

## La seguridad del paciente, un reto para la atención primaria. La respuesta de la semFYC

La seguridad del paciente (SP) ha estado presente a lo largo de toda la historia de la asistencia sanitaria, desde el clásico «*primum non nocere*» a su versión actualizada en el principio ético de «no maleficencia». Pero es sobre todo a partir de 1999, año en el que la National Academy publica el informe de Kohn<sup>1</sup>, cuando los temas de SP pasan a ocupar un lugar prioritario en las agendas de los organismos internacionales y de los servicios de salud de los países más desarrollados. La propia OMS plantea en el 2004 su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente<sup>2</sup>, definiendo las 6 acciones o líneas de actuación en las que va a trabajar (tabla 1). En lo que se refiere a España, el Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>3</sup> da al tema un especial protagonismo, dedicando apoyo y recursos económicos para la formación, la investigación y la implementación de acciones concretas. Fuera de nuestro país, agencias sanitarias tan importantes como la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>4</sup>, en Estados Unidos, o la National Patient Safety Agency<sup>5</sup>, del National Health Service en el Reino Unido, lideran el tema en sus respectivos países, enfocándolo tanto a los profesionales como a los pacientes. Sin embargo, esta preocupación se centra fundamentalmente en los hospitales, con escasas referencias a la atención primaria (AP). Ésta es un ámbito complejo, en el que el protagonismo es compartido activamente por el paciente y el profesional. El paciente de la AP es quien decide cuándo empieza un episodio asistencial, por ejemplo, y desde luego es el responsable, en última y definitiva instancia, de la aplicación del régimen terapéutico. Esto hace que la SP sea también particularmente complicada, ya que se extiende a un antes y un después del contacto propiamente dicho, en un continuo asistencial que se inicia de modo habitual con la percepción de necesidad de cuidados por parte del paciente y termina cuando el problema asistencial está resuelto o correctamente controlado. Así, las actitudes y prácticas relativas a la SP han de promoverse no solo en el centro de salud, sino también en el hábitat social y familiar.

### ¿Qué sabemos en atención primaria de seguridad del paciente?

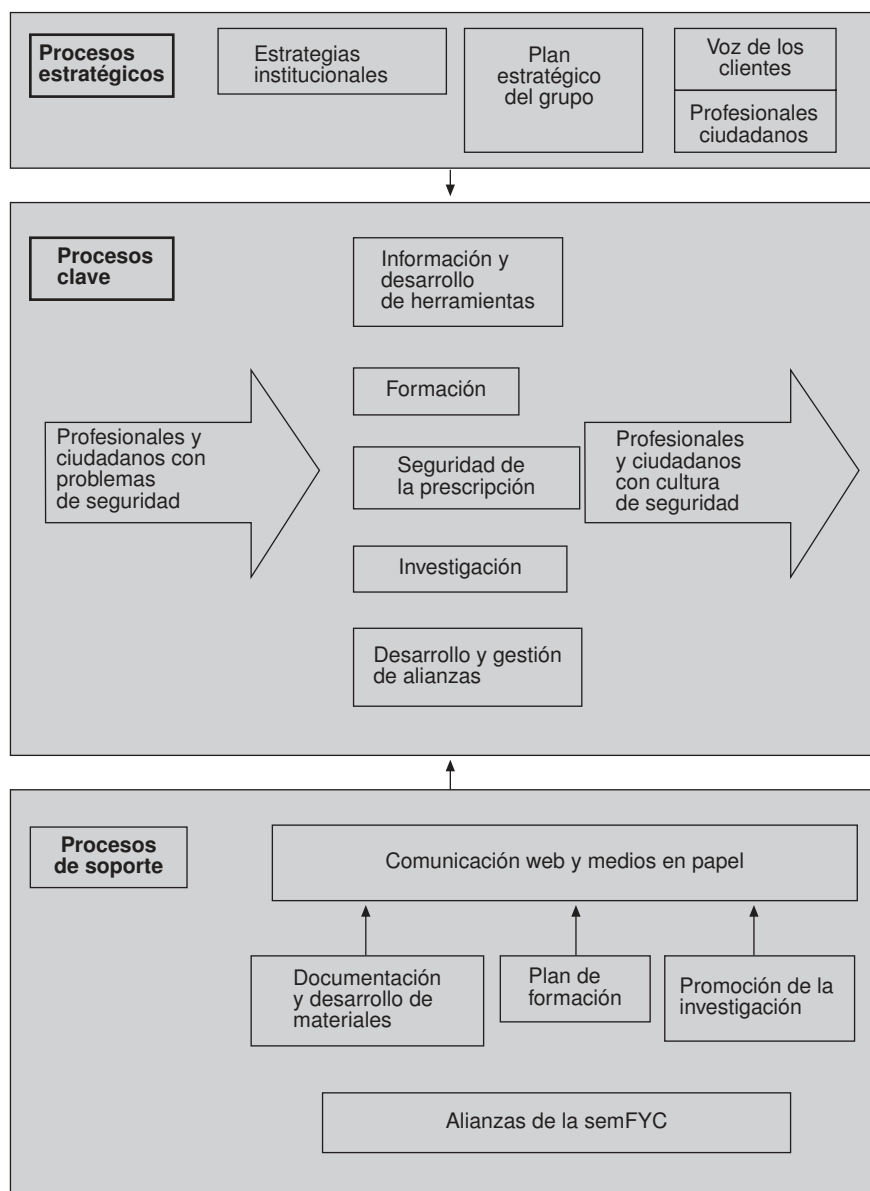
A pesar de que los estudios sobre errores de prescripción son frecuentes en la literatura médica, hay pocos trabajos que muestren una visión más global del problema. Por lo que se refiere a la tipología de los errores que ocurren, Elder et al<sup>6</sup> publicaron en 2002 una revisión sistemática que

los clasifica en: clínicos, de comunicación, administrativos y relacionados con el sistema, tanto en los procesos de diagnóstico y tratamiento como en las acciones preventivas. Por su parte, Rubin et al<sup>7</sup> encuentran errores fundamentalmente en la prescripción y la comunicación, además de otros en acceso, equipamiento, cuidados, etc. En cuanto a su incidencia, el estudio TAPS<sup>8</sup>, basado en declaración de los médicos, encuentra 0,08 errores cada 100 visitas, mientras que Rubin et al<sup>7</sup> detectan 7,56, lo que muestra la gran variabilidad en cuanto a las definiciones y metodologías utilizadas. El punto de vista del paciente lo estudiaron Kuzel et al<sup>9</sup>, a partir de 38 entrevistas en las que se detectaron 221 problemas, de los que más del 50% correspondían a relación o acceso. El 70% de los encuestados declaró daños psicológicos –angustia, pérdida de relación...– y en un 23% lo fueron físicos.

En nuestro medio Borrell et al<sup>10</sup> encuestaron a 717 médicos sobre su percepción del problema en un período de 12 meses. De los 238 que respondieron, un 28% negaba haberse visto implicado en un error o efecto adverso, mientras que el 7,4% declaraba más de 28 episodios en el año, con una media total de 7,6 efectos por cada profesional y año. Los más citados fueron los efectos adversos a fármacos (37%) y los retrasos diagnósticos en oncología (33%). La variabilidad de estos resultados evidencia que son precisos más estudios que investiguen y definan una taxonomía propia de la SP en AP, que midan su verdadera magnitud y que tengan en cuenta las opiniones y experiencias de los profesionales y de los ciudadanos. Es de esperar que el ENEAS II<sup>11</sup>, un trabajo que se está llevando a cabo en la AP de toda España, patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y dirigido por la Universidad Miguel Hernández, nos facilitará una buena aproximación a los ti-

**TABLA 1**  
**OMS. Alianza para la Seguridad de los Pacientes. Acciones a desarrollar**

1. Prevención de la infección asociada a los cuidados de salud
2. Implicación de pacientes y consumidores
3. Desarrollo de una taxonomía sobre seguridad del paciente
4. Investigación en el ámbito de la seguridad del paciente
5. Soluciones para reducir el riesgo de los cuidados de salud y mejorar su seguridad
6. Información y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente

**FIGURA 1**

Mapa de procesos del Grupo de Trabajo para la Seguridad del Paciente.

pos de efectos adversos y su magnitud en la AP de nuestro país.

### ¿Cómo responde la semFYC?

Como sociedad científica líder en AP, la semFYC tiene la obligación de diseñar, impulsar y tutelar actuaciones que puedan traducirse en una mejora de la SP. En esta línea se ha creado un Grupo de Trabajo específico que se responsabiliza de esta función. En concreto, el grupo se plantea como misión la mejora práctica de la SP a través de:

- Proporcionar información, formación y herramientas para mejorar la SP tanto a los profesionales de la AP como a los ciudadanos.
- Promover la investigación en SP en el colectivo de médicos de AP.
- Trabajar como campo de particular interés la seguridad de la prescripción farmacéutica.
- Desarrollar alianzas con los otros grupos interesados, la administración sanitaria, la enfermería, las organizaciones ciudadanas, la industria farmacéutica y otros, con vistas a gestionar los problemas de SP.
- Integrar la cultura de la SP en el colectivo de médicos de familia y en los ciudadanos.

Para dar respuesta a la misión, el grupo se articula alrededor de 5 procesos clave y un proceso de soporte fundamental, comunicación, que permite el desarrollo de los procesos clave y los pone a disposición de los profesionales y de la sociedad (fig. 1).

El reto que plantea la SP es importante y en AP estamos comenzando a darle respuesta. Hay mucho trabajo por delante, pero también mucha ilusión por llevarlo a cabo.

Sirva este editorial para invitar a todos los socios atraídos por este tema a sumarse al grupo, en la confianza de que la SP en AP es un campo con un amplio recorrido por delante, en el que todos vamos a ser necesarios.

**Fernando Palacio<sup>a</sup> y Grupo de Trabajo para la Seguridad del Paciente<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Centro de Salud Ondarreta. San Sebastián (Guipúzcoa). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. España.

<sup>b</sup>El Grupo de Trabajo para la Seguridad del Paciente está compuesto por: Fernando Palacio, José Ángel Maderuelo, Pilar Astier, Rafael Bravo y Sergio Minué.

## Bibliografía

1. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999.
2. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. (Consultado el 15 de abril de 2007.) Ginebra: World Health Organization; 2004. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/en/](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/en/)
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Consultado el 15 de abril de 2007.) Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/ec\\_pnc03.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/ec_pnc03.htm)
4. Agency for Healthcare Research and Quality. (Consultado el 15 de abril de 2007.) Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/espanoix.htm>
5. National Health Service. (Consultado el 15 de abril de 2007.) Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/>
6. Elder NC, Dovey S. Classification of medical errors and preventable adverse event in primary care: a synthesis of the literature. *J Fam Pract.* 2002;51:927-32.
7. Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:443-7.
8. Makeham M, Kidd MR, Saltman DC, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *MJA.* 2006;185:95-8.
9. Kuzel AJ, Woolf SH, Gilchrist WJ, Engel JD, La Veist TA, Vincent C, et al. Patient reports of preventable problems and harms in primary health-care. *Ann Fam Med.* 2004;2:333-40.
10. Borrell-Carrió F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y efectos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2006;38:25-32.
11. Proyecto IDEA. (Consultado el 20 de julio de 2007.) Disponible en: <http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/apeas/>