació entre els professionals i els usuaris és un punt clau en la millora de la seguretat, però també s’ha de millorar una vegada que els errors s’han produït. La relació entre professionals sanitaris i pacients —particularment la comunicació— és un dels aspectes més espinosos quan s’han produït complicacions o efectes adversos. Una comunicació prou planificada, honesta, clara, oberta i a temps és un factor que contribueix a evitar la desconfiança en els professionals. Quan es produeix un esdeveniment advers i un pacient o un conjunt de pacients pateixen inevitablement un dany com a conseqüència d’una intervenció sanitària necessiten no només atencions mèdiques per paliar l’efecte negatiu, sinó també informació clara, honesta i ràpida sobre què ha passat i per què, i com es podrà evitar en el futur. Necessiten saber què els ha passat, quines conseqüències pot tenir i quines mesures s’han adoptat per resoldre aquesta situació. És una situació sempre difícil per als pacients (primeres víctimes), però també per als professionals, que també hi resulten afectats. En aquest sentit, tot professional sanitari que participa en un esdeveniment advers, en un error mèdic i/o en una lesió no esperada relacionada amb el pacient es converteix en víctima en el sentit que queda afectat per l’esdeveniment (segona víctima).<sup>34</sup>

La comunicació amb els pacients resulta afavorida per certs aspectes.<sup>35</sup>

- La reflexió prèvia sobre qüestions, com ara què sap ja el pacient, què vol saber i què es considera que ha de saber.
- L’escolta assossegada, sense interrupcions innecessàries.
- La preparació: la comunicació efectiva no s’improvisa, sinó que s’ha de planificar.
- El llenguatge àgil, senzill i clar.
- Assegurar-se que la informació facilitada s’ha entès abans de prendre una decisió.

Per afavorir l’abordatge adequat de primeres, segones i terceres víctimes proposam les llistes de verificació del Grup de Recerca de Terceres i Segones Víctimes, elaborades com a eina d’ajuda per respondre a un esdeveniment advers.<sup>36</sup>

### Objectius

1. Millorar les habilitats dels professionals sanitaris de l’atenció primària en la comunicació d’esdeveniments adversos.
2. Fomentar l’ús del consentiment informat en els procediments en què sigui necessari.
3. Fomentar l’ús de llistes de verificació quan es produeixi un esdeveniment advers, tant per a les primeres víctimes com per a les segones.

### Accions

1. Oferir formació continuada sobre habilitats de comunicació d'esdeveniments adversos.
2. Incloure en el sistema informàtic l'opció de registrar el consentiment informat en els processos en què sigui necessari.
3. Elaborar un procediment de comunicació d'esdeveniments adversos que inclogui llistes de verificació d'atenció a primeres i segones víctimes.

### Indicadors

1. Nombre de professionals formats en matèria d'habilitats de comunicació d'esdeveniments adversos.
2. Protocol de comunicació i abordatge d'esdeveniments adversos relacionats amb la seguretat del pacient a disposició dels professionals.
3. Almenys una revisió anual de totes les llistes de verificació en suport informàtic, actualitzant-les si és necessari.

## Línia estratègica 4

## Continuïtat assistencial

*“Ningú no ho sap tot, tothom sap alguna cosa,  
tot coneixement resideix en la humanitat.”*

*Pierre Lévy, escriptor, filòsof i professor (1956)*

La continuïtat assistencial és una visió contínua i compartida de l'atenció sanitària en la qual intervenen múltiples professionals d'àmbits de treball diferents, que actuen en temps diferents i coordinats, l'objectiu final dels quals és la qualitat assistencial que s'ofereix a la ciutadania.<sup>37</sup> En aquest sentit, els problemes relacionats amb la transferència de la informació tenen un paper rellevant com a causa d'incidents i esdeveniments adversos en l'assistència sanitària. La falta de continuïtat en la informació genera descoordinació en la cura i en l'atenció del pacient i pot implicar errors en l'assistència sanitària. Millorar la comunicació i la coordinació entre diferents tipus d'atenció incloent-hi la primària, la secundària i també els serveis socials, enfortint els sistemes d'informació i compartint registres, disminuirà els errors i contribuirà a millorar la seguretat del pacient.<sup>38</sup>

En qualsevol cas, derivar un pacient a un altre àmbit assistencial o fer interconsultes no implica que es desvinculi de l'atenció primària. És cert que tots dos elements (especialistes de l'atenció primària i hospitalaris) han de ser-hi presents perquè hi hagi continuïtat, però just que hi siguin presents no l'assegura.<sup>39</sup> Per aquesta raó hem d'impulsar la millora de l'ús compartit de la informació perquè els professionals responsables de l'atenció d'un pacient disposin de tota la informació necessària sobre diagnòstics, tractaments i proves. A més, cal millorar els mecanismes de comunicació entre els professionals dels diferents àmbits assistencials per mitjà de consultes presencials i no presencials. D'altra banda, en el marc de models de treball segur les transicions assistencials i les derivacions entre àmbits assistencials han de definir processos d'atenció amb els criteris d'entrada del procés assistencial i les activitats específiques.

### Ús compartit d'informació

El concepte de *integració de la informació* és un dels elements definitoris de la continuïtat assistencial. Actualment, amb la incorporació i l'ús generalitzat de les tecnologies de la informació i la comunicació en els sistemes sanitaris es facilita la interoperabilitat entre les diferents eines de registre i l'intercanvi d'informació entre els diferents agents de salut.

Malgrat les millores en l'accés a la història clínica del pacient, als resultats de proves diagnòstiques o als registres de vacunes, encara queden punts per millorar en l'accés a la informació, que continua estant compartimentada. De la mateixa manera, el sistema de recepta electrònica és una eina que millora la qualitat assistencial, l'accessibilitat a la prestació farmacèutica i la seguretat en l'ús dels medicaments. A més, ha de ser un punt de millora de la coordinació entre professionals sanitaris, ja que els permet compartir de manera transversal una part fonamental del procés assistencial com és el tractament farmacològic.<sup>40</sup>

L'accés al sistema de recepta electrònica a les Illes Balears és universal; tanmateix, a l'atenció primària encara detectam casos de pacients als quals no s'ha fet la prescripció per mitjà d'aquesta eina, cosa que pot generar situacions de risc, confusió, sobrecàrrega assistencial i errors en la medicació. Entenem que impulsar-ne l'ús per part de tots els professionals i des de tots els àmbits afavoreix la conciliació de la medicació amb la seguretat i la qualitat de l'assistència.

Té importància capital la participació dels professionals de l'atenció primària en els grups de treball perquè la visió i les necessitats d'aquest àmbit es recullin en la creació i en la millora continuada d'aquestes eines (i de les futures).

## Derivació entre àmbits assistencials

La incorporació de les tecnologies de la informació i la comunicació ha de facilitar que el procés de derivació entre àmbits assistencials per a exploracions complementàries, interconsultes o altes de continuïtat assistencial sigui un procés informatitzat que inclogui la informació clínica pertinent per a l'especialista hospitalari, sense pèrdues d'informació però preservant la confidencialitat, amb un emissor i un receptor definits, garantint l'accés als resultats, amb la qual cosa s'assegura la continuïtat assistencial. En aquest sentit, els incidents derivats de la falta de continuïtat assistencial es produeixen fonamentalment durant el procés de càrrega, recepció i entrega de resultats, i estan relacionats amb la valoració i el diagnòstic (retardat o erroni), la identificació errònia del pacient en els resultats o l'entrega.<sup>41</sup>

Finalment, és important fomentar els canals implantats en la gestió de cites preferents, amb criteris d'alerta per ampliar-hi i introduir-hi noves indicacions i utilitats.

## Comunicació entre els professionals dels diferents àmbits assistencials

És important establir canals formals i estructurats de transferència de la informació:

- Consultors hospitalaris als centres de salut i sessions clíniques conjuntes: cal prioritzar l'atenció dels pacients més complexos i evitar retards diagnòstics i terapèutics, a més d'optimitzar les llistes d'espera.
- Elaboració conjunta de protocols i guies: han d'estar adaptats a les necessitats i als recursos de cada àrea, han de ser simples i clars, han d'evitar procediments poc definits i han d'abastar tot el procés assistencial.

## Objectius

1. Participar de manera activa en la presa de decisions dels projectes impulsats pel Servei de Salut que promoguin la continuïtat assistencial.
2. Participar en el desenvolupament de les eines informàtiques i fer propostes de millora de les disponibles a fi de millorar la continuïtat assistencial.
3. Difondre els canals actuals per a la gestió de cites preferents, amb criteris d'alerta per ampliar-hi i introduir-hi noves indicacions i utilitats.
4. Millorar la comunicació entre els professionals dels diferents àmbits assistencials.
5. Col·laborar en l'elaboració de guies i protocols assistencials i de derivació entre àmbits assistencials.

## Accions

1. Incorporar professionals assistencials i directius a grups de treball i coordinar reunions conjuntes amb els responsables del Servei de Salut d'implementar les millores tecnològiques relacionades amb la continuïtat assistencial.
2. Participar en el disseny de circuits d'actuació ràpida per a pacients que compleixin criteris de patologia no demorable impulsats des de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca o des del Servei de Salut.
3. Donar suport a les sessions periòdiques als centres de salut de professionals de l'atenció hospitalària, avaluar-les considerant la inclusió de nous serveis i fer-les extensibles a tots els sectors.

### *Indicadors*

1. Proporció de comissions o grups de treball enfocats a millorar la continuïtat assistencial en els quals estiguin ben representats els professionals de l'atenció primària.
2. Nombre de circuits establits per evitar el retard diagnòstic en què s'ha participat.
3. Proporció de centres on tenen lloc sessions amb consultors hospitalaris.

## Línia estratègica 5

## Pràctiques segures

*“Moltes persones pensen, quan han superat un error, que ja no necessiten tornar a esmenar-lo.”*

*Marie von Ebner-Eschenbach, escriptora (1830-1916)*

Si bé les altres línies estratègiques inclouen aspectes transversals i d'organització, aquesta línia estratègica agrupa les accions concretes de la pràctica diària dels professionals de l'atenció primària per fer-les més segures. S'ha considerat operatiu organitzar-la segons els diferents aspectes de l'assistència sanitària que es consideren clau per millorar la seguretat del pacient a l'atenció primària:

- Línia estratègica 5.1. Identificació inequívoca dels pacients
- Línia estratègica 5.2. Cures segures: úlceres per pressió
- Línia estratègica 5.3. Ús segur dels medicaments
- Línia estratègica 5.4. Prevenció d'infeccions
- Línia estratègica 5.5. Cirurgia menor segura

### Línia estratègica 5.1

### Identificació inequívoca de pacients

La identificació inadequada dels pacients és una causa important d'errors i complicacions en l'assistència sanitària. Culturalment s'accepta la identificació del pacient de manera verbal en qualsevol acte assistencial, especialment a l'atenció primària. Tanmateix, en moltes ocasions no és adequada, ja que els pacients poden presentar barreres del llenguatge, idiomàtiques o auditives, o es pot tractar de població pediàtrica; tots aquests aspectes poden augmentar la probabilitat de cometre errors i d'ocasionar problemes de seguretat en l'atenció rebuda.<sup>42</sup>

Tradicionalment, en l'àmbit hospitalari s'ha emprat el registre dels pacients per mitjà d'un braçalet per tal de minimitzar els errors, però a l'atenció primària no hi ha aquest recurs; tot i que el nombre de cites i de visites és alt, persisteix un comportament de confiança excessiva en aquest aspecte.

En l'àmbit de l'atenció primària és important remarcar la importància de la identificació documental del pacient i la verificació verbal, independentment de la via d'accés al centre de salut (per telèfon, presencialment o a domicili) i definir els procediments en què el pacient s'ha d'identificar: confirmació d'una cita o una interconsulta, assistència per a l'extracció de mostres biològiques, proves invasives o administració d'injectables o vacunes, cirurgia menor ambulatoria, proves no invasives (electrocardiograma, espirometria, ecografia...), atenció directa a la consulta, atenció d'urgència o atenció a domicili.

#### Objectius

1. Garantir la identificació correcta del pacient quan es relaciona amb el centre de salut a fi de prevenir errors relacionats amb l'assistència sanitària.
2. Incorporar activament el pacient —i, en té, la persona cuidadora— en el procés d'identificació.
3. Verificar la identitat del pacient i el procediment previst abans d'iniciar-lo.
4. Complir adequadament la identificació documental del pacient.

### Accions

1. Formar el personal en el procediment adequat d'identificació dels pacients i en la necessitat de verificar-la potenciant l'ús de la targeta sanitària individual com a document identificatiu.
2. Fer l'avaluació i el seguiment del procés d'identificació.
3. Potenciar la recerca proactiva d'històries clíniques duplicades.
4. Difondre entre professionals i pacients la necessitat i la importància de la identificació inequívoca dels pacients.
5. Resoldre de manera proactiva i oportuniste, en qualsevol moment de l'assistència, les duplicitats de la història clínica trobades.

### Indicadors

1. Nombre de participants en la formació sobre la identificació del pacient del total de professionals del centre de salut.
2. Proporció d'històries clíniques d'atenció primària obertes amb dades incloses en el sistema d'informació poblacional (nombre d'altres ràpides incloses a l'e-SIAP [sense CIP autonòmic]).

## Línia estratègica 5.2

## Cures segures: úlceres per pressió

Les úlceres per pressió són un problema de salut important, tant per la incidència i la prevalença com per les repercussions. L'aparició d'una úlcera per pressió i/o l'empitjorament d'una úlcera s'han de considerar sempre un esdeveniment advers relacionat amb la qualitat de les cures, i per això és un indicador negatiu de la qualitat assistencial.<sup>4</sup> En la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca hi ha el Grup Assessor d'Úlceres per Pressió i Ferides Cròniques, que té l'objectiu d'assessorar als professionals sanitaris de l'atenció primària sobre la prevenció i el tractament dels pacients amb ferides cròniques i úlceres per pressió. El PLA ESTRATÈGIC recull els objectius, les actuacions i els indicadors previstos pel Grup Assessor.

### Objectius

1. Incrementar els coneixements i les habilitats dels professionals dels centres de salut a fi que contribueixin a l'atenció i a la prevenció correctes de les úlceres per pressió.
2. Promoure les cures de qualitat al domicili per prevenir les úlceres per pressió i les ferides cròniques i millorar la qualitat de vida dels pacients susceptibles de patir-ne.
3. Augmentar la qualitat de les cures que presten les persones cuidadores als pacients inclosos en el Programa d'Atenció Domiciliària.

### Accions

1. Desenvolupar un pla formatiu específic de bones pràctiques en l'abordatge, la prevenció i la curació de les úlceres per pressió que inclogui la formació específica de la persona cuidadora en la prevenció de les úlceres per pressió.
2. Difondre i promoure les consultes al Grup Assessor d'Úlceres per Pressió i Ferides Cròniques.
3. Col·laborar en el Protocol d'Educació per a la Salut de Persones Cuidadores incidint en les cures que les persones cuidadores han de prestar per prevenir les úlceres per pressió.

### Indicadors

1. Proporció de professionals amb formació específica sobre la *Guia d'úlceres per pressió*.
2. Proporció de professionals que han sol·licitat assessorament sobre úlceres per pressió.
3. Proporció de pacients inclosos en el Programa d'Atenció Domiciliària que han estat valorats amb l'escala de Braden.
4. Proporció de pacients inclosos en el Programa d'Atenció Domiciliària amb úlceres per pressió segons el programa vigent.
5. Nombre de centres de salut on s'ha impartit el taller de persones cuidadores segons el programa vigent.

## Línia estratègica 5.3

## Ús segur dels medicaments

Segons els estudis actuals, els esdeveniments adversos provocats per la medicació són els més freqüents i els que tenen efectes més greus en l'àmbit de l'atenció primària. N'hi ha prou amb recordar que, segons l'estudi APEAS, més del 48 % dels esdeveniments adversos declarats tenen relació amb la medicació; o que més de la tercera part dels més greus (els que provoquen mort o incapacitat residual en el moment de l'alta mèdica o requereixen una intervenció quirúrgica) estan relacionats amb la medicació, o que en la recent revisió de Kingston la gestió del medicament emergeix com un dels temes principals en la seguretat del pacient.<sup>12</sup>

### Medicaments d'alt risc

Els medicaments d'alt risc són els que presenten una probabilitat alta de causar efectes adversos greus o fins i tot mortals quan no s'empren correctament. Aquesta definició no indica que els errors associats a aquests medicaments siguin més freqüents sinó que, si es produeix un error, les conseqüències per als pacients solen ser més greus. Aquest concepte sorgeix de la necessitat de definir uns medicaments diana en els quals concentrar els esforços i prioritzar les intervencions per millorar-ne la seguretat. Aquestes pràctiques han de preveure mesures d'actuació en tota la cadena d'ús dels medicaments (prescripció, dispensació, administració, seguiment i educació per a la salut dels pacients).

### Medicaments d'alt risc en pacients crònics

El pacient amb diverses patologies cròniques pren múltiples medicaments i per això és especialment vulnerable als errors de medicació; per tant, les estratègies de reorientació dels sistemes sanitaris cap a la cronicitat es poden beneficiar de disposar d'una llista de medicaments d'alt risc específica per a pacients crònics. D'aquesta necessitat sorgeix el Projecte MARC (Ministeri de Sanitat) per elaborar una llista de medicaments d'alt risc per als pacients crònics, en els quals cal prioritzar la implantació de pràctiques efectives de prevenció d'.<sup>43</sup>

### Ús segur de medicaments en pacients de risc

Actualment, l'abordatge de la cronicitat i la polimediació són dos dels grans reptes relatius a la millora de l'assistència sanitària. S'ha demostrat que revisar el tractament farmacològic de determinats grups de població redueix els problemes relacionats amb la medicació i els esdeveniments adversos. Els pacients que més es beneficien de la implementació d'un programa de revisió són els que presenten més risc de patir esdeveniments adversos causats per la medicació, ja sigui pel tipus i per la quantitat de medicaments, per l'edat, per la situació clínica o per l'estat de salut. La magnitud dels

problemes relacionats amb la medicació és alta. A l'atenció primària, més d'una tercera part dels pacients que acudeixen als serveis d'urgències presenten un resultat negatiu associat a la medicació, i més del 70 % d'aquests casos es podria prevenir.<sup>44</sup>

La revisió sistemàtica de la medicació és un examen estructurat dels medicaments que un pacient pren amb l'objectiu d'aconseguir que els beneficis per a la salut siguin els màxims esperables. Hi destaquen aquests objectius:

1. Optimitzar l'efectivitat dels medicaments.
2. Minimitzar el nombre de problemes associats als medicaments.
3. Adequar els tractaments farmacològics a les particularitats de cada pacient tenint en compte la comorbiditat, el moment en què es troba dins de l'evolució de la malaltia, l'esperança de vida i les preferències que manifesta.

Entenem que la revisió multidisciplinària incorporant els farmacèutics d'atenció primària en el nostre àmbit ha de prioritzar la revisió dels casos de més risc, com ara els pacients crònics (pacients crònics complexos i pacients crònics avançats), els pacients polimedicats i els pacients que hagin patit una caiguda, per als quals es recomana revisar el tractament.

### Conciliació del tractament

Almenys la meitat dels errors de medicació es produeixen quan el responsable del pacient passa a ser una altra persona; per aquesta raó, en les transicions assistencials el pacient és especialment vulnerable a aquest tipus d'errors. Una manera de minimitzar-los és revisar correctament la medicació en cada transició (ingrés hospitalari, canvis del tractament a les consultes externes o als serveis d'urgències hospitalàries...), de manera que quan es prescriu un medicament es tinguin en compte tot el pla farmacoterapèutic del pacient i es confirmi que es correspon amb els medicaments que el pacient pren realment a casa seva. Entenem que la continuïtat assistencial que ofereix l'ús del sistema de recepta electrònica a qualsevol punt de prescripció de les Illes Balears és una eina clau per evitar els esdeveniments adversos. A més, aquesta mesura està ratificada per la Instrucció 10/2011 del Servei de Salut de les Illes Balears, per la qual s'estableixen mesures concretes per desburocratitzar les consultes de l'atenció primària, que s'ha de complir sense excepcions en tots els àmbits d'actuació del Servei de Salut.

### Objectius

1. Millorar els coneixements dels professionals sanitaris sobre els medicaments d'alt risc a l'atenció primària i fer un seguiment adequat dels pacients que en tinguin de prescrits.
2. Potenciar la revisió multidisciplinària del tractament dels pacients de risc (polimedicats, medicaments d'alt risc en pacients crònics complexos o avançats, pacients inclosos en el Registre de Caigudes, etc.).
3. Implementar mesures per millorar l'ús raonat dels medicaments en pacients de risc com a eina clau per potenciar l'ús segur dels medicaments.
4. Millorar la informació als pacients sobre l'ús segur dels medicaments.
5. Disposar d'eines informatitzades d'ajuda a la prescripció segura integrades en el sistema de recepta electrònica i potenciar-ne l'ús.
6. Donar suport a l'ús universal del sistema de recepta electrònica com a mètode de prescripció de medicaments i productes sanitaris en tots els àmbits del Servei de Salut.

### Accions

1. Ampliar l'oferta formativa per a professionals sobre l'ús segur dels medicaments, la revisió del tractament i els medicaments d'alt risc (sobretot en els pacients crònics).
2. Difondre entre els professionals de l'atenció primària els programes de revisió multidisciplinària del tractament de pacients de risc i potenciar la revisió multidisciplinària.
3. Elaborar material instructiu per impartir tallers d'educació per a la salut sobre l'ús segur dels medicaments i introduir el concepte de *seguretat del pacient* en els protocols existents.
4. Sol·licitar prioritàriament el desenvolupament d'ajudes a la prescripció electrònica integrades en el sistema de recepta electrònica, i participar en aquest desenvolupament.
5. Sol·licitar prioritàriament el desenvolupament d'eines informàtiques que facilitin la revisió dels tractaments als farmacèutics d'atenció primària i a la resta dels professionals involucrats, i participar en aquest desenvolupament.
6. Elaborar fulls d'informació per a pacients i persones cuidadores i integrar-los en el sistema informàtic per millorar l'ús segur dels medicaments.
7. Col·laborar en qualsevol activitat sobre l'ús racional del medicament impulsat pel Servei de Salut.

### Indicadors

1. Nombre de sessions impartides sobre l'ús segur dels medicaments.
2. Proporció de pacients polimedicats d'actuació preferent als quals s'ha fet un revisió multidisciplinària.
3. Proporció de centres de salut que han desenvolupat activitats de promoció de la salut sobre l'ús segur dels medicaments destinades a pacients, familiars i persones cuidadores.
4. Nombre de pacients que han acudit a activitats d'educació per a la salut sobre l'ús segur dels medicaments i/o sobre medicaments d'alt risc.
5. Nombre de medicaments d'alt risc dels quals es disposa de full informatiu.
6. Nombre de professionals que empren les eines d'ajuda a la prescripció.
7. Nombre d'interconsultes als farmacèutics d'atenció primària per a la revisió multidisciplinària del tractament.
8. Proporció de pacients de risc revisats conjuntament amb farmacèutics d'atenció primària.

## Línia estratègica 5.4

## Prevenió d'infeccions

La prevenió d'infeccions és un dels punts clau en la seguretat del pacient, també a l'atenció primària. En l'estudi APEAS, la infecció de ferides quirúrgiques o traumàtiques és el quart efecte advers més freqüent: el 8,4 % del total d'esdeveniments adversos consisteixen en infeccions associades a les cures, amb un risc 2,5 vegades més gran que els relacionats amb els medicaments, i el 76,7 % d'aquests casos són evitables.<sup>15</sup>

Des de la introducció dels antibiòtics en la pràctica clínica, en la dècada de 1940, s'han convertit en medicaments indispensables per tractar la majoria dels processos infecciosos bacterians, tant en les persones com en els animals. El desenvolupament de la resistència als antibiòtics —especialment l'aparició i la disseminació de bacteris multiresistents— i l'escassetat de tractaments alternatius són dos dels problemes de salut pública i de sanitat animal més grans que cal afrontar actualment.<sup>45</sup>

El 90 % del consum d'antibiòtics es registra a l'atenció primària, on una tercera part de les consultes estan relacionades amb malalties infeccioses i una mica més de la meitat estan relacionades amb infeccions del tracte respiratori. En qüestió de salut humana s'estima que aproximadament el 50 % de l'ús d'antibiòtics és inadequat, tant a l'atenció primària com a l'hospitalària.

### Higiene de les mans

Les mans dels professionals sanitaris són la via principal de transmissió dels microorganismes que causen infeccions en l'àmbit de la salut. En conseqüència, la higiene de les mans és la mesura més senzilla, barata i eficaç per prevenir les infeccions relacionades amb l'atenció sanitària i la disseminació de patògens resistents als antibiòtics. Tanmateix, el grau de compliment d'aquesta mesura és baix. Els estudis demostren que els principals factors que la limiten són la càrrega de feina, la poca accessibilitat als rentamans (malgrat que actualment n'hi ha a totes les consultes de medicina, pediatria i infermeria), l'ús de guants i la irritació de les mans i la baixa percepció de la contagiositat dels pacie.<sup>46</sup>

### Pla Nacional de Resistència als Antibiòtics

El Pla Nacional de Resistència als Antibiòtics va sorgir de la necessitat de complir una comunicació de la Comissió Europea que instava a desenvolupar un pla estratègic i d'acció per reduir el risc de selecció i disseminació de resistències als antibiòtics. Aquestes resistències provoquen anualment 25.000 morts a Europa (1.500-2.000 a Espanya), una xifra superior als morts en accident de trànsit. A Espanya el 70 % de les soques de determinades espècies bacterianes que causen infeccions sistèmiques són multiresistents. A més, Espanya és un dels estats d'Europa on es consumeixen més antibiòtics, i en lloc de reduir-se —com passa a molts països del nostre entorn—, les xifres continuen augmentant.

El Pla Nacional de Resistència als Antibiòtics inclou la medicina humana i la veterinària; consta d'aquestes 6 línies estratègiques i proposa 24 mesures que deriven en 84 accions:

1. Vigilància del consum i de les resistències antibiòtiques.
2. Controlar les resistències bacterianes.
3. Identificar i impulsar mesures alternatives i/o complementàries de prevenió i de tractament.
4. Definir les prioritats relatives a la recerca.
5. Formació i informació als professionals sanitaris.
6. Comunicació i sensibilització de la població.

## Objectius

1. Monitorar el consum d'antibiòtics i millorar la vigilància de la resistència als antibiòtics.
2. Fomentar el rentat de les mans entre els professionals i la població com una eina senzilla i eficaç per prevenir les infeccions.
3. Implementar el programa d'optimització de l'ús d'antibiòtics (PROA) a l'atenció primària.
4. Implementar proves de diagnòstic ràpid al punt d'atenció del pacient (centres de salut i serveis d'urgències de l'atenció primària).
5. Implementar les recomanacions i els programes sobre prevenció d'infeccions relacionats amb l'assistència sanitària.
6. Fomentar la recerca sobre l'ús d'antibiòtics i les resistències als antibiòtics en l'àmbit de l'atenció primària.
7. Formar els professionals sanitaris en els principis d'ús dels antimicrobians i la resistència als antibiòtics, en el marc d'un programa d'optimització de l'ús dels antibiòtics.
8. Sensibilitzar els usuaris de l'atenció primària en l'ús adequat dels antibiòtics i en la pressió sobre les resistències bacterianes.

## Accions

1. Millorar el sistema d'informació sobre la resistència als antibiòtics i integrar-lo en les aplicacions informàtiques disponibles.
2. Publicar els resultats individualitzats per prescriptors d'antibiòtics.
3. Incloure indicadors d'ús dels antibiòtics i de proves de diagnòstic ràpid en els contractes de gestió dels centres de salut i als serveis d'urgències de l'atenció primària.
4. Crear un grup de treball d'implementació del Pla Nacional de Resistència als Antibiòtics a l'atenció primària perquè dugui a terme aquestes actuacions:
  - Dissenyar i implantar un programa d'optimització de l'ús dels antibiòtics a l'atenció primària.
  - Formar els professionals sanitaris en els principis de l'ús dels antimicrobians i la resistència als antibiòtics.
  - Establir vies de col·laboració amb els serveis de microbiologia dels diferents sectors sanitaris per desenvolupar protocols d'actuació contra els bacteris multiresistents i com gestionar-ho en l'àmbit ambulatori.
  - Dotar els equips d'atenció primària i els serveis d'urgències de l'atenció primària de tècniques de diagnòstic ràpid *point-of-care* recomanades pel Pla Nacional de Resistència als Antibiòtics (test de l'antigen A de l'estreptococ i determinació de la proteïna C reactiva).
  - Formar els professionals sanitaris en les indicacions d'ús de les tècniques de diagnòstic ràpid *point-of-care* i en com s'apliquen correctament i s'interpreten adequadament els resultats.
  - Crear i implementar un registre específic per a les proves de diagnòstic ràpid en la història clínica d'atenció primària (e-SIAP) juntament amb els criteris clínics que indiquen la necessitat de fer-ne.
  - Dissenyar projectes de recerca que avaluïn l'impacte de les actuacions desenvolupades en el marc del Pla Nacional de Resistència als Antibiòtics i sobre l'ús i les resistències als antibiòtics en l'àmbit de l'atenció primària.

- Sensibilitzar els usuaris de l'atenció primària en l'ús adequat dels antibiòtics i la pressió sobre les resistències bacterianes.
- Aplicar el programa sobre prevenció de les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària i les activitats relacionades per mitjà de pràctiques segures, com ara la higiene de les mans.

### Indicadors

1. Publicació periòdica sobre resistències antibiòtiques accessible per als professionals de cada sector sanitari.
2. Informe diari individualitzat per prescriptors d'antibiòtics.
3. Creació del grup de treball d'implementació del Pla Nacional de Resistència als Antibiòtics.
4. Memòria anual sobre les activitats relacionades amb la sensibilització dels usuaris de l'atenció primària en l'ús adequat dels antibiòtics i la pressió sobre les resistències bacterianes dutes a terme als centres de salut.

## Línia estratègica 5.5

## Cirurgia menor segura

A Espanya, la cirurgia menor està expressament inclosa com a prestació sanitària del Sistema Nacional de Salut en l'àmbit de l'atenció primària des de 1995 (Reial decret 63/1995, de 20 gener, sobre ordenació de les prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut). D'altra banda, el Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització, continua incloent la cirurgia menor a l'atenció primària.

La cirurgia menor inclou diversos procediments quirúrgics senzills, generalment de durada curta, aplicats sobre teixits superficials i/o estructures fàcilment accessibles, amb anestèsia local, que suposen un risc baix i després dels quals no són esperables complicacions postquirúrgiques significatives.<sup>47</sup>

A la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca hi ha 32 centres de salut on es fa cirurgia menor, i per això és important posar en marxa accions preventives que permetin disminuir la taxa d'esdeveniments adversos relacionats directament amb les cures sanitàries requerides pels pacients que reben tractament quirúrgic en aquests centres.

Aquests centres han d'acreditar que compleixen els criteris mínims per poder dur a terme aquests procediments i que disposen d'un lloc adequat i dotat de les condicions i dels materials necessaris per a la cirurgia menor.

Entenem que un dels punts clau per millorar les pràctiques segures és implementar llistes de verificació quirúrgica, tal com recomana l'Organització Mundial de la Salut en el seu manual d'aplicació de llistes de seguretat en cirurgia, incloent en el nostre cas la fase d'entrada (prèvia a l'inici del procediment) i la fase de sortida (en acabar el procediment quirúrgic).<sup>48</sup>

### Objectius

1. Fer un informe basal de l'estat de situació que reculli els punts clau de seguretat del pacient de cirurgia menor ambulatoria que es du a terme a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
2. Elaborar un procediment de cirurgia menor que redueixi la variabilitat de la pràctica en l'àmbit organitzatiu.
3. Millorar la seguretat dels procediments de cirurgia menor implementant llistes de verificació.
4. Millorar la informació als pacients que s'hagin de sotmetre a algun procediment de cirurgia menor.
5. Implementar el registre en la història clínica informatitzada del consentiment informat dels pacients que s'hagin de sotmetre a algun procediment de cirurgia menor.
6. Disposar d'un registre d'intervencions de cirurgia menor adaptat a les necessitats a l'atenció primària.

### Accions

1. Elaborar el procediment de cirurgia menor i difondre'l entre els professionals sanitaris dels centres de salut.
2. Revisar els criteris d'acreditació per a la cirurgia menor a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
3. Elaborar llistes de verificació adaptades a la cirurgia menor en l'àmbit de l'atenció primària.
4. Fomentar l'ús sistemàtic del consentiment informat i de les llistes de verificació.
5. Revisar els criteris d'acreditació per a la cirurgia menor a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
6. Avaluar el registre actual d'intervencions de cirurgia menor i valorar les necessitats de millora.

### Indicadors

1. Procediment de cirurgia menor disponible per als professionals de l'atenció primària.
2. Llistes de verificació adaptades a la cirurgia menor incloses en el procediment de cirurgia menor.
3. Proporció de pacients que s'han sotmès a algun procediment de cirurgia menor dels quals es disposa del registre del consentiment informat.
4. Proporció d'intervencions amb llista de verificació aplicada sobre el total d'intervencions dutes a terme.
5. Registre informàtic sistemàtic per recollir les intervencions dutes a terme.

## Línia estratègica 6

## Entorn segur

*“Safety doesn't happen by accident.”*  
Anònim

Els centres sanitaris estan dissenyats per proporcionar un entorn segur, tot i que de vegades poden contribuir a la possibilitat que ocorrin esdeveniments adversos. Per això cal valorar les zones d'accés i els elements que puguin suposar un risc per als usuaris en un moment determinat i eliminar les barreres arquitectòniques per tal d'afavorir els usuaris amb alguna discapacitat l'accés i l'ús dels centres sanitaris de manera autònoma. La conservació de les instal·lacions i de la infraestructura també és clau per minimitzar la possibilitat que s'hi produeixin esdeveniments adversos.<sup>49</sup>

### Objectius

1. Establir els mecanismes necessaris per identificar, avaluar i eliminar les barreres arquitectòniques i/o físiques dels centres sanitaris.
2. Millorar la seguretat de les infraestructures i de les instal·lacions.
3. Proporcionar un equipament sanitari fiable i segur.

### Accions

1. Adaptar els centres sanitaris als pacients amb discapacitats.
2. Senyalitzar adequadament els centres sanitaris per evitar riscos (p. ex., caigudes).
3. Definir un mapa de riscos de cada centre sanitari que identifiqui les zones d'alt risc i proposar accions correctores per controlar el risc.
4. Establir plans de contingència per a les situacions que puguin vulnerar la seguretat de l'entorn (pla d'evacuació) i assegurar que els professionals els coneixen.
5. Disposar d'un procediment de reparació de les avaries de les infraestructures, dels equipaments i dels aparells clínics que resulti àgil senzill i que permeti prioritzar.
6. Establir un sistema de manteniment preventiu de les infraestructures, dels equipaments i dels aparells clínics que permeti prevenir els riscos evitables.

### Indicadors

1. Percentatge de centres sanitaris adaptats a pacients amb discapacitats.
2. Percentatge de centres sanitaris que disposen de senyalització dels riscos.
3. Percentatge de centres sanitaris que disposen d'un mapa de riscos.
4. Percentatge de centres sanitaris que tenen establits plans de contingència/evacuació relacionats amb la seguretat de l'entorn.
5. Procediment de reparació d'avaries de les infraestructures, dels equipaments i dels aparells clínics.
6. Procediment de manteniment preventiu —amb revisions periòdiques— de les infraestructures, dels equipaments i dels aparells clínics.

## Línia estratègica 7

## Evitar intervencions innecessàries

*“El nostre temps pensa en termes de ‘saber com fer-ho’ fins i tot allà on no hi ha res que s’hagi de fer.”*

*Karl Jaspers, psiquiatre i filòsof (1883-1969)*

Totes les intervencions sanitàries tenen pros i contres, riscos i beneficis, ja que no és possible garantir absolutament que siguin innòcues. La implantació de pràctiques segures és una de les actuacions primordials per millorar la seguretat dels pacients, però de manera complementària és important que visibilitzin també les pràctiques que no aporten valor o que poden afectar de manera negativa l’atenció dels pacients produint-los danys innecessaris. La cultura que sobrevalora l’intervencionisme mèdic, la fascinació tecnològica (expectatives infundades en les possibilitats d’actuació de la medicina i la prevenció), el sobrediagnòstic i els tractaments innecessaris o inadequats són considerats, entre d’altres, factors latents l’entramat i les interaccions dels quals poden afavorir l’aparició d’esdeveniments adversos greus.<sup>27</sup>

En aquest sentit, hi ha diferents iniciatives d’àmbit estatal i internacional amb l’objectiu de detectar pràctiques o intervencions sanitàries innecessàries, a fi de limitar-les. Fa uns anys l’Aliança Nacional de Metges (*National Physicians Alliance*) dels Estats Units va posar en marxa un projecte denominat *Choosing Wisely* (‘triar amb prudència’) per tal que les societats científiques —com ara la Societat Americana de Medicina Familiar i Comunitària— elaborassin una llista de cinc recomanacions dirigides a promoure l’ús més eficaç dels recursos d’atenció a la salut en relació amb la indicació de proves diagnòstiques o tractaments. Simultàniament, des de 2007 l’Institut Nacional d’Excel·lència en Salut i Atenció Mèdica (NICE, per *National Institute for Health and Care Excellence*) del Regne Unit, durant el procés d’elaboració de les seves guies identifica algunes pràctiques clíniques que recomana no fer (*do not do*), bé perquè no ofereixen benefici, perquè no hi ha prou evidència o perquè el risc-benefici no queda clar, per la qual cosa no pot aconsellar aplicar-les.

En aquest context, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat va posar en marxa l’abril de 2013 el projecte denominat Compromís per la Qualitat de les Societats Científiques, al qual s’han adherit progressivament més societats científiques compromeses amb la causa comuna de disminuir les intervencions innecessàries, enteses com les que no han demostrat eficàcia, tenen efectivitat escassa o dubtosa o no són eficients.

Tot i que són moltes les accions que es poden emprendre en aquest àmbit, consideram estratègiques les següents, ja que estan consensuades en el projecte Compromís per la Qualitat:<sup>50</sup>

- Per part de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària, la Societat Espanyola de Metges d’Atenció Primària i la Societat Espanyola de Metges Generals i de Família:
  - No sol·licitar densitometries de manera rutinària en els casos de dones postmenopàusiques per valorar el risc de patir fractures osteoporòtiques sense haver fet prèviament una valoració dels factors de risc.
  - No utilitzar la teràpia hormonal (estrògens o estrògens amb progestàgens) amb l’objectiu de prevenir la malaltia vascular en els casos de dones postmenopàusiques.
  - No utilitzar tires reactives i glucòmetres en els pacients diabètics de tipus 2 que estan en tractament amb fàrmacs orals no hipoglucemiants, excepte en les situacions de control glucèmic inestable.
  - No fer de manera sistemàtica la determinació del PSA en homes asimptomàtics sense antecedents familiars de primer grau de càncer de pròstata.

- No prescriure antibiòtics per a la faringoamigdalitis, llevat que hi hagi una gran sospita d'etiologia estreptocòccica i/o que el resultat del test Strep A sigui positiu.
- Per part de l'Associació d'Infermeria Comunitària i de la Federació d'Associacions d'Infermeria Comunitària i Atenció Primària:<sup>51</sup>
  - No utilitzar de manera rutinària povidona iodada en infants de menys de 2 anys, especialment en nounats de menys d'1 mes.
  - No recomanar l'ús de flotadors per prevenir les úlceres per pressió.
  - No aplicar de manera habitual povidona iodada per netejar les ferides cròniques, excepte quan sigui necessari disminuir la càrrega bacteriana.
  - No utilitzar apòsits de plata per prevenir la infecció de les lesions cutànies ni en ferides sense signes clars d'infecció local.
  - No fer massatges sobre prominències òssies per prevenir les úlceres per pressió.
- I per part de l'Associació Espanyola de Pediatria:<sup>52</sup>
  - No retardar l'antibioteràpia empírica davant de la sospita de malaltia meningocòccica invasiva pel fet d'obtenir cultius (sang i/o líquid cefalorraquidi).
  - No fer de manera rutinària electroencefalogrames ni estudis de neuroimatge (TAC, ressonància magnètica) en infants amb convulsió febril simple.
  - No prescriure antibiòtics de manera rutinària a infants que pateixen gastroenteritis.
  - No utilitzar proves serològiques per diagnosticar la malaltia celíaca en infants abans que s'hagi introduït el gluten en la dieta.
  - No es recomana l'ús rutinari de la radiografia de tòrax per als casos de bronquiolitis aguda.

### Objectius

1. Millorar el coneixement de les pràctiques innecessàries i incorporar-les a la pràctica diària.
2. Difondre entre els professionals les pràctiques *do not do* com a element clau de la seguretat per als pacients.
3. Conèixer la magnitud, l'abast i les característiques de les pràctiques innecessàries amb els sistemes d'informació disponibles.

### Accions

1. Desenvolupar actuacions per difondre la informació disponible sobre pràctiques innecessàries entre tots els professionals.
2. Incloure les pràctiques innecessàries i la desprescripció en els programes formatius sobre seguretat del pacient.
3. Desenvolupar activitats de formació i actualització orientades als centres, depenent dels resultats.
4. Fer un informe de l'estat de situació de les pràctiques *do not do* a la Gerència.

### Indicadors

1. Nombre de sessions formatives de pràctiques innecessàries i/o desprescripció impartides al centre de salut.
2. Activitats de difusió dutes a terme sobre pràctiques *do not do* entre els professionals.
3. Nombre de centres de salut on s'ha fet un seguiment proactiu de les pràctiques *do not do*.

## Línia estratègica 8

## Fomentar la recerca

*“Allò que ens fa humans és  
l'habilitat de fer preguntes.”*

*Jane Goodall, primatòloga, etòloga i antropòloga (1934)*

Els estudis sobre esdeveniments adversos en l'assistència sanitària han adquirit un notable augment en els darrers anys atès que s'ha pres consciència de la importància que tenen en la millora de la qualitat assistencial, tot i que la majoria s'han fet només en l'àmbit hospitalari (incloent-hi els serveis d'urgències).

Fins ara, la majoria dels estudis relacionats amb la seguretat del pacient han estat orientats envers els errors de tractament, ja que són més fàcilment mesurables, si bé no podem oblidar que hi ha altres àrees d'estudi no explorades a causa de la dificultat que suposen tant el disseny com el mesurament, més relacionats amb el tema del diagnòstic. En aquest marc seria interessant aprofundir en les percepcions, les vivències i les opinions sobre la seguretat del pacient, i per això es recomana introduir metodologies qualitatives en la recerca en matèria de seguretat del pacient.

Conèixer l'epidemiologia dels esdeveniments adversos i la seva naturalesa, tant individual com agrupada, permetrà desenvolupar estratègies i mecanismes de prevenció per evitar-los, determinar els danys, entendre'n les causes, trobar-hi solucions i avaluar-ne l'impacte.

Malgrat que ha augmentat el nombre de publicacions sobre seguretat del pacient, hi ha alguns aspectes poc tractats, entre els quals el rol del pacient (3 %), les mesures generals per corregir errors (5 %), els errors diagnòstics (menys de l'1 %), i gairebé no s'escriu sobre els resultats de proves i sobre les derivacions. Per aquesta raó es considera important promoure la recerca sobre la seguretat del pacient a l'atenció primària especialment en els camps següents:

- error diagnòstic
- retard diagnòstic
- el rol del pacient: el pacient com a aliat en la prestació d'atenció sanitària i en la millora de la seguretat.
- el rol del professional: segones víctimes (impacte dels esdeveniments adversos sobre els professionals).

### Objectius

1. Promoure la recerca sobre la seguretat del pacient.
2. Difondre el coneixement generat pels projectes de recerca i contribuir a incrementar la cultura de la seguretat del pacient.
3. Promoure la implementació de les mesures avaluades en la recerca en el marc de l'organització.

### Accions

1. Afavorir la participació dels professionals i dels centres de salut en projectes de recerca.
2. Afavorir la difusió dels resultats dels estudis de recerca sobre la seguretat del pacient.
3. Adoptar mesures per millorar la pràctica clínica basant-se en els resultats dels projectes de recerca.

### *Indicadors*

1. Nombre de projectes impulsats des de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca relatius a la seguretat del pacient.
2. Nombre de centres de salut que participen en projectes de seguretat del pacient.
3. Nombre de publicacions relacionades amb la seguretat del pacient.
4. Nombre de comunicacions científiques a jornades i congressos de recerques sobre seguretat del pacient.

## Línia estratègica 9

## Pacients per la seguretat del pacient

*“Estudiar la medicina sense obres de text és com navegar en un mar del qual no hi ha cartografia; estudiar-la sense pacients és com no anar al mar.”*

*William Osler, metge i professor (1849-1919)*

Els avanços socials, de la tecnologia mèdica i de la informació estan produint i produiran canvis importants en el paper que correspon als pacients en l'escenari assistencial. El pacient d'avui és una persona més autònoma, amb un nivell educatiu més alt, amb capacitat i interès per participar en les decisions que afecten la seva salut, amb una cultura de drets no ja com a pacient (subjecte passiu de l'actuació mèdica) sinó com a client (subjecte que estableix una necessitat que vol satisfer per mitjà d'una relació contractual més o menys explícita), com a usuari (subjecte que utilitza els serveis disponibles de manera voluntària) i com a consumidor (subjecte que recorre als serveis disponibles, tant voluntàriament com involuntàriament).

Els objectius de l'estratègia s'enquadren en el model organitzatiu de salut que persegueix l'atenció centrada en el pacient: és a dir, organitzar l'atenció sanitària pensant més en els pacients que en els que la faciliten. Manté l'evidència i l'eficiència com a elements estructurals, però té en consideració també l'efectivitat i l'autonomia del pacient respecte de les preferències que té com a factor determinant en la presa de decisions.<sup>53</sup>

Aplicar el model d'atenció centrada en el pacient implica aquests aspectes, entre molts altres:<sup>24</sup>

- Integrar els pacients i els seus familiars en tots els aspectes de l'atenció.
- Evitar demores en el diagnòstic i en el tractament de la malaltia.
- Formar els professionals de la salut en habilitats de comunicació i en humanitats, incloent-hi la presa compartida de decisions.
- Promoure la solidaritat social amb els pacients evitant la discriminació laboral i desmitificant la sensació de tragèdia associada a la malaltia.
- Integrar en l'assistència sanitària els principis de la Declaració de Barcelona, consensuada per múltiples associacions de pacients.<sup>54</sup>

Aquesta línia estratègica està en concordança amb les recomanacions del Programa de Seguretat del Pacient de l'Organització Mundial de la Salut, que estableix específicament l'àrea de “pacients per la seguretat dels pacients” com una de les seves sis àrees estratègiques. D'aleshores ençà, les estratègies enfocades en la participació del pacient per millorar la seguretat clínica han esdevengut una prioritat, però continua essent en gran manera una tasca pendent.<sup>55</sup>

Una vegada que s'aconsegueixi implicar el pacient en la salut pròpia (atenent el principi d'autonomia) d'una manera activa, fent-lo partícip de les decisions sanitàries que li incumbeixen i aprenent a formar pacients experts, les xarxes possibilitadores que s'obriran en l'assistència poden ser un clar avantatge per a la seguretat del pacient.

A les Illes Balears hi ha en procés d'implementació el Programa Pacient Actiu, que inclou la formació de pacients perquè puguin impartir formació als seus iguals.

### Objectius

1. Promoure que el pacient i la persona cuidadora rebin informació completa i fàcilment comprensible sobre el procés assistencial i els riscos que implica, i facilitar la presa de decisions compartida amb l'equip que atén el pacient.
2. Promoure la formació dels pacients i de les persones cuidadores sobre la malaltia que aquell pateix, les cures que requereix, els riscos que implica l'atenció sanitària i la prevenció.
3. Sensibilitzar i formar els pacients en matèria de seguretat del pacient.
4. Implicar els pacients en la comunicació dels incidents de seguretat.

### Accions

1. Elaborar activitats d'educació per a la salut dirigida a pacients, familiars i persones cuidadores sobre la seguretat del pacient.
2. Revisar, actualitzar i difondre documents de consentiment informat i fer que estiguin disponibles en la història clínica.
3. Desenvolupar accions formatives per a professionals sobre tècniques de comunicació amb els pacients, com a eina per millorar la seguretat del pacient.
4. Elaborar i difondre fullets informatius específics sobre la seguretat del pacient en els punts de contacte dels usuaris amb l'assistència sanitària i comptar amb l'opinió i la participació de pacients en l'elaboració i la difusió.
5. Integar la cultura de la seguretat del pacient en les plataformes obertes als ciutadans (Programa Pacient Actiu).
6. Proporcionar als usuaris un sistema de notificació dels incidents de seguretat i promoure que l'utilitzin.
7. Incorporar l'ús de queixes, reclamacions i suggeriments com una eina per conèixer la percepció i les expectatives dels usuaris sobre la seguretat del pacient.

### Indicadors

1. Nombre d'activitats d'educació per a la salut relacionades amb aspectes de la seguretat del pacient que s'han desenvolupat als centres de salut.
2. Proporció de centres de salut que han duit a terme per any almenys una activitat d'educació per a la salut relacionada amb la seguretat del pacient.
3. Documents de consentiment informat actualitzats i disponibles per a tots els professionals de l'atenció primària.
4. Nombre de professionals formats en tècniques de comunicació amb els pacients com a eina per millorar la seguretat del pacient.
5. Difusió als centres de salut de fullets sobre aspectes relacionats amb la seguretat del pacient.
6. Elaboració del formulari de notificació d'incidents de seguretat dirigit als usuaris.
7. Espai d'informació específic sobre la seguretat del pacient en la web d'Atenció Primària de Mallorca dirigida als usuaris.
8. Sistema web de notificació d'incidents de seguretat dirigit als usuaris.
9. Taxa de notificacions efectuades per usuaris.
10. Taxa de notificacions detectades en suggeriments i reclamacions d'usuaris.

## Glossari

Taxonomia utilitzada i definicions operatives<sup>56-58</sup>

### **Efecte advers**

Tot accident imprevist i inesperat identificat en el moment de la consulta, que ha causat lesió i/o incapacitat, que es deriva de l'assistència sanitària i no de la malaltia de base del pacient.

Per determinar que l'**esdeveniment advers**→ és degut a l'assistència, els revisors han de puntuar en una escala de 6 punts (1 = no evidència o evidència petita; 6 = evidència pràcticament segura) el grau de confiança que tenen que l'efecte advers pugui ser degut a l'assistència sanitària i no al procés patològic. *A priori* considerem un punt de tall de  $\geq 2$  per considerar-ho com a positiu.

### **Efecte advers evitable**

Per determinar que l'**esdeveniment advers**→ és evitable, els revisors han de puntuar en una escala de 6 punts (1 = no evidència o evidència petita; 6 = evidència pràcticament segura) el grau de confiança que tenen que l'efecte advers podia ser evitable. *A priori* considerem un punt de tall de  $\geq 4$  per considerar-ho com a positiu, d'acord amb l'experiència, la informació continguda en el manual operatiu i el consens del període de formació.

### **Efecte advers greu**

Ocasiona la mort, incapacitat residual en el moment de l'alta mèdica o requereix una intervenció quirúrgica.

### **Efecte advers lleu**

Lesió o complicació que no té les conseqüències de l'**efecte advers greu**← ni de l'**efecte advers moderat**→.

### **Efecte advers moderat**

És l'**efecte advers**← que ocasiona una estada hospitalària d'almenys 1 dia (grau 2) o requereix atenció al servei d'urgències o en una consulta d'especialitat (grau 1).

### **Error de medicació**

Efecte que es pot evitar i que és causat per l'ús inadequat d'un medicament, cosa que produeix una lesió al pacient mentre la medicació està sota control del personal sanitari o del pacient o consumidor.

### **Error mèdic**

Acte d'equivocació o omissió en la pràctica dels professionals sanitaris que pot contribuir a fer que es doni un **esdeveniment advers**→.

### **Incident**

Esdeveniment aleatori imprevist i inesperat, relacionat amb l'atenció sanitària, que no produeix dany al pacient. També es pot definir com un esdeveniment que, en circumstàncies diferents, podria haver estat un **efecte advers**← o com un fet que, no descobert o corregit a temps, pot implicar problemes per al pacient.

### ***Infecció relacionada amb les cures sanitàries***

Infecció que es desenvolupa en un pacient que rep atenció sanitària a qualsevol dels establiments on es presten cures sanitàries: centres de salut (atenció primària), hospital d'aguts (infecció nosocomial), hospital de crònics, residències d'ancians, ambulatoris, centres de diàlisi, cures domiciliàries, etc., i que està relacionada amb l'atenció (no estava en el període d'incubació ni present en el moment de l'atenció). Per classificar-la cal aplicar els criteris de definició de cas elaborats pels CDC.<sup>54-56</sup>

### ***Intoxicació accidental per fàrmacs***

Ingesta de productes tòxics potencials (fàrmacs) de manera accidental quan superen la dosi màxima terapèutica, fins i tot si intenten mitigar un símptoma i per això se n'ingereix una quantitat excessiva (sobredosificacions), sense la intervenció de cap professional sanitari.

### ***Reacció adversa a medicaments***

Alteració i/o lesió produïda quan els medicaments s'empren de manera apropiada (són difícilment evitables).

### ***Reintervenció***

Procediment quirúrgic repetit en un període inferior a 30 dies i motivat per causes relacionades amb la intervenció anterior (p. ex., dehiscència de sutura després d'extirpar un quist pilosebaci).

### ***Esdeveniment advers***

Conjunt d'incidents i efectes adversos.

Per ampliar aquest glossari podeu consultar la pàgina web <[psnet.ahrq.gov/glossary](https://psnet.ahrq.gov/glossary)>, de Agency for Healthcare Research and Quality.

## Bibliografia

1. INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC (EE. UU.): National Academy Press, 2000. Disponible en: <[www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report Files/1999/To-Err-is-Human/To Err is Human 1999 report brief.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
2. AGRA VARELA, Yolanda. *Principios básicos sobre seguridad del paciente: conceptos, herramientas y recursos para la ayuda en la mejora de la seguridad en la atención sanitaria*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2014. Disponible en: <[e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9\\_Seguridad\\_del\\_paciente\\_y\\_gestion\\_de\\_riesgos.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
3. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E, Kieny MP, Donaldson LJ. El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2017;95:546-546A. Disponible en: <[www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/es](http://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/es)> [Consulta: 27 set 2018].
4. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020*. Madrid, 2015. Disponible en: <[www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *10 datos sobre seguridad del paciente* [en línea]. Març de 2018. <[www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es)> [Consulta: 27 set 2018].
6. Machary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.
7. Obon Azuara B, Gutiérrez Cía I. Problemas legales de los sistemas de notificación de incidentes: ¿qué opinan los profesionales sanitarios? *Revista de Bioética y Derecho* 2013;29:122-135. Disponible en: <[revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/download/8090/9992](http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/download/8090/9992)> [Consulta: 27 set 2018].
8. Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. *J Qual Assur.* 1991 Jan-Feb;13(1):10-3.
9. AIBAR-REMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús María. “La seguridad del paciente: una dimensión de la calidad asistencial” En MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [en línea]. Disponible en: <[proyectoidea.com/tutoriales/CD2/pdfs/UNIDAD2.pdf](http://proyectoidea.com/tutoriales/CD2/pdfs/UNIDAD2.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
10. AGENCIA NACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL REINO UNIDO. *La seguridad del paciente en siete pasos*. Disponible en: <[www.sefh.es/bibliotecavirtual/msc/7pasos.pdf](http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/msc/7pasos.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
11. Astier Peña MP, Torijano Casalengua ML, Olivera Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2016;48(1):3-7. ). Disponible en: <[core.ac.uk/download/pdf/82496011.pdf](http://core.ac.uk/download/pdf/82496011.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
12. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2009;24(3):93–4. Disponible en: <[www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estrategias-participacion-del-paciente-mejora-S1134282X09711418](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estrategias-participacion-del-paciente-mejora-S1134282X09711418)> [Consulta: 27 set 2018].
13. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998;316:1154-7. Disponible en: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945)> [Consulta: 27 set 2018].
14. VINCENT, Charles; AMALBERTI, René. *Seguridad del paciente: estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. Madrid: Modus Laborandi, 2016. Disponible en: <[www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].

15. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid, 2008. Disponible en: <[www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
16. Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013;173:418-25. Disponible en: <[pdfs.semanticscholar.org/574e/6a1caf6395b4443efc045ee89dd81cb315dd.pdf](https://pdfs.semanticscholar.org/574e/6a1caf6395b4443efc045ee89dd81cb315dd.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
17. Singh H; Weingart SN. Diagnostic errors in ambulatory care: dimensions and preventive strategies. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;42(1):115-25. Disponible en: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3643195/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3643195/)> [Consulta: 27 set 2018].
18. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind*. París, 2018. Disponible en: <[www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf](http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf)> [Consulta: 27 des 2018].
19. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2014. Disponible en: <[www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS\\_DE\\_LA\\_CULTURA\\_DE\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE\\_EN\\_ATENCION\\_PRIMARIA.PDF](http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS_DE_LA_CULTURA_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_EN_ATENCION_PRIMARIA.PDF)> [Consulta: 27 set 2018].
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Technical Series on Safer Primary Care" [en línea]. Diciembre de 2016. Disponible en: <[www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical\\_series/en](http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en)> [Consulta: 27 des 2018].
21. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S. Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. *Gac Sanit*. 2017;31(2):150-53. Disponible en: <[www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111630173X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111630173X)> [Consulta: 27 set 2018].
22. SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD. *Plan estratégico de seguridad de pacientes 2011-2016*. Càceres, 2011. Disponible en: <[saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Asegurado en otro Estado de la UE/plan\\_estratègic\\_seguridad\\_pacientes.pdf](http://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan_estrat%C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
23. TOMÁS VECINA, Santiago. "¿Cómo diseñar un mapa de riesgo?: el mapa de riesgo de los servicios de urgencias". En *Jornada tècnica: "Gestió de la Seguretat dels Pacients"*. AENOR / FIDISP, 2003. Disponible en: <[seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/professionals/jornades/jornada\\_tecnica\\_gestio\\_de\\_la\\_seguretat\\_dels\\_pacients/documents/jornada\\_tecnica\\_gestion\\_sp\\_santi\\_tomas.pdf](http://seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/professionals/jornades/jornada_tecnica_gestio_de_la_seguretat_dels_pacients/documents/jornada_tecnica_gestion_sp_santi_tomas.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
24. Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin* 2008;131(3):64-71.
25. Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud: error médico y seguridad del paciente. *Rev Cuba Salud Pública*. 2005;31(3):239-44. Disponible en: <[scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n3/spu10305.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n3/spu10305.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. Ginebra (Suïssa), 2016. Disponible en: <[apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674-eng.pdf)> [Consulta: 27 des 2018].
27. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP)*. Madrid, 2015. Disponible en: <[www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema de Notificacion y aprendizaje. SINASP \(2013\).pdf](http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema%20de%20Notificacion%20y%20aprendizaje%20SINASP%20(2013).pdf)> [Consulta: 27 set 2018].

28. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calid Asist* 2005;20(4):183-236. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840> [Consulta: 27 set 2018].
29. AIBAR-REMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús María. “La gestión del riesgo” En MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [en línea]. Disponible en: <proyectoidea.com/tutoriales/CD2/pdfs/UNIDAD6.pdf> [Consulta: 27 set 2018].
30. GRUPO DE TRABAJO SESPAS-OMC SOBRE IATROGENIA. *Iatrogenia: análisis, control y prevención*. Disponible en: <elmedicointeractivo.com/wp-content/uploads/2018/01/iatrogenia\_documento\_omc\_sespas.pdf> [Consulta: 27 set 2018].
31. Villatoro Jiménez V. Errores de seguridad en Atención Primaria. *AMF* 2016;12(11):644-653. Disponible en: <instituciones.sld.cu/pdvedado/files/2016/06/Errores-de-seguridad-en-Atenci%C3%B3n-Primaria.pdf> [Consulta: 27 des 2018].
32. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. *¿Qué es el sistema español de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano?* [en línea]. 11/09/2015. <www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/home.htm> [Consulta: 27 set 2018].
33. Jacobs S, O’Beirne M, Derfiingher LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Errors and adverse events in family medicine: developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Can Fam Physician* 2007;53(2):270-6. Disponible en: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949126> [Consulta: 27 set 2018].
34. GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS. “Definiciones”. En *Proyecto de investigación de segundas víctimas* [en línea]. <www.segundasvictimas.es/definiciones> [Consulta: 27 set 2018].
35. AIBAR-REMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús María. “La comunicación del riesgo: compartiendo decisiones con los pacientes” En MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [en línea]. Disponible en: <proyectoidea.com/tutoriales/CD2/pdfs/UNIDAD9.pdf> [Consulta: 27 set 2018].
36. GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE TERCERAS Y SEGUNDAS VÍCTIMAS. *Guía de actuación para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso*. 2015. Disponible en: <https://en.calameo.com/read/0050875481fb155ebdd3a> [Consulta: 27 set 2018].
37. Gálvez Ibáñez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. *Med Fam*. 2003;4(1). Disponible en: <www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n1/09.pdf> [Consulta: 27 set 2018].
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. Ginebra (Suïssa), 2016. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674-eng.pdf> [Consulta: 27 des 2018].
39. CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. *Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid*. Madrid, 2015. Disponible en: <docplayer.es/storage/26/7366831/1538127402/eMo1r7mBr65zqTS\_lGpTDA/7366831.pdf> [Consulta: 27 set 2018].
40. AMADO, Ester; CATALÁN, Arantxa; GILABERT, Antoni [et al.]. *La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2014. Disponible en: <aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2014/pdf/coordinacion\_receta\_electronica\_RED\_aquas2014.pdf> [Consulta: 27 set 2018].

41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. Ginebra (Suïssa), 2016. Disponible en: <[apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf)> [Consulta: 27 des 2018].
42. ALGUACIL PAU, Ana Isabel; SANTIAGO SÁEZ, Andrés. *Herramientas corporativas en seguridad clínica: las instrucciones de seguridad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (volumen I)*. Madrid: Hospital Clínico San Carlos, 2011. Disponible en: <[docplayer.es/storage/26/8109631/1538128967/VOUgRpyH7Nfq5gU0UaYYg/8109631.pdf](http://docplayer.es/storage/26/8109631/1538128967/VOUgRpyH7Nfq5gU0UaYYg/8109631.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
43. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Proyecto MARC: elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos*. Madrid, 2014. Disponible en: <[www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto\\_MARC\\_2014.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
44. Garjón Parra J, Gorriño Mendivil J. Seguridad del paciente: cuidados con los errores de medicación. En BIT de Navarra. Maig-juny 2010;18 (3):31-46. Disponible en: <[www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=bit/Bit\\_v18n3.pdf](http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=bit/Bit_v18n3.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
45. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos*. Madrid, 2014. Disponible en: <[www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf](http://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración*. Ginebra (Suïssa), 2013. Disponible en: <[apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84918/9789243503370\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84918/9789243503370_spa.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
47. Arroyo Sebastián A, Tomás Gómez AJ, Andreu Gálvez J, García Peche P, Arroyo Sebastián MA, Costa Navarro D et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. *Aten. Primaria*, 2003 oct. 32(6):371-5. Disponible en: <[www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13052717&r=27](http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13052717&r=27)> [Consulta: 27 set 2018].
48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: manual de aplicación* [1ª ed.]. Ginebra (Suïssa), 2008. Disponible en: <[apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
49. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. *Accesibilidad universal* [en línea]. <[www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/accesibilidadUniversal.htm](http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/accesibilidadUniversal.htm)> [Consulta: 27 set 2018].
50. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia* ("Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España". Madrid, 2013. Disponible en: <[www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/SOCIEDAD\\_ESP\\_M\\_FAMC\\_AP\\_MGF\\_OK.pdf](http://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/SOCIEDAD_ESP_M_FAMC_AP_MGF_OK.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
51. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Recomendaciones de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria y la Asociación Enfermería Comunitaria* ("Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España". Madrid, 2013. Disponible en: <[www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/FEDERACION\\_ENFER\\_COMUN\\_COMUNITARIA\\_OK.pdf](http://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/FEDERACION_ENFER_COMUN_COMUNITARIA_OK.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].
52. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría* ("Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España". Madrid, 2013. Disponible en: <[www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/A\\_S\\_E\\_PEDIATRIA\\_OK.pdf](http://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/A_S_E_PEDIATRIA_OK.pdf)> [Consulta: 27 set 2018].

53. Añel Rodríguez RM, Cambero Serrano MI, Irurzun Zuazabal E. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Rev Calid Asist* 2015;30(5):220-5. Disponible en: <[www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15000871](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15000871)> [Consulta: 27 set 2018].
54. ASOCIACIONES DE PACIENTES. “Decálogo de los Pacientes” (Declaración de Barcelona). En: I Congrés Espanyol de Pacients. Barcelona, 20 y 21 d’octubre de 2003. Disponible en: <[www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2015/05/decalogo-de-los-pacientes-declaracion-de-Barcelona-2013.pdf](http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2015/05/decalogo-de-los-pacientes-declaracion-de-Barcelona-2013.pdf)> [Consulta: 27 des 2018].
55. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Pacientes en Defensa de su Seguridad – Información general” [en línia]. <[www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/statement/es](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es)> [Consulta: 27 des 2018].
56. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An Sis Sanit Navar*. 2003; 26(2):195-209. Disponible en: <[scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300002)> [Consulta: 27 set 2018].
57. Aranaz JM. ¿Qué podemos aprender los clínicos del estudio de los sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento? *Med Clín (Barc)*. 2006;126(3):97-8.
58. Jacobs S, O’Beirne M, Derfiingher LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Errors adverse events in family medicine. Developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Can Fam Physician*. 2007;53(2):270-6. Disponible en: <[www.cfp.ca/content/53/2/270.long](http://www.cfp.ca/content/53/2/270.long)> [Consulta: 27 set 2018].





**SEGURETAT**  
**DEL PACIENT**  
Atenció Primària de Mallorca