



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Acerca de las unidades de gestión de riesgos

Risk management units

J.M. Aranaz Andrés

Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante, Alicante, España

Recibido el 23 de febrero de de 2009; aceptado el 25 de febrero de 2009

Desde que en 1966 Donabedian¹ introdujera una metodología organizada y científica para evaluar la calidad, en ese mítico trabajo que le valiera la consideración de cita clásica, ha llovido mucho. Recogiendo el carácter multifactorial inherente a la calidad, identificó una serie de elementos que facilitaban su análisis: a) el componente técnico, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza; b) el componente interpersonal, expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación paciente-profesional de la salud, y c) el componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla, lo que denominó "las amenidades".

El mismo autor², años más tarde, incorporó una serie de atributos a los componentes de la calidad antes mencionados, como la eficacia, la efectividad, la agilidad, la accesibilidad, la seguridad, la continuidad, la información y el trato.

En la década actual, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se focaliza en una dimensión primordial de ésta: la seguridad clínica del paciente³. La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clí-

nica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores⁴.

Si por riesgo entendemos la posibilidad de que se produzca un resultado indeseable, o la ausencia de un resultado deseable, a lo largo de la cadena de la acción sanitaria, consecuentemente nos referiremos a la gestión de riesgos como "la actividad de identificación, análisis y respuesta a los riesgos acaecidos o que puedan llegar a producirse, con el objetivo de evitar que ocurran en el futuro o minimizar sus consecuencias". La gestión eficaz de los riesgos implica una combinación entre el aprendizaje de aquellas cosas que han ido mal (reactivo) y la prevención ante riesgos potenciales para evitar que impacten en el servicio que nuestra organización presta (proactivo)⁵.

Las unidades de gestión de riesgos surgen en el entorno hospitalario en Estados Unidos y Reino Unido⁶; la experiencia española es muy reciente⁷. De ahí la importancia del trabajo de Mena et al⁸ que aparece en este número de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, en el que nos presentan, de manera sintética pero precisa, no sólo los resultados de su experiencia, sino también la estrategia seguida para la implantación y, lo que es más importante, para la evaluación de una unidad funcional de riesgos sanitarios. En su concepción de la unidad ya avanzan el papel crucial que ha de tener en materia de cambio de la cultura.

La cultura no es otra cosa que las actitudes y los comportamientos predominantes que caracterizan el funciona-

Correo electrónico: aranaz_jes@gva.es

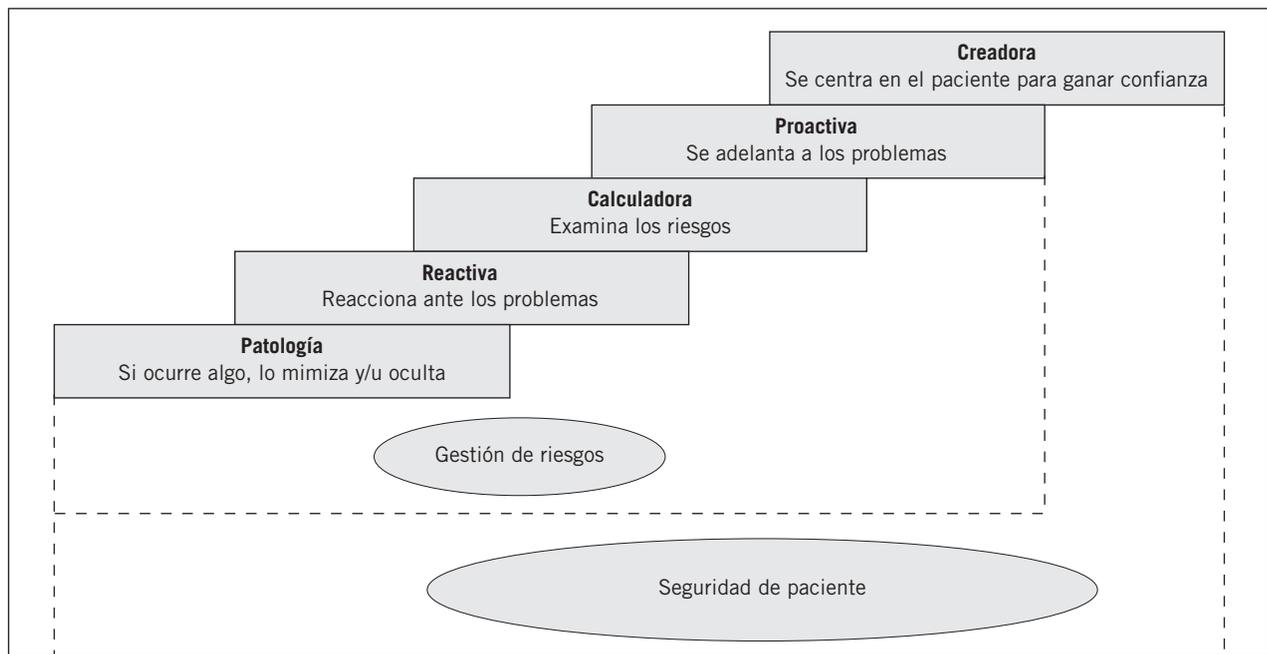


Figura 1 Gestión de la cultura de seguridad de pacientes⁹.

miento de un grupo o una organización. Dicho de otra manera, cómo se hacen las cosas aquí y ahora. La cultura de seguridad se ha presentado como una escalera en la que, a medida que se suben peldaños, se gana en confianza del paciente⁹.

Se da la circunstancia de que de todos los componentes de la calidad, es precisamente la seguridad el que más voluntades aúna, de tal modo que es un bien tanpreciado por los pacientes como por los gestores, y en los profesionales sanitarios encontraremos un aliado de excepción para la gestión de riesgos y la mejora de la seguridad del paciente.

Una organización preocupada por la calidad de la atención sanitaria debe ir más allá de la gestión de riesgos, debe abordar la seguridad del paciente como un todo¹⁰, atendiendo de manera prioritaria a los necesarios cambios culturales¹¹. La gestión de riesgos podría posicionarnos en el cuarto escalón, pero las unidades de seguridad del paciente, denominación que proponemos, nos permitirían alcanzar el quinto peldaño (fig. 1), de tal modo que la unidad de gestión de riesgos sería algo así como el grupo operativo que implementa las recomendaciones de la comisión de seguridad del paciente, dentro del servicio de calidad asistencial.

Avancemos en la gestión de riesgos. Se trata de una función esencial en los servicios de salud que requiere una estructura al efecto, no en el sentido clásico de un servicio clínico, sino en el de una unidad moderna acorde con el organigrama de cada centro y capaz de liderar y coordinar actuaciones en los diferentes niveles asistenciales de un área, distrito, sector o departamento de salud, y démosle también entrada a la seguridad del profesional y, como tal unidad, que quite sombras y ponga luces en la seguridad del paciente¹² o, mejor todavía, denominémosla directamente Unidad de Seguridad del Paciente.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *MIbank Mem Fund Q.* 1966;44:166-206.
2. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. *Rev Calid Asist.* 1981;6:31-9.
3. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century.* Washington DC: National Academy Press; 2001.
4. Aranaz JM, Aibar C, Casal J, Gea MT, Limón R, Requena J, et al. Los sucesos adversos en los hospitales españoles: resultados del estudio ENEAS. *Medicina Preventiva.* 2007;XII:64-70.
5. Recio M, Limón R, Martín A. La gestión del riesgo sanitario. En: Aranaz-Andrés JM, Aibar-Femón C, Vitaller-Burillo J, Mira-Solves JJ. *Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes.* MAPFRE. Madrid: Díaz de Santos; 2008.
6. Vincent CH, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ.* 2000;320:777-81.
7. Pardo A, Clavería A, García M, López J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin (Barc).* 2008;131 Supl 3:64-71.
8. Mena JM, Sanz-Vírseda A, Cañada A, Villamor M. Estrategia de implantación y evaluación de una unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2009;24:95-103.
9. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care.* 2004;13 Suppl II:1122-7.
10. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care.* 2007;16:313-20.
11. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:405-10.
12. Aranaz JM, Limón R, Aibar C, Miralles JJ, Vitaller J, Terol E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. *Gac Sanit.* 2008;22 Supl 1:198-204.