

Los 100 Empresarios Españoles del siglo XX

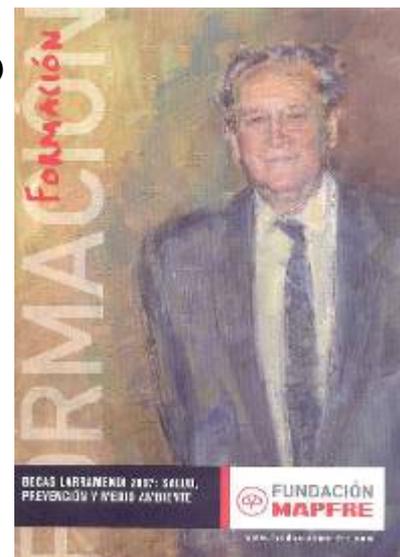


Dirigido por:
Eugenio Torres

Prólogo:
Gabriel Tortella



(1955-1990)



Juan Lladó y Sánchez-Blanco (1907-1982)	432
Luis Suñer Sanchis (1910-1990)	439
José Meliá Sinisterra (1911-1999)	444
Jesús Serra Santamans (1911)	451
José Manuel Lara Hernández (1914)	456
Javier Benjumca Puigcerver (1915)	460
José María Arizmendiarieta Madariaga (1915-1976)	466
Eulogio Gómez Franqueira (1917-1988)	472
Eduardo Barreiros Rodríguez (1919-1992)	478
Rafael del Pino Moreno (1920)	482
Pere Duran i Farell (1921-1999)	488
Ignacio Hernando de Larramendi y Montiano (1921)	493
Antonio del Valle Menéndez (1923)	498
Marcelino Elosua Rojo (1926-1984)	504
Luis Valls-Taberner Arnó (1926)	512
Juan (1926), José (1933) y Vicente (1933) Lladó Dolz	518
Tomás Pascual Sanz (1926)	524
David Álvarez Díez (1927)	529
José Francisco Cosmen Adelaida (1928)	534
Jesús de Polanco Gutiérrez (1929)	539
Joan Uriach i Marsal (1929)	544
Carles Ferrer i Salat (1931-1998)	548
Ramón Mora-Figueroa Domecq (1934)	555
Herberto Gut Beltramo (1946-1997)	560



FUNDACION MAPFRE MEDICINA



LA GESTION DE LA
CALIDAD TOTAL
EN EL
LABORATORIO CLINICO



31 DE MAYO DE 1994

Lugar de Celebración:



Ctra. de Pozuelo a Majadahonda, Km. 3,5
28220 MAJADAHONDA (Madrid)

DIARIO MEDICO Martes, 7 de junio de 1994

GESTION

La gestión integral ha permitido disminuir errores y burocracia

El Severo Ochoa informatiza sus laboratorios y reduce los informes

Los laboratorios clínicos están emprendiendo reformas para una gestión integral de calidad, que permita reducir trabajo burocrático y errores y aumentar su eficiencia y coordinación con el resto del hospital. El

Hospital Severo Ochoa, de Leganés, ha conseguido reducir de 6 a 1 los informes por paciente y de 5 a 1 el número de volantes de petición y el de veces que se registran los mismos datos en el hospital.

SAGRARIO GARCÍA

El Hospital Severo Ochoa, de Leganés, ha reducido mediante un programa de gestión integral de sus laboratorios el número de informes con la misma fecha de extracción y el número de veces que se archivan los informes de 6,7 a 1 por paciente; el proyecto ha logrado también un descenso de 5 a 1 en el número de veces que se registran los mismos datos en el Hospital y el número de volantes de petición.

Los laboratorios clínicos están emprendiendo importantes modificaciones en su gestión y han acometido la informatización y la gestión integral de cada una de sus áreas especializadas, según

Carmen Hernando

"No podemos seguir trabajando al margen del resto de la actividad asistencial del hospital"

laboratorio clínicos, celebrada en la Fundación Mapfre.

Una de las experiencias aportadas en la jornada es la llevada a cabo por el Hospital Severo Ochoa, de Leganés, cuyo laboratorio consta de tres servicios independientes. En el año 1992, se detectaron en el seno de la comisión de Documentación e Historias Clínicas numerosas quejas por parte de los médicos a causa del gran número de volantes que se tenían que

Se decidió entonces realizar un análisis de la situación, tras lo que se detectó un elevado número de informes con resultados parciales de la misma fecha de extracción y múltiples registros de los mismos datos demográficos del paciente.

La dirección optó por ampliar el programa informático que funcionaba en Bioquímica al resto de los servicios. Los objetivos de la fase analítica fueron la emisión de un volante único de

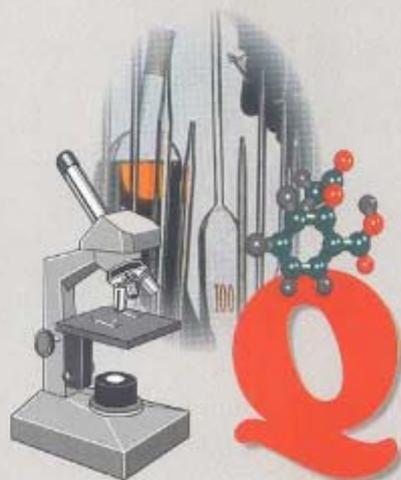
culto de los pacientes en la unidad de extracción, la centralización de la recepción de muestras para todos los laboratorios y posterior distribución, registro unificado de peticiones y datos demográficos e identificación de pacientes única para todas las muestras del mismo paciente en la misma petición.

El proyecto también tuvo en cuenta la conexión con el sistema informático del hospital y optó por el rechazo de volantes mal cumplimentados.

La responsable del proyecto, Carmen Hernando de Larramendi, ha dicho que los laboratorios no pueden trabajar a margen del resto de la actividad asistencial y ha hecho hincapié en

MAPFRE MEDICINA

GESTIÓN Y CALIDAD TOTAL EN EL «LABORATORIO CLÍNICO»



DIRECCIÓN DE LA MONOGRAFÍA

Dra. Carmen Hernando de Larramendi

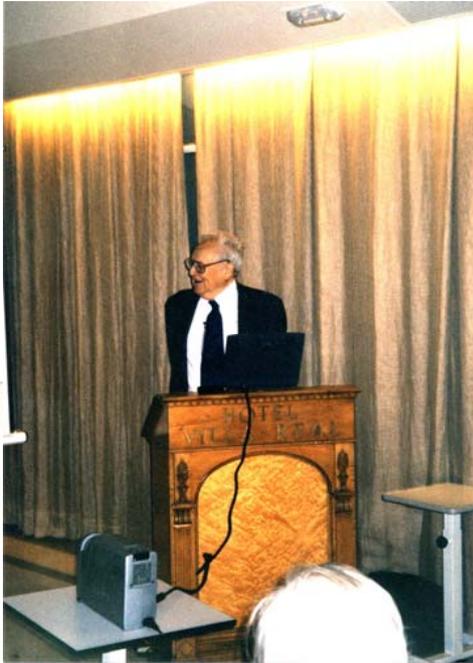
SUMARIO

PRESENTACIÓN	1	Papel de la variabilidad biológica en el sistema de calidad del laboratorio clínico	55
D. Carlos Álvarez Jiménez		Carmen Ricós Aguilá	
INTRODUCCIÓN	3	Áreas de conocimiento y unidades relativas de valor	60
Dra. Carmen Hernando de Larramendi		Elena Miravalles González	
Hacia un nuevo modelo de Laboratorio Clínico	5	Garantía de calidad extraanalítica	64
Carles Pascual Mostaza		Ángel Salas García	
CALIDAD TOTAL EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS	13	Presente y futuro del banco de sangre hospitalario	67
Calidad total en el laboratorio de urgencias	15	Manuel Algora Weber	
Carmen Hernando de Larramendi		Integración de la Microbiología en el sistema informático del laboratorio	72
Nueva organización del laboratorio de urgencias como unidad funcional integrada en el laboratorio central	20	Margarita Salvadó Costa	
Silvia Pseudo Calatayud		El coste de la información diagnóstica	75
Área integrada de laboratorios clínicos: Unidad de urgencias	31	Francisco Redondo Álvaro	
Carlos González Hermoso		Secretaría de Laboratorio: Nexos de unión con el Hospital	81
Visión del laboratorio de urgencias por parte de los técnicos de laboratorio (I)	34	M.ª Luisa Martínez Losa,	
Ángel Gala Zapatero		Alicia López Sánchez,	
Visión del laboratorio de urgencias por parte de los técnicos de laboratorio (II)	36	Isabel Guerrero López	
Juan Carlos Rodríguez Pérez		AYUDAS	87
EL LABORATORIO CLÍNICO COMO ÁREA DE SERVICIOS	39	Programa de calidad del proceso analítico de un laboratorio clínico, acorde con la normativa europea	89
La acreditación del laboratorio clínico. Objetivo a largo plazo	41	Carlos Pascual, Carmen Ricós, Olga Juste,	
Francisco Remón Bauzá		Marta Ortega, Josep M.ª Palau,	
Compartir recursos. Necesidad o realidad	49	Alex Santamaría	
Manuel Giralt		Encuesta de calidad percibida de los laboratorios de un área de salud desde la perspectiva de los centros periféricos de extracción	95
Utilidad y aplicaciones del manual de toma de muestras del laboratorio clínico	53	Juan Antonio Cerón Pérez,	
Carmen Hernando de Larramendi		Teresa Estelles March	



FUNDACION MAPFRE MEDICINA

5 de Junio 2001



Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los pacientes



La Fundació Avedis Donabedian
y la Fundación MAPFRE Medicina

tienen el placer de invitarle
al acto de presentación del centro

La presentación irá seguida de un coctel



FUNDACION
MAPFRE MEDICINA

**Martes,
5 de junio
a las 19.30 horas
en el Hotel Villa Real de Madrid
Plaza de las Cortes 10**

Se ruega confirmación de asistencia
al teléfono 916 265 852



FUNDACION MAPFRE MEDICINA

5 Junio 2001

Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes



Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes



FAD
ASOCIACION
AVEDIS DONABEDIAN



FUNDACION
MAPFRE MEDICINA



ALERTA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN SANITARIA

ALERTA Nº 1: INADECUADA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones sanguíneas, etc.



De acuerdo con la American Hospital Association, la identificación verbal no se debería hacer porque

los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indolentes, confusos o simplemente incapaces de responder. Los pacientes también pueden tener barreras de lenguaje, idiosincrasias, problemas de audición o ser demasiado jóvenes, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores y poner en riesgo la seguridad en la atención de los pacientes.

Estrategias sugeridas

- Todos los pacientes deben tener un brazalete identificativo en la muñeca o, cuando no sea posible, en el tobillo. En el brazalete tiene que constar de forma legible el nombre y apellidos y el número de historia clínica del paciente. No deberán hacerse pruebas diagnósticas ni administrarse medicamentos o componentes sanguíneos a pacientes que no dispongan del brazalete.

ALERTA Nº 2: PACIENTE CON TRAUMATISMO INTRAVALECULAR EN LA URGENCIA

Los traumatismos son un problema grave de salud pública a nivel mundial, por su alta mortalidad, especialmente en personas menores de 45 años. Dentro de ellos son los accidentes de tráfico los más comunes. Otras etiologías frecuentes son caídas (sobre todo en la tercera edad), accidentes laborales (>1000 muertos/año en España), accidentes domésticos (especialmente en primeros años de vida), asesiones, etc.

Se considera que aproximadamente el 30% de los traumatismos intravaleculares son atribuibles a errores en la evaluación de los pacientes. La segunda causa serían los problemas de interpretación de la radiología.



Estrategias sugeridas

- Adjudicar la responsabilidad del paciente a un solo facultativo.
- Valorar el mecanismo de la lesión traumática.
- Utilizar el TRS u otra escala de valoración que permita monitorizar el riesgo del paciente con traumatismo potencialmente grave.



ALERTA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN SANITARIA



Alerta Nº 7: Administración segura de medicamentos

IMPORTANCIA DE LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19,4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte.¹

En este contexto, Bates et al.², describieron que de los eventos adversos relacionados con la medicación, un 40% estaban relacionados con la administración de medicamentos.

Además del impacto descrito, la administración segura de medicamentos resulta de especial importancia en el proceso de medicación por constituir la última fase, y por tanto cualquier error producido en esta etapa es mucho más difícil de detectar.

Presentamos en esta Alerta un conjunto de recomendaciones que pueden ayudar a mejorar la seguridad de los pacientes, en cada una de las fases que se suceden en la administración de medicamentos.

Para la continuidad y extensión de estas medidas, es fundamental un liderazgo que asegure que exista una monitorización, formación, competencias, recursos y un entorno laboral adecuado para su puesta en marcha.

II. ESTRATEGIAS DE MEJORA

A. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

- Cualquier prescripción que genere algún tipo de duda, **debería ser clarificada antes de su administración**. Los medicamentos no deberían ser administrados hasta que la duda se haya aclarado.
- **Todos los profesionales sanitarios** que administran medicamentos deberían tener **fácil y rápido acceso a la guía farmacoterapéutica** (indicaciones de los medicamentos, formas de preparación, precauciones y contraindicaciones, resultado esperado, potenciales reacciones adversas e interacciones con otros fármacos y alimentos, y acciones que se deben llevar

a cabo, si éstas se producen). El 25 % de los eventos adversos que se producen durante la administración de medicamentos se deben a falta de conocimientos en relación al fármaco.³

- Asegurar que los profesionales que realizan la administración de medicamentos tengan acceso adecuado a la **información clínica del paciente en el lugar de atención**. El 17% de los eventos adversos relacionados a la administración de medicamentos se deben a la falta de información en relación al paciente.³
- Se recomienda la **utilización de sistemas automáticos de registro e identificación de medicamentos y pacientes** (códigos de barra, registro automático medicamentos administrados, etc.)



B. RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN CADA UNA DE SUS FASES:

1. VALIDACIÓN

- Comprobar la prescripción y la etiqueta del fármaco dispensado por el servicio de farmacia y que ambas están claramente escritas.
- Si una **dosis indicada es inusual**, debería generarse una alarma entre los profesionales que participan en el proceso de medicación y plantearse la posibilidad de un potencial error. Es importante observar que las dosis habituales de los medicamentos orales son

COMITE CIENTIFICO Y ORGANIZADOR

Sra. D.ª Ana Clavería

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Sr. D. Ricardo de Lorenzo

Presidente de la Asociación de Derecho Sanitario

Sra. D.ª María Casado

Directora del Centro Especial de Investigación.
Observatorio de Bioética y Derecho

Sr. D. Máximo González

Presidente Consejo General Organización Colegial de Enfermería

Sr. D. Guillermo Sierra

Presidente Consejo General de Colegios de Médicos

Sr. D. Joaquín Fernández

Presidente FACME

Sr. D. Joaquín Estévez

Presidente Federación Española de Gestión Sanitaria

Sra. D.ª Esperanza Jiménez

Vocal Nacional de Hospitales del
Consejo General de la Organización Colegial de Farmacéuticos

Sr. D. Carlos Humet

Secretario del Patronato de la Fundación Avedis Donabedian

Sra. D.ª Carmen Hernando de Larramendi

Patrono de la Fundación MAPFRE Medicina

Sra. D.ª Susana Lorenzo

Presidenta Sociedad Española de Calidad Asistencial

Sr. D. José Manuel Martínez-Pereda

Magistrado Tribunal Supremo

Sr. D. Josep Vaqué

Vicedecano de Calidad
Universidad Autónoma de Barcelona

I ENCUENTRO

SOBRE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA



Madrid 24 de Febrero de 2004

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Pº del Prado, 18-20 • 28071 MADRID



Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes



10 Junio 2005

SEGURIDAD CLÍNICA JESÚS ARANAZ, JEFE DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL SAN JUAN

"La asistencia entraña riesgo, pero es una actividad segura"

→ Jesús Aranz, del Hospital San Juan, en Alicante, reconoce que los avances científicos y tecnológicos han añadido complejidad -y efecti-

vidad- a la asistencia, lo que conlleva un aumento del riesgo potencial, aunque afirma que es una actividad bastante segura.

■ Daniel Aparicio

El Hospital Severo Ochoa, de Madrid, clausura hoy la II Edición del Curso Seguridad Clínica en los Pacientes, organizado por Carmen Hernando de Larramendi, jefe de Análisis Clínicos del centro madrileño, con el patrocinio de la Fundación Mapfre Medicina. El curso, acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 2,2 créditos, ha contado con la presencia de Jesús Aranz, jefe de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de San Juan, en Alicante, y Joan Escarrabill, neumólogo del Hospital Universitario de Bellvitge, en Barcelona. Aranz, director técnico del estudio multicéntrico Proyecto Idea para la identificación de eventos adversos, financiado por el FIS, ha explicado a DIARIO Médico que "aunque no se pueda decir con precisión todavía, los datos preliminares de los que disponemos señalan que la situación en España es similar a la de los países de nuestro entorno. Sin embargo, se trata de un estudio multicéntrico y no refleja la realidad como uno poblacional. En cualquier caso, aunque es evidente que los avances científicos han añadido complejidad -y efectividad- a la práctica médica y han aumentado los posibles riesgos, la asistencia es una actividad bastante segura".

Escarrabill ha añadido que la mejora de la seguridad "tiene mucho que ver



Jesús Aranz.

La frontera entre evitable y no evitable es muy tenue. Algunos riesgos se asumen porque el beneficio compensa el hipotético evento

con una cuestión cultural en la que la preocupación no se refiera a un hipotético ranking sino a lo que de verdad se puede hacer en la práctica con la sensibilidad suficiente como para detectar los errores sistémicos y no hacer listados de lo que ha ocurrido, sino de acciones preventivas. En cuanto a si la transparencia y publicación de resultados sería útil, mi respuesta es que sí, pero acompañados de una interpretación que los sitúe en su contexto para que no se convierta en un arma que termine rebotando en el paciente. Hay muchas cosas que se pueden hacer, como estudiar la comunicación



Joan Escarrabill.

La publicación de resultados puede ser una ayuda para aumentar la seguridad, siempre que los datos cuenten con una interpretación

entre profesionales de un hospital, el grado de agilidad y cómo se diluye la responsabilidad, pero yo no tengo la varita mágica".

Notificación

"Ni la sociedad ni la profesión están preparadas para poner en marcha sistemas de notificación. Las experiencias en las que era voluntaria se han encontrado con el problema de que muy pocos hacían uso del sistema, y las obligatorias se daban de bruce con el temor a la penalización, que frenaba el desarrollo del sistema", ha señalado Aranz. Escarrabill ha matizado que "es importante contar con un



Carmen Hernando.

Tenemos una tecnología muy útil, pero si no sistematizamos los procesos seguiremos registrando eventos adversos

marco que no penalice al que notifica pero, ¿hay que notificarlo todo? Dentro de la organización y con un debate interno, estoy convencido de que sí, pero fuera...". Aranz ha sumado un nuevo elemento al debate: "La frontera entre lo evitable y no evitable es muy tenue. Muchos tratamientos, como los anticoagulantes, tienen un riesgo previsible, pero se utilizan porque el beneficio supera con mucho el riesgo".

Hernando de Larramendi ha explicado que "aunque hemos avanzado mucho y tenemos una tecnología muy útil, sin sistematizar los procesos seguiremos teniendo eventos adversos".

SEGURIDAD JESÚS ARANAZ, DIRECTOR DEL PROYECTO DE IDENTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN ESPAÑA

"Aunque el sistema falle, un clínico formado debería poder evitar el error"

→ Jesús Aranz dirige el Proyecto de Identificación de Efectos Adversos en España, auspiciado por el Ministerio de Sanidad, y ha participado en una mesa sobre seguridad en la X Reunión

Nacional de Sediglac para explicar que aunque todo el sistema permita el paso de un fallo, un buen clínico debe estar en disposición de evitar que se transforme en un error.

Daniel Aparicio Madrid
Aranaz ha hecho referencia a un cambio de paradigma perfectamente documentado en la literatura científica para explicar cómo la seguridad se ha convertido en un elemento crítico para la salud. "En 1970 se hablaba de hacer las cosas al menor coste. Ahora estamos intentando determinar cómo hacer correctamente las cosas correctas en un entorno seguro. En 1955 un artículo en *The Journal of American Medical Association* hablaba de los errores como el precio a pagar por acceder a las técnicas de diagnóstico moderno. El sistema produce fallos que pueden ir salvando los diferentes filtros de la estructura, como puede ocurrir en el laboratorio, pero aunque todo el sistema falle, un clínico bien formado debe poder evitar el error. Esto sólo puede ocurrir si, en el caso de los análisis clínicos, está en perfecta comunicación con el laboratorio".

Eduardo Sierra, de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, ha acompañado al experto alicantino en la mesa redonda sobre seguridad organizada por la Sociedad Española de Dirección y Gestión de los Laboratorios de Análisis Clínicos (Sediglac) en su X Reunión Nacional y también ha recurrido a la literatura para explicar cómo ha cambiado la situación en los últimos años. "Cyril Chatler publicó un artículo (*Lancet* 1999; 33: 1178-81) en 1999 en el que explicaba que la medicina había sido simple, inefectiva y relativamente segura y que ahora se había convertido en algo comple-



Jesús Aranz y Eduardo Sierra flanquean a Carmen Hernando de Larramendi, de Sediglac.

jo, muy efectivo y potencialmente peligroso. Este cambio se debe fundamentalmente a la superespecialización de la práctica. Un ejemplo muy claro es el laboratorio, donde múltiples pequeños equipos participan en el análisis de la muestra, lo que añade complejidad al proceso y au-

menta las posibilidades de que aparezcan errores en la toma de decisiones o en su ejecución y fallos derivados de la cultura del sistema".

Efectos en España
Aranaz, que recibió el encargo del Ministerio de Sanidad de realizar un estudio para identificar los efectos

adversos en España, "está terminado pero hasta que el Ministerio lo publique no podemos comentarlos", ha explicado, y Sierra ha señalado que las cifras de efectos adversos se han movido tradicionalmente en torno al 10 por ciento de los ingresos hospitalarios y que, de ellos, al menos un 40

por ciento habrían sido evitables.

"Generan daño en el paciente. Pero además tiene un alto coste económico y de oportunidad. Por eso es vital que pasemos a una cultura de la seguridad de la mano de iniciativas como la Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes de la Organización Mundial de la Salud, que nos ha permitido poner en marcha iniciativas para reducir las infecciones nosocomiales. En este sentido, creo que es importante garantizar la sostenibilidad de estos proyectos", ha explicado Sierra.

Aranaz ha explicado que las condiciones de trabajo pueden actuar como facilitadoras del error y el fallo. "Un buen ejemplo es la entrega de resultados de una prueba analítica desde el laboratorio al clínico: la voluntad de hacerlo con rapidez puede conducir a violar la confidencialidad de la información o a valorar de forma incorrecta la tasa de falsos negativos o positivos, lo que condicionaría la actuación del profesional y podría derivar en un error humano".

PROYECTO IDEA

El Ministerio ya tiene los datos sobre efectos adversos en España

D. Aparicio
Carmen Hernando de Larramendi, secretaria de Sediglac, jefa del Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Severo Ochoa, en Madrid y moderadora de la mesa, y ha interrogado a Jesús Aranz sobre los resultados del estudio que el Ministerio de Sanidad le había encomendado para identificar la frecuencia de efectos adversos en España. Aranz ha desvelado que ya ha terminado el trabajo, aunque ha explicado que será el Ministerio quien decida cuándo se deberán publicar estos datos.

"Hemos tomado una muestra de 6.000 pacientes de 24 hospitales representativos de la realidad del Sistema Nacional de Salud y hemos empleado 50 enfermeros para filtrar las historias clínicas en busca de efectos adversos con la ayuda del cuestionario de Troyen Brennan. Los resultados positivos fueron analizados por un cirujano y un internista con el objetivo de analizar su frecuencia, su distribución y si era evitable o no, entre otros factores. Ya tenemos los resultados, pero falta que Sanidad los publique".

Desde 1999

Lo cierto es que el encargo del Ministerio era el fruto de años de trabajo. Aranz se interesó por los eventos adversos en 1999. "Fue por azar. Hicimos un estudio retrospectivo en un servicio de cirugía del Hospital General Universitario de Alicante. Después decidimos hacerlo prospectivo y multicéntrico (13 servicios de 8 hospitales de 5 autonomías distintas) y obtuvimos financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias".

¿ERROR, FALLO Y EFECTO ADVERSO SON LO MISMO? PUES NO

Jesús Aranz concede mucha importancia a la precisión en la expresión y ha desgranado algunos conceptos fundamentales para entender mejor la seguridad.

Efecto adverso. Lesión o complicación producida en el paciente y no relacionada con la patología con la que ingresó sino con la asistencia que ha recibido.

Incidente. Suceso susceptible de provocar daño en el paciente. No equivale a efecto adverso.

Negligencia. Un error difícilmente justificable. Puede o no provocar un efecto adverso.

Litigio. Situación en la que se produce una disputa, independientemente de que se haya producido o no negligencia o efecto adverso sobre el paciente.

gencia o efecto adverso sobre el paciente.

Error. Acción u omisión con consecuencias potencialmente peligrosas sobre la seguridad del paciente. Necesita el dictamen de un experto.

De omisión. Realización de una técnica errónea, establecimiento de una terapia obsoleta, elección de un fármaco inapropiado...

Omisión. No tomar las precauciones debidas, no utilizar las pruebas indicadas, realizar un seguimiento de forma equivocada...

Fallo. Sólo los humanos cometen errores. Los sistemas sanitarios y las máquinas tienen fallos.

CALIDAD AÚN FALTA CONCIENCIA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES

La identificación, materia pendiente en laboratorios

→ La seguridad del paciente necesita un cambio de cultura y poco a poco se toma conciencia de que hay que notificar los errores. En el laboratorio clínico la gran fuente de efectos adversos es la identificación de pacientes.

El Rosalía Sierra Midele El 1 por ciento de las pruebas que se realizan en los laboratorios clínicos son erróneas y el 6 por ciento de éstas derivan en efectos adversos. Exceptuando la duplicación de análisis, la principal fuente de incidencias son los errores relacionados con la identificación de los pacientes. Esta fase del proceso analítico se ha desvelado como la más conflictiva en la XIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Dirección y Gestión de Laboratorios Clínicos (Sediglac), que se ha celebrado en Alicante.

Enrique Terol, subdirector general de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, ha incidido en la necesidad de un cambio de cultura con respecto a los errores médicos: "Hay que dejar de hablar de culpas y hacerlo de errores; es fácil

decirlo pero difícil hacerlo".

Terol cree que la comunidad médica avanza en el sentido correcto, pero aún queda mucho por hacer. Se está avanzando notablemente en el conocimiento gracias a trabajos como el Estudio Nacional de Efectos Adversos (Eneas) y otros similares en atención primaria (Apeas) y en colaboración con varios países de América Latina (Ilecas, cuyos resultados se presentarán este verano). "Material hay mucho, ahora falta utilizarlo".

Falta de cultura del error

A juicio de Terol, el problema radica en la falta de cultura del error: "En España hay grandes carencias, incluso en lo más sencillo: la higiene. Somos capaces de sacar órganos por los agujeros corporales más extraños, pero no nos lavamos las ma-

nos". Por ello, la Agencia de Calidad está desarrollando un estudio en 25 hospitales españoles, cuyos resultados se presentarán este año, para conocer la percepción de la seguridad que tienen tanto médicos como pacientes.

Otro problema es la falta de evidencia: "En el ámbito internacional no hay evaluaciones fiables de cómo funcionan las medidas de seguridad del paciente. En España, uno de los grandes problemas es la falta de un sistema de información integral y estandarizado. Hay muchos subsistemas y la información no está muy detallada". Por ejemplo, el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) "es muy útil para algunas cosas, pero no para notificar errores, porque la recogida de información se realiza con informes de quéifano y alta, que no sue-



Enrique Terol, del Ministerio de Sanidad.



Jesús Aranzaz, del Hospital de San Juan.

len ser muy detallados en este campo".

Aun así, la atención hospitalaria es una privilegiada frente a la primaria en información, ya que apenas hay datos sobre asistencia ambulatoria: "Un estudio como Apeas ha puesto de manifiesto conceptos que desconocíamos, como la multicausalidad de las incidencias y que hay problemas de comunicación en el 25 por ciento de los efectos adversos", ha dicho Jesús Aranzaz, jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de San Juan, de Alicante, y director de los proyectos

Eneas y Apeas. Según él, todos los problemas derivan de una mezcla de fallos del sistema y errores humanos: "Ninguno es más importante que el otro, pero lo que está claro es que es más fácil intentar el funcionamiento del sistema. Además, en un entorno seguro es más difícil cometer errores".

Un ámbito en el que es imprescindible incidir es en el laboratorio clínico, dado que "entre el 60 y el 70 por ciento de las decisiones médicas se basan en resultados de análisis", afirma María Salinas, jefe del Servicio de Análisis Clínicos del Hospi-

tal de San Juan y coordinadora de la reunión. Por ello, es necesario "establecer un modelo de funcionamiento basado en la calidad, creando indicadores que pueden extraerse de los registros diarios".

Salinas propone un modelo en que "el laboratorio funciona como consultora", es decir, lograr que la comunicación y la colaboración entre los clínicos y el personal de análisis sea mayor "porque el grueso de los errores se comete en la fase preanalítica", algo que puede dificultar la tendencia actual a externalizar los laboratorios.

Presentación del libro: Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes



Jesús Rguez, Marín, Rector UMH y prologuista del libro; Carlos Aibar, codirector de la obra; y Carmen Hernando, Pta. Consejo Asesor de Medicina y Salud Fundación MAPFRE.

En el transcurso del 26 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial que se celebró en el Auditorio de Zaragoza del día 22 al 25 de octubre se presentó el libro *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. En el libro, dirigido por los profesores Jesús Aranaz, Carlos Aibar, Julián Vitaller y José Mira y promovido por la Fundación MAPFRE, participan 86 profesionales de diferentes Universidades y centros sanitarios de Alicante y el resto del país. El libro fue presentado por el Ilmo. Sr. D. Jesús Rodríguez Marín, Rector de la Universidad Miguel Hernández, quien a su vez ha prologado el libro; la Dra. Carmen Hernando de Larramendi, Presidenta del Consejo Asesor de Medicina y Salud de la Fundación MAPFRE y por el Dr. Carlos Aibar Remón, codirector de la obra, profesor de la Universidad de Zaragoza y jefe del servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Lozano Blesa.

Estructurado en cuatro secciones: Planificación Sanitaria, Gestión Clínica y

Sanitaria, Calidad Asistencial y Seguridad de los Pacientes, cuenta con 56 capítulos en los que se revisan contenidos de índole variada. La organización y funcionamiento del sistema sanitario, la responsabilidad social corporativa, los sistemas de medición del producto sanitario, las unidades de gestión clínica, la gestión por procesos, la gestión del riesgo sanitario, la prevención de los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, la bioseguridad y las agresiones a los profesionales sanitarios son algunos de los temas destacables.

El libro está dirigido tanto a estudiantes y profesionales de ciencias de la salud en periodo de formación (de ahí que incluya un apartado de autoevaluación en cada capítulo), como a profesionales que desempeñan su actividad en los distintos niveles de la gestión clínica y sanitaria. El planteamiento del libro tiene como meta contribuir a facilitar a los profesionales sanitarios tres tipos de conocimiento: el técnico "saber hacer", el actitudinal "saber ser" y el organizacional "saber estar".

GESTIÓN SANITARIA Calidad y seguridad de los pacientes

JM ARANAZ - C AIBAR - J VITALLER - JJ MIRA
(Directores)



FUNDACIÓN
MAPFRE



Referencia:

Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Díaz de Santos, 2008. ■

**Instituto de Prevención Salud y
Medio Ambiente**

MÉDICOS por la SEGURIDAD del PACIENTE

Publicación

GESTIÓN SANITARIA

Calidad y seguridad de los pacientes

JM Aranaz-CAibar-JVitaller-JJ Mira
(Directores)

2008

Investigación

Año 2005

Victoria Ureña Vilardell

Identificación y análisis de eventos adversos hospitalarios en el Hospital Ramón y Cajal.
Hospital Ramón y Cajal, de Madrid.

Belén Martínez Mondejar

Identificación y análisis de eventos adversos hospitalarios en el Hospital Severo Ochoa.
Hospital Severo Ochoa, de Leganés. Madrid.

Juan Escarrabill Sanglas

Identificación y análisis de eventos adversos hospitalarios en el Hospital Universitari de Bellvitge.
Hospital Universitari de Bellvitge, de Barcelona

Joaquín Moris de la Tasa

Identificación y análisis de eventos adversos hospitalarios en el Hospital de Cabueñes.
Hospital de Cabueñes, Gijón. Asturias

Investigación

Año 2006

Jesus Aranaz Andres

Estudio de la Incidencia de Efectos Adversos de la asistencia en un servicio de urgencias hospitalario.
Hospital General universitario de Alicante

Carlos Aubar Ramón

Efectos Adversos en Primaria, Una oportunidad de Mejorar.
Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.

Año 2007

Teresa Bermejo Viñedo

Análisis de los fallos detectados en el proceso de dispensación y los factores contribuyentes
Hospital Ramón y Cajal Madrid.

Arantxa Catalán Ramos

Impacto de un modelo de soporte a la revisión sistemática de la prescripción farmacéutica en la HC
informática sobre la seguridad del empleo de medicamentos
Institut Català de la Salut. Barcelona

Investigación

Año 2008

Diego Garcia- German Vazquez

Seguridad del Paciente; estudio médico legal de la cirugía en sitio erróneo en cirugía ortopédica y traumatología.

Hospital Central Cruz Roja de Madrid.

Jose Antonio Arquez Fernandez

Promover la práctica de manos limpias e implantar un sistema de solución hidroalcohólica en USP Hospital Santa Teresa. A Coruña

Andrés Prat Martin

Seguridad Clínica: Programa formativo para la mejora de la cultura de la Seguridad clínica en las actividades de la cirugía ortopédica y traumatología de un Hospital universitario.

Hospital CLINIC . Barcelona

Gil Rodriguez Caravaca

Incidencia de infección en herida quirúrgica en traumatología, factores de riesgo relacionados

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Yiniva Camargo Caicedo

Evaluación de la concentración de aerobacterias, indicador de las Infecciones nosocomiales en unidad cuidados intensivos.

Universidad de Magdalena. Santa Marta Colombia

Investigación

Año 2009

Jesus Aranaz /Julian Vitallier

Segundas Víctimas.

Universidad Miguel Hernández Alicante.

Susana Bermejo

Atención inicial al trauma grave. Utilidad de la videograbación en la valoración de la calidad asistencial.

UCI Trauma Emergencias- Hospital 12 de Octubre. Madrid

Lucila Castro Pastrana

ASEGUREMOS: Implementación de un sistema de gestión de calidad para el uso racional, seguro y efectivo de los medicamentos en el Hospital.

Universidad de las Américas. Puebla. México

Nora Dackiewicz

Gestión del riesgo Clínico en Pediatría. Adaptación y validación del HCAHPS a la población pediátrica de Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires

Hospital Nacional de Pediatría. JP Garrahan. Buenos Aires. Argentina

Ismael Escobar

Desarrollo, implantación y evaluación de un programa de prescripción electrónica asistida de medicamentos en el Hospital.

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Editta Falco

Percepción del riesgo en los agentes sanitarios. Su relación con la Seguridad del Paciente.

Centro de Estudios para la Seguridad del Paciente. CESP. Montevideo. Uruguay

José Joaquín Mira

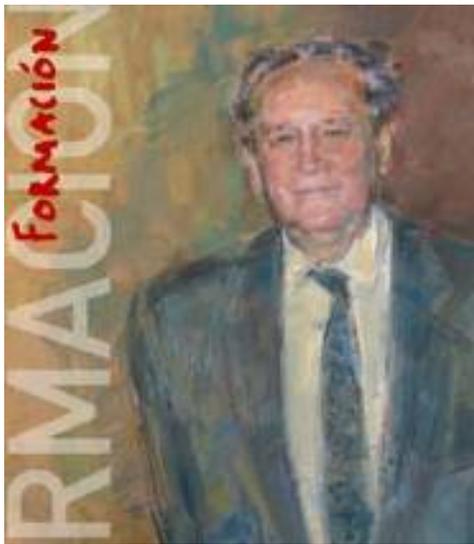
Errores Clínicos en Atención Primaria y calidad de la información al paciente

Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante

Juan Sánchez

Evaluación de los errores de prescripción médica en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos (UCI-D) e impacto de la aplicación de un conjunto de medidas orientadas a disminuir la incidencia.

Hospital 12 Octubre Madrid



BECAS
Ignacio Hernando de Larramendi
2007



Renata Daud Galloti

Centro de Trabajo: Hospital das Clínicas. Universidade de Sao Paulo - Brasil.

Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: estudo prospectivo dos incidentes eventos adversos em dois hospitais universitarios brasileiro

2008

09



■ EL HOSPITAL SEVERO OCHOA HA ORGANIZADO UN CURSO SOBRE PRÓTESIS DE TITANIO EN CIRUGÍA DE OÍDO MEDIO QUE MOSTRÓ, ENTRE OTRAS COSAS, LOS ÚLTIMOS AVANCES EN LA RECONSTRUCCIÓN TÍMPANO-OSICULAR, DESDE UN PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO, Y LA ESTAPEDECTOMÍA Y LA PRÓTESIS DE TITANIO.

CORRESPONSALES: PILAR LÓPEZ GARCÍA-FRANCO, M^ª ANGELES MARTÍN SÁNCHEZ, CHARO RUEDA Y CARMEN SALGADO.

HOSPITAL SEVERO OCHOA

Curso sobre confidencialidad y protección de datos en el ámbito hospitalario

Información al interesado, consentimiento para la cesión de sus datos y el establecimiento de medidas de seguridad necesarias para proteger los ficheros y los datos son algunas de las conclusiones que se establecieron en el "Curso Confidencialidad y Protección de datos", en su cuarta edición, que organizó recientemente el Hospital Severo Ochoa de Leganés.

Para la doctora Carmen Hernando de Larramendi, jefe de Servicio de Análisis Clínicos, y coordinadora del curso, "tenemos que mentalizarnos y ser exigente en todos los sectores del trabajo e ir por delante de la ley para evitar problemas".

El curso contó con la presencia de Alfonso Caballé y Ricardo de Lorenzo, del bufete de Lorenzo Abogados; Carmen Sánchez, consultora de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid; y Ángel Vallejo, abogado de la Dirección Técnica de Fremap.

Ante el planteamiento de la confidencialidad y protección de datos hay que partir siempre de una serie de derechos que están amparados por la Constitución. De ahí que se dé prioridad al derecho a la intimidad y la confidencialidad. La intimidad constituye un derecho de la personalidad y, como tal, ha de ser considerado como irre-

nunciable, inalienable e imprescriptible. No podemos renunciar a él.

De forma general, se puede decir que los pilares de las profesiones sanitarias son la confianza y la confidencialidad y ésta se aplica a los datos de carácter personal registrados en cualquier soporte físico, ya sea de uso público o privado, tanto a ficheros de

información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.

PRINCIPIOS Y DERECHOS

Según la Ley Orgánica de Protección de Datos la persona que confía sus datos debe estar informada, de modo expreso, preciso e inequívoco de la existencia del fichero o tratamiento de los datos de carácter personal; del carácter voluntario u obligatorio; de quién es el responsable del fichero; de la finalidad y forma de utilización de sus datos y de su derecho de acceso; rectificación, cancelación u oposición. Las únicas excepciones o límites son tres:

- En situación de urgencia.
- Cuando el enfermo no quiere ser informado, ejerciendo su derecho a no saber.
- Cuando la información se encuentre inseparablemente unida a la información de otra persona.

Con respecto al derecho a la voluntad de no ser informado, se recomienda, cuando el interesado lo ejerza, dejar constancia del mismo en la historia clínica.

Como principio general, los datos sólo podrán ser comunicados a un tercero con consentimiento expreso de la persona, excepto en una serie de supuestos que establece la Ley. Esta cesión tiene carácter revocable.



Carmen Hernando de Larramendi, junto al gerente del Severo Ochoa, Cesar Gómez, y los abogados Ricardo de Lorenzo y Alfonso Caballé, en el momento de la inauguración del curso.

ordenadores como a historias clínicas en papel. Estos datos sólo podrán ser manejados por personas debidamente autorizadas.

El paciente, debe saber lo que se va a hacer con sus datos y a quien se le van a dar los mismos. Pero, la responsabilidad de guardar secreto sobre ellos es de todos los profesionales que se enteren de datos médicos, independientemente del trabajo que desempeñen. En este sentido se considera dato de carácter personal cualquier

Instituto de Seguridad Vial

MÉDICOS por la SEGURIDAD VIAL

www.medicosporlaseguridadvial.com

Colección de fichas sobre Salud y Seguridad Vial

Misión:

Dar a conocer a los profesionales la relación estrecha entre la salud y la seguridad vial.

UT

• XX



Junio 2009



NAL
...del C.A.P. de junio de 2009

PFRE

Extremadura

16 CONGRESO NACIONAL DE ADMINISTRADORES DE HOSPITALES DE EXTREMADURA '09

Organizado por el C.A.P. de junio de 2009

Atención Sanitaria Integral, Cuidar y Cuidar

Logo of the Regional Government of Extremadura and other sponsors.

CONGRESO NACIONAL DE ADMINISTRADORES DE HOSPITALES

Organizado por el C.A.P. de junio de 2009

16 CONGRESO NACIONAL DE ADMINISTRADORES DE HOSPITALES DE EXTREMADURA '09

CONGRESO NACIONAL DE ADMINISTRADORES DE HOSPITALES

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UN COMPROMISO COMPARTIDO

Fecha: miércoles 1 de julio de 2009

Lugar: Auditorio MAPFRE.

C/ Camí dels Reis, 308

Palma de Mallorca



FUNDACIÓN **MAPFRE**

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UN COMPROMISO COMPARTIDO

Fecha: miércoles 1 de julio de 2009

Lugar: Auditorio MAPFRE.

C/ Camí dels Reis, 308

Palma de Mallorca



FUNDACIÓN **MAPFRE**



Menú general

- Directorio MAPFRE ▶
- Conocer MAPFRE ▶
- Oficina Internet (O.I.M) ▶
- Suscripción a Boletines
- Seguridad y Medio Ambiente
- Portales MAPFRE
- Normas y procedimientos Generales ▶
- Responsabilidad Social y Acción social
- Soluciones a la Dependencia
- Imagen Corporativa ▶
- Publicaciones ▶
- Noticias Corporativas
- Documentos corporativos ▶
- Preguntas frecuentes
- Buzón de sugerencias
- Tus datos de usuario

Zona Común: [Inicio](#)

800x600 | 1024x768

NOTICIAS

La web de MAPFRE, entre las tres más accesibles de las empresas del Ibx, según un estudio



La página web de MAPFRE figura entre las tres más accesibles de las empresas del Ibx 35, según un estudio realizado por la consultora Adesis. En concreto, la web de MAPFRE cumple más del 75 por ciento de los criterios establecidos en la Ley de Medidas de Impulso a la Sociedad de la Información.

ampliar noticia

FUNDACIÓN MAPFRE celebra en Palma de Mallorca la jornada "La Seguridad del Paciente, un compromiso compartido"



Reflexionar acerca de las últimas novedades y aportaciones realizadas en torno a la seguridad del paciente e informar acerca de las acciones formativas que se han diseñado en esta materia, fue uno de los objetivos de la jornada "La Seguridad del Paciente, un compromiso compartido", organizada por FUNDACIÓN MAPFRE, que se celebró el pasado 1 de julio en el Auditorio MAPFRE de Palma de Mallorca.

ampliar noticia

Apuntes de Seguridad y Salud

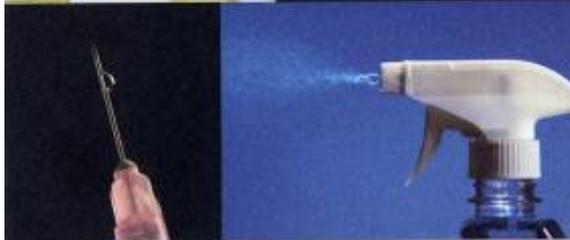
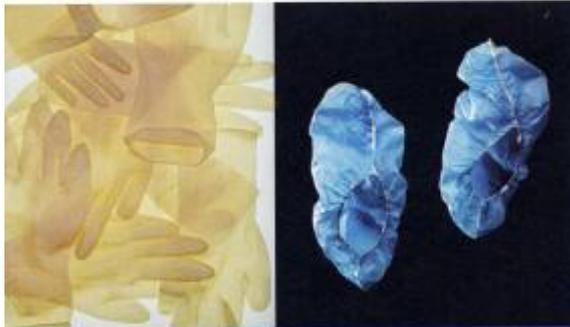
Apuntes de Seguridad y Salud

Revista Red MAPFRE

19 Octubre 2009



Jornada
**LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE:
UN COMPROMISO
COMPARTIDO**



ÁREA **S** SOCIAL  FUNDACIÓN MAPFRE GUANARTEME

Director

Dr. Jesús M^a Aranaz Andrés. Director de los estudios ENEAS, APEAS E IBEAS.
Consultor de OMS - OPS. Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.

Coordinadora

Dra. Carmen Hernando de Larramendi y Martínez. FUNDACIÓN MAPFRE.

Destinatarios

Las Jornadas están especialmente dirigidas a gestores, planificadores y clínicos.

Cronograma

19 de octubre de 2009. De 16,45 a 20,00 h.

Lugar de celebración

Aula Magna Fundación Canaria MAPFRE
GUANARTEME. Sede Institucional. c/ Juan de
Quesada, 10.
35001, Las Palmas de Gran Canaria.
Teléfonos: 928 310 333 y 928 311 471
Fax: 928319458.
infofmg@mapfre.com

PLAZAS LIMITADAS

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Será imprescindible la confirmación previa
en los teléfonos: 928310333-928311471, en
horario de 9,00 a 14,00 horas.

Diario de las Palmas 20/10/09

Los médicos apuestan por un incremento de la prevención para reducir los riesgos del usuario

■ La Fundación Mapfre Guanarteme celebra una jornada sobre 'Seguridad del paciente'

■ El doctor Aranaz dice que "los errores existen porque hay tecnologías muy complejas"

D. Jiménez

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

La realidad de una asistencia sanitaria cada día más efectiva pero también más compleja ha convertido la seguridad del paciente en una de las dimensiones de la calidad asistencial más valoradas tanto por los ciudadanos como por los profesionales y gestores de los servicios sanitarios. Por ello la Fundación Canaria Mapfre Guanarteme desarrolló ayer en el Aula Mag-

na de su sede institucional, situada en la calle Juan de Quesada, unas jornadas bajo el título 'Seguridad del paciente'. El ponente Jesús Aranaz, responsable de Medicina Preventiva del hospital Universitario de San Juan de Alicante coincide con otros profesionales en que "los médicos deben apostar por la prevención como única fórmula para reducir los posibles riesgos del paciente".

Para Aranaz es imprescindible

añadir más barreras del instrumental utilizado para hacer más seguro el sistema sanitario. "Por ejemplo, si tenemos un sistema que sólo permite administrar un medicamento por vía intraparenteral, pues no cabe la posibilidad de que los profesionales cometamos un error", agrega.

Por otra parte, el doctor Aranaz apunta como el primer factor que puede desembocar en una mala praxis el hecho de que

"los médicos somos humanos y también cometemos errores". También apunta a la constante evolución y al manejo de una tecnología más compleja como posibles causas. Sin embargo, entiende que la sociedad valora positivamente que "los médicos hacen un esfuerzo tremendo por prolongar la vida del paciente. Hoy se opera a pacientes octogenarios, algo impensable hace veinte años y eso contribuye a aumentar el riesgo".

09



■ EL HOSPITAL SEVERO OCHOA HA ORGANIZADO UN CURSO SOBRE PRÓTESIS DE TITANIO EN CIRUGÍA DE OÍDO MEDIO QUE MOSTRÓ, ENTRE OTRAS COSAS, LOS ÚLTIMOS AVANCES EN LA RECONSTRUCCIÓN TÍMPANO-OSICULAR, DESDE UN PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO, Y LA ESTAPEDECTOMÍA Y LA PRÓTESIS DE TITANIO.

CORRESPONSALES: PILAR LÓPEZ GARCÍA-FRANCO, M^a ANGELES MARTÍN SÁNCHEZ, CHARO RUEDA Y CARMEN SALGADO.

HOSPITAL SEVERO OCHOA

Curso sobre confidencialidad y protección de datos en el ámbito hospitalario

Información al interesado, consentimiento para la cesión de sus datos y el establecimiento de medidas de seguridad necesarias para proteger los ficheros y los datos son algunas de las conclusiones que se establecieron en el "Curso Confidencialidad y Protección de datos", en su cuarta edición, que organizó recientemente el Hospital Severo Ochoa de Leganes.

Para la doctora Carmen Hernando de Larramendi, jefe de Servicio de Análisis Clínicos, y coordinadora del curso, "tenemos que mentalizarnos y ser exigente en todos los sectores del trabajo e ir por delante de la ley para evitar problemas".

El curso contó con la presencia de Alfonso Caballé y Ricardo de Lorenzo, del bufete de Lorenzo Abogados; Carmen Sánchez, consultora de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid; y Ángel Vallejo, abogado de la Dirección Técnica de Fremap.

Ante el planteamiento de la confidencialidad y protección de datos hay que partir siempre de una serie de derechos que están amparados por la Constitución. De ahí que se dé prioridad al derecho a la intimidad y la confidencialidad. La intimidad constituye un derecho de la personalidad y, como tal, ha de ser considerado como irre-

nunciabile, inalienable e imprescriptible. No podemos renunciar a él.

De forma general, se puede decir que los pilares de las profesiones sanitarias son la confianza y la confidencialidad y ésta se aplica a los datos de carácter personal registrados en cualquier soporte físico, ya sea de uso público o privado, tanto a ficheros de

información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.

PRINCIPIOS Y DERECHOS

Según la Ley Orgánica de Protección de Datos la persona que confía sus datos debe estar informada, de modo expreso, preciso e inequívoco de la existencia del fichero o tratamiento de los datos de carácter personal; del carácter voluntario u obligatorio; de quién es el responsable del fichero; de la finalidad y forma de utilización de sus datos y de su derecho de acceso; rectificación, cancelación u oposición. Las únicas excepciones o límites son tres:

- En situación de urgencia.
- Cuando el enfermo no quiere ser informado, ejerciendo su derecho a no saber.
- Cuando la información se encuentre inseparablemente unida a la información de otra persona.

Con respecto al derecho a la voluntad de no ser informado, se recomienda, cuando el interesado lo ejerza, dejar constancia del mismo en la historia clínica.

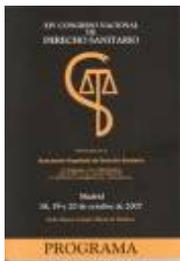
Como principio general, los datos sólo podrán ser comunicados a un tercero con consentimiento expreso de la persona, excepto en una serie de supuestos que establece la Ley. Esta cesión tiene carácter revocable.



Carmen Hernando de Larramendi, junto al gerente del Severo Ochoa, Cesar Gómez, y los abogados Ricardo de Lorenzo y Alfonso Caballé, en el momento de la inauguración del curso.

ordenadores como a historias clínicas en papel. Estos datos sólo podrán ser manejados por personas debidamente autorizadas.

El paciente, debe saber lo que se va a hacer con sus datos y a quien se le van a dar los mismos. Pero, la responsabilidad de guardar secreto sobre ellos es de todos los profesionales que se enteren de datos médicos, independientemente del trabajo que desempeñen. En este sentido se considera dato de carácter personal cualquier



19 Octubre 2007



De izquierda a derecha, Gustavo López-Muñoz Larraz, Doctor en Derecho y Abogado, Miembro de la Real Academia de Jurisprudencia; María de la Viesca Espinosa de los Monteros, Directora de Calidad Clínica Universitaria de Navarra; Ulises Ruiz Ferrandiz, Instituto Universitario de Evaluación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid, Enrique Perol García, Subdirector General de la Oficina de Planificación y Calidad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; Jesús M^a Aranz de Andrés, Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández, de Elche; y, Carmen Hernando de Larramendi

Madrid
22 al 24
octubre
2009

XVI CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO

Patrocinado por la
Asociación Española de Derecho Sanitario

PROGRAMA

Sede
Ilustre
Colegio Oficial
de Médicos de
Madrid

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO

C/ Velázquez, 124 - 28006 Madrid
Tel.: 91 561 17 12 - Fax: 91 564 07 91
Correo Electrónico: aeds@aeds.org
www.aeds.org

Secretaría de Organización SIASA CONGRESOS, S.A.

Pº de la Habana, 134 - 28036 Madrid
Tel.: 91 457 48 91 - Fax: 91 458 10 88
Correo Electrónico: acortes@siasa.es

VIERNES 23 DE OCTUBRE

4º TALLER DE TRABAJO "FUNDACIÓN MAPFRE" Pequeño Anfiteatro

12:00 - 14:00

LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. COMPROMISO COMPARTIDO

Director y Moderador
Dr. D. Angel de Benito Cordon
*Director del Area de Servicios Médicos Concertados,
MAPFRE FAMILIAR, Colaborador de FUNDACIÓN MAPFRE.*

ESTRATEGIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

D. Alberio Pardo Hernández
*Subdirector General de Calidad, Dirección General de
Atención al Paciente, Servicio Madrileño de Salud.*

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

D. Julián Vitaller Burillo
*Codirector de la monografía Gestión Sanitaria, Calidad y
seguridad de los pacientes, Editada por FUNDACIÓN MAPFRE,
Profesor del Departamento de Salud Pública de la Universidad
Miguel Hernández de Elche, Alicante.*

UNA GARANTÍA PARA LOS PACIENTES: LA FORMACIÓN BIOMÉDICA

D. Honorio-Carlos Bando Casado
*Doctor en Derecho, Vicepresidente de la Fundación de
Educación para la Salud (FUNDADEPS) y Vicepresidente de
la Fundación de Formación y Desarrollo Profesional (IDEPRO).*

CIRUGÍA EN SITIO ERRÓNEO. PERSPECTIVA DEL CIRUJANO ORTOPÉDICO

Dr. D. Diego García-Germán Vázquez
*Cirujano Ortopédico, Hospital Central de la Cruz Roja,
Beca de Ayuda a Investigación 2008 FUNDACIÓN MAPFRE.*

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

D. Pedro Rico Pérez
*Director Médico Hospital USP Santa Teresa de A. Coruña,
Beca de Ayuda a Investigación 2008 FUNDACIÓN MAPFRE.*

FUNDACIÓN MAPFRE

3º TALLER DE TRABAJO "FUNDACIÓN MAPFRE" Pequeño Anfiteatro

12:00 - 14:00

LOS PROFESIONALES SANITARIOS COMO GARANTES DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS SANITARIOS

Director y Moderador

Dr. D. Ángel de Benito Cerdón

*Director del Área de Servicios Médicos Concertados
MAPFRE FAMILIAR. Colaborador de FUNDACIÓN MAPFRE*

D. José Ramón Riera Velasco

*Director de Calidad e Innovación de los Servicios Sanitarios
de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de Asturias*

D. Ángel Igualada Menor

*Subdirector General Adjunto de Registro de Ficheros y Sistemas
de Información. Agencia de Protección de Datos de la
Comunidad de Madrid*

D. José María Ruíz Ortega

*Presidente de la Asociación Española de Gestión de Riesgos
Sanitarios (AEGRIS)
Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones
Dirección General Régimen Económico y Prestaciones
Servicio Murciano de Salud*

D. Jesús Rubí Navarrete

*Adjunto al Director de la Agencia Española de Protección
de Datos*

XVII CONGRESO
NACIONAL DE
DERECHO
SANITARIO

Madrid 21 a 23
de Octubre 2010

Patrocinado por la
**Asociación Española
de Derecho Sanitario**

Sede: Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de Madrid

**Asociación Española
de Derecho Sanitario**

C/ Velázquez, 124

28006 Madrid

Tel.: 91 561 17 12

Fax: 91 564 07 91

C. electrónico: aeds@aedso.org

www.aeds.org



XIV Reunión Nacional SEDIGLAC

SEVILLA, 14 y 15 de abril de 2010

Declarado de interés sanitario
por el Ministerio de Sanidad y Consumo

Lugar de celebración:

TORRE MAPFRE

c/ Ronda de Los Tajares s/n.

Sevilla

www.sediglac.org

XIV Reunión Nacional SEDIGLAC

XIV Reunión SEDIGLAC

Día 14 de abril

MIÉRCOLES

15.30 h. INAUGURACIÓN

Antonio Torres Olivera,
DIRECTOR GERENTE AGENCIA CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.

16.00 h. CONFERENCIA INAGURAL

**LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UN COMPROMISO
COMPARTIDO**

Jesús Aranaz de Andrés,
DIRECTOR ESTUDIOS ENEAS, APEAS e IBEAS. MINISTERIO DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL.
JEFE SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT
JOAN D'ALACANT.
PROFESOR SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ; CONSULTOR
OMS-OPS.

16.30 h. MESA REDONDA

EL PACIENTE, EJE DEL PROCESO ASISTENCIAL

MODERADORA:
Carmen Hernando de Larramendi y Martínez
FUNDACIÓN MAPFRE

ESCUELA DE PACIENTES:
Carles March Cerdá,
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

PREVENCIÓN DE ERRORES, PAPEL DEL LABORATORIO:
Franciso Mérida de la Torre,
HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE RONDA (*Málaga*)
Carmen Hernando de Larramendi
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA

17.30 h. CAFÉ

18.00 h. SESIÓN POSTER

MODERADORES:
J.L. Marin, HOSPITAL CLINIC BARCELONA.
M.L. Hortas, HOSPITAL COSTA DEL SOL (*Marbella*).
Con dos semanas de anticipación se avisará a los autores de los
posters seleccionados para su presentación oral.

20.15 h. ASAMBLEA GENERAL DE SEDIGLAC

21.00 h. CENA

SEGURIDAD LA CONCORDIBILIDAD, FRECUENTE EN LA ACTUALIDAD, LE HACE VULNERABLE Y MULTIPLICA EL RIESGO POR TRES

Un paciente bien informado reduce la probabilidad de sufrir efectos adversos

«Ya en 1700 a. C., el Código Hammurabi recogió la responsabilidad de los médicos de responder ante sus errores pagando con moneda, esclavos o, incluso, con sus mismos. Casi 3.000

años más después, parece mucho por hacer para cambiar la cultura de la seguridad clínica fomentando un ambiente proactivo en una relación médica-paciente más fluida.

El desafío tiene **Ortega**

Si algo ha cambiado en la práctica clínica es la utilización del perfil de los pacientes. Por ejemplo, por diagnóstico, tratamiento o por riesgo. Incluso «en algunos casos» ha hecho que los pacientes sean «más exigentes, más exigidos, más informados... y más callados». A juicio de José Antonio, jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario San Juan, de Almería, «el paciente pregunta más por su medicina, y eso es algo que los médicos debemos reconocer, vertiendo la comunicación y resolviendo cualquier duda».

Antes de comenzar durante la conferencia inaugural de la XIV Reunión de la Sociedad Española de Dirección y Gestión de las Unidades Clínicas (Redigra), celebrada en Sevilla, encuentro que muestra cómo tiene lugar el por ciento de los errores de atención per-



José Antonio, del Hospital San Juan, de Almería, y Juan Antonio Torres, de la Agencia de Calidad de Andalucía. Junto a ellos, director territorial de Málaga, Carmen Hernández de Larrea, presidenta de Sevilla, y Rosalinda Górriz, presidenta del comité organizador de la XIV Redigra en Sevilla.

sona que piensa que han informado correctamente a sus pacientes sobre las posibles complicaciones de un tratamiento, por ejemplo, sólo hay un 30 por ciento de los casos que consiguen haber recibido esa informa-

ción. Se trata de una situación que se puede cambiar ya que, según los datos presentados por Ortega, «un paciente bien informado es más vulnerable a los consejos por problemas con el médico que la salud de uno».

Además, el médico no debe sólo dar información, también ha de recibirla «para evitar interacciones que se produzcan al no saber qué derivación está tomando la persona». Además de «el clima de la relación médico-paciente se reduce la probabilidad de que aparezcan efectos adversos, algo fundamental considerando que «el 60 por ciento de la población ha presentado un aumento de la vulnerabilidad, lo que hace al paciente más vulnerable, es que esto conlleva a multiplicar el riesgo por tres». Según Ortega, esto es un factor importante contra el que no se puede luchar, pero sí podemos la-

cer contra los obstáculos, como la instrumentalización, que si se limita a la relación puede aumentar considerablemente la probabilidad de cometer una infección por uréter, por ejemplo».

Del mismo modo, se trata de la adecuada información del paciente, «realizar el procedimiento correcto a la persona correcta en el lugar correcto». Por eso trata a todos con la voz sobre de «comunicar a los pacientes según su estado de vulnerabilidad, pero que no sólo sea su nombre, cuando en cada consulta manejan un nivel de claridad mayor o menor», se pregunta.

La ocasión

Para que esto sea posible es preciso cambiar la cultura de la seguridad, que Antonio define como «una cultura en que es más difícil saber un error que decirlo». El error se define en este mismo tipo de cultura de seguridad clínica psicológica -o oculta versus-, errores, actuaciones o acciones erróneas de gestión de riesgo, procesos y conductas, en la que la atención se centra en el paciente y no en el profesional. «Algunos errores se pueden poner a la cultura proactiva es difícil, pero la mayoría de los hospitales españoles están listos para estar en estado».

GARANTIZANDO LA CALIDAD

«Lo primero que hicimos fue definir qué es calidad, y cuando se definió, luego uno está obligado a preguntarse», ha dicho Antonio Torres en referencia a la calidad que dirige la Agencia de Calidad de Andalucía. Además de dar esta garantía, la agencia se va a poder acreditar centros y profesionales, evaluar tecnologías y «cumplir con el reto de convertir el

compromiso tácito sobre calidad en un compromiso explícito que permita mejorar la atención sanitaria». Por ello trata de ir a los centros del Sistema Andaluz de Salud de «los tres niveles que permitan tener una cultura de calidad, estando a los profesionales de los hospitales asociados para acreditarlos y para mejorar la seguridad clínica».



Búsqueda en Escritorio



Menú general

Directorio MAPFRE ▶

Conocer MAPFRE ▶

Oficina Internet (O.I.M) ▶

Suscripción a Boletines

Seguridad y Medio Ambiente

Portales MAPFRE

Normas y procedimientos
Generales ▶

Responsabilidad Social y Acción
social

Soluciones a la Dependencia

Imagen Corporativa ▶

Publicaciones ▶

Noticias Corporativas

Zona Común: [Inicio](#)

NOTICIAS



FUNDACIÓN MAPFRE concede Becas de Formación a 50 profesionales iberoamericanos en España

En total se han concedido 50 becas cuyo objetivo es promover la formación, el estudio y la investigación en las áreas de salud, prevención y medio ambiente. La distribución de las mismas ha sido: 25 en salud y 25 en prevención y medio ambiente.



[ampliar noticia](#)

CIRUGÍA



LOS ERRORES EN EL QUIRÓFANO AÚN SON FRECUENTES

La falta de comunicación puede provocar que se intervenga el órgano o al paciente equivocado

ÁNGEL DÍAZ

Los errores en el quirófano, tales como equivocarse de miembro u órgano o incluso operar al paciente equivocado, son relativamente raros pero más comunes de lo que podría parecer a simple vista. Así se desprende de un estudio que acaba de presentar un grupo de científicos de la Universidad de Colorado en Denver (Estados Unidos), cuya conclusión es que habría que prestar mucha más atención a esta clase de «errores evitables».

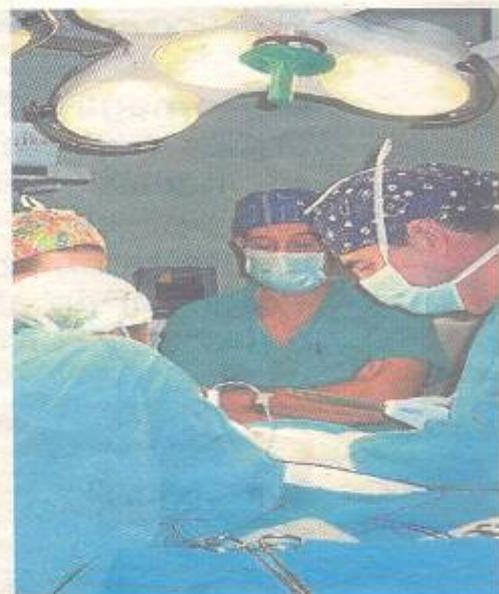
Los investigadores, dirigidos por el doctor Philip Stahel, analizaron más de 27.000 incidencias de una compañía de seguros de Colorado, producidas entre 2002 y 2008. Allí encontraron 25 casos de operaciones a pacientes equivocados y 107 intervenciones realizadas en lugares erróneos, como un caso en el que los cirujanos se equivocaron de pulmón y causaron la muerte del paciente. En total, se había producido un daño significativo en 43 ocasiones.

Los autores señalan que las equivocaciones en quirófano no representan un alto porcentaje en comparación con otros fallos y problemas que aquejan al ámbito sanitario, pero tampoco se trata de casos aislados. Se calcula que en EEUU se produce una intervención errónea de cada 75.000. Pero lo más dramático es que todas ellas habrían sido fácilmente evitables. En muchos casos, la única causa atribuida a la equivocación fue, sencillamente, la falta de comunicación.

«Cualquier intervención en la que estén involucrados procedimientos en el sitio erróneo o en el paciente equivocado representa una complicación quirúrgica inaceptable», señalan los autores del estudio, que hacen un llamamiento a la «tolerancia cero» contra estos fallos y a un estricto seguimiento de la normativa.

Los protocolos de prevención demandan una verificación previa, marcar antes el área que se va a intervenir y hacer un repaso de última hora, justo antes de operar. Saltarse esta breve reunión entre los miembros del equipo, o no hacerla como se debería, es la causa del 72% de las intervenciones en el sitio erróneo, según el citado estudio, publicado recientemente en la revista *Archives of Surgery*.

«No es tan simple como repasar una lista de tareas», advierte Martin Mackary, cirujano de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore. «Hace falta un cambio de cultura», añade, porque muchas veces los miembros del equipo no se atreven a decir que algo puede estar yendo mal. «Hay una jerarquía muy fuerte en el quirófano: las órdenes se dicen telegráficamente, a nadie se le ve la cara. Es un entorno muy intimidatorio», según ha explicado este especialista.



Se calcula que en Estados Unidos se produce una intervención errónea de cada 75.000. Los protocolos de prevención reclaman una verificación previa. / EL MUNDO

EL PACIENTE CENTRO DEL PROCESO ASISTENCIAL EXPERIENCIA ÁREA SANITARIA 9 DE MADRID IDENTIFICACIÓN PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE ÚNICA EN EL TIEMPO
SIL ÚNICO para todos los laboratorios
INFORME ÚNICO DE RESULTADOS de todos los laboratorios

Integrando en cada paciente sus resultados procedentes circuito
Urgente, Especializada y Primaria de los diferentes laboratorios

Hernando de Larramendi C, **Proceso de implantación de un Sistema de Gestión Integrado en los laboratorios.**
Rev MAPFRE Medicina [1994](#); Vol 5 (SupIII):152-155

Hernando de Larramendi C, Arias Menedez , **Proceso de modernización en la Organización de los Laboratorios del Area Sanitaria 9 de Madrid.** Rev de Gestión y Evaluación de los Costes Sanitarios, [2000](#): Vol1 /núm 2: 144-146

AREA DE LABORATORIOS

Jefe de Ochoa, s.a. 2101 Leganes (Madrid) DPT. F140/001

N° de petición: _____ N° de historia: _____
 Apellidos: _____ Nombre: _____
 Edad: 89 Sexo: Mujer
 Servicio: ENDOCRINOLOGIA Origen: LEGANES
 Médico: JMO INFORMADO Destino: CONSULTA
 Casa: _____ Fecha de petición: 15/01/2008
 Diagnóstico: D.M.

Observaciones

BIOQUIMICA GENERAL

GLUCOSA	07	mg/dL	[76 - 110]
UREA	49	mg/dL	[10 - 50]
CREATININA	0,98	mg/dL	[0,50 - 1,40]
ACIDO URICO	5,5	mg/dL	[2,4 - 7,7]
COLESTEROL	244	mg/dL	[100 - 200]
TRIGLICERIDOS	127	mg/dL	[30 - 200]
PROTEINAS TOTALES	7,8	g/dL	[6,8 - 8,7]
AST	14	U/L	[0 - 31]
ALT	20	U/L	[0 - 31]
GGT	43	U/L	[7 - 32]
CALCIO	9,5	mg/dL	[8,4 - 10,4]
FOSFORO	3,1	mg/dL	[2,7 - 4,3]
SODIO	145	mg/dL	[135 - 145]
POTASIO	4,7	mg/dL	[3,5 - 5]

QUIMICA CLINICA

HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C) 6,48 % [4 - 5,9]

Estándar de calibración ID5 (Lapin)

URINANALISIS

PAUCALHEMIA (eritrocitos) <3 mg/L [0 - 30]

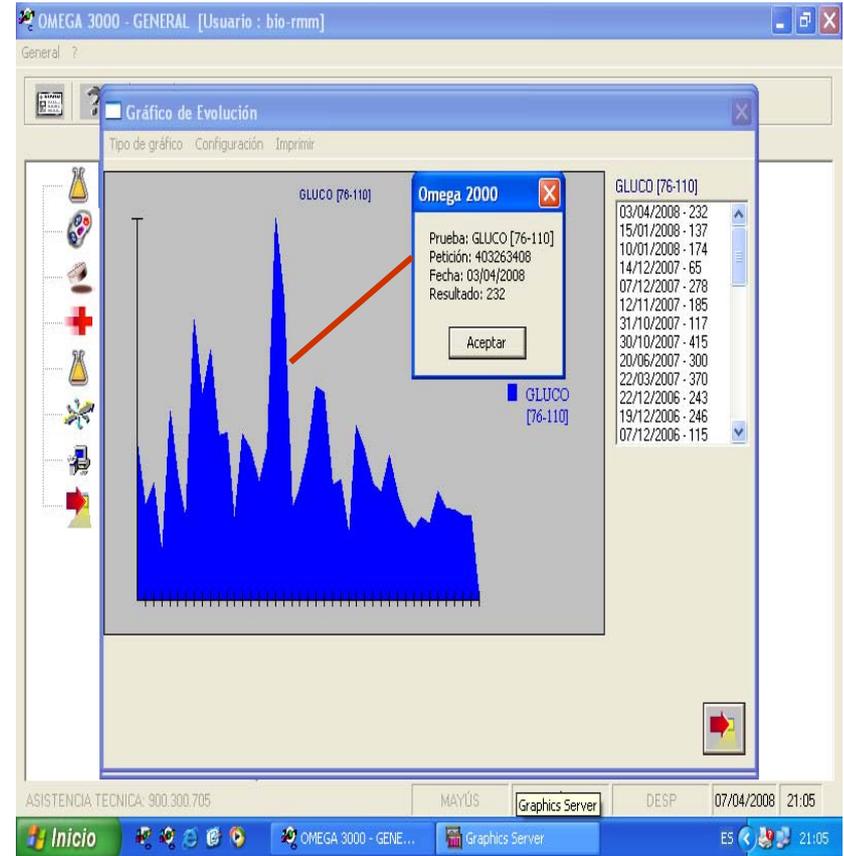
INDICE PAREALBUMINA/CREATININ NoCalc

SISTEMATICO

DENSIDAD	1009	LEUCOCITOS	Negativo
NITRITOS	Negativo	pH	5
GLUCOSA	Normal	PROTEINAS	Negativo
CUERPOS/CIETONICOS	Negativo	UROBILINOGENO	No cal
BILIRUBINA	Negativo	HEMATIES	Negativo

Jefe de Servicio de Análisis Clínicos: Dra C. Hernando de Larrañaga
 Jefe de Servicio de Hematología: Dr. F. Sánchez-Godoy
 Jefe de Servicio de Microbiología: Dra I. Wáñez de Oje

Declaro en la presente en la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (Ley 15/1999 de 13 de diciembre), se inscribo sus datos según objeto de tratamiento e incorporando a ficheros del Área de AE con fines asistenciales, de gestión, investigación científica y docencia. Solo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho de acceso, actualización, rectificación y oposición en la persona del Área.





Hospital Universitario
Severo Ochoa

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

AREA DE LABORATORIOS

Avda. de Orellana, s/n 28911 Leganés (Madrid) Telf. 914818000

Nº de petición 316167123

Apellidos:

Edad: 70

Servicio: ATENCION PRIMARIA

Médico: 09030201L

Cama:

Diagnóstico: J.C. BOCIO GRADQ 2 EN PACIENTE DE 70 AÑOS

Observaciones GALAN TORRESANO, MARIA JOSE

Nº de historia

Nombre: NOELIA

Sexo: Mujer

Origen: FUENLABRADA

Destino: C.S. CASTILLA LA NUEVA

Fecha de petición: 16/03/2010

BIOQUIMICA GENERAL

GLUCOSA	*	73	mg/dL	[76 - 110]
CREATININA		0.52	mg/dL	[0.39 - 0.73]
COLESTEROL	*	256	mg/dL	[100 - 200]
PROTEINAS TOTALES	*	8.1	g/dL	[6 - 8]
AST		28	U/L	[19 - 41]
ALT		17	U/L	[0 - 31]
GGT		14	U/L	[7 - 32]
FOSFATASA ALCALINA		224	U/L	[35 - 300]
CALCIO		9.6	mg/dL	[9.1 - 10.6]
FOSFORO		4.8	mg/dL	[3.75 - 5.84]
HIERRO		74	mcg/dL	[28 - 144]
FERRITINA		37.0	ng/ml	[20 - 200]

INMUNOQUÍMICA

SISTEMA HIPOFISO-TIROIDEO

TIROXINA LIBRE	*	0.26	ng/dL	[0.89 - 1.8]
T.S.H.	*	435.86	mU/ml	[0.35 - 5.5]

Resultado enviado por FAX a las 13 horas del día 16 de Marzo
Fdo Dra H.de Larramendi

Anticuerpos antiTPO	*	>1300.0	U/ml	[0 - 60]
---------------------	---	---------	------	------------

Jefe de Servicio de Análisis Clínicos: Dra C. Hernando de Larramendi
Jefe de Servicio de Hematología: Dr. P. Sanchez Godoy
Jefe de Servicio de Microbiología: Dra I. Wilhelmi de Cal

Fecha del informe final: 16/03/2010
Fecha de este informe: 5/4/2010

Es una copia



Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter personal (Ley 15/1999 de 13 de diciembre), se informa que sus datos serán objeto de tratamiento e incorporados a ficheros del Área 9 AE con fines asistenciales, de gestión, investigación científica y para ejercer el derecho de acceso, cancelación, rectificación y oposición en la

*** REPORTE DE TX ***

TRANSMISION OK

Nº TX/RX 3548
TELEFONO CONEXION 0916000107
ID CONEXION CASTILLA NUEVA
HORA COM 16/03 12:53
TP USADO 00:35
PAGINAS ENVIADAS 1
RESULTADO OK



Hospital Universitario
Severo Ochoa

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

AREA DE LABORATORIOS

Avda. de Orellana, s/n 28911 Leganés (Madrid) Telf. 914818000

Nº de petición 316167123

Apellidos:

Edad: 70

Servicio: ATENCION PRIMARIA

Médico: 09030201L

Cama:

Diagnóstico: J.C. BOCIO GRADQ 2 EN PACIENTE DE 70 AÑOS

Observaciones GALAN TORRESANO, MARIA JOSE

Nº de historia

Nombre: NOELIA

Sexo: Mujer

Origen: FUENLABRADA

Destino: C.S. CASTILLA LA NUEVA

Fecha de petición: 16/03/2010

entrapar a b
MUY URGENTE
Dra Gokan
Dra Hernandez

BIOQUIMICA GENERAL

GLUCOSA	*	73	mg/dL	[76 - 110]
CREATININA		0.52	mg/dL	[0.39 - 0.73]
COLESTEROL	*	256	mg/dL	[100 - 200]
PROTEINAS TOTALES	*	8.1	g/dL	[6 - 8]
AST		28	U/L	[19 - 41]
ALT		17	U/L	[0 - 31]
GGT		14	U/L	[7 - 32]
FOSFATASA ALCALINA		224	U/L	[35 - 300]
CALCIO		9.6	mg/dL	[9.1 - 10.6]
FOSFORO		4.8	mg/dL	[3.75 - 5.84]
HIERRO		74	mcg/dL	[28 - 144]
FERRITINA		37.0	ng/ml	[20 - 200]

INMUNOQUÍMICA

SISTEMA HIPOFISO-TIROIDEO

TIROXINA LIBRE	*	0.26	ng/dL	[0.89 - 1.8]
T.S.H.	*	435.86	mU/ml	[0.35 - 5.5]

Resultado enviado por FAX a las 13 horas del día 16 de Marzo
Fdo Dra H.de Larramendi

U1

Anticuerpos antiTPO	*	>1300.0	U/ml	[0 - 60]
---------------------	---	---------	------	------------

OMEGA 3000 3.3 | Usuario : bio-rmm

OMEGA3MIL

Urgencias > Registro de Resultados

N Petición: Nombre: S: Edad: Diagnósticos:

Diagnósticos

Fecha Petición	Hora	N. Petición	Diagnóstico	Inf. Adicional
06/11/2003	8:59	1106026980	NO INFORMADO	Urgencia
04/12/2003	9:08	1204094328	NO INFORMADO	Laboratorio
26/04/2004	10:26	426099807		Laboratorio
28/12/2005	21:19	1228013007	AGITACION	Urgencia
29/12/2005	1:49	1229012918	INTOXICACION	Urgencia
07/11/2006	20:22	1107013695	NO INFORMADO	Urgencia
29/03/2007	22:33	329020077	PCTE PSIQ AGRESIVO	Urgencia
19/04/2007	14:19	419006833	INTOX. ETILICA	Urgencia
16/06/2007	0:34	616013920	AGITACION PSCOMOTRIZ	Urgencia
02/07/2007	21:36	702020121	ALCOHOLEMIA	Urgencia
02/11/2007	16:50	1102007999		Urgencia
16/01/2008	19:34	116021070	NO INFORMADO	Urgencia
26/02/2009	18:36	226007868	INTOX ETILICA	Urgencia
14/12/2009	15:04	1214007459	BRONQUITIS/BRONQUIOLITIS	Urgencia
21/12/2009	8:11	1221538509	NO INFORMADO	Laboratorio
11/04/2010	22:10	411011807	ALCOHOLISMO	Urgencia

Pregunta: Res.: V:

Paginación
 Páginas: 1

Información
 Valab
 Delta Check
 Alarmas
 Repeticiones
 Comentarios
 Resultados
 Comentario

EL PACIENTE CENTRO DEL PROCESO ASISTENCIAL

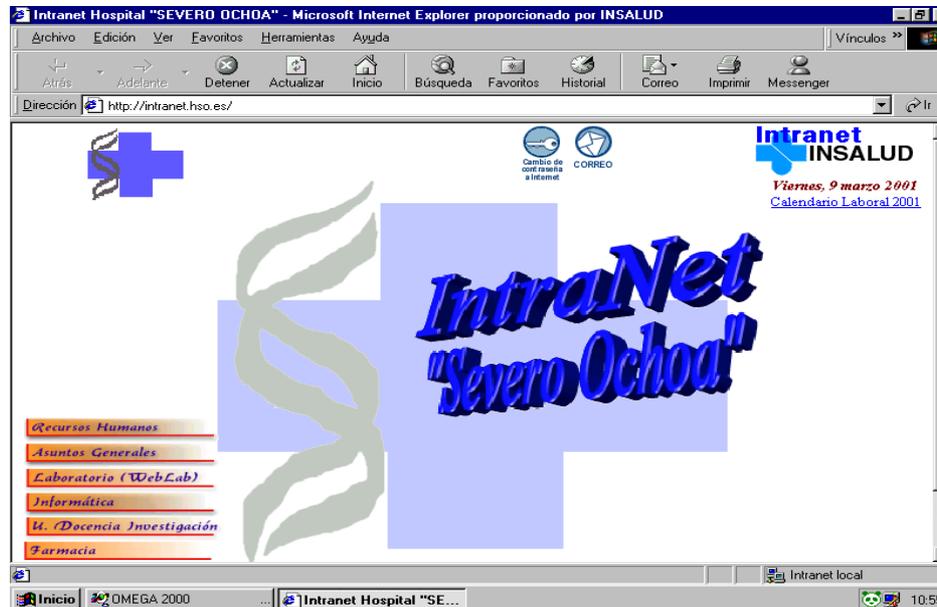
EXPERIENCIA ÁREA SANITARIA 9 DE MADRID

WEB DE LOS LABORATORIOS

HOSPITAL SEVERO OCHOA :Unidades Hospitalización/Consultas

Centros de ATENCIÓN PRIMARIA **Leganés** y **Fuenlabrada**

HOSPITAL DE FUENLABRADA



DECÁLOGO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

Para mejorar la calidad de la atención a los pacientes se proponen los siguientes puntos orientadores:

1. Identificar inequívocamente a los pacientes.
2. Evitar errores de medicación.
3. Comunicarnos con claridad entre todos.
4. Facilitar la participación activa del paciente: escuchar, hacerse entender y comprobarlo.
5. Seguir las guías y protocolos.
6. Realizar la cirugía y cualquier procedimiento de forma reglada.
7. Prevenir y evitar las caídas de los pacientes.
8. Trabajar con pulcritud para evitar infecciones.
8. Saber reconocer nuestras limitaciones: pedir ayuda.
9. Practicar y difundir la seguridad clínica siempre.

“Errar es humano, ocultarlo imperdonable, no aprender del error inexcusable”

Liam Donaldson

Si queréis más información, podéis acceder a la intranet del hospital y pinchar en la pestaña de ‘Seguridad del Paciente’

Todos tenemos que implicarnos para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y reforzar las garantías de seguridad para el paciente y los profesionales.

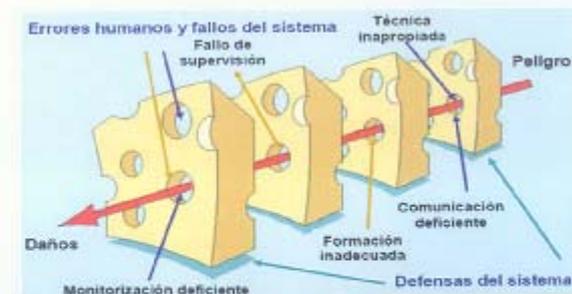


UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS (UFRS)

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios se han creado en los hospitales de la Comunidad de Madrid para mejorar el nivel de seguridad en la atención al paciente y dependen del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios.

En nuestro hospital, esta Unidad, se creó el 1 junio de 2006.

La asistencia sanitaria es una actividad compleja, por lo que es fácil que se produzcan errores incluso en las mejores instituciones. Para evitarlos, se intenta gestionar el riesgo: identificarlo, evaluarlo e intentar eliminarlo o al menos disminuir el daño que pueda producirse. A esto se le conoce como **Gestión de riesgos**.



Hipótesis de Reason sobre cómo se producen los errores

En una actividad de riesgo hay barreras de protección. Los agujeros son **incidentes**, fallos en el sistema que no tienen consecuencias si se detectan a tiempo, pero que **sumados terminan produciendo un daño, un efecto adverso**.

Este empresario vasco cogió las riendas de Mapfre en 1953 con 200 trabajadores y prácticamente en quince, 50 años más tarde se publicó el padrón de sus 10.000 trabajadores y situado a Mapfre como la primera aseguradora del país, además de incluirlo en el IREX-35 durante veinte años. Un empresario de éxito, cuyo legado es la obra de un católico ejemplo: sereno de carbonero, y que sin proponérselo ha creado en Mapfre un modelo de empresa según la Doctrina Social de la Iglesia.

Ignacio Hernando de Larramendi es modelo de muchas cosas, pero lo que más llama la atención es el haber «construido» una empresa de prestigio a lo largo de 40 años con las «herramientas» de la Doctrina Social de la Iglesia. Un ejemplo poco común en España.

I. HERNANDO DE LARRAMENDI

Lejón ARTOLA/ Alex RICARD

Máximo ejecutivo e impulsor de MAPFRE (1955-1990)

«He renunciado a mi patrimonio para no dejar 'hijos de rico'»

Reportaje gráfico: Fátima Sobrón



«Mis creencias religiosas de 'fe de carbonero' las he mantenido, demostrando que es posible el éxito en la empresa sin pelotazos ni dependencia política ni financiera»

«¿Usted ha renunciado a ser rico, verdad?»
No he tenido la tentación de ser rico. Me ha gustado vivir bien, pero no dejar a hijos de ricos que siempre han tenido una existencia feliz. Cero que a mis hijos le ha beneficiado el saber que no iban a tener rumbos. En vez de dársele a mis hijos, he cedido todo mi patrimonio -1.000 millones de pesetas- a la Fundación Hernando de Larramendi que tiene por objeto promover proyectos de la Iglesia católica y premios de Historia del Cristianismo.

«¿Cuál es el secreto de su éxito como empresario?»
El secreto de mi triunfo en Mapfre se basa en un cierto instinto empresarial. Tratar a la gente bien; ser vana y serio. Cuando entré en Mapfre la empresa estaba en quiebra y tenía 200 trabajadores. Tuve que hacer a 100. No había más remedio. Y siempre di la cara ante los despedidos. Entonces esos empleados son testas la experiencia en cubrir la nómina. De los que entonces después sólo uno se enfadó conmigo. Los demás lo comprendieron. Hoy que dar la cara en estas situaciones difíciles y no procurar que los padres intermedios ligan ese papel.

«No habla sindicatos»
«¿Cuál ha sido su manera de dirigir Mapfre?»

«He tenido por norma dar siempre la cara. En la empresa hemos creado una cultura que algunos denominan «confesional». Los propios trabajadores se sienten parte de una empresa seria, y eso es muy importante para que se sienten orgullosos. La prueba es que nunca ha habido una tensión social dentro de Mapfre. Durante muchos años no había ni comité de empresa. Teníamos que basar a los más anarquistas pues que organizaban la cuestión sindical porque nadie tenía necesidad de reclamar o luchar por algún derecho ante la empresa.»

«¿En qué se basa la Doctrina Social de Mapfre?»
«En defender la verdad frente a la mentira y el engaño, y es sólo la verdad dignifica y salva. También el respeto a los hombres, exigéndonos

EL DECALOGO DE LARRAMENDI PARA EL ÉXITO

- 1.- Es indispensable ser ético para ser rentable
- 2.- Austero en los gastos
- 3.- Decir la verdad
- 4.- No hacer trampas... ni con Hacienda
- 5.- Ser serio en el trabajo
- 6.- Equidad en las decisiones
- 7.- Transparencia ante trabajadores y clientes
- 8.- Objetivo en el juzgar
- 9.- Dar la cara ante las dificultades
- 10.- Respeto por los trabajadores



pero sin desbordarlos. Me fue dicho que soy un directivo humanista; he tratado de serlo y en muchas ocasiones lo he conseguido, aunque no haya decidido mucho tiempo a lo que llamamos la «vida individual de mis colaboradores», me lo reprochaba normalmente mi esposa... La «cultura Mapfre» también tiene una obsesión por la calidad. En todos los servicios y los trabajos de mis dependencias, y también en otras actividades fuera de Mapfre, he tratado que se hagan con calidad y que esta consistiera a Mapfre. Y es que la calidad precede del amor a Dios y del

amor a la verdad, que una empresa necesita, aunque algunos lo creen inconveniente; a la larga creo que no sólo no lo es sino que es la única posibilidad de éxito.

«¿Es un hombre afortunado?»
«He de reconocer la suerte que he tenido en mi vida. He sido un hombre con suerte, de mucha suerte por lo que doy gracias a Dios. He conocido personas y amigos en los que se ha cumplido lo malo suerte; a mí me ha ocurrido lo contrario, con mis actividades, mi familia y con mi vida más íntima. Dios me ha favorecido y lo agradezco, nunca bastante».

Mi tesoro

«¿Y su gran tesoro, su mujer y su familia?»
«Antes, mi mujer Lourdes me ha ayudado no sólo cuando éramos novios, sino posteriormente cuando yo ríamos mis hijos. Ha sido también como mi madre, la mujer fuerte del Evangelio, que acepta todo, soporta todo y sonríe cuando resuelve los intransigibles problemas de una familia en una vida agitada. Para mí, y para las empresas Mapfre, Lourdes ha sido un Eterno de Dios.»

«En un mundo donde el poder y el dinero libran a los hombres... a usted, dejó un gran legado y el mejor de los ejemplos.»

«Por razones personales quiero que se sepa que todo el patrimonio que dejare a mi muerte, y todo mi capital, es de unos 50 millones de pesetas. Pero lo importante de mi acción ha sido las aportaciones anuales que se destinaron a Fundaciones de interés general, no empresarial. Cero que en 1999 han sido más de 2.000 millones de pesetas.»

Pienso que en mi vida he contribuido a mejores situaciones, a crear bienestar a empleados y delegados, y a dar ejemplo para que otros managers. Siempre consciente de no haber hecho más nunca a nadie a sabiendas. Hecho haber hecho más pero no he podido.»

«Século con orgullo que me he mantenido en mis creencias religiosas, ante «fe de carbonero», como apostó de mis mayores y dejó a mis descendientes; me basta. Mi actuación además demuestra que es posible el éxito sin pelotazos ni dependencia política ni financiera, cuando esto parece un obstáculo en la sociedad en que vivimos. Sólo para el final una palabra a Lourdes, mi esposa. Gracias.»

«¿Cuáles son los consejos que recomendaría a los ejecutivos de hoy en día para tener el éxito en la gestión empresarial que usted ha tenido a lo largo de su carrera?»

«Básicamente dice principios sencillos pero claros es indispensable ser ético para ser rentable, austero en los gastos, decir la verdad, no hacer trampas... ni con Hacienda, ser serio en el trabajo, equidad en las decisiones, transparencia ante trabajadores y clientes, objetivo en el juzgar, dar la cara ante las dificultades, y por último, gran respeto por los trabajadores.»

9 Hijos:

2 Médicos

2 Abogados

2 Filólogos

1 Biólogo y Marino Mercante

1 Ingeniero Informático

1 Explorador Polar

7 de Septiembre 2001

LA FAMILIA DEL
EXCELENTÍSIMO SEÑOR
**DON IGNACIO
HERNANDO DE LARRAMENDI
Y MONTIANO**

Agradece las innumerables muestras de afecto recibidas con ocasión de su fallecimiento, y en cumplimiento de una de sus últimas voluntades hace constar por este medio su agradecimiento a cuantos médicos y personal sanitario le atendieron a lo largo de su vida y, muy especialmente, a quienes, pertenecientes al Hospital Severo Ochoa, Hospital 12 de Octubre, Hospital de Cuidados Paliativos de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) del Hospital de la Princesa, y Centro de Salud "Lagasca" del INSALUD, tan ejemplarmente le asistieron en su última enfermedad.

(1)

4 Julio 2.001

EL DECÁLOGO DE LARRAMENDI PARA EL ÉXITO

- 1.- Es indispensable ser ético para ser rentable
- 2.- Austero en los gastos
- 3.- Decir la verdad
- 4.- No hacer trampas... ni con Hacienda
- 5.- Ser serio en el trabajo
- 6.- Equidad en las decisiones
- 7.- Transparencia ante trabajadores y clientes
- 8.- Objetivo en el juzgar
- 9.- Dar la cara ante las dificultades
- 10.- Respeto por los trabajadores



LA RAZÓN



FUNDACIÓN
IGNACIO
LARRAMENDI

La Fundación tiene unos fines claramente establecidos de carácter **benéfico** y **investigación histórica** con una clara vocación **hispanoamericanista**.

IGNACIO

Así se hizo
MAPFRE

HERNANDO de
LARRAMENDI

Mi tiempo



ACTAS
EDITORIAL