

principios y criterios en él contenidos para resolver las lagunas que pudieran suscitarse.

Las dudas y controversias que puedan surgir con motivo de la interpretación y aplicación del presente convenio, y que no puedan ser resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento, se resolverán de conformidad con las normas aplicables en Derecho, y serán de la competencia de la jurisdicción contencioso administrativa.

Y para que conste a los efectos oportunos, en prueba de conformidad, las partes firman el presente convenio por duplicado ejemplar en el lugar y fecha arriba indicados.—El Ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria Escoms.—La Consejera de Sanidad y Presidenta del Servicio Gallego de Salud, M.^a José Rubio Vidal.

733

RESOLUCIÓN de 18 de diciembre de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.

Suscrito el 20 de octubre de 2007, Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado dos del artículo 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» de dicho Acuerdo, que figurará como anexo de esta Resolución.

Lo que se hace público a los efectos oportunos.

Madrid, 18 de diciembre de 2007.—El Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, José Martínez Olmos.

ANEXO

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 20 de octubre de 2007.

REUNIDOS

De una parte, don Bernat Soria Escoms, Ministro de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 961/2007, de 6 de julio (BOE n.º 163, de 9 de julio de 2007), y en virtud de las facultades que le otorga el artículo 4.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno; así como el artículo 13.3 de la Ley 6/1997 de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

Y de otra, doña M.^a Kutz Peironcely, Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, en el ejercicio de las facultades propias de su cargo, de conformidad con lo establecido en el artículo 41 de la Ley Foral 14/2004, de 3 de diciembre, del Gobierno de Navarra y de su Presidente.

Ambas, que actúan en razón de sus respectivos cargos, se reconocen, mutua y recíprocamente, capacidad legal necesaria para la formalización del presente Convenio de Colaboración y, a tal efecto;

EXPONEN

Primero.—Que el artículo 149.º-1.16.ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo.—Que el artículo 53.1 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de reintegración y mejoramiento del Régimen Foral de Navarra, le atribuyó en materia de sanidad interior e higiene, las facultades y competencias que actualmente ostenta, y, además, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado. Dentro de su territorio, Navarra podrá organizar y administrar todos los servicios correspondientes a la materia a la que se refiere el apartado anterior y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones relacionadas con las mismas.

Tercero.—El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Cuarto.—La Comunidad Foral de Navarra tiene interés en impulsar proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Quinto.—La estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud para lo que prevé la firma de convenios específicos entre las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que incluirán una financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos.

Sexto.—Ambas entidades reconocen la existencia de objetivos e intereses comunes en la mejora de la calidad asistencial y en concreto en los campos de la transferencia de conocimientos y la toma de decisiones basada en la evidencia, así como la voluntad de colaborar y establecer fórmulas de cooperación que contribuyan al cumplimiento de sus fines y por ello acuerdan el presente convenio de colaboración que se registrará mediante las siguientes

ESTIPULACIONES

Primera. *Objeto.*—El presente Convenio tiene por objeto establecer las condiciones de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, para el desarrollo de la estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, para la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios con los siguientes objetivos específicos:

1. Objetivos relacionados con el desarrollo de una cultura de seguridad de pacientes:

- 1.1 Observatorio de seguridad.
- 1.2 Estructuras funcionales en Atención Especializada y Primaria.
- 1.3 Otras Comisiones de Calidad y Seguridad de Pacientes.
- 1.4 Objetivos de seguridad incluidos en pactos de gestión.
- 1.5 Conocer la percepción de los profesionales del SNS-O en materia de seguridad de los pacientes.
- 1.6 Profesionales sanitarios y cultura de seguridad de pacientes.
- 1.7 Instaurar sistemas de información que permitan conocer los efectos adversos ocasionados en los centros asistenciales.
- 1.8 Canal de comunicación.
- 1.9 Fomento de la investigación en materia de seguridad.

2. Objetivos relacionados con las prácticas seguras para la mejora de los cuidados de salud:

- 2.1 Prácticas seguras en anestesia para prevención de complicaciones anestésicas.
- 2.2 Prevención de fracturas por caída (bien posquirúrgicas o en pacientes hospitalizados por otra causa).
- 2.3 Prevenir la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes intervenidos.
- 2.4 Prevención de infección en herida quirúrgica.
- 2.5 Prevención de la intervención quirúrgica en sitio erróneo.
- 2.6 Acreditación del proceso y trazabilidad del material esterilizado.
- 2.7 Promover la práctica de manos limpias.
- 2.8 Identificación inequívoca de pacientes.
- 2.9 Prevención úlceras por presión (UPP).
- 2.10 Prevenir los errores de medicación.
- 2.11 Mejorar la seguridad y trazabilidad trasfusional.
- 2.12 Cuidados paliativos en el paciente oncológico.
- 2.13 Pruebas complementarias.
- 2.14 Prevenir la Morbi-mortalidad evitable en síndrome coronario agudo, ictus o politrauma.
- 2.15 Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes.

3. Estudio de un conjunto de indicadores del panel de indicadores de Seguridad del paciente de los países de la OCDE.

En anexo al presente Convenio se especifican las acciones proyectadas y los indicadores de resultado establecidos.

Segunda. *Funciones y actividades del Ministerio de Sanidad y Consumo.*—El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, para el cumplimiento del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

- a) Prestar el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el convenio.
- b) Colaborar con la Comunidad Foral de Navarra en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por dicha Comunidad y se estima oportuno por parte del Ministerio.
- c) Aportar la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la Comunidad Foral de Navarra, siempre que la misma haya sido producida por el Departamento.

d) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

e) El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad actuará como coordinador.

Tercera. *Funciones y actividades del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.*—El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

a) Realizar las actividades previstas para cada uno de los objetivos tal como se detalla en el anexo técnico.

b) Elaborar un informe de actividad en el que se detallen las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.

c) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

d) Elaborar un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del convenio.

Cuarta. *Comisión de Seguimiento.*

1. Se constituye, para el seguimiento del presente Convenio, una Comisión mixta de seguimiento que se reunirá a petición de parte y al menos una vez antes del fin de su vigencia. Esta Comisión estará formada:

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS, o persona en quien delegue.

El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

En representación de la Comunidad Foral de Navarra:

El Director General de Salud, o persona en quien delegue.

El Subdirector de Gestión Económica y Desarrollo Organizativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

2. Además de la función genérica de vigilancia y seguimiento de la ejecución del presente convenio de colaboración, la Comisión resolverá las dudas que pudieran surgir en la interpretación y aplicación del mismo y certificarán de conformidad, en su caso, los informes previstos en la cláusula sexta.

La Comisión de Seguimiento tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 27 de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado y valorará la presencia en la misma de un representante de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma.

Quinta. *Vigencia.*—El plazo de vigencia del presente Convenio se establece en el período comprendido entre la fecha de su firma y el 15 de diciembre de 2008.

Con el acuerdo de ambas partes, el presente convenio se podrá prorrogar por periodos anuales, formalizándose por escrito las prórrogas antes de la expiración del plazo de vigencia del convenio o de la prórroga vigente.

Sexta. *Financiación y pago.*—El coste de las actividades previstas en el presente convenio asciende a un millón cuatrocientos cincuenta y tres mil seiscientos treinta euros (1.453.630,00 €), IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00%, que supone 1.017.541,00 €, asumiendo la Comunidad Foral de Navarra el 30% restante que asciende a 436.089,00 €.

La división anual de las cantidades aportadas es la siguiente:

Ejercicio 2007: 979.165,00 euros.

Ejercicio 2008: 474.465,00 euros.

El presupuesto parcial por cada anualidad aportado por la Comunidad Foral de Navarra con cargo a los presupuestos ordinarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.es:

2007: 216.009,00 euros.

2008: 220.080 euros.

El presupuesto parcial por cada anualidad aportado por el Ministerio de Sanidad y Consumo asciende a:

2007: 763.156,00 euros.

2008: 254.385,00 euros.

Las cantidades correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo se imputarán con cargo a la aplicación presupuestaria 26.13.3110.226.10 de sus presupuestos de gastos del ejercicio 2007 y 2008, quedando las correspondientes al ejercicio 2008 vinculados a la existencia de crédito adecuado y suficiente en los presupuestos generales del Estado para ese ejercicio.

Las cantidades a abonar por el Ministerio de Sanidad y Consumo se realizarán en dos pagos, el primero de ellos correspondiente a las aporta-

ciones previstas en el ejercicio 2007 tras la firma del convenio y previa recepción conforme de un informe preliminar de las actuaciones a realizar por parte de la Comunidad Autónoma de Navarra durante la vigencia del convenio y avance de lo actuado en el ejercicio. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2007.

El segundo de los pagos correspondiente a la aportación prevista en el 2008, tras la recepción por parte de la Agencia de Calidad del SNS de un informe descriptivo de los trabajos realizados que contemplará las acciones acometidas y los indicadores de logro obtenidos, según lo explicitado en el anexo técnico para cada objetivo específico. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2008.

Ambos informes, preliminar y final, necesitarán el certificado de conformidad de la comisión de seguimiento como requisito previo al pago.

Ambas partes estarán sometidas a los procedimientos de autorización y control presupuestario del gasto vigente en cada una de ellas, garantizando la correcta utilización de los fondos.

2. El resto de recursos precisos para el desarrollo de las actividades que derivan del presente Convenio, hasta completar el coste estimado total de las mismas, los aportará la Comunidad Foral de Navarra con cargo a los presupuestos ordinarios del Departamento de Salud y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Séptima. *Publicidad sobre los resultados del Convenio.*—La divulgación de los resultados de los proyectos objeto del presente convenio, sea cual sea el soporte en que se realice, hará mención expresa al hecho de ser producto del mismo, figurando en todo caso tanto el logotipo del Ministerio de Sanidad y Consumo como el del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud junto al de la Comunidad Foral de Navarra.

Octava. *Resolución.*—El presente Convenio podrá quedar sin efecto por mutuo acuerdo de las partes, bastando con que los representantes de ambas entidades expresen su voluntad de resolver el convenio de forma expresa y por escrito.

Podrá procederse igualmente a la resolución unilateral del Convenio por incumplimiento de las obligaciones en él contenidas por cada una de las partes, previo aviso con un plazo no inferior a tres meses a la fecha prevista para la resolución del convenio o de sus prórrogas.

En ambos casos la Comisión de Seguimiento valorará lo actuado hasta el momento de la resolución y se procederá a su liquidación.

Novena. *Marco jurídico.*—El presente Convenio de colaboración tiene naturaleza administrativa de los previstos en el artículo 3.1.c) del Real Decreto Legislativo 2/2001, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, por lo que queda fuera de su ámbito de aplicación sin perjuicio de los principios y criterios en él contenidos para resolver las lagunas que pudieran suscitarse.

Las dudas y controversias que puedan surgir con motivo de la interpretación y aplicación del presente convenio, y que no puedan ser resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento, se resolverán de conformidad con las normas aplicables en Derecho, y serán de la competencia de la jurisdicción contencioso administrativa.

Y para que conste, a los efectos oportunos, en prueba de conformidad, las partes firman el presente convenio en el lugar y fecha anteriormente indicados.—Firmado: El Ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria Escoms.—La Consejera de Salud, María Kutz Perioncelly.

ANEXO

Acciones proyectadas para cada uno de los objetivos

1. *Objetivos relacionados con el desarrollo de una cultura de seguridad de pacientes*

1.1 Observatorio de seguridad: Se constituirá en el ámbito del Departamento de Salud un observatorio en materia de seguridad de pacientes con el fin de evaluar de manera continuada la situación y proponer las estrategias, programas y acciones comunes a desarrollar en todo en el Servicio Navarro de Salud (SNS-O), con el objetivo último de proporcionar cuidados cada vez más seguros.

Esta Comisión, de carácter asesor, dependerá directamente de la Dirección General de Salud y tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

Evaluación continua de la situación en materia de seguridad de paciente en el ámbito de la Comunidad Foral sobre la base de los datos disponibles.

Elaborar propuestas de mejora a realizar y estimación, en su caso, de los recursos necesarios para llevarlas a cabo.

Priorización de los objetivos a implantar en materia de seguridad de pacientes.

Actualización y divulgación de la evidencia científica en esta área (buenas prácticas seguras, difusión de alertas, etc.).

Promover la participación de instituciones u organizaciones de implicados en la seguridad de pacientes (vg. Organizaciones de consumidores,

pacientes, etc.) en orden a establecer alianzas y generar valor entre los mismos.

Fomentar la investigación sobre efectos adversos y seguridad de paciente.

Criterios y estándares: Con anterioridad a 31/12/2007 y mediante la disposición legal que corresponda se constituirá el observatorio en seguridad de pacientes en el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Indicadores:

Observatorio constituido.

Número de reuniones realizadas.

Porcentaje de actas sobre el número de reuniones realizadas.

Responsable: Director General de Salud.

1.2 Estructuras funcionales en Atención Especializada y Primaria: La Gerencia del Servicio Navarro de Salud (SNS-O) se compromete a garantizar en sus centros sanitarios y con carácter normalizado, la realización de aquellas actividades y tareas que tiene como objetivo promover y desarrollar una cultura de seguridad de los pacientes.

Según el Decreto Foral 170/1998 (BON n.º 73, de 9 de junio de 1998), estas actividades quedan en el ámbito hospitalario comprendidas entre las funciones asignadas a los Servicios de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. En el ámbito de la Atención Primaria existe asimismo una unidad de apoyo a la gestión de la calidad, a la que puede encomendarse dichas funciones, debiendo contemplarse, en ambos casos, la posible necesidad de personal de apoyo.

Esta estructura operativa y de gestión va a ser complementada con la puesta en marcha a lo largo de 2007 de los denominados «Comités de Efectos Adversos y Seguridad de Pacientes», de carácter multidisciplinar, y con las funciones, entre otras, que a continuación se relacionan:

Fomentar y desarrollar una cultura de seguridad entre los directivos y trabajadores ligada al aprendizaje y no a la culpabilización.

Diseñar y proponer a la Dirección las actuaciones y acciones formativas a desarrollar para incrementar la cultura de seguridad de los pacientes en el centro

Determinar las prácticas clínicas seguras que se consideren prioritarias para su implantación

Mantener actualizados y accesibles (utilizando las herramientas de Historia Clínica Informatizada y portal web del hospital, así como cualquier otro medio que se considere) los protocolos de prácticas seguras existentes en el centro. Los protocolos incluirán los criterios, estándares e indicadores para evaluar la efectividad de las medidas adoptadas

Garantizar el desarrollo protocolizado de aquellas prácticas clínicas de efectividad demostrada en la minimización de determinados efectos adversos, evaluando la efectividad de las mismas.

Estudiar, conforme a la metodología establecida, los incidentes críticos y efectos adversos de especial relevancia (incluso potencial) de los que se tenga conocimiento. El análisis del incidente se realizará conjuntamente con los profesionales implicados. Si del análisis del mismo se derivara la introducción de mejoras, se trasladarán a la Dirección del centro para su puesta en marcha.

Indicadores:

Número de Gerencias con Unidades Funcionales.

Número de Gerencias con Comités de Efectos Adversos y Seguridad de Pacientes.

Porcentaje de unidades funcionales y comités constituidos sobre los previstos.

Número de reuniones realizadas por cada comité.

Porcentaje de actas sobre el número de reuniones realizadas

Responsables: Directores de At. Especializada y Primaria. Directores de Hospitales y Áreas de Salud.

1.3 Otras Comisiones de Calidad y Seguridad de Pacientes: Se mantendrá y potenciará el funcionamiento de las comisiones técnico-asesoras con incidencia en el área de seguridad de pacientes ya constituidas (Farmacia, Infecciones..., etc.), así como aquellas otras cuya puesta en marcha viene determinada por la normativa vigente. Entre ellas cabe destacar la de Garantía de Calidad en Radioterapia, en Radiodiagnóstico y Protección Radiológica y Medicina Nuclear.

Criterio y estándares: Estarán constituidas las comisiones que, relacionadas con la seguridad de los pacientes, reglamentariamente o por imperativo legal se determinen.

Indicadores:

Relación de hospitales con Comisión de Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico y Protección Radiológica.

Comisión de Garantía de Calidad en Radioterapia en Hospital de Navarra.

Comisión de Garantía de Calidad en Medicina Nuclear.

Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos.

Comisión de Farmacia y Otras Comisiones.

Planes de calidad, en las áreas que se determine, actualizados y aprobados.

Actas de las Comisiones.

Acciones de mejora introducidas como consecuencia de los informes elevados y sus resultados.

Responsables: Directores de los hospitales o del Área correspondiente.

1.4. Objetivos de seguridad incluidos en pactos de gestión: Tanto la Dirección de Atención Especializada como Primaria, establecen anualmente un contrato de gestión con los diferentes hospitales (y estos a su vez establecen pactos de gestión con los servicios) y centros de salud. Anualmente se evalúan los pactos de gestión establecidos en orden a garantizar el cumplimiento de los mismos y determinar las valoraciones de cumplimiento individualizadas que posteriormente determinarán la carrera profesional de los profesionales sanitarios acogidos a la misma.

El introducir objetivos de calidad (y consiguientemente de seguridad de pacientes) se considera un instrumento estratégico de primer orden para dinamizar la percepción de la importancia de la seguridad de pacientes en la asistencia sanitaria.

Criterios y estándares: La introducción de objetivos de seguridad de pacientes en los pactos de gestión se considera un instrumento pertinente y estratégico.

Todos los hospitales deberán introducir en los pactos de gestión con los servicios objetivos de este tipo. De manera similar Atención Primaria deberá establecer objetivos de este tipo con aquellos centros de salud que considere

Indicadores:

Número y porcentaje de centros con objetivos de seguridad incluidos en pactos de gestión y número y tipo de objetivos incluidos en los mismos.

Número y porcentaje de centros que evalúan el cumplimiento de los objetivos marcados y, en su caso, de las acciones de mejora desarrolladas.

Responsables: Directores de Hospitales y Centros de Salud seleccionados.

Evaluación: Servicios de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad hospitalarios y Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de Atención Primaria.

1.5. Conocer la percepción de los profesionales del SNS-O en materia de seguridad de los pacientes: Se contempla la realización de dos acciones:

En el marco de un proyecto FIS realizar una encuesta de percepción de clima de seguridad en una muestra de 25 hospitales del sistema nacional de salud. La encuesta corresponde a la versión española de la diseñada por la AHRQ y está validada al castellano. Se trata de un proyecto a 3 años y contempla la realización de la encuesta en dos periodos (antes-después), bajo la hipótesis de que las actuaciones que están comenzando a desarrollarse en materia de seguridad de pacientes determinarán cambios significativos en la respuesta de los profesionales sanitarios, medidos a través de la referida encuesta.

Realización de una encuesta similar específicamente dirigida a los profesionales sanitarios del SNS-O.

Colaboración en diferentes proyectos nacionales, auspiciados por el Ministerio de Sanidad y que, entre sus objetivos, contempla la realización de encuestas en orden a conocer la opinión y percepción de los profesionales sanitarios en materia de seguridad de pacientes.

Criterios y estándares:

La concesión de los proyectos de investigación está garantizada mediante la correspondiente resolución.

La colaboración con ulteriores estudios de investigación promovidos por centros u organismos ajenos al SNS-O deberán ser ratificados por la Dirección del centro donde vayan a llevarse a cabo

Indicadores:

Cumplimiento del cronograma establecido para cada proyecto de investigación.

Presentación y difusión resultados primera fase del proyecto: indicador global de clima de seguridad.

Coordinación del programa: Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital de Navarra.

1.6. Profesionales sanitarios y cultura de seguridad de pacientes: Sin perjuicio de que los órganos directivos del Departamento de Salud y del SNS-O asumen el liderazgo del tema, es necesario un proceso de sensibilización y formación, tanto de mandos intermedios como del conjunto de profesionales sanitarios.

Se realizarán actividades formativas con el objetivo de:

1. Sensibilizar a los directivos y mandos intermedios en la necesidad de que el valor «seguridad de pacientes» se explicita como uno de los valores prioritarios de la organización.

2. Sensibilizar y formar a un grupo motivado de profesionales sanitarios tanto en la necesidad del cambio cultural como en aquellas metodologías que faciliten la comunicación, la detección, el análisis, y la adopción de acciones de mejora, en orden a minimizar el impacto de los efectos adversos en el SNS-O.

Criterios y estándares: Las acciones formativas pueden ser un instrumento eficaz para dinamizar y formar con metodología específica a los directivos y profesionales sanitarios en los valores de seguridad de pacientes y en la detección y análisis de los mismos, así como en la puesta en marcha de acciones de mejora.

A 31 de diciembre de 2007 se habrá realizado cuando menos una jornada para directivos y un curso básico de seguridad de pacientes para profesionales sanitarios. Por lo que respecta a Atención Primaria se habrá realizado cuando menos un curso sobre «Pacto de Gestión Clínica y Planes de Mejora de Calidad», un curso de «Gestión de la calidad asistencial» para los residentes en Medicina Familiar y Comunitaria y dos talleres de «Seguridad del paciente». El programa de 2008 se realizará una vez evaluado el correspondiente al año 2007.

Indicadores:

Realización de los cursos de acuerdo al cronograma previsto.

Acreditación por parte de la Comisión de Formación Continuada de Navarra en los cursos que proceda.

Memoria de los cursos (incluye evaluación final y descriptivo de alumnos participantes).

1.7 Instaurar sistemas de información que permitan conocer los efectos adversos ocasionados en los centros asistenciales: Se contempla como acción el mantenimiento del registro de notificación de efectos adversos a fármacos del Hospital Virgen del Camino (entorno web), así como estudiar la viabilidad de su extensión a otros centros hospitalarios.

Se continuará con el sistema ya establecido de Farmacovigilancia de Navarra.

Se realizará una monitorización de efectos adversos mediante la utilización de indicadores en bases de datos administrativas existentes (vg. Registro de Morbilidad Asistida, Historia Clínica Electrónica, historia de enfermería, etc.)

Criterio y estándares:

La puesta en marcha de un sistema de registro de incidentes críticos se encuentra actualmente en estudio. Se mantendrán los actuales sistemas de registro, en tanto en cuanto se adopte una decisión al respecto de implementar un nuevo registro en el Sistema Nacional de Salud.

Indicadores:

El grupo de trabajo especificado en el apartado 1.5 elaborará un informe para ser elevado a la Dirección General de Salud con anterioridad a 31 de diciembre de 2007.

Eventualmente: porcentaje de efectos adversos conocidos en los que se ha realizado un análisis de causalidad.

Coordinación: A definir (representante del D. de Salud ante el MSC).

1.8 Canal de comunicación: Se creará un canal de comunicación continuada a los profesionales sanitarios sobre aquellos temas de interés relevante en materia de seguridad de pacientes.

Entre sus contenidos, cabe destacar:

Actualización de la evidencia científica en prácticas seguras.

Incorporación de guías y protocolos de actuación en los procesos priorizados.

Incorporación de alertas terapéuticas y de dispositivos o productos sanitarios.

Información proveniente del sistema de farmacovigilancia de Navarra.

Recepción de sugerencias con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes.

Información sobre mejoras introducidas y resultados obtenidos.

Links a centros de referencias (AHRQ, Joint Commission, etc.).

Se estudiará la posibilidad de incorporar un sistema de declaración de incidentes en orden a detectar efectos adversos, o incidentes críticos susceptibles de introducir medidas de mejora. El sistema preservará el anonimato de los eventuales declarantes.

Criterios y estándares: Necesidad de mantener un canal de comunicación abierto, permanente y dinámico con los profesionales sanitarios en materia de seguridad de pacientes, garantizando su accesibilidad mediante red informática.

Indicadores:

Con anterioridad a 31 de diciembre de 2007 estará diseñada y operativa en red la correspondiente página web.

Análisis de su contenido.

Evaluación de accesos a la misma.

1.9 Fomento de la investigación en materia de seguridad: El establecimiento de líneas estables en materia de seguridad de pacientes se considera asimismo un pilar estratégico para introducir la cultura de seguridad de pacientes en la organización.

En este sentido se desarrollarán las siguientes acciones:

La investigación en seguridad de pacientes se considerará una línea prioritaria en la convocatoria de ayudas competitivas a la investigación sanitaria del Departamento de Salud.

Además de los proyectos que puedan presentarse a las distintas convocatorias de concurrencia competitiva de ayudas a la investigación, se incentivará la colaboración en proyectos nacionales e internacionales en materia de seguridad de pacientes.

Criterio y estándares: Se considera necesario el fomento de la investigación en materia de seguridad de pacientes.

Indicadores:

Acciones implantadas sobre la base de considerar a la investigación en materia de seguridad de pacientes tendrá la consideración de línea prioritaria en la convocatoria de ayudas a la investigación del Departamento de Salud.

Número y resultados (cuando proceda) de los proyectos de investigación realizados por investigadores adscritos al Departamento de Salud y sus organismos autónomos, así como las comunicaciones o publicaciones a que hayan dado lugar.

Número y resultados de proyectos de investigación realizados en colaboración con otros centros o entidades, tanto nacionales como internacionales.

2. *Objetivos relacionados con las prácticas seguras para la mejora de los cuidados de salud*

2.1 Prácticas seguras en anestesia para prevención de complicaciones anestésicas: La incidencia de efectos adversos a la anestesia está ampliamente documentada. Aun cuando su evitabilidad es dudosa, existen algunas prácticas que pueden minimizar su aparición. El problema principal es la instauración de un sistema de información que permita realizar una epidemiología de los mismos y su posterior análisis.

De acuerdo con estas premisas se proponen las siguientes acciones:

Realizar previamente a la anestesia un checklist de comprobación. Esta comprobación permitirá comprobar si en dichos pacientes se han adoptado las prácticas clínicas actualmente recomendadas, si se ha revisado la dotación de material y equipamiento previo a la intervención y será aplicado a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía electiva.

Todos los centros en que se realice actividad quirúrgica dispondrán de una guía clínica con el fin de tratar con beta bloqueantes a pacientes con riesgo de isquemia coronaria.

Todos los centros en que se realice actividad quirúrgica dispondrán de un protocolo para el manejo de la vía área de difícil acceso.

Criterios y estándares: Los servicios de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (ARTD) de los centros hospitalarios del SNS-O realizarán un checklist de comprobación previo a la práctica de la anestesia en cirugía electiva. Existirán protocolos específicos para el manejo de pacientes con antecedentes isquémicos coronarios y de la vía área de difícil acceso.

Indicadores:

A 31 de diciembre de 2007 todos los servicios de ARTD realizarán un checklist de comprobación previo a la instauración de la anestesia.

A 01/06/08 todos los servicios de ARTD habrán consensuado una guía de actuación para el manejo de los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica y de la vía área de difícil acceso.

Análisis de resultados: Se dispondrá de datos actualizados sobre el número de efectos adversos declarados y, en su caso, de las medidas de mejora introducidas.

Responsables:

Jefes de los servicios de ARTD implicados.

Directores de los hospitales del SNS-O.

2.2 Prevención de fracturas por caída: Las caídas en pacientes hospitalizados es un efecto adverso que se da tanto en pacientes postquirúrgicos como en pacientes hospitalizados por cualquier causa. Las conse-

cuencias de las mismas están ampliamente documentadas. La incidencia de este evento puede reducirse por medio de protocolos orientados al uso apropiado de analgésicos y en la adecuada monitorización y cuidados enfermeros.

Acciones recomendadas:

Las camas hospitalarias dispondrán de las medidas de seguridad necesarias.

El transporte en camillas se realizará en las condiciones de seguridad adecuadas.

Existirán protocolos específicos en aquellas áreas donde la eventualidad de un incidente de este tipo es más frecuente bien por la patología de los pacientes allí ingresados o por sus características personales

Criterios y estándares: Las fracturas por caídas es un efecto adverso que puede ser evitado en la mayoría de los casos.

Indicadores: Porcentaje de altas con diagnóstico secundario de fractura (con las excepciones que se determinen: vg. Diagnóstico secundario producido antes de la intervención, pacientes con cáncer o metástasis óseas, etc.)

Responsables:

Directores Médicos y de Enfermería de los hospitales del SNS-O.
Jefes de servicio/unidad de enfermería que se determine.

2.3 Prevenir la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes intervenidos: En el Servicio Navarro de Salud se realiza con carácter sistemático la profilaxis de TVP y TEP en pacientes intervenidos.

Acción: Revisión y actualización de protocolos.

Criterio y estándares: Todo paciente sometido a cirugía electiva debe ser evaluado según protocolo del riesgo de presentar un proceso de TVP/TEP secundario a la intervención. Todo paciente clasificado de riesgo debe ser sometido a profilaxis específica, salvo contraindicación al respecto

Indicadores:

A 31 de diciembre de 2007 existirán protocolos escritos, disponibles en historia clínica electrónica y otros medios.

Porcentaje de pacientes intervenidos electivamente a los que se aplicó protocolo de profilaxis de TVP/TEP.

Porcentaje de altas quirúrgicas con diagnóstico secundario de TEP/TVP (CIE-9 –CM de diagnóstico para TEP: 415.11; para TEV: 453.8) con las exclusiones que se determinen (vg. La aparición del diagnóstico secundario es anterior a la fecha de la intervención).

Responsables:

Directores de hospitales el SNS-O.
Jefes de Servicio/sección de servicios quirúrgicos.

2.4 Prevención de infección en herida quirúrgica: Todos los hospitales del SNS-O desarrollan un programa de prevención de la infección nosocomial y especialmente de la infección de herida quirúrgica sobre la base de protocolos aprobados entre los profesionales implicados.

Acciones:

Revisión y actualización de protocolos
Monitorización de prescripción de profilaxis preoperatorio
Mejora del sistema de información y explotación de datos (nuevo software).

Controles y estándares: Todos los hospitales del SNS-O dispondrán de protocolos actualizados de prevención de la herida del sitio quirúrgico (tanto de profilaxis pre o peroperatoria como de cuidado de heridas). Estos protocolos estarán diferenciados por especialidad y procedimiento quirúrgico.

Indicadores:

Porcentaje de altas quirúrgicas con administración de profilaxis anti-biótica 60 minutos antes de la intervención y porcentaje de las mismas que se ajustan al protocolo establecido.

Incidencia de infección de herida quirúrgica (según tipo de cirugía y procedimientos elegidos). Benchmarking con el estándar establecido. Concordancia registro infección HQ y altas quirúrgicas con diagnóstico secundario de infección de herida (CIE-9: 998.51 y 59).

Cumplimiento de los estándares previstos (según tipo de cirugía y procedimientos elegidos) mediante comprobación con las bases de datos administrativas de farmacia.

Responsables:

Directores de los hospitales del SNS-O.
Jefes de servicio/sección de servicios quirúrgicos.

2.5 Prevención de la intervención quirúrgica en sitio erróneo: La cirugía en lugar equivocado ha recibido una especial atención internacio-

nal como «evento centinela» (JCAHO, 2004; AHRQ, 2005). Aunque es generalmente aceptado que hay una gran ausencia de declaración de este efecto adverso también es verdad que no es muy frecuente. De hecho, y mediante revisión del CMBD, no aparece registrado ningún evento de este tipo en los hospitales del SNS-O en los últimos años.

Acción: Iniciar, mediante reuniones con los profesionales implicados, la puesta en marcha de un protocolo específico para aquellas intervenciones que tengan lugar en órganos pares.

Criterios y estándares: Todo paciente sometido a intervención quirúrgica debe ser revisado conforme a protocolo con el fin de minimizar el riesgo de intervención en sitio erróneo, particularmente en órganos pares.

Indicadores:

Existencia de un protocolo común a todo el SNS-O a 31/12/07.

En el supuesto de que ocurriera un evento de este tipo, debe realizarse un estudio exhaustivo del mismo

Responsables:

Directores de los hospitales del SNS-O.
Jefes de servicio/sección de servicios quirúrgicos.

2.6 Acreditación del proceso y trazabilidad del material esterilizado: La garantía de que el proceso de esterilización se realiza conforme a un proceso establecido, basado en normas ISO, se entiende que debe repercutir positivamente en la seguridad de los pacientes. Asimismo, la existencia de un sistema de trazabilidad, va a facilitar el seguimiento de aquellos pacientes en los que hubiera podido acaecer algún incidente debido a cualquier material sometido a esterilización.

Objetivos: Iniciar el proceso de certificación de un sistema de garantía de la calidad en las centrales de esterilización de todos los hospitales del SNS-O, según la norma ISO 9001:2000.

Criterios y estándares: La certificación según norma ISO del proceso de esterilización repercute positivamente en la seguridad de pacientes. La existencia de un sistema de trazabilidad facilita y garantiza el seguimiento de los pacientes que han utilizado un material esterilizado.

Indicadores:

A 31 de diciembre de 2007 se habrá iniciado el proceso de certificación mediante norma ISO del proceso de esterilización en al menos 2 hospitales del SNS-O.

A 31 de diciembre de 2008 se habrá iniciado dicho proceso en al menos otros 2 hospitales del SNS-O.

Responsables:

Directoras de Enfermería de los hospitales del SNS-O.
Jefas de Unidad de Esterilización.
Supervisión Técnica: Servicios de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad

2.7 Promover la práctica de manos limpias: Todos los hospitales y centros sanitarios del SNS-O desarrollan un programa de fomento de buenas prácticas de higiene, de acuerdo con las funciones que tienen encomendadas los Servicios de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad, realizándose diferentes actividades al respecto.

Se propone poner en marcha o reforzar las siguientes acciones:

Establecer una estrategia que facilite y promueva la adhesión de los trabajadores de AP a la campaña «manos limpias».

Formación específica para personal sanitario de sustituciones.

Campañas de divulgación general (poster... etc.).

Adaptar la infraestructura de los lavabos en las zonas que se precise v.g. lavabos con célula fotoeléctrica... etc.

Proveer de solución hidroalcohólica en aquellos lugares en los que no sea posible realizar el lavado de manos convencional o que por las circunstancias que concurren se considere preferente el lavado con solución hidroalcohólica.

En Atención Primaria promover la práctica de manos limpias fundamentalmente en la atención domiciliaria, transporte de pacientes en la UVI móvil, salas de extracciones, urgencias, cirugía menor y odontología.

Criterios y estándares: El lavado de manos es una práctica efectiva en la minimización de la infección nosocomial. Las soluciones hidroalcohólicas han mostrado su efectividad en numerosos estudios.

Indicadores previstos:

Número de acciones formativas realizadas.

Número de personas formadas. Distribución por colectivos.

Elaboración de un manual de procedimientos.

Centros y lugares en los que se han colocado poster divulgativos.

Centros y lugares en los que se han colocado soluciones hidroalcohólicas de acuerdo a la priorización efectuada.

Centros y lugares en los que se ha mejorado la infraestructura física para el lavado de manos

Eventualmente, y en unidades seleccionadas, evaluación mediante observación (metodología de periodo ventana: Pittet et al) o medio que se determine (vg. cuestionario de Joint Commission).

2.8 Identificación inequívoca de pacientes: En el momento actual no se dispone de un sistema específico de identificación de pacientes en los hospitales del SNS-O, salvo experiencias parciales en las que se utilizan pulseras de plástico con etiqueta identificativa. La experiencia es positiva en pacientes adultos y no tanto en niños (se las quitan) ni en lactantes (no es factible su utilización). Asimismo, se están estudiando nuevos sistemas para identificación madre-recién nacido. Asimismo hay experiencias puntuales en orden a mejorar la seguridad y trazabilidad trasfusional.

Es intención del SNS-O abordar un sistema integral de identificación de pacientes, de tal modo que pueda contener no sólo datos identificativos, sino aquellos datos clínicos relevantes que minimicen la posibilidad de errores en la práctica asistencial (basado en dispositivos electrónicos). Ello es tanto más necesario por cuanto con mayor frecuencia acceden a los hospitales pacientes con dificultades en su comunicación con los profesionales sanitarios.

Criterios y estándares: La inequívoca identificación de los pacientes es un requisito imprescindible para una correcta asistencia sanitaria. Todo paciente que ingrese o sea tratado ambulatoriamente (cirugía mayor ambulatoria, hospitales de día, etc.) en un centro hospitalario debe estar inequívocamente identificado

Indicador: A 31/12/2008 se habrá puesto en marcha en todos los hospitales del SNS-O el sistema de identificación de pacientes que se determine.

Responsables:

Director de Atención Especializada.
Directores de Hospitales del SNS-O.

2.9 Prevención úlceras por presión (UPP): La ocurrencia de úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados es una complicación frecuente en pacientes inmovilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo y cuyas consecuencias están bien documentadas. Existen importantes grupos nacionales e internacionales referencia en estas materias (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas: GNEAUPP, European Pressure Ulcer Advisory Panel: EPUAP, European Wound Management Association: EWMA, etc.)

En el conjunto del SNS-O existen protocolos de enfermería con el fin de minimizar dichos sucesos. Asimismo, existe una guía de apósitos curativos: para cada uno de los productos que se adjudicaron en el concurso centralizado realizado en el año 2006 por profesionales de enfermería tanto de A.P. como de A.E. Por cada producto existe: código y presentación, composición, indicaciones, contraindicaciones, mecanismo de acción y modo de empleo.

Acciones:

Se dispondrán de las medidas estructurales necesarias para minimizar la producción de estas escaras en las unidades que tengan pacientes más susceptibles (vg. colchones antiescaras).

Se dispondrán de protocolos revisados y actualizados a disposición de todas las unidades de enfermería, y estarán accesibles en los medio soporte que se determinen.

Se realizará valoración de riesgo en áreas y pacientes de mayor riesgo (vg. Geriátrica, Traumatología, UCI, etc.).

En Atención Especializada y Primaria se continuará con la formación de los profesionales de enfermería.

Se proveerá de medidores de úlceras a los centros de salud y unidades hospitalarias que no dispongan de los mismos.

Se realizará seguimiento documentado de los pacientes ulcerados

Este objetivo podrá ser objeto de inclusión en los pactos de gestión de servicios determinados.

Criterios y estándares: Se realizará valoración del riesgo por UPP en aquellas unidades que se determinen y se aplicará el protocolo de cuidados.

Indicadores:

Porcentaje de altas hospitalarias que presentan UPP en cualquier diagnóstico secundario. CIE-9-CM: 707.0 (con las excepciones que se determinen).

Porcentaje de pacientes con valoración al ingreso (escala de Norton) en áreas de alto riesgo que se determinen y % de pacientes ulcerados entre los pacientes valorados.

Prevalencia de UPP en las unidades estudiadas.

Porcentaje de camas por hospital en unidades consideradas de riesgo que cuentan con infraestructura antiescaras.

Porcentaje de centros de salud que disponen de medidores de úlceras.

Responsables:

Direcciones de Enfermería de los hospitales y centros de salud.

Jefas de Unidad de Enfermería de los servicios y centros de salud que se determinen.

2.10 Prevenir los Errores de medicación: Los errores en la medicación constituyen una de las causas más frecuentes de efectos adversos tanto extra como hospitalario. Numerosos estudios evidencian que comunicación deficiente en las órdenes en el tratamiento es responsable de aproximadamente un 50 % de los errores en la medicación en el hospital. Sus causas son debidas principalmente a fallos en la prescripción (letra ilegible, paciente mal identificado... etc.), en la dispensación (en el contexto del SNS-O muy minimizados debido a la unidosis y mecanismos de control de los servicios de farmacia), o en el momento de su distribución y administración (vía de administración errónea, paciente equivocado..., etc.) en las plantas de hospitalización e incluso por omisión (pacientes que acuden con un tratamiento y que no queda recogida la necesidad de su continuidad o no). A ello habría que añadir los efectos adversos directamente asociados al propio fármaco o a las características del paciente (vg. Alergias) o a las asociaciones inadecuadas de los mismos.

Acciones:

Garantizar que en la historia clínica del paciente están recogidas y figuran claramente visible la existencia de alergias o interacciones medicamentosas (vg. HCE del SNS-O).

Extender la prescripción electrónica (mediante la utilización de la herramienta HCE) en todos los hospitales del SNS-O.

Garantizar la disponibilidad y accesibilidad (preferentemente en entorno web) del vademécum específico de cada centro (vg. Hospital de Navarra).

Completar la extensión del sistema unidosis a todos los hospitales del SNS-O (prácticamente finalizada).

Protocolizar la comunicación de farmacia con los facultativos implicados en aquellos casos en los que se detecten posibles interacciones entre los fármacos que se van a administrar a un determinado paciente

En colaboración con los servicios de farmacia hospitalarios y otros implicados:

Mejorar la identificación de fármacos que bien por su dosificación, especificidad de vía de administración o cualquier otra circunstancia puedan producir efectos adversos potencialmente graves.

Revisión del proceso de almacenaje, identificación y dispensación tanto en el servicio de farmacia como en los botiquines de plantas y de emergencias.

Revisión del proceso de distribución y administración del fármaco una vez ha sido dispensado por el servicio de farmacia.

Fomentar la notificación de efectos adversos a fármacos, bien mediante las fichas amarillas del sistema de farmacovigilancia o a través de otros medios (vg. registro web en el hospital HVC). Sobre estos datos se realizará un primer cribado de causalidad para dilucidar si estamos ante un efecto atribuible al fármaco o han concurrido otros factores que deben analizarse.

Garantizar que en todos los efectos adversos graves se realiza un estudio de causalidad no punitivo por un equipo multidisciplinar (dirección, farmacia, medicina preventiva y profesionales implicados).

Valoración de la concordancia de las indicaciones en protocolos específicos (vg. profilaxis preoperatoria, guías clínicas..., etc.) y la utilización real, mediante utilización de bases de datos administrativas de farmacia.

Colaborar con la Agencia de Calidad del MSC en el proyecto de análisis de efectos adversos en Atención Primaria (pendiente de desarrollo por MSC).

Por lo que se refiere a Atención Primaria y en concordancia con el programa de uso racional del medicamento se continuarán con las acciones formativas previstas. Asimismo se pretenden realizar dos acciones específicas:

Evaluación del programa de anticoagulación oral (TAO) en AP.

Efectividad de un programa de colaboración entre el farmacéutico y el médico de atención primaria en la revisión de la medicación crónica en pacientes polimedcados.

Criterios y estándares: Los efectos adversos a la medicación constituyen la primera causa de efectos adversos. Procede la instauración de una actuación multifactorial sobre los diferentes elementos del proceso.

Indicadores:

Relación de hospitales con dispensación mediante unidosis.

Relación de hospitales y centros sanitarios con prescripción electrónica mediante HCE.

Relación de hospitales con protocolos actualizados de identificación y dispensación de fármacos.

Relación de hospitales con vademécum actualizado y accesible a los profesionales.

Relación de hospitales con protocolos específicos de identificación inequívoca de fármacos con efectos potenciales graves en caso de error.

Relación de hospitales que realizan estudios de concordancia de la medicación en procesos y situaciones seleccionados.

Todos los hospitales del SNS-O tendrán constituidas comisiones de Farmacia y de Infecciones y Política de Antibióticos.

Porcentaje de efectos adversos graves conocidos a los que se realiza análisis de causalidad en las condiciones anteriormente citadas.

Evaluación del programa de Farmacovigilancia: Análisis de los efectos declarados e informe anual y difusión de dicho informe.

Mantenimiento de la web de declaración de efectos adversos a medicamentos en el HVC.

Número de carros de distribución de medicamentos adquiridos (relacionados por centros).

Explotación de CMBD para detectar casos de alergia como diagnóstico secundario en pacientes ingresados.

Otros indicadores en Atención Primaria:

1. Medición de los cursos de formación en uso racional del medicamento y porcentaje de profesionales de Atención Primaria que han participado en la comunidad.

2. Protocolos revisados sobre medicación en carros de urgencias, botiquín y almacén del EAP.

3. Porcentaje de comités de mejora de AP-AE que han trabajado en cohesión de prescripción en los procesos clínicos.

4. Evaluación del programa de anticoagulación oral en AP.

5. Porcentaje de profesionales de Atención Primaria formados en el manejo de fármacos y vías de administración en el programa de paciente en cuidados paliativos (Ver línea de cuidados paliativos).

Coordinación:

Dirección de Atención Especializada y Primaria.
Servicios de Farmacia hospitalaria y Atención Primaria.

2.11 Mejorar la Seguridad y trazabilidad trasfusional: La Comunidad Foral Navarra es pionera en España en la promoción de la donación altruista de sangre y en introducir mecanismos de seguimiento y control que permitan garantizar en todo momento la calidad del proceso de donación, extracción y procesamiento de la misma. Asimismo ha evaluado mediante programas piloto la introducción en sus centros de los mecanismos necesarios para asegurar su correcta administración y trazabilidad a los pacientes que lo precisen. Por ello y de acuerdo con las directrices del «Programa estatal de Hemovigilancia» auspiciado por el MSyC, SETS y AEDE se proponen las siguientes:

Acciones:

Establecer un protocolo unificado para la transfusión de componentes sanguíneos (CS) para su aplicación en los diferentes centros y servicios del SNS-O.

Protocolizar el seguimiento y trazabilidad de las transfusiones, así como los mecanismos de seguridad a implantar en los centros sanitarios.

Protocolizar la notificación de los efectos adversos atribuibles a las transfusiones y el análisis de los mismos con el fin de introducir las mejoras oportunas.

Realizar acciones formativas dirigidas al personal de enfermería, especialmente las de nueva incorporación y las que prestan su servicio en aquellas unidades que realizan tales prácticas.

Criterios y estándares: Existirán protocolos unificados en materia de transfusión sanguínea en todos los centros del SNS-O. Existirán criterios unificados para realizar el seguimiento y trazabilidad de las transfusiones. Se normalizará la declaración de efectos adversos a transfusiones, así como el análisis de los mismos. Se actualizará la formación de los profesionales de enfermería, especialmente en aquellos grupos más vulnerables.

Indicadores:

A 31 de diciembre de 2008 todos los hospitales del SNS deben tener instaurado un sistema de seguridad y trazabilidad de las transfusiones.

A 31 de diciembre de 2007 deben existir protocolos normalizados para la administración de transfusiones de sangre y CS

A 31 de diciembre de 2007 debe estar normalizado el sistema de notificación y registro de las reacciones adversas a las transfusiones y el análisis de los mismos.

A 31 de diciembre de 2007 todos los centros hospitalarios deberán contar con una Comisión de Transfusión encargada del análisis de los eventuales efectos adversos y la adopción de medidas de mejora.

Estudio descriptivo de los efectos adversos acaecidos y, en su caso, de las medidas de mejora introducidas.

Relación de cursos y número de personas objeto de formación específica en materia de transfusión de CS. Resultados obtenidos.

Responsables:

Directora del Centro de Transfusiones Sanguíneas de Navarra.

Directores de los hospitales del SNS-O.

Jefes de Servicio/sección de Hematología y Hemoterapia.

2.12 Cuidados paliativos en el paciente oncológico: Los cuidados paliativos se ocupan de la asistencia de personas con enfermedad incurable y terminal, a fin de garantizar la máxima calidad de vida posible al paciente y al entorno familiar.

Si tomamos el «lugar de muerte» como indicador de calidad de cuidados paliativos, la preferencia de los pacientes es ser cuidados y fallecer en su domicilio.

Ello plantea la conveniencia de responder a las siguientes necesidades:

1. Información adecuada al paciente y familia.

2. Apoyo y facilitación en la toma de decisiones del paciente sobre los tratamientos a seguir, preservando el principio de autonomía del paciente.

3. Elaboración de planes de cuidados por parte de los diferentes niveles y profesionales, para asegurar la continuidad de los mismos y evitar que éstos sean fragmentados.

4. Coordinación y comunicación entre todos los niveles profesionales mediante la formalización de un mecanismo definido y claro para todos los agentes implicados.

5. Abordaje biopsicosocial que permita sostener las transiciones a través de las variadas etapas de cuidado y enfoques de tratamiento.

Actuaciones:

Formación a los profesionales en comunicación. «Curso Acompañando al final de la vida (paciente y familia)». Ediciones previstas: 2

Formación a los profesionales y capacitación en:

«Abordaje de síntomas más prevalentes en el paciente en cuidados paliativos». Cuatro horas de duración, n.º ediciones: 2

«Formación de formadores en vía subcutánea». Cuatro horas de duración.

«Atención al final de la vida: qué hacer cuando no hay nada que hacer». Cuatro horas de duración.

«Cuidados de enfermería al paciente en situación terminal y a su familia». Doce horas de duración.

Indicadores:

Porcentaje de profesionales de Atención Primaria formados en el manejo de fármacos y vías de administración en el programa de paciente en cuidados paliativos.

Porcentaje de profesionales formados en la disciplina de comunicación-información con el paciente y familia.

Existe un anexo específico de indicadores para el proceso de asistencia al paciente oncológico que, dada su extensión, no se incluye en el documento.

Coordinación: Dirección de Atención Primaria.

2.13 Pruebas complementarias: Mejorar la seguridad del paciente previniendo los posibles errores diagnósticos que pudieran producirse al trasladar la realización o interpretación de determinadas pruebas complementarias desde Atención Especializada a Atención Primaria exige incorporar, además los requisitos de calidad de cada prueba, estudios de concordancia entre las pruebas realizadas o interpretadas por profesionales de ambos niveles, garantizando así que a las ganancias que obtenemos al realizar las exploraciones desde AP no se acompaña disminución de su calidad.

Retinografía no midriática en pacientes diabéticos: Trasladar la realización e interpretación del screening de fondo de ojo en pacientes diabéticos mediante retinógrafo no midriático de Atención Especializada a Atención Primaria en colaboración con los Servicios de Oftalmología de H. Navarra y H. Virgen del Camino.

Actuaciones:

Fase 1: Interpretación de la fotografía de screening del diabético con retinógrafo no midriático por médicos de Atención Primaria:

1. Diseñar la formación necesaria que posibilite la adquisición de conocimientos y habilidades de al menos cuatro médicos de Primaria.

2. Diseñar estudios de concordancia de interpretación de 200 fotografías entre los profesionales de oftalmología y medicina de familia formados.

Fase 2: En dependencia de los resultados de la fase anterior y de otras cuestiones: diseño y puesta en marcha de la realización de retinografía no midriática desde los Centros de Atención Primaria.

Indicadores:

Realización del material para formación on-line.
 Estancias por oftalmología y formación on-line desarrolladas al menos por cuatro profesionales
 Realización del material para realización de concordancia.
 Lograr una concordancia de al menos el 85% entre la interpretación de M. Familia y Oftalmólogo.
 Interpretación de retinografías no midriáticas por medicina de familia.
 Diseño y puesta en marcha de actuaciones tercera fase.

Espirometría: Tras la evaluación realizada en el año 2004-2005 y la incorporación de las medidas correctoras correspondientes, el proyecto contempla reevaluar la realización de espirometrías que hoy se están realizando desde todos los EAP, posibilitando la posterior decisión de implantar cambios del modelo organizativo, que aportando el mayor grado de accesibilidad garanticen y aseguren la correcta realización de dicha prueba, con el objetivo de prevenir posibles errores en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes con EPOC.

Actuaciones:

1. Reevaluación de la realización de espirometrías en Atención Primaria mediante:

1.1 Nueva evaluación de los criterios de calidad de estructura y proceso que garanticen la correcta realización de la prueba.

1.2 Nueva valoración del grado de concordancia entre las espirometrías realizadas en Centros de Primaria y Especializada.

2. Puesta en marcha de las acciones necesarias que garanticen y aseguren la correcta realización de las espirometrías que se realicen a estos pacientes.

Indicadores:

Realización del estudio del análisis de la concordancia entre las medidas del FVC y del FEV1 de las espirometrías realizadas en Atención Primaria y las realizadas en Neumología.

Lograr una concordancia del 0,85 en los valores del FVC y del FEV1 entre las espirometrías realizadas en ambos niveles.

La espirometría realizada en Atención Primaria y repetida en neumología son reproducibles en el 85% de los casos.

Coordinación: Direcciones de Atención Primaria

2.14 Prevenir la morbi-mortalidad evitable en síndrome coronario agudo, ictus o politrauma: Hay evidencia sólida que la correcta atención inicial al paciente con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), ictus o politrauma influye de forma decisiva tanto en la prevención de impactos negativos como en la mortalidad evitable de estos procesos una vez que estos han ocurrido. Sirva como ejemplo el Síndrome Coronario Agudo en el que casi dos tercios de los fallecimientos suceden en la primera hora del inicio de los síntomas y suele ser una muerte extrahospitalaria.

Las mejoras de su atención deben de dirigirse a mejorar el tratamiento idóneo y especialmente a reducir al máximo el tiempo entre la aparición de los síntomas clínicos de sospecha y el correcto diagnóstico y tratamiento hospitalario.

Este proceso se realiza en colaboración con el Área clínica del corazón, la Unidad de Ictus y los Servicios de Atención Especializada.

Encuadramiento del proyecto:

Las actuaciones de mejora las encuadraremos en dos grandes bloques:

Dirigidas a la mejora del proceso de atención /»vías clínicas».

Dirigidas a la mejora del Sistema de información y hacia la mejora continua en la atención a estos procesos.

Considerando en el proceso de atención inicial a estos procesos:

Fase I: Identificación sospecha fundada.

Fase II: Sospecha diagnóstica fundada.

Integrado en un proyecto de Mejora global de atención a este proceso en ambos niveles asistenciales que es considerado de prioritaria actuación por el SNS-O. En directa y estrecha colaboración con el «Área Clínica del Corazón», la «Unidad de Ictus» y los Servicios de atención al politrauma del SNS-O.

Cronograma del proyecto (2007-2008):

Análisis de situación: Junio a diciembre de 2006.

Diseño del nuevo modelo de atención inicial al SCACEST, ictus y politrauma: Enero a mayo de 2007.

Diseño del nuevo sistema de evaluación/monitorización: Enero-mayo 2007.

Implementación de medidas organizativas, tecnológicas e inversiones básicas: marzo a diciembre de 2007.

Puesta en marcha pilotaje del nuevo modelo de atención: Junio 2007.
 Ejecución del Plan de Inversiones Opcional: 1 de abril a 31 de junio de 2008.

Evaluación y medidas correctoras en paralelo al pilotaje: 1 de junio a 31 de mayo 2008.

Puesta en marcha del modelo de atención y monitorización definitivo: 1 de junio de 2008.

Coordinación: Dirección de Atención Primaria.

2.15 Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes: De acuerdo con la legislación que a continuación se relaciona, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra tiene regulado los derechos del paciente a las voluntades anticipadas.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, modificada parcialmente por la Ley 29/2003, de 4 de abril, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.

Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas.

Ley Foral 29/2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. (Publicada en el BON n.º 45, de 11 de abril de 2003).

En la actualidad, el Departamento de Salud tiene pendiente habilitar un registro electrónico al que se pueda acceder desde la Historia Clínica Electrónica del paciente y comprobar si tiene documento de últimas voluntades. Hasta la puesta en marcha de este registro, y en el entorno Hospitalario de Pamplona (Virgen del Camino y Navarra), las personas que desean que su documento de voluntades anticipadas figuren su historia clínica acuden a la unidad de archivos y las mismas son ubicadas en una carpeta verde fácilmente identificable entre la documentación que contiene su historia clínica.

Criterios y estándares: Una vez regulado el derecho de los pacientes a las últimas voluntades procede mejorar la accesibilidad de los profesionales sanitarios a dichas voluntades.

Indicadores: A 31 de diciembre de 2008 estará habilitada una solución informática que permita acceder al archivo de últimas voluntades del Departamento de Salud desde la historia clínica electrónica del paciente.

Responsable: Directora del Servicio de Asistencia Sanitaria del Departamento de Salud.

3. Estudio de un conjunto de indicadores que forman parte del panel de indicadores de seguridad del paciente de los países de la OCDE

El mencionado estudio comprenderá:

3.1 Estudio de la definición y criterios de inclusión y exclusión tanto del numerador como del denominador. En esta fase se estudia el objetivo y la lógica del indicador.

3.2 Estudio de la sensibilidad y especificidad de los indicadores de calidad a través de la revisión de la historia clínica de todos aquellos indicadores en los que haya sospecha de registro «sesgado» en el CMBD, la mayor parte de las veces por problemas de infraregistro. Se analizarán aspectos relacionados con las costumbres en documentación, registros, fuentes documentales disponibles, etc., que pueden incidir en la notificación del concepto definido en el indicador.

3.3 Análisis de la normativa de codificación aplicable a los códigos que integran el indicador. Una codificación incorrecta puede ser debida al desconocimiento de la normativa, a una aplicación incorrecta de la misma o una incorrecta interpretación.

3.4 Valoración de la homogeneidad de los pacientes incluidos y propuesta de estratificación en subgrupos de pacientes si se considera que esto puede aportar un mayor grado de utilidad en la interpretación del indicador.

734

RESOLUCIÓN de 17 de diciembre de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León, para desarrollar las recomendaciones establecidas en la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.

Suscrito el 23 de noviembre de 2007, Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Casti-