



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DAP_1

Gestión de Riesgos (SGSP-DAP_1)

Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente



Servicio de Salud del Principado de Asturias

Versión 2
Diciembre 2015



Elaborado por:

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Aprobado el 23 de febrero de 2015 por el Consejo de Dirección del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Código interno: JCV_15042014_scgc

Clave del Documento en el SGSP: SGSP-DAP_1

© SESPA Depósito Legal AS-03007-2014

Control de versiones

Versión	Fecha	Cambio relevante
1	23.02.2015	
2	22.12.2015	Nueva estructura organizativa de la seguridad del paciente Correcciones en la redacción



Acrónimos empleados:

AGC	Área de Gestión Clínica
EGSP	Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente
PGR	Plan de Gestión de Riesgos
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SGSP-SESPA	Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SISEP	Sistema de Información para la Seguridad del Paciente
SSCC	Servicios Centrales
SP	Seguridad del Paciente
UGC	Unidad de Gestión Clínica





Índice

Acrónimos empleados	3
1.-La Gestión de Riesgos	7
2.-Elementos Clave de la Gestión de Riesgos en el SESPA	9





1.-La Gestión de Riesgos

La Gestión de Riesgos incluye todas las políticas, recomendaciones, programas e intervenciones que tienen como objetivo prevenir, eliminar, reducir o gestionar los riesgos sanitarios.

Presenta dos enfoques diferentes y complementarios:

- **La gestión preventiva (proactiva) de los riesgos.**
Se trata de prever incidentes antes de que ocurran mediante un análisis previo de los riesgos.
- **La gestión reactiva de los riesgos.**
Una vez ocurrido un incidente, se trata de encontrar soluciones para limitar sus consecuencias y evitar su reaparición.

El SGSP-SESPA propone un abordaje preventivo (proactivo) de los riesgos. Esto implica una metodología/organización del trabajo diferente a la mera gestión de incidentes y eventos adversos (gestión reactiva).

La **figura 1** muestra la posición de la Gestión de Riesgos en la Seguridad del Paciente en el SESPA y como la gestión reactiva se configura como un elemento dentro de la gestión proactiva, cuando el riesgo no ha podido ser evitado.

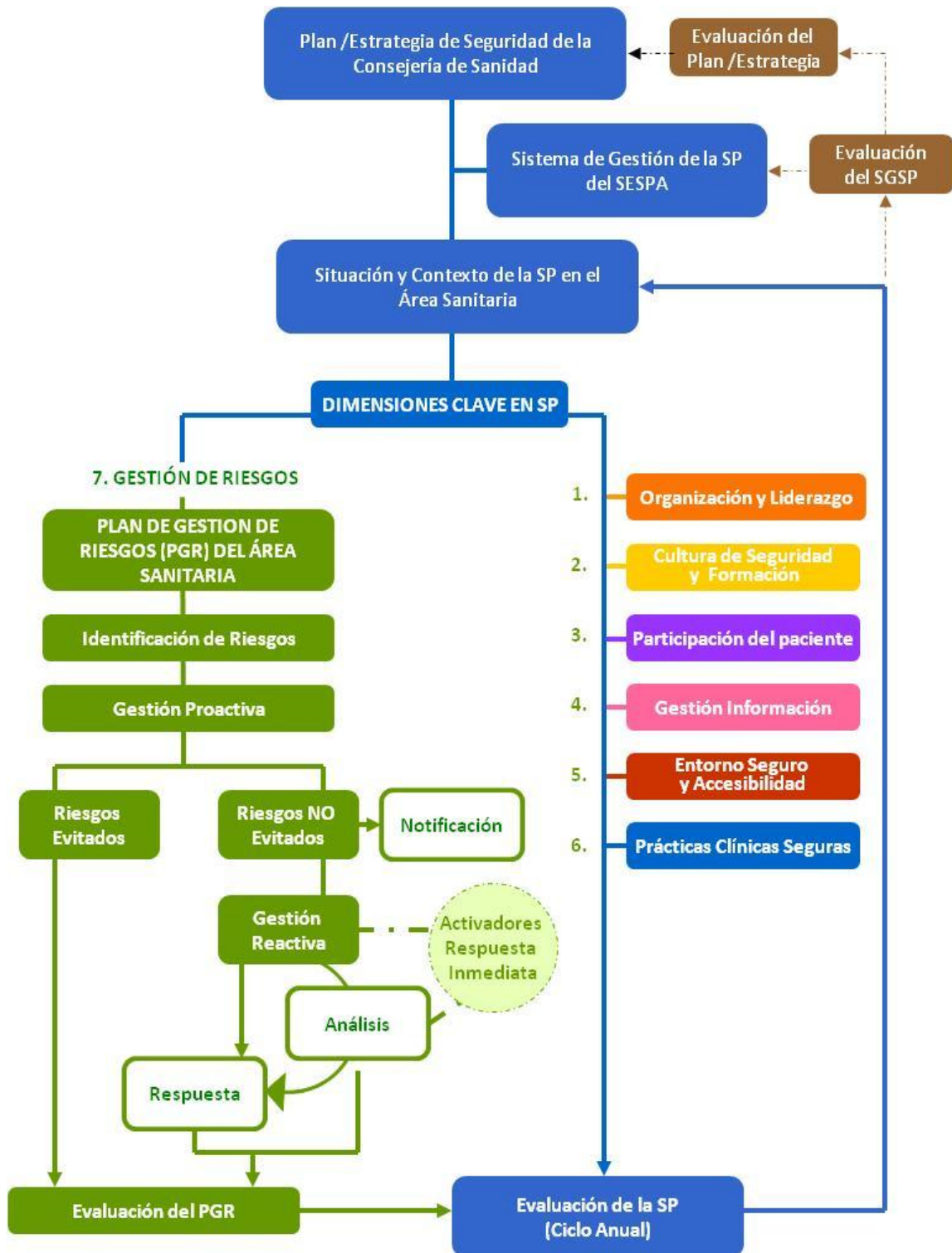


Figura 1.- Posición de la Gestión de Riesgos en el esquema general de la Seguridad del Paciente (la numeración 1 al 7 se corresponde con las 7 dimensiones de la SP definidas en el documento SGSP-DP_1, Manual del SGSP)

2.-Elementos Clave de la Gestión de Riesgos en el SESPA

2.1.-Liderazgo

La estructura de liderazgo del Área Sanitaria está formada por:

- Los profesionales
- El responsable local (responsable directo a nivel del dispositivo: supervisor/a, coordinador/a, director/a de UGC/AGC, etc.)
- El Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente, a la cabeza del cual se encuentra el Coordinador/Responsable de Seguridad del Paciente del Área Sanitaria
- La Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente del Área Sanitaria
- El Equipo Directivo de la gerencia del área sanitaria

La **figura 2** muestra la estructura de liderazgo de la SP (incluidos elementos supra Área Sanitaria).

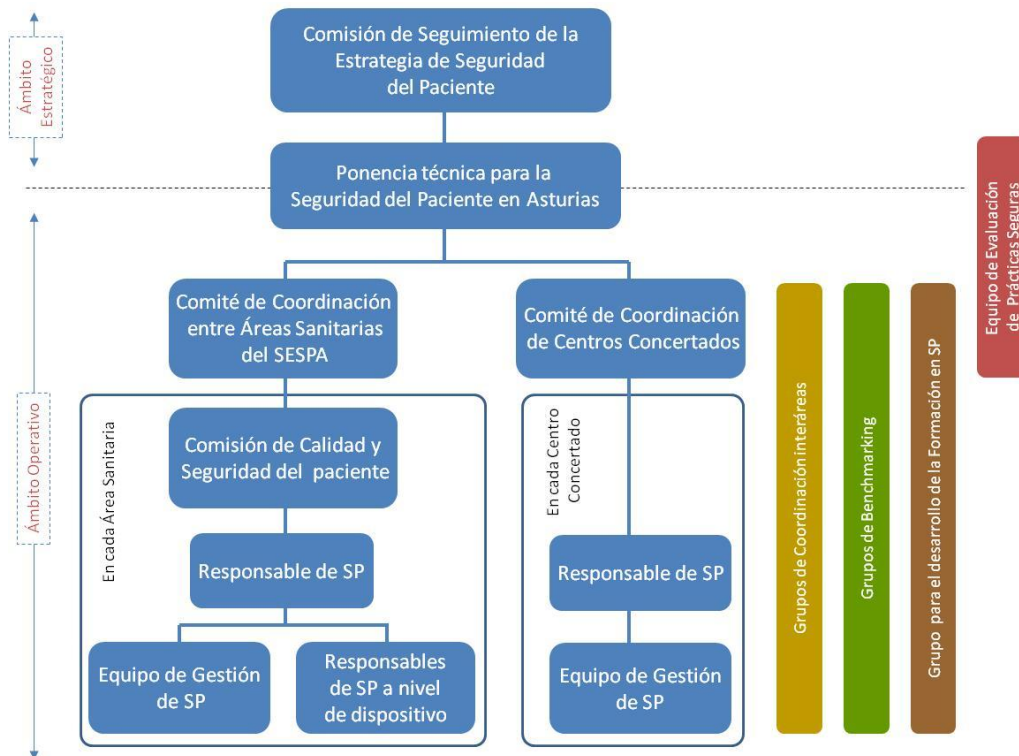


Figura 2.- Esquema general de Liderazgo de la SP. La gestión local del riesgo (Área Sanitaria) se encuentra en el ámbito operativo. No se incluye el rol específico de cada profesional que se puede consultar en la figura 5.



2.1.1 Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente*

El Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente (EGSP) es el pilar sobre el que se asienta la gestión del riesgo para la Seguridad del Paciente en las Áreas Sanitarias, por lo que todas ellas deben disponer de él.

El EGSP estará formado en cada área sanitaria por el Coordinador de Calidad, el responsable de SP del área (pueden coincidir en la misma persona) y otras personas que el equipo directivo considere más adecuadas en función de las peculiaridades propias del área.

El EGSP se organizará de la forma que mejor permita desarrollar sus funciones de manera efectiva.

Funciones del EGSP (*)

Son las siguientes:

- Promover y coordinar la implementación de las prácticas seguras que en cada momento se establezcan de forma corporativa.
- Identificación de riesgos mediante el análisis y seguimiento de las fuentes de información relacionados con la SP y la búsqueda proactiva de riesgos no controlados.
- Implementación de medidas tendentes a controlar los riesgos detectados.
- Promover la comunicación de los incidentes en el área por parte de los distintos órganos participativos y grupos de trabajo, como por el personal sanitario y no sanitario.
- Retroalimentación periódica dirigida a aprender de los incidentes y eventos adversos no evitados: informes con las medidas propuestas y la efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales.
- Validar los registros relacionados con la SP que de forma definitiva pasen a formar parte de la base de datos general.
- Fomentar y en su caso ayudar en el diseño de los programas de seguridad en los servicios hospitalarios y centros de salud.
- Contribuir a la cultura de seguridad formando en gestión de riesgos a los profesionales del área sanitaria.
- Asesorar a la Gerencia de área Sanitaria en lo relativo a la SP.

(*) Información sujeta a posibles modificaciones derivadas de un próximo desarrollo legislativo específico

2.2.-Identificación de riesgos

Se trata de identificar los riesgos globales que amenazan la Seguridad del Paciente (valoración de situación y contexto).

Se puede recurrir al análisis de la organización (hospital y centros de salud) y a todas aquellas fuentes activas y pasivas que sirvan para recopilar información:

- Fuentes activas: actas y sesiones de las comisiones clínicas (mortalidad, infecciones, etc), registros clínicos (caídas, úlceras por presión, infección nosocomial), registro de hemovigilancia, rondas de seguridad.



- Fuentes pasivas: reclamaciones y sugerencias de los pacientes y familiares, CMBD, notificaciones voluntarias de incidentes de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

2.3.- Plan de Gestión de Riesgos (PGR)

Una vez identificados los riesgos, se hace preciso elaborar un Plan de Gestión entre cuyos elementos clave están:

- Gestión proactiva
- Riesgos evitados
- Riesgos no evitados
- Gestión reactiva
- Notificación
- Activadores de respuesta inmediata
- Análisis de incidentes y eventos adversos
- Respuestas (planes de contingencia)
- Evaluación general del PGR

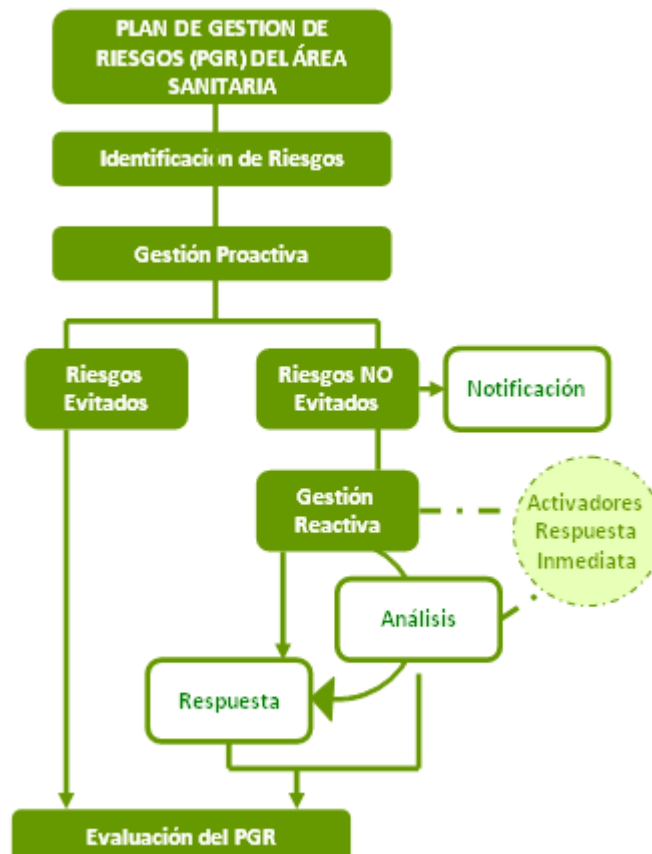


Figura 3.- Despliegue del Plan de Gestión de Riesgos

2.4.- Gestión preventiva (proactiva)

Su objetivo es la detección de problemas antes de que tengan consecuencias. Se fundamenta en:

- La identificación proactiva de los riesgos
- La definición de algunos riesgos como críticos
- La definición de algunos riesgos críticos, relacionados con la aparición de eventos centinela
- La planificación de respuestas específicas para los riesgos críticos, los eventos centinela y una respuesta general para el resto de riesgos
- Los planes de contingencia ante la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.
- La Difusión del Plan de Gestión
- La evaluación, que cierra todos los elementos definidos en clave ciclo de mejora

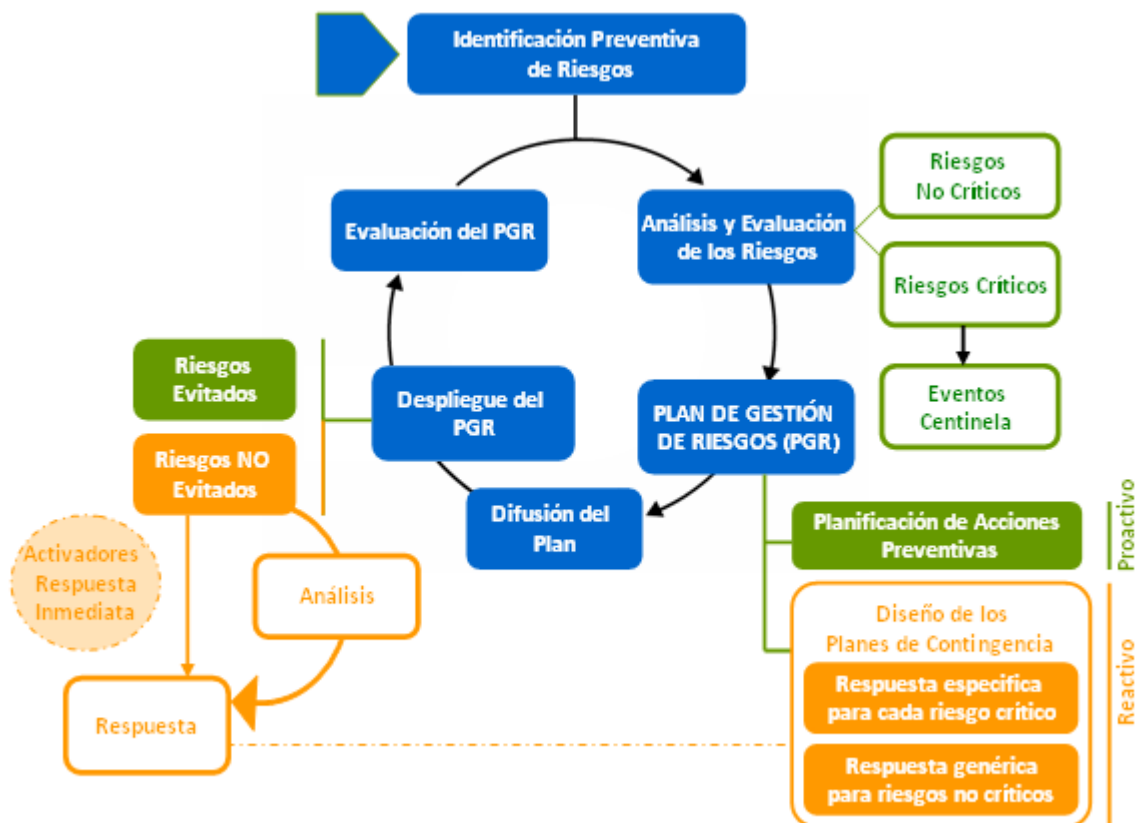


Figura 4.-La Gestión Proactiva de Riesgos, a la vez que diseña acciones preventivas que los controle, prevé planes de contingencia cuando acontecen los incidentes y eventos adversos. Se trata de Planes de contingencia para riesgo-específicos (un riesgo-un plan para dicho riesgo), cuando dicho/s riesgo/s es/son lo suficientemente grave/s (riesgos críticos/eventos centinela).



2.5.-Evaluación del riesgo individual del paciente

Es la intervención preventiva clave en la Gestión de Riesgos.

Cada paciente debe ser evaluado individualmente y en cada contacto con el Sistema Sanitario en relación con la Seguridad del Paciente, tanto en riesgos intrínsecos (derivados de las características y condiciones del paciente) como en relación a riesgos extrínsecos (dependientes de la asistencia sanitaria directa así como de los procedimientos que precise).

El agente principal de la evaluación del riesgo individual del paciente es *el profesional* del Servicio de Salud que lo atiende y que en cada acto sanitario debe tener incorporado la evaluación del riesgo individual para la Seguridad del Paciente al igual que evalúa aspectos clínicos, sociales, nutricionales, etc.

La **figura 5** (página siguiente) muestra el proceso “micro” de la gestión del riesgo individual por parte del profesional, como principal gestor de riesgos.

2.6.-Eventos centinela

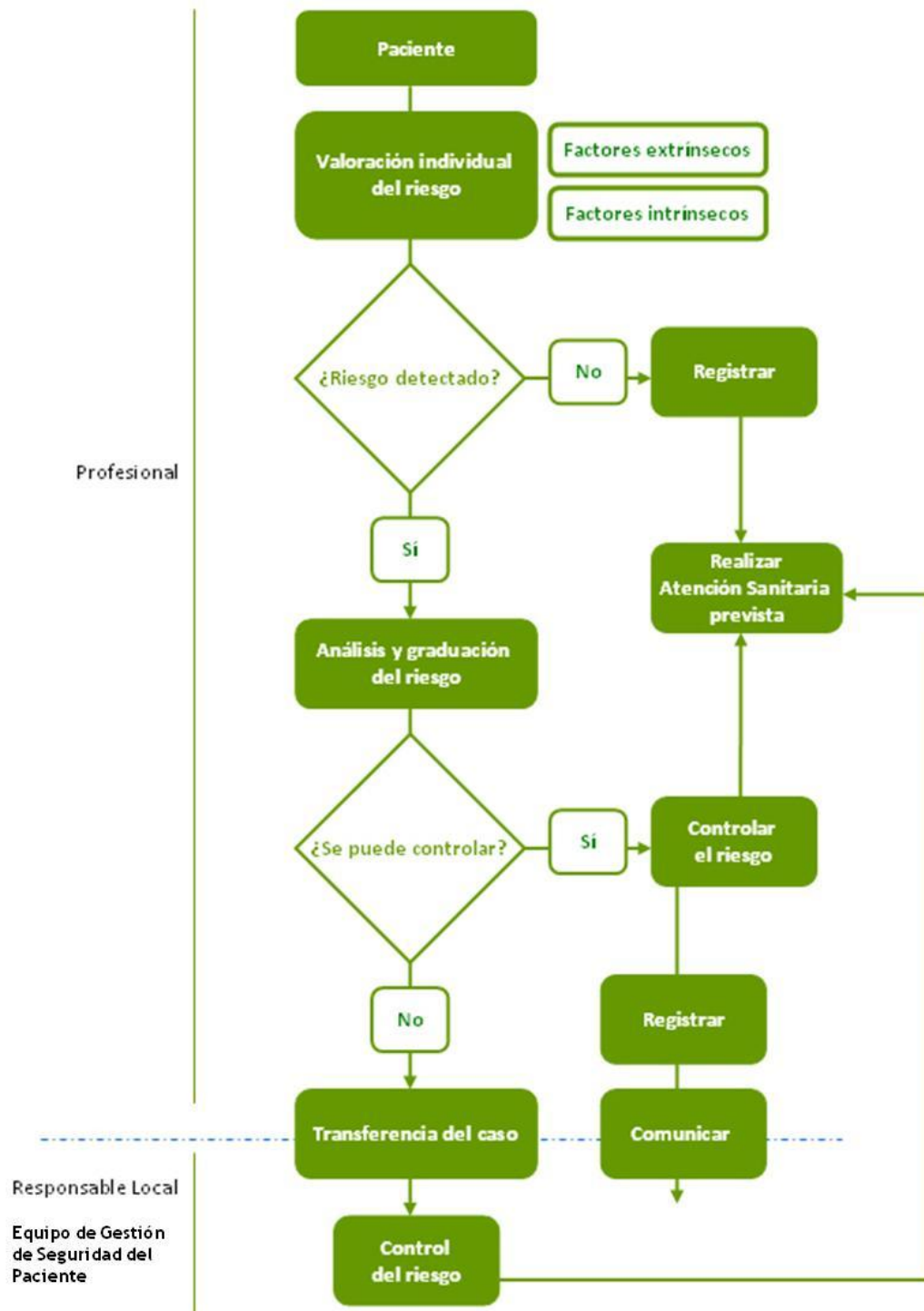
Se define como un suceso imprevisto que implica la muerte o la pérdida permanente y grave de una función (o el riesgo de causarla), no relacionada con el curso normal de la enfermedad o del problema subyacente del paciente. Esos eventos se denominan *centinela* porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas

Además de los eventos centinela que establezca cada Área Sanitaria, el SESPA ha definido centralizadamente los eventos centinela, mínimos y comunes para el conjunto de la Organización, si bien la gestión de los mismos se mantiene en el ámbito del Área Sanitaria:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad del paciente o de sus condiciones subyacentes (por ejemplo muerte por una infección postoperatoria, o un embolismo pulmonar que ocurre en el hospital)
- Muerte del recién nacido a término
- Suicidio
- Pérdida permanente importante de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o del problema subyacente de paciente
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado
- Recién nacido entregado a la familia equivocada a la salida del hospital
- Transmisión de una enfermedad (crónica o fatal) como resultado de la infusión de sangre, de productos derivados de la misma o de trasplante de órganos o tejidos contaminados



Figura 5.-Ejemplo de procedimiento en la gestión del riesgo individual, con el profesional como agente de gestión de riesgos clave





2.7.-Gestión Reactiva

Es el conjunto de actuaciones a desarrollar tras la aparición de un incidente o evento adverso.

Los cuatro aspectos clave son:

- **Comunicación directa al responsable local.** Dirigida a responder ante la aparición de un incidente o evento adverso.
- **Notificación.** Se realiza tras la aparición del evento adverso y dirigido hacia el aprendizaje, si bien también permite dar una respuesta.
- **Análisis.** El análisis de las comunicaciones y las notificaciones de incidentes y eventos adversos corresponde al Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente del Área Sanitaria que podrá apoyarse en profesionales expertos, cuando esto sea preciso.

Es este equipo quien determinará la metodología/tipo de investigación a desarrollar para el análisis, y establecerá el tiempo máximo para el inicio y cierre de la investigación y la aplicación de medidas correctoras.

El resultado final del análisis deberá ir orientado, en clave ciclo de mejora, al rediseño de los procesos asistenciales hacia otros más seguros y al diseño de planes de contingencia para los riesgos no controlados.

- **Respuesta.** Consiste en aplicar el plan de respuesta predefinido para cada riesgo crítico, evento centinela o riesgo general (plan de contingencia), adaptando la intervención a la situación concreta planteada y a las características personales del paciente.

Las cadena de respuesta va del profesional al responsable local y al Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente. Pudiera, en ocasiones, ser necesaria una respuesta más amplia que implique a otros niveles de la Organización.

2.7.1 Comunicación, Notificación y aprendizaje

Es importante comunicar al responsable local los eventos adversos en los que el paciente precise una atención sanitaria específica. De este modo, se podrá hacer el seguimiento del proceso, así como la efectividad de las medidas aplicadas sobre el paciente y sobre el control del riesgo. También deben comunicarse los riesgos identificados no controlados.

La Organización fomentará la utilización del Sistema de Notificación corporativo vigente en cada momento (en el momento actual es el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente - SiNASP).

Tanto las comunicaciones como las notificaciones, serán incorporadas al Sistema de Información de Seguridad del Paciente (SISEP), lo que permitirá su seguimiento.



La información que se genera a partir del análisis de las comunicaciones y notificaciones, contribuye a la puesta en marcha de iniciativas para la mejora de la Seguridad del Paciente y también puede servir para implementar mejoras a nivel local.

2.7.2 Análisis de incidentes y eventos adversos

Una vez identificado el incidente/evento adverso se procederá a su clasificación, en función de la gravedad y frecuencia, mediante una matriz de riesgo. Con vistas al tratamiento a aplicar, el riesgo detectado se puede clasificar como:

- **Riesgo extremo:** precisa acción inmediata. Debe ser comunicado al Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente y al Equipo Directivo del área y analizado en profundidad y precisa de una respuesta inmediata.
- **Riesgo alto:** debe ser comunicado igualmente al Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente y exige un análisis detallado y precisa una respuesta proporcionada en el menor tiempo posible
- **Riesgo medio-bajo:** En estos casos, el control efectivo del riesgo permite agregar los datos que genera de modo que su análisis puede realizarse de manera agregada y generar iniciativas que mejoren la Seguridad del Paciente de manera más amplia.

Una vez clasificado hay que valorar si es precisa alguna acción reparadora inmediata y si es así, comprobar si ya fue llevada a cabo o hay que realizarla.

A continuación se procederá al análisis en función del impacto calculado (análisis causa-raíz, seguimiento, etc) y con la metodología establecida:

- a. Determinación del tipo de incidente: sin daño/ evento adverso: distracción, equivocación, transgresión, etc
- b. Tipificación: organización, equipamiento, medicación, etc.
- c. Detección de factores latentes, hayan sido comunicados previamente o no.
- d. Si es necesario repartirse el análisis de los casos entre los miembros del equipo porque exista un número grande de casos, quien realice el análisis hará la propuesta de medidas correctoras necesarias para ese caso.
- e. Periódicamente se reunirá todo el EGSP y se llevará a cabo el análisis final conjunto de todas las notificaciones analizadas individualmente en el apartado anterior, donde se decidirá:
 - Acciones a tomar.
 - Retroalimentación a realizar.
 - Cierre de recogida de información y paso de los casos para su agregación a nivel central.
- f. Implementación de las acciones correctoras resultantes.



2.7.3.-Seguimiento y evaluación de las acciones correctoras

Hay que hacer un seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones tomadas. Si no se alcanzan los objetivos previstos (evitar la repetición del incidente/evento adverso), hay que iniciar nuevamente el ciclo de mejora con nueva planificación y seguimiento.

Retroalimentación a realizar

A nivel de Área Sanitaria:

- Cuando se comunique un incidente o evento adverso, su abordaje debe enfocarse al Sistema, evitando culpabilizar al profesional y dirigiéndose a la mejora de la Seguridad del Paciente.
- Cuando exista una notificación y el profesional se identifique, hay que informarle de la recepción de la notificación, agradeciéndole su colaboración.
- El Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente ha de generar información a partir del análisis de la información disponible enfocadas hacia la mejora de la Seguridad del Paciente
- Informes de efectividad de las medidas tomadas.

A nivel de Servicios Centrales del SESPA:

- Análisis de los datos agregados a nivel de todo el SESPA.
- Informes de situación
- Informes comparativos



2.8.-Evaluación del Plan de Gestión de Riesgos

De forma periódica (en general anual), se realizará la evaluación del Plan de Gestión de Riesgos (PGR) del Área Sanitaria.

Esta evaluación a su vez forma parte de la Evaluación General de la SP del Área Sanitaria (ver figura 1).

Los siguientes son elementos mínimos que deberán evaluarse:

- a) Incidentes y eventos adversos ocurridos
- b) Grado de eficacia de las acciones planteadas para la prevención de riesgos, incidentes y eventos adversos (Gestión proactiva)
- c) Valoración del grado de adherencia/aplicación de los planes de contingencia predefinidos (Gestión reactiva)
- d) Valoración de los Análisis realizados en la Gestión Reactiva
- e) Nuevas prácticas seguras generalizables y específicas planteadas a consecuencia de las experiencias generadas en el Área Sanitaria