

18 artículo

Maria Pilar Astier Peña [[Buscar autor en Medline](#)]
 Fernando Martín Moreno [[Buscar autor en Medline](#)]
 Francisco Javier Sangrós González [[Buscar autor en Medline](#)]
 José Manuel Millaruelo Trillo [[Buscar autor en Medline](#)]
 María Teresa Delgado Marroquín [[Buscar autor en Medline](#)]
 Sergio Minué Lozano [[Buscar autor en Medline](#)]



Razonamiento clínico y seguridad del paciente: razonar con método previene errores clínicos .

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Calidad asistencial y seguridad del paciente en atención primaria.

El Institute of Medicine (IOM)¹ define la calidad de los servicios sanitarios como "el grado en que los servicios de salud destinados a los individuos y a las poblaciones aumenta la probabilidad de conseguir unos resultados de salud óptimos y comparables con los conocimientos actuales de los profesionales". Esta y otras definiciones² tienen en común la consideración de la calidad de la asistencia sanitaria como un concepto complejo y multidimensional en el que están presentes componentes o dimensiones como efectividad, eficiencia, satisfacción de los usuarios, accesibilidad, adecuación, competencia profesional.

En la década de los 90 una mesa de expertos convocada por esta organización concluyó que era posible medir y analizar los problemas de relacionados con la calidad. Diferentes estudios describieron la existencia de situaciones que comprometían gravemente la calidad y que se relacionaban tanto con la utilización por defecto o por exceso de los servicios, como con su mala utilización y que repercutían de manera muy negativa en los pacientes, poniendo de manifiesto la estrecha relación de la seguridad del paciente y la calidad³. Previamente la Joint Commission había destacado la importancia de la seguridad del paciente en el concepto de calidad de la atención al incluirla entre los factores importantes que determinaban su rendimiento⁴, y que en su última revisión⁵ son: orientación al paciente, la seguridad del entorno de la atención y la accesibilidad, adecuación, continuidad, eficacia, efectividad, eficiencia y oportunidad de la atención.

Actualmente la seguridad del paciente es considerada como una dimensión fundamental de la calidad cuya ausencia afectaría negativamente al resto de las dimensiones. La seguridad del paciente es un elemento vertebrador de las diferentes dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios que de forma transversal interacciona recíprocamente con ellas y la hacen indistinguible de una asistencia sanitaria de calidad. La seguridad es la base sobre la que se construye el resto de dimensiones de la calidad. Esta circunstancia queda reflejada en el informe "Error es humano: construyendo un sistema sanitario más seguro" publicado por el Senado de EEUU en 1999 que dimensiona por primera vez la trascendencia de los problemas de seguridad del paciente en el sistema sanitario⁶.

La visualización de la calidad de la atención como el marco de referencia en el que se asienta la seguridad del paciente, da coherencia a las actuaciones y ayuda a los profesionales a desarrollar programas de gestión de riesgo en sus centros de salud o unidades. La seguridad del paciente y calidad **comparten** organización, objetivos, filosofía, metodología, técnicas y herramientas de trabajo, facilitando la implantación de actividades de seguridad del paciente en los centros de salud e integrándolas en los planes de mejora continua⁷. El objetivo, en ambos casos, es el diseño de actividades que impidan o dificulten la aparición de situaciones de riesgo y el cambio de la manera de proceder cuando se descubren deficiencias. El enfoque implica evaluar y analizar el comportamiento de la organización, sus procesos y resultados, identificar las áreas de mejora, diseñar y poner en marcha las intervenciones adecuadas y volver a evaluar el efecto de los cambios.

bibliografía

1. Scott I. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ*. 2009;339: 22-25.
2. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*, 1991; 265: 2089-94
3. Neale G, Woloshynowych M, Vicent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *J R Soc Med*. 2001; 94: 322-30.
4. Chellis M, Olson J, Augustine J, Hamilton G. Evaluation of missed diagnoses for patients admitted from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2001; 8: 125-30.
5. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289:2849-56.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



El aprendizaje de la organización que proporciona la utilización de herramientas como los ciclos de mejora o PDCA o la monitorización de indicadores, permite afrontar los errores y en definitiva ser más eficientes. La estructura organizativa de la calidad basada en el trabajo de un grupo multidisciplinar o comisión de calidad y un responsable que lo lidere^{8,9}, ha dado buenos resultados en los centros que la han mantenido activa. Este modelo, que se volverá a comentar al final del artículo, es igualmente válido para abordar los problemas de seguridad del paciente en equipos de atención primaria (EAP).

Los equipos de atención primaria con mayor cultura de calidad y que han incorporado en su rutina el desarrollo de actividades de mejora continua percibirán con naturalidad el dirigir la mirada de forma específica a situaciones que puedan suponer un riesgo potencial para la salud del paciente. Por otra parte, en aquellos centros que se han mostrado más reticentes con las propuestas de mejora de la calidad por considerarlas cargas burocráticas alejadas de su trabajo, la seguridad del paciente puede suponer un revulsivo a la hora de emprender acciones de mejora. La cercanía que suponen los contenidos que aborda la seguridad del paciente a las preocupaciones y temas de interés de los clínicos, no deja de ser una buena estrategia de ayuda a la sensibilización de estos equipos.

La magnitud de eventos adversos, sus graves repercusiones y la de la elevada frecuencia de eventos considerados prevenibles ha provocado que, en los últimos años, la seguridad del paciente adquiera un papel protagonista en la gestión de la calidad de los servicios sanitarios, y que la OMS y otras organizaciones que vinculan explícitamente la seguridad del paciente con la calidad de la atención sanitaria recomienden que se preste la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente¹⁰. Calidad y seguridad del paciente son culturas estrechamente vinculadas, de forma que no se podría hablar enteramente de la primera sin considerar el enfoque de la segunda. Se trata, en definitiva, de mejorar la calidad de la atención sanitaria a través de intervenciones y estrategias de seguridad de los pacientes.

La misión, visión y valores de la atención primaria de salud.

El inicio de una nueva línea de desarrollo siempre es un reto y constituye una oportunidad para reflexionar, si no se ha hecho ya, sobre el propio centro de salud. Analizar las características y circunstancias de la propia organización constituye un ejercicio que ayudará a definir mejor los objetivos y las actuaciones que deben ser acometidas por el equipo. Cada organización desarrolla su labor en un entorno diferente, y las actividades del equipo de atención primaria deberán ser capaces de dar respuesta a las necesidades de los diferentes grupos sobre los que tiene impacto (usuarios, sociedad, profesionales, proveedores y la propia organización). Este trabajo es genérico para todas las organizaciones independientemente del área de negocio que traten, y suele ser el punto de partida del documento o plan estratégico que les guíe hacia sus objetivos.

La definición de la Misión, Visión y Valores del centro de salud nos permite sistematizar esta reflexión sobre el propio equipo, ayuda a comprender el contexto en el que trabajan los profesionales y orienta sobre la ruta a seguir para llegar al destino deseado. La Misión da respuesta a los grandes interrogantes ¿qué somos? y ¿por qué y para qué estamos aquí?, describe el motivo o la razón de ser del centro de salud. Es el propósito general de la organización en el momento actual, la labor que desempeña en el presente. En su definición se suele indicar tres aspectos: lo que hace el centro de salud (los servicios que ofrece), para quién lo hace (la población a la que van dirigidos) y las peculiaridades o características propias del centro (lo diferencial). La visión se refiere al horizonte que el equipo de atención primaria se propone como meta y describe las características que el centro de salud debe tener en el futuro, dando respuesta a la pregunta ¿qué quiere ser? Proporciona coherencia a los procesos y las actividades del centro, además de servir de guía y estímulo para su desarrollo. La utilidad de la visión radica en que su definición sea clara, realista, alcanzable, se comunique a los miembros del equipo y sea compartida por todos. Los valores hacen referencia a las ideas, cualidades o principios que están presentes en la forma de hacer o de trabajar de la organización. Su definición sirve para mostrar la filosofía en la que se inspira el comportamiento de la organización y con su definición se quiere mostrar la importancia que tienen para la misma, sirviendo de fundamento y fuerza para la visión y su desarrollo.

Análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de un equipo de atención primaria.

Lo primero que hace una organización cuando acomete la elaboración de la estrategia y la definición de las actuaciones pertinentes para lograr los objetivos que se ha marcado, es conocer cuál es la situación de partida. La definición de la misión, visión y valores de una organización son puntos de referencia ineludibles, que debe ser completada con una valoración de la propia organización y de su entorno sin olvidar, de forma específica la política en relación con la calidad y la seguridad del paciente. Una metodología apropiada para ello es el análisis DAFO mediante el cual se identifican sus Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades¹¹. Esta técnica considera simultáneamente el entorno interno de la organización o del EAP y el entorno externo con el que interacciona y que puede determinar los resultados de sus actuaciones. De esta manera analiza las áreas de mejora

(debilidades), aquellos aspectos que deben ser revisados y sobre los que se debe intervenir, y los puntos fuertes (fortalezas) que se refieren a las características que destacan y que deben ser potenciadas. Por otra parte, el análisis DAFO, trata de identificar las circunstancias que favorecen el desarrollo de dichas actuaciones (oportunidades), y situaciones que actúan frenando el potencial de las mismas (amenazas). La confrontación de los elementos resultantes de la evaluación interna (debilidades y fortalezas) con los obtenidos de la valoración del entorno o externos (amenazas y oportunidades) facilitan la elección de las estrategias de acción más adecuadas para el centro. De forma general se describen cuatro tipos de estrategias (**tabla 2**). La estrategia defensiva se refiere al fortalecimiento de las cualidades del equipo frente a las barreras persistentes. Por el contrario si el entorno ofrece condiciones favorables a las características de la organización, o presenta unas barreras que pueden ser abordadas, la estrategia será ofensiva. Si tenemos capacidad de reacción frente a las potenciales amenazas externas, nuestras acciones serán de adaptación y en caso contrario se adoptará un plan de supervivencia.

Identificación de áreas de mejora en el equipo y priorización.

Después de realizar el análisis de situación las organizaciones están en condiciones de definir los grandes objetivos y las líneas estratégicas que se van a desarrollar, no obstante para ser operativo es necesario decidir que actividades se realizarán para mejorar la calidad y concretar los aspectos que van a ser objeto de la mejora. En el caso de la elaboración de un plan de gestión de riesgos se trata en última instancia de definir las situaciones, áreas o procesos cuyo riesgo se quiera prevenir o minimizar.

Haciendo un paralelismo con la mejora de la calidad, las actuaciones para la mejora de la seguridad del paciente pueden seguir dos estrategias de acción. La más inmediata es **reactiva** y consiste en la identificación de incidentes, errores, eventos adversos y en general cualquier problema concreto que pueda conducir a situaciones no deseables. En estos casos se realizará un análisis de las circunstancias que motivaron o favorecieron su aparición, con la finalidad de solucionar el problema y evitar su repetición. Esta propuesta se debe complementar con una estrategia **proactiva** que tratará de garantizar que los procesos sean diseñados teniendo en cuenta los riesgos potenciales de su aplicación, los fallos que pueden ocurrir y los efectos de estos. Lógicamente el plan de riesgo recomendado debe contemplar ambas estrategias y combinar actuaciones preactivas de carácter preventivo que aseguren la ausencia de riesgo o minimicen su presencia, con las intervenciones en caso de que el incidente ya haya sucedido.

Por dónde empezar, hacia donde dirigir la mirada? La selección de las áreas en las que el equipo de atención primaria tratará de mejorar la seguridad de los pacientes, debe estar basada en criterios que lo justifiquen, como la magnitud o la frecuencia de su aparición. El principal estudio que se ha realizado sobre la frecuencia de ocurrencia de eventos adversos en atención primaria en España es, como ya se ha comentado en este monográfico, el estudio APEAS¹². La frecuencia de eventos adversos que se identificaron fue de 11,2 por mil consultas o de 10,1 por cada mil pacientes, siendo el 70,2% claramente evitables. Los factores causales de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación en un 48,2%, con los cuidados en un 25,7%, con la comunicación en un 24,6%, con el diagnóstico en un 13,1% y el 8,9% con la gestión y procedimientos administrativos.

En general todas las etapas del proceso asistencial son susceptibles de presentar problemas relacionados con la seguridad y son muchas las clasificaciones que se han realizado sobre las fuentes de error. Una de las taxonomías¹³ más utilizadas en atención primaria se muestra en la **tabla 4**.

La identificación de riesgos debe plantearse como un análisis sistematizado de las diferentes categorías o ámbitos donde el riesgo sea posible. La estructura de análisis que propone la National Patient Safety Agency (NPSA) del National Health Service (NHS)¹⁴ guarda cierto paralelismo con la clásica propuesta de pacientes, profesionales, estructura y recursos y organización:

- Factores de paciente: Hace referencia a las características específicas de los pacientes, tales como factores sociales, culturales, económicos, discapacidad.
- Factores individuales: Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.
- Factores de tarea: Se refiere a los factores relacionados con el desarrollo de los procesos sanitarios y la manera de realizar las actividades. Realización de técnicas, procedimientos y prácticas.
- Factores sociales y de equipo: Contempla la organización del equipo de trabajo y la forma de relacionarse entre sus miembros.
- Factores de formación y entrenamiento: El desempeño de competencias de los profesionales, su capacitación para el desarrollo de las funciones y actividades. La existencia de un programa de formación continua que permita a los profesionales mantener actualizado los conocimientos y habilidades requeridas para el desempeño de su puesto de trabajo.

- Factores de equipamiento y recursos: Disponibilidad de los recursos apropiados, funcionamiento correcto, conservación y mantenimiento, necesidad de entrenamiento específico, etc.
- Condiciones de trabajo: Se refiere al entorno, ambiente o contexto en el que se desarrolla el trabajo, como iluminación, temperatura, ruido, amplitud de espacios, etc.
- Factores organizativos y estratégicos: Características inherentes a la manera de gestionar de la organización.
- Factores de comunicación y relación entre diferentes centros, dispositivos o asistenciales, estructuras, etc.

En un planteamiento proactivo de la gestión de riesgos, después de conocer las áreas con compromisos potenciales para la seguridad del paciente, toca el turno de identificar los riesgos concretos que están presentes en el centro de salud. Las fuentes que podemos utilizar para ello son: experiencia previa y la experiencia de otras personas de la organización, encuestas y entrevistas a pacientes y familiares, registro de incidentes y errores de medicación, reclamaciones, alertas sanitarias, auditorías y resultados de evaluaciones periódicas, historia clínica, documentos, protocolos, procesos; y las herramientas no difieren de las que clásicamente se utilizan en los planes de calidad (**tabla 5**).

Priorización de áreas de mejora

La selección de las áreas de mejora o problemas que deben ser abordados de forma prioritaria se puede realizar con diferentes técnicas, una de las más populares en planificación y atención primaria es el método Hanlon¹⁵ que contempla la valoración los siguientes criterios: la magnitud, la severidad o el riesgo, la efectividad de las posibles acciones correctoras y la factibilidad o coste, a las que frecuentemente se añadía la tendencia en el tiempo del problema si no se interviene y repercusión en el medio. El método que se suele proponer para la valoración de los riesgos identificados, también contempla la valoración de estos criterios. Es una matriz sencilla que relaciona la trascendencia (combinación de gravedad clínica e impacto) y la magnitud (frecuencia o probabilidad de aparición). Se trata de valorar la probabilidad de ocurrencia del error según una escala de cinco categorías: rara, infrecuente, ocasional, probable y frecuente (de forma alternativa muy baja, baja, media, elevada, muy elevada). De forma simultánea también se valora el impacto de las consecuencias en: insignificante, tolerable, moderado, importante y catastrófico (muy baja, baja, media, elevada, muy elevada). Por ejemplo, un incidente que no tiene impacto en los pacientes será clasificado como insignificante o de bajo riesgo, mientras que uno que puede provocar la muerte del paciente será considerado de alto riesgo. Su representación en una matriz como la que muestra la **figura 1** (matriz de evaluación de riesgos) permite clasificar el riesgo en cuatro categorías: Riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo importante y riesgo intolerable. Este es método **cuantitativo** sencillo de utilizar y comprender que ayuda, **sin una gran necesidad de medios**, a seleccionar el orden de intervención de los riesgos identificados. La matriz de riesgos puede utilizarse para valorar tanto riesgos potenciales, como incidentes que han sido evitados o aquellos que ya han sucedido.

La selección se completa con una valoración de la evitabilidad o capacidad de prevención del riesgo en función de la disponibilidad de una intervención efectiva y factible. Para ello se evaluará, por una parte, la evidencia científica sobre la efectividad de factibilidad de la posible intervención, y por otra la capacidad de llevar a cabo el plan de prevención incluyendo en la valoración, disponibilidad de recursos y coste económico, la capacidad del EAP de desarrollar por sí mismo el plan, la necesidad de terceros, etc. En función de estos parámetros el riesgo podrá ser calificado de inevitable, reducible y evitable. Finalmente la priorización resultará de la combinación de la valoración del riesgo y la factibilidad de la actuación.

5. Análisis de riesgos e implementación de propuestas.

Una vez que el equipo ha seleccionado los riesgos que considera más importantes, debe analizar las posibles causas y los factores que contribuyen a su aparición. Para este análisis se recomienda la utilización complementaria de dos enfoques:

1. Enfoque proactivo: Es una aproximación al riesgo de carácter preventivo, cuyo objetivo es evitar que se produzca el incidente o el evento adverso. Los métodos de mejora proactiva son el Análisis de los Modos de Fallos y sus Efectos (AMFE) cuyo objetivo es la valoración de los posibles fallos que pueden ocurrir en un proceso, y la implantación de barreras, entendidas como actuaciones o sistemas de control que dificulte la aparición del incidente.
2. Enfoque reactivo. Se realiza una vez que ha sucedido el incidente, permite analizar las circunstancias que lo han originado o que han contribuido a que sucediera. La herramienta utilizada es el Análisis de Causa Raíz (ACR).

Estas técnicas se presentan de forma detallada en los siguientes artículos de esta monografía, en los que también se comentarán otras técnicas complementarias para el

análisis y abordaje del riesgo como de la secuencia o cronología de un evento adverso o el diagrama causa efecto de Ishikawa (espina de pescado).

Se ha iniciado el artículo recomendando la realización de un análisis de situación a partir del cual se defina la estrategia del centro en materia de calidad y seguridad del paciente. Sin embargo, este ejercicio puede suponer, en los equipos con menor cultura de la calidad, un handicap que acabe obstaculizando la toma de conciencia sobre el problema de la seguridad del paciente y limite la puesta en práctica de actividades para su mejora. No se puede dejar de lado la realidad de un entorno en el que son pocos los centros que han asumido la calidad como un modelo de gestión comprometido visiblemente con la seguridad del paciente. A pesar de ello se debe estimular el abordaje de la seguridad del paciente y de la calidad a través de actividades que procuren una mejora gradual o continua, y den respuesta a los riesgos y problemas que se identifiquen en el equipo. Como herramienta básica para la mejora de la calidad en general y de la seguridad del paciente en particular se recomienda la utilización de los ciclos de mejora o evaluativo de 7 etapas, o los ciclos PDCA de 4 etapas (**figura 2**), cuya práctica, en síntesis, supone completar la secuencia de: identificación y análisis del proceso que genera el riesgo a aplicación de los cambios necesarios para su corrección a medición y valoración de la efectividad de la intervención a ajuste y modificación, si fuera necesario, de las actuaciones realizadas^{16,17}.

Elaboración Propia

Además se recomienda la incorporación de los siguientes proyectos o propuestas de actuación en la actividad cotidiana del centro:

1. Difusión de la cultura de seguridad en el equipo. Formación y sensibilización de los profesionales del centro de salud, a través de sesiones bibliográficas o monográficas, junto con la revisión de casos clínicos
2. Implantación sistema de notificación y análisis de incidentes y errores de medicación.
3. Análisis periódico de incidentes, sugerencias y reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente.
4. Comunicación de las acciones emprendidas y diseminación de ejemplos de buenas prácticas.
5. Práctica de la higiene de manos.
6. Conciliación terapéutica, evitar incidentes en las transiciones de dispositivos asistenciales, especialmente relacionadas con la medicación.
7. Identificación de pacientes y prácticas de riesgo propias del centro de salud.
8. Definición y monitorización (medición periódica) de indicadores clave relacionados con la seguridad del paciente.
9. Establecer líneas de colaboración con los pacientes.

Como se puede apreciar en la descripción del proceso de gestión y mejora de riesgos, muchas de las herramientas que se han propuesto utilizar en sus diferentes fases son las mismas que las que habitualmente se aplican en los ciclos de mejora¹⁸ (**tabla 6**). La explicación de estas técnicas sobrepasa los objetivos del presente capítulo, remitiendo al lector interesado a otros artículos de esta monografía o textos especializados¹⁹ en los que encontrará información detallada. En la página del **Ministerio de Sanidad y Política Social** [actualizado 16 Feb 2010; citado 19 Jun 2010], se puede acceder a dos excelentes tutoriales^{20,21} en línea que complementan esta monografía y abundan en herramientas para el análisis y la mejora de las situaciones de riesgo: "Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo" y "Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria". La Fundación Vasca para la Excelencia (Euskalit), ha editado una guía rápida titulada "Herramientas para la resolución de problemas" que contiene los aspectos básicos a tener en cuenta a la hora de utilizar estas técnicas para la mejora, y que puede descargarse libremente en la siguiente dirección: <http://www.euskalit.net/pdf/folleto4.pdf> [citado 19 Jun 2010]. Por otra parte, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia acaba de publicar el libro: "Resultados Prácticos del Programa EMCA: 50 Ciclos de Mejora de la Calidad" Este texto recoge una selección de 50 de los más de los 300 ciclos de mejora que se corresponden a ejemplos reales, prácticos, completados y bien documentados. El libro todavía no está disponible en Internet pero puede ser solicitado en el servicio de publicaciones de dicha Consejería <http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?idsec=1033> [citado 19 Jun 2010].

6. Gestión de la Mejora.

La seguridad del paciente debe contemplarse en el marco de las actuaciones del centro para la mejora de la calidad, por lo que las actividades deben integrarse en el plan de mejora del EAP. En muchos casos se observarán menos barreras para la incorporación de actuaciones relacionadas con la seguridad del paciente que con otros planteamientos relacionados con la calidad y que los profesionales perciben menos cercanos a su realidad diaria. Es preciso el compromiso firme y decidido de los responsables del centro que deben actuar como impulsores del proyecto, sin este liderazgo de la dirección las iniciativas

terminarán por agotarse, además las actividades de mejora del EAP se verán reforzadas si están alineadas con los objetivos y planes de las estructuras organizativas superiores.

Para desarrollar el proyecto, es aconsejable que el centro disponga de una mínima estructura organizativa, idealmente se debería contar con una Comisión para la Mejora de la Calidad constituida por personas de todos los grupos profesionales, en la que estén presentes diferentes sensibilidades, puntos de vista y preocupaciones. De esta forma la valoración de los problemas y de sus posibles soluciones se vería enriquecida y sería más fácil que el resto del equipo asumiera sus actuaciones como propias. Además es conveniente la presencia de un responsable de calidad que coordine el grupo, estimule su trabajo, perservere en los objetivos y favorezca la dinámica del grupo. Entre las funciones a desarrollar por la comisión y el responsable de calidad destacan:

1. Planificar las actividades del equipo en relación con la calidad y la seguridad del paciente.
2. Identificar riesgos y oportunidades de mejora.
3. Analizar los incidentes o situaciones mejorables que se hayan notificado.
4. Difundir la cultura de la mejora continua y de la seguridad del paciente, sensibilizar a los profesionales y fomentar y colaborar en su formación.
5. Crear grupos de trabajo para acometer proyectos concretos.
6. Relacionarse con otros centros de salud, dispositivos asistenciales (hospital) y estructuras (gerencia o dirección de área).
7. Comunicar lo que se hace, las medidas de mejora emprendidas y los resultados obtenidos.
8. Proponer un número reducido de indicadores y estándares de aquellos procesos que se consideren críticos y realizar su evaluación de forma periódica (monitorizar).
9. Realizar el seguimiento y la evaluación de los proyectos acometidos.

Las actividades de los centros de salud para la mejora de la seguridad del paciente se vería reforzada si estuvieran integradas y apoyadas por estructuras organizativas con un ámbito de actuación más amplio como pueden ser las unidades funcionales de gestión de riesgos de las gerencias o direcciones de atención primaria, y los observatorios u organizaciones similares en el ámbito de comunidad autónoma^{22,23}.

Este es un modelo que resulta familiar a los profesionales de atención primaria ya que fue adoptado por el INSALUD para implantar los Programas de Mejora de la Calidad en las Áreas de Salud a partir de 1998 y que consolidó la figura de los coordinadores o responsables de calidad en los hospitales y las Gerencias de Atención Primaria.

La estrategia basada en los ciclos de mejora continua tiene sentido independientemente del modelo de gestión de la calidad asumido por la organización sanitaria. Los modelos más utilizados en nuestro ámbito son la acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), la certificación de la International Organization for Standardization (ISO) y la autoevaluación mediante el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM); los tres modelos permiten identificar problemas o riesgos que tendrán que ser abordados mediante ciclos de mejora. También todos ellos contemplan de forma más o menos explícita la seguridad del paciente en su formulación y son útiles como modelo de referencia para construir indicadores que permitan diseñar entornos más seguros para los usuarios y los profesionales. La orientación a los procesos es uno de los elementos angulares sobre los que se fundamentan los modelos de Gestión de la Calidad, por lo que muchas organizaciones han impulsado de manera específica la Gestión por Procesos como estrategia para organizarse de manera más eficiente evitando la presencia de lagunas jerárquicas y funcionales y facilitando una orientación al usuario. También en este enfoque la metodología que finalmente va facilitar el control y mejora de los procesos son los ciclos PDCA; en definitiva se puede concluir que cualquier modelo de calidad que procure dichos ciclos puede ser adecuado. En la monografía Modelos de Calidad Asistencial en Atención Primaria²⁴ se presenta una síntesis de estos modelos.

El proceso de implantación de actuaciones de mejora de la seguridad del paciente se culmina con la evaluación de la efectividad de dichas intervenciones. Se trata de evaluar los indicadores que se hayan definido previamente con la finalidad de comprobar si las intervenciones han producido los resultados esperados. Si es así se procederá a la medición periódica de los mismos (monitorización), en caso contrario se revisará si se han identificado las causas reales y si las intervenciones realizadas han sido las adecuadas.

