



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Impulso de la seguridad del paciente a partir del contrato programa de centro

E. Bartolomé Benito^{a,*}, A. Miquel Gómez^b, L. Sánchez Perruca^c,
J. Jiménez Carramiñana^d, A. López Romero^b y J.L. Sánchez Suárez^e

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

^b Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^c Dirección Técnica de Sistemas de Información, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^d Proyecto eSOAP, Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^e Dirección Técnica de Docencia e Investigación, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Recibido el 4 de abril de 2011; aceptado el 25 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Seguridad del
paciente;
Atención Primaria;
Contrato programa

Resumen

Objetivo: Identificar y definir un conjunto mínimo y normalizado de objetivos de seguridad en el contrato programa de centro (CPC) de la Comunidad de Madrid, cuya implantación y seguimiento permita garantizar la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en Atención Primaria.

Material y métodos: El elemento clave es el CPC elaborado con el modelo EFQM como referente. Metodológicamente, se han seguido las etapas del ciclo de mejora. En la planificación, se ha incluido en el CPC objetivos normalizados de seguridad. El seguimiento de los indicadores se ha realizado con una aplicación informática.

Resultados: En el CPC 2009 se han definido 12 objetivos de seguridad y 21 indicadores. En todos los criterios del modelo se ha contemplado la inclusión de algún objetivo de seguridad. Destacamos los siguientes resultados: en el criterio de procesos, la cobertura del programa del polimedicado es del 59,22%, en el 93% de las consultas se utiliza solución bioalcohólicas y el 89% de los Centros de Salud (CS) realizan control y mantenimiento de carros de parada. En comunicación, se han notificado 1.096 errores de medicación en toda la Comunidad de Madrid, 239 reacciones adversas a medicamentos y 1.945 incidentes de seguridad. En el criterio 6, clientes, el 66,22% de los INR están en rango. Se ha obtenido 19,46 DHD osteoporosis en mujeres de 45-65 años y 16,9 DHD neurolépticos en personas mayores. El indicador referente a BEERS es del 11,9%. Se han adoptado una 1,19 medidas de seguridad por CS. En resultados personas, el 14,44% de los profesionales se han formado en calidad y seguridad del paciente. Con la aplicación e-SOAP los CS conocen resultados para adoptar mejoras. Se han introducido mejoras en el CPC 2010.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena.bartolome@salud.madrid.org (E. Bartolomé Benito).

Conclusiones: Con el CPC elaborado con el modelo EFQM como referente, se han implantado y seguido indicadores de seguridad de forma sistematizada en los CS de la Comunidad de Madrid. Se han generalizado buenas prácticas que garantizan la seguridad del paciente, y se ha empezado a evaluar el impacto de la atención sanitaria prestada en Atención Primaria con la medición de indicadores que la evidencia científica revela que afectan a la seguridad del paciente.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient Safety;
Primary Care;
Agreement Program

Boost for patient safety with the centre agreement program

Abstract

Objective: To identify and define a minimum and standard set of safety objectives in the Centre Agreement Program (CAP) of the Community of Madrid, the introduction of which has led to improved follow-up and an improvement in quality of care and patient safety in Primary Care.

Material and Methods: The key element is the Centre Agreement Program developed with the EFQM model as a reference. Methodologically, this project has followed the steps set out in the PDCA cycle. Standardised safety objectives were included in the CAP during the planning phase. Indicators have been monitored by the e-SOAP application.

Results: We have identified 12 safety goals and 21 indicators. All the criteria of the model included some safety objectives. We highlight the following results: in the criteria relating to processes, the program cover of patients who were on several medications was 59.22%, a bio-alcohol solution was used in 93% of health facilities, 89% of Health Centres had performed a control and maintenance of vital emergency equipment. As regards communication, 1096 medication errors were notified throughout the Community of Madrid. There were 239 adverse reactions to medication and 1945 safety incidents were reported. In criterion 6, 66.22% of INR determinations were within range. There were 19.46 defined daily doses (DDD) for women of 45-65 years, and 16.9 DDD of neuroleptics in the elderly population. The indicator related to minimising drugs considered inappropriate in the elderly (Beers) was 11.9%. An average of 1.19 safety measures were adopted per Centre. For Criterion 7, 14.44% of professionals had been trained in quality and patient safety. By implementing e-SOAP, Health Centres can know their results in order to implement improvements. In addition, improvements have been set up in the 2010 CAP.

Conclusions: With the development of the CAP using the EFQM model as a benchmark, safety indicators have been implemented and monitored systematically in the Health Centres of the Community of Madrid. Best practices that ensure patient safety have been extended and we have begun to evaluate the impact of the health care provided in Primary Care with the measurement of indicators that the scientific evidence reveals affect patient safety.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, en su responsabilidad de mejora de la calidad del sistema sanitario acorde con la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹, ha definido para todo el territorio nacional la Estrategia de Seguridad del Paciente^{2,3}, aunando esfuerzos con el Programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la OMS⁴ y la Estrategia de Seguridad del Consejo de Europa⁵.

La mejora de la seguridad del paciente es una línea estratégica que se establece como tal a partir de 2003 en la Comunidad de Madrid. Para su desarrollo, se creó en 2004 un Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios (Decreto 134/2004 de 9 de septiembre, BOCM de 20 de setiembre) con la finalidad de difundir e impulsar la cultura de la gestión de riesgos⁶.

La Dirección General de Atención Primaria, en alianza con otras direcciones generales y muy especialmente en

el tema que nos ocupa con la Dirección General de Atención al Paciente y la Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios, otorga un papel relevante a la seguridad del paciente en este nivel asistencial del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, y a partir de 2009 incluye en el contrato programa de centro (CPC) de forma sistematizada diferentes objetivos de seguridad que permitan abordar la seguridad del paciente de forma integral.

La elaboración del CPC, estructurado acorde con la sistematización que el modelo EFQM⁷ propone y que la Dirección General de Atención Primaria toma como referente, ha desempeñado un papel facilitador en la implantación de objetivos de seguridad del paciente, al permitir desplegar la cultura de la seguridad en la organización según los distintos criterios del modelo EFQM, recogiendo incluso, por primera vez en un documento contractual de esta organización, indicadores de resultados intermedios en salud orientados a la seguridad del paciente.

Con este marco, se presenta un trabajo que, liderado por la Dirección General de Atención Primaria, persigue el siguiente objetivo: identificar y definir un conjunto mínimo y normalizado de objetivos de seguridad en el contrato programa de centro (CPC) de la Comunidad de Madrid, alineados con otros indicadores relevantes para la Dirección General de Atención Primaria, cuya implantación y seguimiento nos permita garantizar la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en Atención Primaria.

Material y métodos

El elemento clave para la canalización de este proyecto fue el CPC. Metodológicamente, este proyecto siguió las fases establecidas en el ciclo de mejora continua (planificar, implantar, evaluar y establecer mejoras). Tras la fase de planificación en la que se identifican y definen objetivos de seguridad, se implantan a partir de la formalización del pacto de objetivos del CPC con los centros de salud, se evalúan en su cierre de fin de año y a partir de su análisis se generan acciones de mejora.

En la fase de planificación, se elaboró el contrato programa de centro en el seno de un grupo de trabajo liderado por la Dirección General de Atención Primaria.

El modelo EFQM, referente de la elaboración del CPC, fue el factor clave de éxito que permite sistematizar la identificación e implantación de los objetivos de seguridad del paciente en la organización. Los objetivos finalmente incluidos estaban presentes en los siguientes criterios: liderazgo, personas, alianzas y recursos, procesos, resultados en clientes y resultados en personas.

Para la validación del CPC y comprobación de su adecuación a las necesidades de la organización, se elaboró una matriz estratégica en la que se ponía en relación los objetivos operativos definidos y los objetivos estratégicos recogidos en el Plan de Mejora de Atención Primaria⁸, identificando en él las dimensiones de calidad contempladas, entre las que se encuentra la seguridad del paciente (tabla 1).

Cada objetivo contaba con una definición, uno o varios indicadores de medida expresados con fórmula y unidad de medida, aclaraciones, fuente de obtención y sistema de evaluación tal y como establece la AHRQ. Se utilizan indicadores cualitativos dicotómicos (sí/no) e indicadores cuantitativos (n.º absoluto y porcentaje).

Los datos se agruparon para su análisis a nivel de Área o Dirección Asistencial (según la nueva estructura de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid) y de la Comunidad de Madrid, siendo la media el parámetro utilizado para su análisis y el rango la medida de dispersión.

La definición de los objetivos de seguridad del paciente, surgieron de dos procesos diferentes.

Por un lado, la Dirección General de Atención Primaria preparó una batería de objetivos e indicadores de seguridad en los distintos criterios agentes del modelo EFQM que presentó a un grupo de trabajo integrado por un gerente, un director médico, una directora de enfermería y un director de gestión y representantes de distintas direcciones generales con participación en el CPC (Dirección General de Atención al Paciente, Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios, Subdirección de Promoción de la

Salud y Prevención y la Agencia Lain Entralgo de Formación) para su valoración y aprobación.

Por otra parte, se creó un grupo de trabajo con 15 profesionales de las áreas sanitarias 2, 3, 4, 6, 9 y 10 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud que en esos momentos trabajaban en el desarrollo de indicadores de resultados intermedios de salud, en coordinación con la Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios.

Se analizaron los indicadores propuestos y se hizo revisión bibliográfica de la evidencia científica que soportaba dichos indicadores. Por consenso se seleccionaron siete indicadores de efectividad y cuatro indicadores de seguridad de resultados intermedios en salud que se presentaron, al igual que se hizo con los objetivos de los criterios agentes, al grupo de trabajo de equipos directivos inicialmente referido para su valoración. En su normalización se asumieron los siguientes criterios: selección de un número mínimo de indicadores cuyo criterio estuviera avalado por la evidencia científica disponible, referidos a patologías concretas y de inequívoca identificación, con seguimiento farmacológico a partir de receta prescrita si fuera preciso, con selección de pacientes con historia clínica activa, es decir, con algún apunte en la historia clínica en el último año, cuyo periodo de seguimiento sea los últimos 6 meses indicadores de efectividad y de 3 meses en indicadores de seguridad, que fueran posibles calcular por sentencia SQL, con registro medible en OMI-AP y que cuenten con el consenso de los asistentes. Para poder medir y cuantificar los indicadores cuantitativos así como para poder proporcionar información de referencia sobre la que definir una meta en cada objetivo, se diseñaron unas sentencias SQL.

El CPC se implantó en 2009 en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, y se formalizó su pacto con 257 centros de salud en los que trabajaban 3.535 médicos de familia, 892 pediatras y 3.267 enfermeras que atienden a 6.314.202 habitantes.

Con objeto de hacer seguimiento de los indicadores del CPC, la Dirección General de Atención Primaria con la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria puso en marcha la elaboración y expresión informática de un cuadro de mando que permitió hacer cortes trimestrales de los indicadores definidos y presentarlos a los profesionales para su seguimiento. El sistema de información creado para tal fin se denominó seguimiento de objetivos de Atención Primaria electrónico (e-SOAP). Se ha diseñado con *Appeon Power Builder*, software necesario para construir la aplicación en un entorno web.

Llegado el fin de año, se lleva a cabo el cierre y se recaba información para evaluar el cumplimiento de los objetivos definidos.

El ciclo de mejora se cerró con el análisis de los resultados obtenidos y la adopción de acciones de mejora.

Resultados

Objetivos de seguridad recogidos en el contrato programa de centro

Los objetivos e indicadores de seguridad definidos se recogen en la tabla 2. Se definió un objetivo de liderazgo, uno de personas, tres de alianzas y recursos, cuatro de procesos,

Tabla 1 Matriz estratégica de los objetivos incluidos en el contrato programa 2009

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN	OBJETIVOS DEL CONTRATO PROGRAMA 2009 DE ATENCIÓN PRIMARIA									
	LIDERAZGO	POLÍTICA Y ESTRATEGIA	PERSONAS	ALIANZAS Y RECURSOS	PROCESOS	RESULTADOS CLIENTES	RESULTADOS PERSONAS	RESULTADOS SOCIEDAD	RESULTADOS CLAVES ECO_ FINANCIEROS	RESULTADOS CLAVES NO ECON_ FINANCIEROS
<i>Orientados a los ciudadanos</i>										
Actualizar la oferta asistencial a las demandas y necesidades de la población	1.1	2.1---2.3	3.4---3.5---3.6---3.7---3.8	4.1---4.2---4.3	5.3---5.4---5.5---5.6---5.7---5.8---5.9---5.10---5.15---5.16---5.17	6.5---6.6		8.2---8.3	9.2---9.3	9.5---9.6---9.8
Mejorar la satisfacción del ciudadano que acude a los Centros de Salud	1.1	2.1---2.3---2.4	3.5	4.1---4.2---4.3	5.12---5.13---5.14	6.7				
Mejorar la accesibilidad a los centros de salud	1.1	2.1---2.3---2.4		4.9	5.1---5.2	6.1---6.2---6.3---6.4				
Mejorar los resultados en salud	1.1	2.1---2.3	3.4---3.5---3.6---3.7---3.8	4.1---4.2---4.3	5.3---5.4---5.5---5.6---5.7---5.8---5.9---5.10---5.11---5.12---5.13---5.14---5.15---5.16---5.17---5.18---5.19	6.5---6.6		7.2---7.3---7.4---7.5	8.2---8.3	9.2---9.3
<i>Orientados a los profesionales</i>										
Adecuar la dotación de recursos humanos a las necesidades de la población	1.1	2.2---2.3---2.4---2.5	3.1						9.1	9.7
Mejorar el desarrollo profesional en Atención Primaria	1.1	2.2---2.3	3.1---3.2---3.3---3.4---3.5---3.6---3.7---3.8	4.1			7.1---7.2---7.3---7.4---7.5---7.6	8.4	9.1	
Mejorar la satisfacción de los trabajadores del Centros de Salud	1.1	2.3---2.4	3.1---3.2---3.3---3.4---3.5---3.6---3.7---3.8	4.1---4.2---4.3---4.9			7.1---7.2---7.3---7.4---7.5---7.6		9.1	
<i>Orientados a la organización y gestión de los servicios</i>										
Aumentar la capacidad de resolución en el primer nivel asistencial	1.1	2.1---2.2---2.3---2.4	3.1---3.2---3.3---3.4---3.5---3.6---3.7---3.8	4.1	5.3---5.4---5.5---5.6---5.7---5.8---5.9---5.10---5.11---5.18---5.19			7.2---7.3		9.5---9.6---9.8
Mejorar la organización interna entre los distintos profesionales de los Equipos de Atención Primaria que permitan una atención ágil y eficaz a los ciudadanos	1.1	2.1---2.2---2.3---2.4	3.2	4.4---4.5---4.6---4.7---4.8---4.9	5.20---5.21				9.1	
Potenciar la continuidad asistencial con la Atención Especializada, facilitando una buena comunicación entre niveles asistenciales	1.1	2.3---2.4	3.4---3.7---3.8	4.1---4.9	5.18---5.19			7.2---7.3		9.5
Impulsar la coordinación con Servicios Sociales.	1.1	2.2---2.4	3.4	4.2---4.3				8.2		
Mejorar el Sistema de Información	1.1	2.1---2.2---2.3---2.4---2.5	3.2---3.7	4.9	5.1---5.15---5.16				9.2	
Contribuir a la sostenibilidad del medio ambiente	1.1	2.3	3.2---3.7	4.4---4.5---4.6---4.7	5.17			8.1		
Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario	1.1	2.1---2.2---2.3---2.4---2.5	3.4---3.7---3.8	4.1---4.2---4.3---4.4---4.5---4.6---4.8---4.9	5.17---5.18---5.19				9.1---9.2---9.3---9.4	9.5---9.6---9.7---9.8

LOS COLORES EXPRESAN DIMENSIONES: ORGANIZACIÓN INNOVACION Y DESARROLLO CALIDAD SEGURIDAD SATISFACCIÓN ACCESIBILIDAD EFICIENCIA EFECTIVIDAD

Esta tabla representa los códigos de los objetivos y los vincula con las líneas estratégicas de la organización, de manera que aporta información de cómo las líneas se han contemplado en la elaboración del CPC. Además por colores informa de la identificación de las dimensiones de la calidad que satisfacen cada uno de los indicadores del CPC 2009.

Tabla 2 Indicadores de Seguridad incluidos en el CPC 2009

OBJETIVOS	INDICADOR-FORMULA	VALOR MEDIO POR CS (RANGO)
LIDERAZGO		
Revisar y documentar la asunción de responsabilidades, la implicación de los profesionales y la organización del centro	Revisión y documentación de la asunción de responsabilidades, la implicación de los profesionales y la organización del centro: Existencia de documento de organización interna que recoja la asunción de responsabilidades* *(Se especificará el nombre del responsable de seguridad del paciente del centro de salud)	91,83 % (66,67% - 100%)
PERSONAS		
Formar a los profesionales en calidad y seguridad del paciente	Sesiones de calidad-seguridad del paciente Realización de sesiones sobre calidad-seguridad del paciente en el centro	3,67 (2,47- 8,9)
ALIANZAS Y RECURSOS		
Garantizar el adecuado control de la conservación de medicamentos termolábiles, fotosensibles y de vacunas	Control adecuado de la conservación de medicamentos termolábiles, fotosensibles y de vacunas de las neveras Existencia/disponibilidad de registros del control y mantenimiento del control de la temperatura de las neveras y del control de la fotosensibilidad	91,4% (51%- 100%)
Garantizar la adecuación y conservación de los medicamentos en los botiquines de urgencia de los Centros de Salud	Revisión semestral de los botiquines de los Centros Informe semestral que recoja los resultados de la revisión de botiquines	94% (85%-100%)
Sistematizar la Gestión de residuos del Centro de Salud	Sistematización de la Gestión de Residuos del Centro Existencia de un procedimiento escrito que recoja la sistemática de gestión de residuos seguido por el centro y se ajuste a la normativa existente	97,6% (80%-100%)
PROCESOS		
Garantizar la adecuada medicación y atención en la población mayor polimedica a través del seguimiento de buenas prácticas	Atención al Mayor polimedica para la mejora de la utilización de los medicamentos Nº Pacientes con DGP1 (POLIM1) = Si y > o igual 74 años /Nº pacientes susceptibles de recibir el servicio (farm@drd) * 100	59,22% (48,24%- 74,38%)
	Revisión de tratamiento (RT) a los pacientes incluidos en el Programa de Atención al Mayor Polimedica Nº pacientes con RT: Nº pacientes con POLIM1= Si, mayores o iguales de 74 años captados antes de 1/01/2009 y con dos DGP de RT activado en el año 2009 / Nº pacientes con DGP 1= Si, mayores o iguales de 74 años *100	22,33%(11,54%-33,81%)
Implantar el lavado de manos con soluciones alcohólicas	Implantación del lavado de manos con soluciones alcohólicas Nº de áreas (consultas) en las que se utilizan soluciones alcohólicas/ Nº total de áreas posibles (consultas) x100	93% (65% -100%)
Controlar y mantener funcionales los carros de parada y desfibrilador.	Control y mantenimiento de carros de parada y desfibrilador. Existencia/disponibilidad de registros cumplimentados de revisión del carro de parada y desfibrilador según se recoge en el Procedimiento del centro	89%(65%-100%)
Implicar a los profesionales en la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad	Notificación de errores de medicación Nº total de errores de medicación notificados.	3,88(0,76-6,09)
	Notificación de sospechas de RAM graves Nº de notificaciones RAM graves	0,9 (0,4-1,57)
	Notificación de incidentes de seguridad Nº de notificación de incidentes recibidas	3,4 (0-46)
RESULTADOS EN CLIENTES		
Prestar una atención segura a los pacientes a través de la implantación de buenas prácticas	Control de pacientes anticoagulados seguidos en Atención Primaria Pacientes anticoagulados con historia activa con las dos últimas determinación de INR en rango terapéutico / Pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales con historia activa x 100	33,78% (31,75%-54,56%)
	Porcentaje de INR en rango INR en rango/Determinaciones INR x100	66,22% (62,47%-71,67%)
	Seguridad en el tratamiento del asma persistente en niños Nº de personas entre 5 y 14 años con Asma persistente y con historia activa en tratamiento con LABA y sin Corticoides inhalados/ personas entre 5 y 14 años diagnosticadas de asma persistente con historia activa en tratamiento con LABA y x100	0
	Seguridad en el uso de benzodiazepinas en ancianos Nº de de pacientes mayores de 75 años con historia activa y con prescripción de benzodiazepinas de acción larga (clodiazepóxido, diazepam, quazepam, halazepam y clorazepato)/ Nº de pacientes de pacientes mayores de 75 años con historia activa x 100	3,06%(2,43%- 3,72%)
	DHD Neurolepticos en pensionistas DDD de neurolepticos prescritas por cada 1000 habitantes en población mayor de 65 años (receta pensionistas)	16,9 (13,35- 20,30)
	Minimización de la utilización de fármacos considerados no adecuados en población anciana (BEERS) pacientes ancianos con fármacos Beers: Nº pacientes mayores de 65 años con alguna prescripción de medicamentos Beers / Nº de pacientes mayores de 65 años con alguna prescripción x100	11,93% (11,55%-14,14%)
	DHD osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años DDD prescritas de raloxifeno, calcitoninas, bisfosfonatos, teriparatide y ranelato de estroncio por cada 1000 mujeres entre 40 y 65 años/Población TIS mujeres entre 40 y 65 años multiplicado por el número de días en el periodo analizado	19,46 (12,13- 24,82)
Implantar acciones de mejora en relación a objetivos de actuación en seguridad del paciente, al menos uno de ellos relacionados con medicamentos	Objetivos de seguridad con acciones de mejora implantadas Nº objetivos de seguridad cubierto con acciones de mejora implantadas en el CS.	1,19(0,35- 3)
RESULTADOS EN PERSONAS		
Promover la formación de los profesionales en los contenidos contemplados en las líneas estratégicas de la Institución	Porcentaje de Profesionales sanitarios (Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Enfermería) formados en calidad asistencial y seguridad del paciente. Nº de profesionales sanitarios que han realizado un curso sobre calidad asistencial o seguridad del paciente /Nº total de profesionales sanitarios del centro *100	14,44% (4%- 60%)

Esta tabla recoge todos los objetivos e indicadores vinculados con la seguridad, recogidos en el CPC 2009. Otros indicadores, como pudieran ser los planes de cuidados realizados, también vinculados con la seguridad, no quedan reflejados ni son materia de análisis en este trabajo por haber sido clasificados inicialmente en otras dimensiones de la calidad.

dos de clientes y uno de resultados en personas. En total, estos objetivos se midieron con veintidós indicadores. No se incluyeron otros indicadores que ligados a la seguridad, en el contrato programa se definían con otra dimensión de calidad.

Resultados alcanzados en el cierre en los objetivos de seguridad

En el criterio de liderazgo y con objeto de facilitar la implantación de la cultura de la mejora de la seguridad se buscó la implicación de los líderes de la organización y se pactó con el centro, que se identificara al menos un responsable de seguridad que se coordinase con la Unidad Funcional de la Gerencia. En el cierre de 2009 el 91,83% de los centros de salud cumplieron este objetivo (rango entre áreas de 66,67% por centros en la que menos y 100% en la que más).

En el criterio de personas se definió un objetivo orientado a realizar sesiones en el centro en materia de calidad y seguridad. En el cierre de 2009, se realizó una media de 3,67 sesiones por centro (rango entre áreas de 2,47 sesiones de media por centro en el área que menos y 8,9 en la que más).

En el criterio 4, apartado de recursos, se definieron tres objetivos de seguridad, orientados a garantizar la adecuada conservación de medicamentos termolábiles, fotosensibles y de vacunas, a garantizar la revisión semestral de los botiquines de urgencias de los centros y a sistematizar la correcta eliminación de residuos sanitarios. En el cierre de 2009 el 91,4% de los 257 centros de salud tenían registro disponible de la conservación de medicamentos y de temperatura de las neveras, estableciéndose un rango entre un 51% de los centros de salud de un área y el 100% en el área que más. El 94% de los centros realizó control semestral de botiquines de urgencias (rango entre áreas 80-100%) y el 97,6% tenía sistematizada la gestión de residuos del centro (rango entre áreas 85-100%).

El criterio referente a procesos recogió los objetivos incluidos en el contrato programa en relación al paciente polimedcado. La cobertura del programa de atención al paciente polimedcado, entendiéndose por tal a la persona mayor de 74 años que tomaba más de 6 principios activos, fue del 59,22% con un rango entre áreas que osciló entre 48,24 y 74,38%. En un 22,33% de los pacientes incluidos en el programa en la Comunidad de Madrid se realizó revisión del tratamiento con un rango entre áreas que va desde 11,54 a 33,81%.

Con objeto de promover la higiene de manos y ante su dificultad de medida, se estableció un objetivo cuyo indicador mide el número de consultas en las que se utiliza solución hidroalcohólica. En el 93% de las consultas se utilizó la citada solución con un rango que oscilaba entre un 65% de los centros de salud en un área y el 100% en el área que más.

Otro de los objetivos de seguridad incluidos fue el de control y mantenimiento de los carros de parada. El 89% de los centros de salud realizaba esta actividad (rango entre áreas 65-100%).

Por último, dentro de este criterio, se incluía el objetivo de implicar a los profesionales en la comunicación de

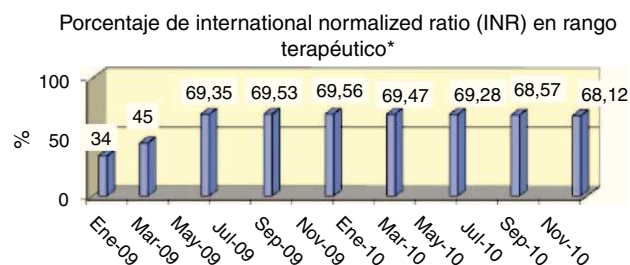


Figura 1 El indicador aporta información en el último año sobre el porcentaje determinaciones del INR realizadas en el rango terapéutico establecido.

incidentes y efectos adversos. Los resultados de los cuatro indicadores que medían este objetivo fueron:

Notificación de errores de medicación, 997 en toda la Comunidad de Madrid con una media de 3,88 errores por centro siendo el rango entre áreas de 0,76 a 6,09.

Notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM), un total de 237, con una media de 0,9 RAM graves por centro (rango 0,4-1,57).

Notificación de incidentes de seguridad (excluido los errores de medicación que se comunican directamente al portal de seguridad de medicamentos y productos sanitarios), en total 891, con una media por centro de 3,4 incidentes (rango entre áreas que va de 0 incidentes media por centro a 46).

El criterio referente a resultados en clientes recogió un objetivo orientado a prestar una atención segura a partir de la implantación de buenas prácticas. Los indicadores de resultados intermedios en salud vinculados a la seguridad del paciente en este apartado fueron seguidos trimestralmente desde enero de 2009 (fig. 1 y fig. 2). En cuanto a sus resultados en el cierre del CPC 2009, el 33,78% de los pacientes anticoagulados cumplía criterios de control, oscilando entre áreas entre un 31,75 y 54,56%. Cuando este aspecto se abordó en función del porcentaje de determinaciones con ratio internacional normalizada (INR) en rango el 66,22% de los pacientes estaban en rango oscilando su control entre áreas entre un 62,47 y 71,67%. En el indicador de seguridad en el tratamiento de asma persistente en niños el resultado fue 0 en todos los centros. Analizado este indicador en profundidad, se verificó que el dato 0 se debe a la interferencia de buen resultado y el escaso registro de la gravedad en los protocolos evaluados de reciente implantación. El indicador de seguridad en el uso de benzodiacepinas en ancianos arrojó como resultados 3,06% siendo el rango entre áreas de 2,43 y 3,72%. En el indicador DHD osteoporosis en mujeres de 45-65 años, el resultado es de 19,46 mujeres tratadas por cada mil mujeres con rango entre áreas comprendido entre 12,13 y 24,82. Asimismo, el indicador de DHD neurolépticos tiene como resultado 16,9 habitantes tratados por cada mil personas mayores con rango 13,35 y 20,30. En cuanto al indicador referente a minimización de fármacos considerados no adecuados en la población anciana (BEERS), su utilización fue del 11,93%, con un rango entre áreas que osciló entre 11,55% y el 14,14%. El indicador que hace alusión al número de objetivos de seguridad en el que se adoptaron medidas correctoras, aportó que la media por centro es de 1,19 con rango entre áreas que va de 0,35 a 3.

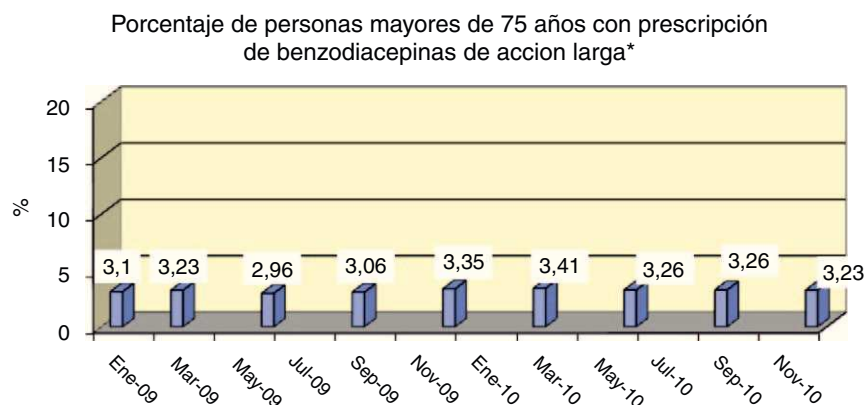


Figura 2 El indicador muestra el porcentaje de personas mayores de 75 años respecto al total de pacientes mayores de 75 años con historia clínica activa, que tienen al menos una prescripción de benzodiazepinas de acción larga en el último año.

En cuanto al indicador recogido en el criterio de resultados en personas vinculado con la mejora de la seguridad del paciente, el 14,44% de los profesionales reciben formación en calidad y seguridad del paciente, con un rango entre áreas que oscila entre un 4% de los profesionales y el 60% de los mismos.

Acciones de mejora adoptadas en relación al cierre CPC 2009

Se llevó a cabo un proyecto de mejora del CPC 2009 y entre otros aspectos se revisaron los indicadores incluidos, habiéndose modificado el CPC 2010. Se eliminaron los indicadores de registro que alcanzan un elevado porcentaje de cumplimiento obligando la incorporación de su proceso en el documento de organización del centro. Asimismo, se redefinieron indicadores (asma infantil) o se disminuyó su número dejando aquellos críticos (en polimedificados se conservó la revisión de los medicamentos). Se facilitó a las gerencias y a los centros de salud la información de cierre a través de la aplicación e-SOAP así como los resultados obtenidos. Se incluyó un nuevo objetivo en el criterio de política y estrategia 2010 orientado a definir líneas de actuación que permiten la implantación del CPC y establezcan estrategias de mejora respecto a los resultados alcanzados en el cierre del CPC 2009. Por último, se incorporó un sistema de ponderación que tuvo como destacado la participación de todos los indicadores en la misma, tomando como referencia la puntuación del propio modelo EFQM, dando mayor peso a los resultados de la organización y nivelando en ella el peso de las dimensiones, entre la que se encontraba la seguridad del paciente.

Discusión

Si bien la literatura recoge la necesidad de trabajar con objetivos e indicadores de seguridad⁹⁻¹¹, es escasa la bibliografía encontrada al respecto en el ámbito de la Atención Primaria¹². En España, el estudio APEAS¹³ pone en evidencia que la prevalencia estimada de sucesos adversos es del 18,63%, siendo evitables el 70% de todos ellos.

El contrato programa de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid desde 2009 plantea la novedad de promover un pacto con el centro de salud. Este hecho otorga al centro de mayor autonomía en la gestión y resolución de aspectos clínico-asistenciales entre los que dibujar la seguridad del paciente. La elaboración del CPC con el modelo EFQM como referencia permite implantar los objetivos de seguridad de forma sistemática y transversal y con una visión global de organización, acorde con las posibilidades que brinda el modelo y en la línea del enfoque sistémico preconizado por el Comité Europeo de Sanidad en materia de seguridad del paciente. Consideramos que este novedoso abordaje de la seguridad del paciente constituye en estos momentos un valor añadido y un elemento diferencial respecto a otras comunidades autónomas^{14,15} que también incluyen indicadores de seguridad en sus contratos programa, e incluso respecto de la propia Comunidad de Madrid en los años previos, que abordó aspectos de seguridad vinculados con el *Programa de Atención al Paciente Polimedificado*¹⁶ o con el *Control y mantenimiento de los carros de parada*. De esta manera, en 2009, se refuerza el liderazgo en seguridad en los centros de salud acorde con las directrices marcadas tanto a nivel internacional¹⁷ como nacional¹⁸ de impulsar y difundir la cultura de la seguridad. Se definen aspectos relevantes de gestión de recursos vinculados con la seguridad, se potencia la implantación de buenas prácticas en los procesos como la higiene de manos¹⁹ en la línea de las estrategias de la Alianza Mundial de la Salud²⁰, la comunicación de incidentes tal y como se establece por las diversas instituciones y organizaciones líderes en la materia tanto a nivel nacional como internacional (NPSA)²¹, errores de medicación²² y RAM acorde con las recomendaciones internacionales y dado que los medicamentos son las principales causas de EA en los principales estudios llevados a cabo en España (ENEAS) como de Atención Primaria (APEAS)^{23,24}.

Se hace una selección de objetivos de seguridad sobre los que se impulsan actuaciones y en los que centra este trabajo. Ello no significa que no se hayan abordado objetivos orientados a establecer alianzas con Atención Especializada, residencias de ancianos y otras instituciones cuyo establecimiento permite mejorar la calidad de la atención prestada y la seguridad del paciente u objetivos vinculados en otras comunidades y trabajos con la seguridad

del paciente, como son la continuidad de cuidados entre niveles²⁵ y los cuidados de enfermería. En el CPC 2009 de la Comunidad de Madrid, estos últimos se abordan como buenas prácticas de actuación en el criterio de procesos y bajo la dimensión de calidad científico-técnica, con la inclusión de seis objetivos, cuatro de ellos orientados al n.º de planes de cuidados globales y por tramos etáreos y tres de ellos referidos a procesos asistenciales recogidos en la cartera de servicios estandarizados de atención primaria (climaterio, inmovilizado y anciano frágil)²⁶.

En el trabajo se aportan resultados de 2009 y se presentan como media de Comunidad de Madrid y rango de áreas por ser el año que marca el inicio de este proyecto. No obstante en 2010, a partir de la publicación del Decreto 52/2010 de 29 de julio, la Comunidad de Madrid es área única contando con siete direcciones asistenciales, siendo esta la nueva referencia adoptada para la presentación de datos a partir de julio de 2010. Igualmente, los gráficos publicados en este trabajo aportan información correspondiente al periodo 2009-2010, con objeto de facilitar al lector información actualizada y transmitir el mensaje de seguimiento en la comunidad de los indicadores de seguridad que se presentan en este trabajo.

En general, se obtienen buenos resultados en los objetivos de seguridad de los criterios agentes del modelo previamente comentados (criterios de liderazgo, personas, alianzas y recursos). Este hecho genera que en 2010 se extraigan del contrato programa indicadores con alto porcentaje de cumplimiento (existencia de registros). En procesos, el objetivo de higiene de manos se extrae en 2010 del CPC por su difícil valoración y dado el alto porcentaje de consultas en las que se instalado los dispositivos de bioalcoholes realizado en 2009. En procesos se mide la implantación de procedimientos para el control y mantenimiento de carros de parada con la verificación de la existencia de registros como indicador indirecto. Se sigue potenciando la comunicación de incidentes y de RAM por su trascendencia y en consonancia con el impulso que a través de estrategias como el programas de farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid, la creación del portal de seguridad de medicamentos y productos sanitarios²⁷ y la red de farmacias centinelas se están concediendo, aunque es preciso incidir en disminuir la variabilidad de la comunicación entre áreas. En la cobertura obtenida en el programa de atención al paciente polimedcado, se observa un margen de mejora y los bajos resultados obtenidos en la revisión médica del tratamiento, plantean la necesidad de reforzar esta estrategia en 2010. En cuanto a resultados intermedios de salud, se recogen en el criterio 6, tal y como lo especifica el modelo EFQM. La selección de estos objetivos atiende a la necesidad de un buen control en ellos tal y como se recoge en la literatura revisada. Se estima que más de un 1% de los pacientes requieren TAO. El envejecimiento de la población y la ampliación hasta en un 20% anual de las indicaciones de TAO determinan el progresivo incremento de los pacientes anticoagulados^{28,29}. El seguimiento de la anticoagulación oral en Atención Primaria (AP) es una de las opciones que se puede ofertar en la actualidad al paciente por su accesibilidad, por la atención integral recibida en este ámbito, por la posibilidad de ampliar las indicaciones, por encontrar mayor facilidad para fomentar el autocuidado, y por permitir la estandarización en la monitorización del tratamiento mediante un parámetro de control estable: el INR. El INR es

el mejor parámetro para controlar el grado de anticoagulación en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales porque presenta la menor variabilidad entre diferentes laboratorios y es un estimador indirecto del tiempo terapéutico en rango³⁰. En relación a los β 2-agonistas de larga duración (BALD o «Long Acting Beta Agonists» [LABA]) como el formoterol o salmeterol, la bibliografía revisada revela que no deberían utilizarse como monoterapia en el control del asma³¹⁻³⁴, ya que no parecen influir positivamente sobre la inflamación de la vía aérea. Varios estudios realizados hace ya algunas décadas demostraron un incremento en la mortalidad relacionado con la enfermedad debido al abuso de los algunos BALD en pacientes poco controlados. Sin embargo, debido a sus efectos broncodilatadores, estos fármacos se muestran muy eficaces cuando se combinan con los glucocorticoides (GC)^{35,36}, en especial cuando el asma no se controla con dosis apropiadas de estos últimos (intermedias). Se demuestra que la combinación de un BALD y un glucocorticoide inhalado produce beneficios^{37,38}. En cuanto al uso de benzodiazepinas en personas mayores, diferentes estudios observacionales muestran que su utilización se asocia a un incremento del riesgo de caída y de fractura de cadera en personas de mayor riesgo. El incremento del riesgo de fractura de cadera en alguno de los estudios más amplios y recientes publicados se cifra en el 24%³⁹⁻⁴¹. Se incluye un indicador de pertinencia y seguridad para mujeres de 45-65 años con osteoporosis, dado que según la evidencia disponible, en mujeres de este grupo de edad no está indicado el uso de estos medicamentos⁴². Y por último, se incluye un objetivo relacionado con los fármacos BEERS⁴³ para fomentar que los médicos en el momento de prescribir eviten en lo posible la prescripción de estos medicamentos en población anciana dado que en este subgrupo de población la relación beneficio/riesgo de estos medicamentos es menos favorable y habitualmente existen alternativas farmacoterapéuticas más seguras.

Por último, se incluye un indicador referido al uso de neurólépticos y personas mayores. Desde hace tiempo existe suficiente evidencia científica que asocia un aumento de la mortalidad en la utilización de neurólépticos típicos y atípicos en pacientes de edad avanzada, en especial en pacientes diagnosticados de demencia⁴⁴.

Los indicadores que miden los objetivos de seguridad de resultados intermedios recogidos en el criterio 6 arrojan resultados que nos llevan a pensar la necesidad de seguir incidiendo en la implantación de buenas prácticas y en la necesidad de realizar un estrecho seguimiento de sus indicadores con impulso de las actividades que los generan. En este sentido, pese a que el porcentaje de determinaciones de INR en rango es alto, el porcentaje de pacientes tratados con anticoagulantes orales controlados medidos por las dos últimas determinaciones realizadas en los últimos tres meses, presenta un margen de mejora. Es preciso mejorar la efectividad del programa de anticoagulación oral, conseguir un mayor número de pacientes con buen control. En relación al indicador de seguridad del tratamiento de los niños con asma, aunque sea de tendencia «0», no parece normal encontrar ese mismo resultado en el 100% de los centros de salud. Este hallazgo, repetido en las cuatro determinaciones realizadas en el año, nos lleva a plantearnos la existencia de un problema en el método de medida y la necesidad de cambiar este indicador en 2010. A partir de enero se evalúa

respecto al total de niños asmáticos. Esta medida se toma tras valorar los resultados alcanzados la evaluación de la cartera de servicios estandarizados de 2009, que partiendo de altas coberturas en la Comunidad de Madrid de asma en niños, sin embargo, por escaso uso de protocolos, aportan escaso registro de la gravedad del asma. El resultado de seguridad referente al porcentaje de pacientes mayores tratados con benzodiacepinas es alentador y acorde con el porcentaje esperado de tendencia 0. Por último, el resultado obtenido en DHD de neurolépticos y osteoporosis nos orienta a seguir incidiendo en la cultura de no medicalizar a las personas mayores y a las mujeres de 40 a 65 años por osteoporosis.

El seguimiento temporal realizado en la aplicación e-SOAP de alguno de los indicadores arroja información relevante y nos habla de la estabilidad alcanzada por el indicador. Con el acceso a la información a todos los profesionales se estima una mejora en los resultados. Para finalizar, en este criterio nos parece que la media obtenida por centro en el n.º de objetivos de seguridad con acciones de mejora tomadas debe incrementarse y requiere actuaciones de mejora desde las unidades funcionales de gestión de riesgos.

Se considera que los resultados aportados por los registros de formación, tanto del criterio 3 de sesiones realizadas como del criterio 7 que refiere el porcentaje de profesionales formados, son aceptables y hablan de que al menos una masa crítica de profesionales reciben formación tal y como se preconiza desde los organismos líderes en el ámbito de la seguridad.

Como conclusión, el CPC elaborado con el modelo EFQM como referente es una herramienta fundamental para implantar los objetivos de seguridad de forma sistemática y transversal y con una visión global de organización y un enfoque sistémico preconizado por el Comité Europeo de Sanidad en materia de seguridad del paciente. Asimismo, el formato del contrato programa permite implantar medidas en criterios que se denominan agentes (liderazgo, alianzas y recursos, personas y procesos), es decir, que su implantación tiene un papel facilitador en la obtención de los resultados esperados: actitud proactiva para evitar sucesos no deseables.

El contrato programa de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid desde 2009 plantea la novedad de promover un pacto con el centro de salud. Este hecho otorga al centro de mayor autonomía en la gestión y resolución de aspectos clínico-asistenciales entre los que dibujar la seguridad del paciente.

Se abordan objetivos vinculados con resultados intermedios en Salud, a partir de la valoración de aspectos asistenciales en Atención Primaria ligados con la seguridad y con grupos vulnerables como son los pacientes anticoagulados, los niños asmáticos y las personas mayores.

La posibilidad de generalización es un valor añadido a destacar acorde con la experiencia vivida en tanto se permite realizar un despliegue sistemático de objetivos de seguridad acorde con el modelo europeo de excelencia EFQM.

La revisión del conocimiento científico disponible permite implantar un CPC al amparo de la literatura científica identificando con ello indicadores de resultados intermedios en salud vinculados con la seguridad de los pacientes, que son susceptibles de someter a seguimiento en Atención

Primaria por su impacto en la mejor y más segura atención del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Mi agradecimiento a todas las personas que trabajan en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid cuyo trabajo diario permite estar hablando de seguridad del paciente, a todos los profesionales que en su día contribuyeron al diseño de los indicadores recogidos, a Ana Miquel Gómez por permitirme trabajar en su equipo y desarrollar este proyecto y a Jesús Aranz Andrés por asesorarme y ayudarme en la elaboración de este artículo desde su inicio en la realización del Máster de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Bibliografía

1. Agencia de calidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2006. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323Textolntegro.pdf>
2. Ministerio de Sanidad Consumo. Estrategia en Seguridad del Paciente: Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de. 2005:2005 [Madrid].
3. Terol E, Agra Y, Fernández Maíllo MM, Casal J, Sierra E, Bandrés B, et al. Resultados de la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud Español, período 2005-2007. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131 Suppl 3:4-11.
4. World Health Organization (WHO). The Alliance for health policy an Sistem Research. [consultado 6/2/2011]. Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/en/>
5. Consejo de Europa 2004. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.
6. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Seguridad del paciente 2010-2012. Madrid. 2010. [consultado 6/2/2011]. Disponible en <http://www.seguridadpaciente.com>
7. European Foundation Quality Management. Conceptos fundamentales de la Excelencia. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: <http://www.efqm.org/>
8. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. 2006-2009. Madrid 2006. [consultado 6/2/2011]. Disponible en <http://www.semg.es/doc/comunidades/madrid/plan.mejora.pdf>
9. Improving patient safety in hospital: turning ideas into action. University of Michigan Health System. [consultado 6/2/2011]. Disponible en URL: <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/>
10. Agency for Healthcare Research and Quality. Quality and patient safety [citado 10 May 2010]. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/>
11. Institute for Healthcare Improvement. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>

12. Linneo Euro-PC. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: www.linneaus-pc.eu/
13. Aranaz JM., Aibar C., Vitaller J., Mira JJ., Orozco D. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Feb 2008. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
14. Osakidetza. Plan Estratégico 2008-2012. [consultado 6/2/2011]. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0027/es/contenidos/informacion/calidad/osk/es_0027/adjuntos/planEstrategico_c.pdf
15. SESCAM. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf>
16. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Programa de Atención al Mayr Polimedcado. [consultado 6/2/2011]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PMAY%2FPAGE%2FPAY_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1142329235566
17. National Quality Forum. 30 safe practices for better health care. Fact Sheet. AHRQ Publication No. 04-P025, March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [consultado 5/2/2011]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/QUAL/30safe.htm>
18. Terol E. Seguridad del paciente: una prioridad del Sistema Nacional de Salud. XXV Congreso Nacional de Hospitales. Roquetas de Mar, Almería, 2007 mayo.
19. Aranaz JM, Aibar C, Agra Y, Perol E. Seguridad del paciente y práctica clínica. Medicina preventiva. 2007;12:7-11.
20. World Health Organization (WHO). World Alliance for patient safety: Who guidelines on han hygiene in health care (advanced draft). Global patient safety challenge 2005-2006: clan care is safer care. WHO; 2006.
21. National Patient Safety Agency (NPSA). NHS:Building a memory:preventing harm, reducing risk and improving patient safety. July, 2005. [consultado 2/2/2011]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk>
22. Council of Europe. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. 2006. [consultado 7/2/2011]. Disponible en: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Medication%20safety%20culture%20report%20E.pdf
23. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 febrero. [consultado 5/2/2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/eneas2005Baja.pdf>
24. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit. 2006; Suppl 1:41-7.
25. Joint Commission Safety Goals. Objetivos nacionales para la seguridad de los pacientes en EEUU. [consultado 5/2/2011]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/patientsafety/nationalpatientsafetygoals/>
26. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? EBM Meets Patient Safety. JAMA. 2002;228: 502-7.
27. Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid. Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios. [consultado 7/2/2011]. Disponible en: <https://www.seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>
28. Cañada A, Mena JM, Sánchez L, Rodríguez D, Cárdenas J. Mejora de la seguridad y evaluación de los resultados del proceso de anticoagulación oral implantado en un área de atención Primaria. Rev Calid Asist. 2007;22:287-98.
29. Molina MP, Sánchez Garrido R, Rodríguez MI, Martínez JL. Anticoagulación oral en Atención Primaria en la provincia de Málaga. Aten Primaria. 2006;38:239-40.
30. Protocolo de anticoagulación oral en atención primaria. Área 2, Área 3 y Área 4 de Atención Primaria y Hospital de la Princesa Madrid. 2004.
31. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. The Global Initiative for Asthma (GINA), update 2007. [consultado 6/2/2011]. Disponible en <http://www.ginasthma.org>
32. Guía española para el manejo del asma 2009. [consultado 8/2/2011]. Disponible en: <http://gemasma.com>
33. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). British Guideline on the Management of Asthma. [consultado 5/2/2011]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/numlist.html>. (mayo 2008).
34. Laita JA, De Benito J, Escribano A, Fernández M, García S, Garde J, et al. Consensus Statement on the Management of Paediatric Asthma. Update 2007. Allergol Immunopathol. 2008;36:31-52.
35. Nelson HS, Weiss ST, Bleecker ER, Yancey SW, Dorinsky PM, the SMART Study Group. The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial. A comparison of usual pharmacotherapy for asthma or usual pharmacotherapy plus salmeterol. Chest. 2006;129:15-26.
36. Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, Chinchilla VM, Lemanske RF, Sorkness CA, et al. Long-acting beta2-agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma: a randomized controlled trial. JAMA. 2001;285:2583-93.
37. Lemanske RF, Sorkness CA, Mauger EA, Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, et al. Inhaled corticosteroid reduction and elimination in patients with persistent asthma receiving salmeterol: a randomized controlled trial. JAMA. 2001;285:2594-603.
38. Gibson PG, Powell H, Ducharme FM. Differential effects of maintenance long-acting beta-agonist and inhaled corticosteroid on asthma control and asthma exacerbations. J Allergy Clin Immunol. 2007;119:344-50.
39. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly, Who is at greatest risk? Arch Intern Med. 2004;164: 1567-72.
40. Van der Hoof CS. Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. Br J Clin Pharmacol. 2008.
41. NPC. An Update on benzodiazepines and non-benzodiazepines hypnotics. MeRec Briefing. 2002;17:6-8. Issue n° 17.
42. Fick DM. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults, Results of a US Consensus Panel of Experts. Arch Intern Med. 2003;163:2716-24.
43. Fick D, Cooper J, Wade W, Waller J, Maclean RM, Beers M. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Arch Intern Med. 2003;163: 2716-24.
44. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly. Who is at greatest risk? Arch Intern Med. 2004;164:1567-72.