
Análisis de la estructura organizativa de la seguridad del paciente en los centros hospitalarios

**Ángel Gil, Alberto Pardo
Raquel Arguedas**

Ayudas a la investigación 2011

FUNDACIÓN MAPFRE

Autores:

Ángel Gil de Miguel

Catedrático del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad Rey Juan Carlos.

Alberto Pardo Hernández.

Subdirector de calidad. Servicio Madrileño de Salud

Raquel Arguedas Sanz

Profesora Titular del Departamento de Economía de la Empresa
y Contabilidad. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. UNED.

Agradecimientos:

A Jesús López Alcalde y Mar Fernández por su colaboración en la búsqueda bibliográfica y a Miguel Albarran y Pedro Campuzano por su ayuda en el cuestionario de la estructura organizativa y la obtención y el análisis de datos.

A los directivos, miembros de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios y a los profesionales del Servicio Madrileño de Salud que han participado en este trabajo.

A los alumnos de la IV edición del Master de seguridad del paciente y calidad asistencial de la Universidad Miguel Hernández.

A Elena Juarez (Directora General de Atención al Paciente) y a los miembros de la Subdirección de calidad.

Índice

	Página
1. INTRODUCCIÓN. OBJETIVOS DEL TRABAJO	4
2. METODOLOGÍA	5
A. PRIMER OBJETIVO	5
B. SEGUNDO OBJETIVO	7
C. TERCER OBJETIVO	10
3. RESULTADOS	11
DESCRIPCIÓN LA IMPLANTACIÓN ORGANIZATIVA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	12
ESTRATEGIAS Y PLANES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD	13
ESTRUCTURA A NIVEL DE CENTROS: UNIDADES FUNCIONALES	17
IDENTIFICAR Y DESCRIBIR LOS ASPECTOS CLAVE Y LAS BARRERAS A LA IMPLANTACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS	18
DESCRIBIR Y PROPONER CRITERIOS QUE FACILITEN LA EVALUACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS	30
4. DISCUSIÓN	31
5. CONCLUSIONES	39
6. BIBLIOGRAFÍA	41
7. ANEXO	45

1. INTRODUCCIÓN

En el momento actual, la seguridad del paciente se considera un atributo fundamental de la calidad asistencial, representando su mejora un reto tanto para los profesionales como para las diferentes organizaciones sanitarias. En este sentido, tenemos informes como la “An Organization with a Memory” del Departamento de Salud Británico el año 2000 y el “First National Report on Patient Safety” australiano del Australian Council for Safety and Quality in Health Care de 2001, donde se refleja como la seguridad es una dimensión esencial de la calidad asistencial y sin ella aumenta la probabilidad de que otras dimensiones como la efectividad o la satisfacción de los pacientes se vean afectadas negativamente ⁽¹⁾.

Para entender la importancia actual de la seguridad podemos considerar diferentes causas como pueden ser el avance de la propia ciencia con un incremento de la complejidad de los procesos y procedimientos, la utilización de una tecnología también más desarrollada o la existencia de pacientes que cada vez tienen una edad media mayor y por tanto, con mayor número de patologías y con un aumento de la cronicidad de las mismas. Como resumen podemos citar la frase de Cyril Chantler, publicada en 1999 por la revista Lancet, “La medicina solía ser simple, inefectiva y relativamente segura, ahora es compleja, efectiva y potencialmente peligrosa” ⁽²⁾.

Si nos fijamos en los antecedentes históricos de la seguridad podemos comenzar por la escuela hipocrática con su conocido aforismo “primum non nocere”, que aparece de manera aproximada en el Corpus Hippocraticum en la forma “para ayudar, o por lo menos no hacer daño” ⁽³⁾ pero si nos centramos en los últimos 100 años nos encontramos con la figura del cirujano de Boston, Ernest Codman ⁽⁴⁾ que planteó la necesidad de registrar y medir los resultados de sus intervenciones, entendiendo que la recogida sistemática del proceso y del resultado asistencial era la mejor manera para encarar el análisis de los resultados adversos. Además elaboró publicaciones para dar a conocer sus errores, estableciendo una clasificación de los mismos (errores por falta de conocimiento o habilidad técnica, por falta de criterio o diagnóstico, por fallo del equipo, etc.).

Tuvieron que pasar bastantes años hasta que en la mitad del siglo pasado, nos encontramos con el estudio que en el año 1964, Schimmel ⁽⁵⁾ publicó sobre los riesgos de la hospitalización, señalando, que de acuerdo con la opinión del momento ⁽⁶⁾, los efectos adversos eran el tributo a pagar por los nuevos avances tecnológicos y las enfermedades del progreso de la medicina.

En todo este camino, no había existido la suficiente repercusión ni en las diferentes instituciones ni en los propios profesionales hasta finales del siglo pasado, en el que primero Brennan con su publicación en el año 1991, de un estudio sobre 30.121 expedientes del estado de

Nueva York, en el que concluyó que había una cantidad sustancial de daño a los pacientes, relacionado con una atención deficiente ⁽⁷⁾ y fundamentalmente el informe To Err is Human: building a Safer Health System ⁽⁸⁾ en el que se estimaba que alrededor de 98.000 personas mueren en un año debido a errores médicos producidos en los hospitales.

En este último informe, ya se establece la necesidad de un enfoque integral para mejorar la seguridad del paciente con factores que inciden en la organización como un fuerte liderazgo para la seguridad, una cultura organizacional que fomente el reconocimiento y el aprendizaje de los errores, y un programa efectivo de seguridad del paciente.

A partir de este momento podemos reconocer un cambio en el enfoque centrado fundamentalmente en la responsabilidad hacia un enfoque centrado en la seguridad del paciente. Como ejemplo del mismo, podemos citar como el tema más frecuente de publicaciones, antes del informe, en esta materia estaba relacionado con la negligencia, mientras que la cultura organizacional fue el tema más frecuente después de la publicación del informe ⁽⁹⁾.

En nuestro país, la evolución histórica ha sido análoga. En concreto, durante los años ochenta podemos situar una primera fase relacionada con la responsabilidad y su posible aseguramiento, en los noventa se situaría la fase de gestión de riesgos y en el siglo actual encontraríamos la fase de seguridad del paciente ⁽¹⁰⁾.

Para entender mejor esta evolución, podemos citar algunos aspectos que consideramos importantes para ver la similitud con lo ocurrido fuera de nuestras fronteras, así desde principios de los años ochenta las reclamaciones relacionadas con la responsabilidad sanitaria fueron incrementándose de forma progresiva en nuestro país ⁽¹¹⁾ y como consecuencia se produjo un aumento de la contratación de pólizas de seguros, tanto de forma individual, como fundamentalmente por parte de las diferentes Comunidades Autónomas y el INSALUD.

Una de las primeras consecuencias fue que se empezaron a conocer datos de las causas de las reclamaciones. Por ejemplo, los motivos más frecuentes eran los debidos al tratamiento y dentro de ellos destacaban los problemas de desempeño técnico quirúrgico. En cuanto a las áreas objeto de reclamaciones, destacaba la traumatología, la obstetricia-ginecología y la cirugía general ⁽¹²⁾.

No obstante, junto a alguna ventaja como la previamente citada también apareció un importante dificultad relacionada con el aumento de las reclamaciones y consecuentemente del coste de las mismas lo que produjo una crisis del aseguramiento. Ante esta situación y de forma similar a lo señalado en el estudio To Err is Human se comenzó a producir un cambio de enfoque y como ejemplo pode-

mos citar la última Circular del INSALUD ⁽¹³⁾, justo antes de las transferencias sanitarias, en las que se establecían las bases para la implantación de la figura de los asesores de riesgos sanitarios en los hospitales.

En estos años (finales de los años 90 y principio del siglo actual) podemos encontrar antecedentes ya centrados en la mejora de la seguridad del paciente como fue a nivel nacional el Centro de Investigación para la seguridad Clínica de los paciente o a nivel internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en su 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó una resolución para mejorar la calidad y seguridad de la asistencia.

En este sentido, Comunidades Autónomas como la Madrileña que constituyó el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios en el año 2004 ⁽¹⁴⁾ o el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, con la celebración de un taller de expertos en febrero del año 2005 ⁽¹⁵⁾, pusieron en marcha, diferentes actuaciones encaminadas a mejorar la seguridad.

El Observatorio aprobó en el año 2005 su primer plan de actuación ⁽¹⁶⁾ en el que se dedicaba una de sus líneas a la organización. En concreto a la creación de una estructura organizativa que incluía la coordinación a nivel central a través de una Dirección General central de coordinación, en la Dirección General de Atención al Paciente y a nivel periférico la creación de unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios en cada gerencia⁽¹⁷⁾.

En relación con el Ministerio, el taller propuso un conjunto de estrategias de intervención propuestas por los expertos y entre ellas podemos destacar las establecidas para mejorar la organización en el corto plazo al considerarlas como muy importantes y muy factibles, como la puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios o incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de profesionales. Las recomendaciones sirvieron de base para incluir una línea estratégica dedicada a mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios dentro del Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud ⁽¹⁸⁾, publicado por el Ministerio de Sanidad.

Pero no solo la Comunidad de Madrid o el Ministerio han desarrollado actuaciones en estos últimos años, el resto de Comunidades Autónomas también han trabajado en este sentido. Como ejemplos tenemos Observatorios como el de Andalucía ⁽¹⁹⁾ incluido dentro de su estrategia de seguridad y entrada en la difusión del conocimiento, Navarra ⁽²⁰⁾ que promovió el suyo con unas funciones similares al madrileño, o diferentes acciones de planificación ya sea bajo la fórmula de planes o estrategias específicas o bien como líneas dentro de planes de calidad o de salud. Como ejemplos podemos citar las estrategias de Castilla la Mancha ⁽²¹⁾ o la del Servicio Madrileño de Salud ⁽²²⁾.

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, en la actualidad, la mejora de la seguridad del paciente, en-

tendida como la ausencia de posibles daños innecesarios relacionados con el cuidado de la salud, se considera una prioridad en las organizaciones dedicadas a la asistencia sanitaria. En este escenario de cambio de enfoque al tratar la seguridad del paciente, se han producido cambios organizativos, tanto en competencias como en planes y estrategias, en las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país y en el propio Ministerio de Sanidad.

Con esta visión se ha planteado este trabajo que tiene como objetivo general la descripción y el análisis de la implantación de estrategias organizacionales para instaurar la seguridad del paciente en los centros hospitalarios públicos españoles. Para alcanzar este objetivo general se han planteado tres objetivos específicos interrelacionados que describimos a continuación:

En primer lugar, la descripción de esta implantación organizativa y su comparación en las principales Comunidades Autónomas, en segundo lugar, conocer los aspectos críticos y las barreras para su implantación efectiva a nivel de centros y finalmente, y en tercer lugar, describir y proponer criterios que faciliten la evaluación en los centros hospitalarios.

2. METODOLOGÍA

PRIMER OBJETIVO: DESCRIPCIÓN ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS DE LAS DIFERENTES CC.AA. PARA IMPLANTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Uno de los problemas de una disciplina joven como es la implantación de la seguridad del paciente es que las referencias son presumiblemente escasas y que se han desarrollado en los últimos años. Por esta razón, para dar respuesta al primer objetivo (descripción de la implantación y su comparación en las principales Comunidades Autónomas) se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos cinco años, buscando publicaciones sobre la implantación institucional de la seguridad del paciente en nuestro país (ver metodología segundo objetivo).

Además, para poder solventar la posible escasez de referencias se han buscado fuentes de literatura gris, en las páginas Web institucionales de las diferentes Comunidades y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desarrollando después una búsqueda en bola de nieve en la que se han identificado las competencias normativas en seguridad del paciente y los documentos estratégicos sobre calidad y seguridad. Para completar la búsqueda, también se realizó una revisión de documentos estratégicos y normativos, sobre seguridad del paciente, nacionales y autonómicos.

Una vez identificadas las diferentes referencias la metodología para este primer objetivo se estructuró en tres

apartados: el primero para identificar las normas sobre competencias que las diferentes Comunidades Autónomas han establecido, ya que dentro del marco administrativo son las que nos señalan cuál son las actuaciones que van a desarrollaren cada una de ellas. En este sen-

tido, para identificar y describir la organización y la inclusión de competencias de seguridad del paciente en las diferentes Comunidades Autónomas se ha elaborado una ficha tipo con el siguiente contenido:

Orden de la referencia	Numeración ordenada de las fichas.
Comunidad Autónoma	Ejemplo Comunidad de Madrid
Referencia normativa	Norma en la que se han encontrado competencias en materia de seguridad del paciente
Competencias	Describe las competencias en seguridad del paciente establecidas en la norma identificada en el apartado anterior.
Observaciones	Describe aspectos no contemplados en los apartados anteriores y de interés para el objetivo del estudio.

Una vez cumplimentadas las fichas se ha realizado una síntesis de las mismas para poder describir la situación actual en cada Comunidad y al mismo tiempo identificar los aspectos comunes y diferenciales.

En el segundo, para revisar los planes y estrategias de seguridad del paciente de las diferentes Comunidades,

también se utilizó la búsqueda en las diferentes páginas institucionales, así como en la del Ministerio de Sanidad, siendo completada con literatura gris. Para sintetizar la información también se elaboró una ficha tipo con el siguiente contenido:

Orden de la referencia	Numeración ordenada de las fichas.
Comunidad Autónoma	Nombre de la Comunidad Autónoma. Ejemplo Comunidad de Madrid
Título	Título del documento. Ejemplo Estrategia de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud
Periodo temporal	Años que incuyen las actuaciones. Ejemplo 2010-2012
Referencia	Datos para identificar el artículo, libro, etc. Ejemplo documento publicado por la Consejería de Sanidad
Resumen	Explicar el contenido global del plan/estrategia. Por ejemplo como está organizado el documento: análisis de situación, misión visión y valores, líneas estratégicas, implantación y seguimiento. También se puede poner el número total de líneas, objetivos etc. Por ejemplo consta de 4 líneas estratégicas, 20 objetivos estratégicos y 100 objetivos operativos
Líneas estratégicas	Numerar y describir las líneas estratégicas
Objetivos	Describir los objetivos establecidos de forma resumida. Ejemplo poner los más importantes y las líneas globales de objetivos. Por ejemplo tiene objetivos sobre fármacos, urgencias, cirugía etc.
Implantación y seguimiento	Describir de forma resumida este apartado, incluyendo si se especifican, los indicadores utilizados
Dotación económica	Describir la dotación, si consta en el documento
Contenido de interés	Remarcar lo que parezca más interesante. Por ejemplo consta de una línea de objetivos en áreas concretas: farmacia, uci, etc.
Comentarios	Este apartado es para otros comentarios no incluidos en apartados anteriores

Como en el apartado anterior se cumplimentó una ficha para cada una de las Comunidades Autónomas, así como con el INGESA y el propio Ministerio.

Para el tercer apartado, además de la búsqueda bibliográfica, se realizó un estudio descriptivo transversal, a

través de la elaboración de un cuestionario auto-administrado de elaboración propia teniendo en cuenta la bibliografía existente y la experiencia de la Comunidad de Madrid. Las variables incluidas en el cuestionario fueron las siguientes:

1. Comunidad Autónoma.
2. Existencia de unidades funcionales (dos preguntas para saber si son específicas o no).
3. Denominación de las unidades (seis opciones + una de texto libre).
4. Amplitud del despliegue por niveles (dos preguntas para conocer si incluyen a primaria o son centralizadas y para ver si están desplegadas a todos los centros).
5. Existencia de normas o instrucciones para constitución y desarrollo.
6. Actuaciones que realizan (sensibilización, formación, identificación de casos, análisis de casos, asesoría, otras).

Los sujetos de esta encuesta estuvieron constituidos por representantes de todas las Comunidades Autónomas y el INGESA. Para ello se remitió a los alumnos de la 4ª edición del Master de Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial 2011-2012 promocionado por el Ministerio de Sanidad para formar a profesionales en seguridad del paciente, seleccionados por las distintas Comunidades Autónomas. En el caso de las Comunidades Autónomas que no tenían representación en el Master (La Rioja, Navarra y Ceuta) se remitieron a los referentes en seguridad del grupo técnico de Comunidades Autónomas existente en el Ministerio de Sanidad.

La encuesta se remitió por correo electrónico con un texto explicativo a todos los sujetos y se realizó un recordatorio en caso de ser necesario. En el supuesto de no obtener respuesta de alguna Comunidad se utilizó la bibliografía existente. La información recogida en los cuestionarios se volcó en una base de datos diseñada en Microsoft Excel 2003, realizando un análisis descriptivo a través de tablas de frecuencia.

SEGUNDO OBJETIVO: CONOCER LOS ASPECTOS CRÍTICOS Y LAS BARRERAS PARA SU IMPLANTACIÓN EFECTIVA A NIVEL DE CENTROS

En primer lugar se ha desarrollado una revisión bibliográfica para recopilar y analizar la información existente con el fin de poder identificar los aspectos claves que sirvan de base a la elaboración de cuestionarios para directivos y profesionales y al mismo tiempo, proporcionar un análisis objetivo de la literatura existente, con el fin de realizar un resumen de los conocimientos sobre la estructura organizativa en seguridad del paciente.

La búsqueda bibliográfica se realizó en MEDLINE (vía PubMed), Embase (vía Embase.com), **IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) a través de la Biblioteca Virtual en Salud (<http://cort.as/1ohm>)**, sin restricción por idioma de publicación. Se consideraron aquellos artículos publicados en los últimos cinco años.

La estrategia en MEDLINE combinó términos en lenguaje libre y términos en lenguaje controlado ("términos MeSH"). Para su diseño, se partió de la estrategia de búsqueda propuesta y validada por Tanon et al¹ para identificar estudios sobre seguridad del paciente (paso #1). La estrategia en MEDLINE se adaptó al resto de fuentes. Un miembro del equipo de trabajo diseñó y ejecutó la búsqueda en cada fuente, cuyos resultados fueron los siguientes: MEDLINE: 3326, EMBASE: 1509, IBECS: 1802.

Además, durante los meses de julio y agosto de 2012 se procedió a la consulta de páginas Web relevantes en el campo de la seguridad del paciente. En concreto, se consultaron las siguientes fuentes:

- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad
- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare
- Australian Patient Safety Foundation
- Canadian Patient Safety Institute
- Danish Society for Patient Safety
- National Patient Safety Agency (UK)
- Healthcare Improvement Scotland
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- AHRQ Patient Safety Network
- American Hospital Association (Patient safety)
- National Center for Patient Safety (NCPS). Department of Veterans Affairs
- National Patient Safety Foundation (NPSF)
- National Quality Forum (NQF)
- The Center for Patient Safety Research and Practice
- The Commonwealth Fund
- The Leapfrog Group for patient safety
- Health Improvement and Innovation Resource Centre

Tras fusionar los resultados obtenidos en cada fuente y eliminar los correspondientes duplicados, se generó un listado de títulos y resúmenes, que contenía 6013 registros únicos. Se repartió dicho listado de títulos y resúmenes entre dos miembros del equipo de trabajo, que procedieron a su lectura para identificar estudios que cumplieran con los criterios de inclusión de la revisión.

A partir de dicha lectura se identificaron 172 trabajos como potencialmente relevantes, para los que se obtuvo el texto completo. El esquema de la búsqueda se presenta en la imagen siguiente:

¹ Tanon AA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Pomey MP, Vadeboncoeur A, Nguyen H. Patient safety and systematic reviews: finding papers indexed in MEDLINE, EMBASE and CINAHL. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct;19(5):452-61

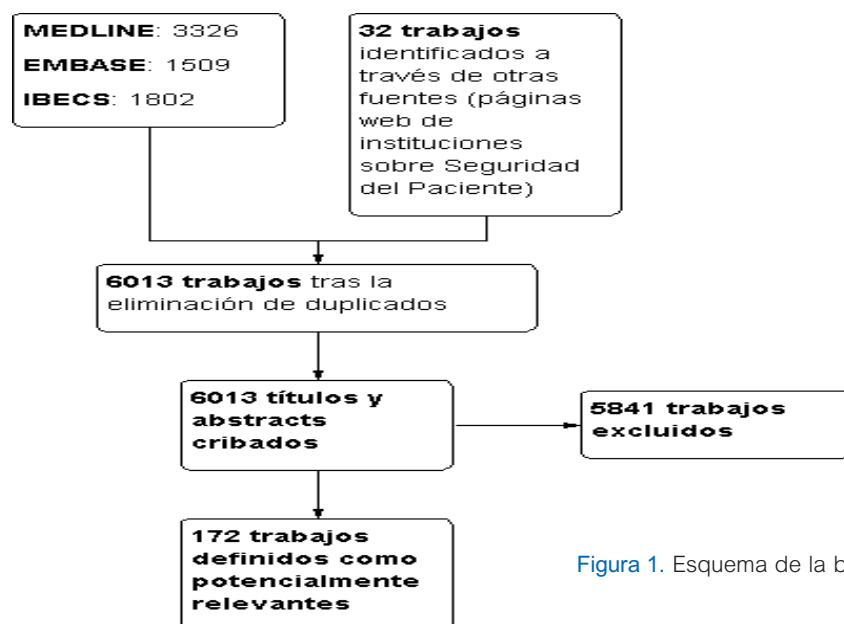


Figura 1. Esquema de la búsqueda bibliográfica

Como resumen podemos señalar que se revisaron 6.013 registros por dos miembros del grupo de trabajo, que realizaron la revisión manual de resúmenes para identificar los trabajos relevantes, que deberían ser recuperados e incorporados a través de la lectura del texto completo, seleccionando 172 trabajos como potencialmente relevantes, resolviendo las discordancias de criterio por consenso.

Como consecuencia de esta revisión y del trabajo de “pearling” posterior se han identificado 89 trabajos.

Estos trabajos han sido analizados por los dos revisores, estableciéndose previamente para realizar la síntesis de sus resultados una ficha resumen en la que se han establecido los siguientes campos de interés:

Referencia / número	Identificación del artículo / Página Web: Título, Autor, Revista/Institución, Objetivo del trabajo
Resumen	Resumen original de la referencia
Objetivo	Objetivo del trabajo citado en el mismo.
Tipo	Se ha establecido una clasificación
Resultados/ Conclusiones	Principales resultados o conclusiones identificadas por el revisor
Contenido de interés	Contenido de interés de la referencia, no incluido en resultados o conclusiones, identificado por el revisor
Comentarios	Comentarios sobre la utilidad o la originalidad y novedad del contenido de la referencia

Una vez finalizadas la cumplimentación de las fichas de las referencias seleccionadas, se ha realizado una síntesis de las mismas con el fin de realizar un resumen de los conocimientos y desarrollos en la estructura organizativa en seguridad del paciente.

Por otra parte, con los resultados se han identificado prácticas y elementos clave para la implantación, así como las posibles barreras a la misma. En concreto, se ha desarrollado un cuestionario auto-administrado de elaboración propia teniendo en cuenta la bibliografía existente y la experiencia de la Comunidad de Madrid. Las preguntas se han agrupado en ocho apartados: liderazgo, cultura, estrategia, pacientes, herramientas, implantación genérica, implantación de acciones específicas y barreras.

La población objeto de este estudio está constituida por personal del Servicio Madrileño de Salud dentro de los siguientes perfiles: Miembros del equipo directivo, coordinadores, responsables de unidades funcionales y profesionales identificados como líderes en la implantación de la seguridad del paciente. Se ha realizado un muestro por conveniencia. El cuestionario ha sido diseñado en formato on-line, utilizando herramientas gratuitas de Google Drive y las respuestas eran recogidas de forma anónima. Constaba de cuatro preguntas introductorias sobre el puesto desempeñado, titulación profesional, tipo de hospital y si es miembro de una unidad funcional. A continuación, se requería mediante dos escalas Likert, 1 a 10, la valoración la importancia y la situación actual del ítem.

En total, sin tener en cuenta las preguntas de la introducción, el número de preguntas o cuestiones es de 159 distribuidas en ocho apartados. En cada apartado se incluye como última pregunta una valoración general del tema tratado (Por ejemplo: De forma global cómo valora la importancia del liderazgo en la implantación y mejora de la seguridad del paciente) y la posibilidad de hacer

observaciones en un apartado de texto libre en cada uno de ellos. Tenemos que señalar que en el cuestionario se incluyen dos preguntas que han sido anuladas concretamente la 4.9 y la 7.26. y por esa razón en las tablas de resultados globales no aparecen estas preguntas. El contenido de los apartados incluidos en el cuestionario fueron los siguientes:

Introducción	Incluye datos de clasificación, no identificativos, con el siguiente contenido: Puesto de trabajo. Profesión. Tipo de hospital ((tamaño y número de camas). Comunidad Autónoma. Miembro de una unidad funcional, comisión de seguridad del paciente o similar.
1. Liderazgo	Incluye 21 preguntas o cuestiones sobre el liderazgo (gerente, miembros del equipo directivo o puestos similares) y su actuación para mejorar la seguridad del paciente. En cada pregunta debe puntuar la importancia y la situación actual de implantación de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o no implantada y 10 si es de la máxima importancia o está totalmente implantada.
2. Cultura	Incluye 11 preguntas o cuestiones sobre la cultura de seguridad del paciente en su hospital (Se entiende por cultura la forma habitual de hacer las cosas). En cada pregunta debe puntuar la importancia y la situación actual de implantación de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o no implantada y 10 si es de la máxima importancia o está totalmente implantada.
3. Estrategia	Incluye 24 preguntas o cuestiones sobre la estrategia y organización de la seguridad del paciente en su hospital. En cada pregunta debe puntuar la importancia y la situación actual de implantación de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o no implantada y 10 si es de la máxima importancia o está totalmente implantada.
4. Pacientes y familiares	Incluye 12 preguntas o cuestiones sobre la participación de los pacientes y familiares. En cada pregunta debe puntuar la importancia y la situación actual de implantación en su hospital de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o no implantada (no participaron) y 10 si es de la máxima importancia o está totalmente implantada (total participación).
5. Herramientas	Incluye 11 preguntas o cuestiones sobre la utilización de herramientas para mejorar la seguridad del paciente. En cada pregunta debe puntuar la importancia y la situación actual de implantación de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o no implantada y 10 si es de la máxima importancia o está totalmente implantada.
6. Implantación	Incluye 23 preguntas, cuestiones o actuaciones sobre la implantación de la seguridad del paciente. En cada pregunta debe puntuar la importancia y la situación actual de implantación de cada medida o actuación de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o no implantada y 10 si es de la máxima importancia o está totalmente implantada.
7. Áreas específicas	Incluye 29 preguntas sobre actuaciones específicas para mejorar la seguridad del paciente. En cada pregunta debe puntuar la importancia y la situación actual de implantación de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o no implantada y 10 si es de la máxima importancia o está totalmente implantada.
8. Barreras	Incluye 28 preguntas sobre las barreras existentes para la implantación efectiva de la seguridad del paciente. En cada pregunta debe puntuar la importancia global de la barrera y el obstáculo que representa a la implantación de la seguridad del paciente en su hospital en el momento actual, de acuerdo al conocimiento y percepción. La puntuación es de 1 a 10, siendo 1 sin importancia o actualmente no representa ningún obstáculo y 10 si es de máxima importancia o actualmente es un obstáculo total a la implantación.

El cuestionario –junto con una carta de presentación del estudio– fue remitido por correo electrónico. Además, a lo largo del periodo de recogida de encuestas, se enviaron dos recordatorios a los participantes. Se han obtenido 49 cuestionarios de datos útiles de un total de 50 remitidos, al tener que descartar un cuestionario.

Se realizó un análisis descriptivo de las encuestas mediante los programas Microsoft Excel 2003 y el paquete estadístico SPSS 19. En este análisis se describe la media, mediana y desviación típica de cada una de las preguntas, tanto en su importancia, como en su situación actual. También se realizó un análisis de los resultados

de acuerdo a tres grupos de participantes: Grupo 1 incluye a los directivos con 20 representantes, Grupo 2 incluye a los coordinadores de unidades y a otros con 17 representantes, y el Grupo 3 incluye a profesiones y jefes de servicio con 12 representantes. En ellos se ha calculado el intervalo de confianza de la media pero sus resultados no resultaron significativos.

TERCER OBJETIVO: DESCRIBIR LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DESARROLLADOS EN NUESTRO PAÍS Y PROPONER CRITERIOS QUE FACILITEN LA EVALUACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIO

Se han identificado y revisado los modelos de acreditación existentes en las Comunidades Autónomas, tanto si eran específicos para la seguridad del paciente, como si eran genéricos. A continuación, se identificaron y revisaron otros documentos que incluyan elementos o recomendaciones que podrían ser usadas para establecer criterios de evaluación. Para ello hemos revisado las páginas Web de las distintas Comunidades y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Por último, se han revisado los resultados de la búsqueda bibliográfica realizada en el apartado anterior. En los diferentes supuestos nos hemos centrado, por el diseño del trabajo, en criterios de acreditación desarrollados en nuestro país. Por esta razón, no se han revisado modelos como el de la Joint Commission Internacional.

Cómo resultado se han identificado los siguientes modelos o documentos:

1. Programa de acreditación de centros del Sistema Sanitario de Andalucía.
2. Recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en centros sanitarios de la Sociedad andaluza de calidad asistencial (SADECA).
3. Programa de acreditación de centros de Baleares.
4. Modelo de acreditación sanitaria de Cataluña
5. Modelo de seguridad de los pacientes en atención primaria de Cataluña.
6. Modelo de acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios de Extremadura.
7. Modelo de acreditación de centros hospitalarios de Galicia.
8. Recomendaciones para implantar planes de seguridad en las gerencias de Madrid.
9. Modelo de acreditación de Murcia.
10. Modelo de acreditación de servicios de Valencia.
11. Modelo de acreditación docente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
12. Modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales (Proyecto SENECA) de la Universidad de Cádiz y el Ministerio de Sanidad.
13. Autoevaluación de los sistemas de utilización de medicamentos del ISMP España.
14. Unidades asistenciales: estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
15. Indicadores de buenas prácticas en seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y la Universidad de Murcia.
16. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. UNE 179003: 2013.

Para obtener una descripción homogénea de las diferentes fuentes, para cada uno de los documentos identificados se ha elaborado una ficha con el siguiente contenido:

Comunidad Autónoma / País / Entidad	Comunidad Autónoma (CCAA) / Organización (País distinto a España)
Título documento	Modelo de acreditación, documento en la Web, etc.
Específico seguridad del paciente	Incluir si el documento es específico para SP (Si / No)
Año /Periodo temporal	Fecha del documento o su vigencia
Referencia (también Web)	Referencia bibliográfica o de la Web o del documento
Resumen global	Explica de forma resumida las características generales del modelo y de los criterios que incluye
Lista apartados del documento	Describe la clasificación de los criterios/estándares establecido en el documento, con especial atención a los específicos de seguridad del paciente
Liderazgo	Describe los criterios que tienen relación con el liderazgo para implantar la seguridad del paciente

Cultura	Describe los criterios que tienen relación con la cultura para implantar la seguridad del paciente
Estrategia	Describe los criterios que tienen relación con la estrategia para implantar la seguridad del paciente
Pacientes	Describe los criterios que tienen relación con los pacientes y sus papel para implantar la seguridad del paciente
Herramientas	Describe los criterios que tienen relación con las herramientas para implantar la seguridad del paciente
Implantación general	Describe los criterios que tienen relación con actuaciones generales (no de actuaciones específicas como por ejem. un listado de verificación o la conciliación de la medicación) para implantar la seguridad del paciente
Implantación áreas específicas	Describe los criterios que tienen relación con actuaciones específicas (por ejemplo un listado de verificación o la conciliación de la medicación) para implantar la seguridad del paciente
Barreras	Describe los criterios que tienen relación con barreras a la implantación de la seguridad del paciente
Otros no incluidos en los anteriores	Describe otros criterios no incluidos en los anteriores y que tienen relación con la implantación de la seguridad del paciente
Implantación de los criterios	Describe de forma resumida los pasos establecidos en el documento para su utilización en la práctica
Contenido de interés (comentarios)	Describe aspectos no incluidos en los apartados anteriores.

Con este diseño se han analizado los diferentes modelos o documentos identificados, describiendo los criterios mas importantes de cada uno de ellos. En la descripción se han mantenido aquellos que estaban mas relacionados con la implantación de la seguridad del paciente de acuerdo al objetivo propuesto inicialmente.

Una vez elaboradas las fichas de las referencias seleccionadas, se ha realizado un resumen de su contenido para obtener una imagen actualizada de las actuaciones que las organizaciones sanitarias han desarrollado para implantar la seguridad del paciente en nuestros centros hospitalarios y proponer los criterios para su posible evaluación.

Al revisar los diferentes apartados pudimos observar por una parte, que no habíamos encontrado criterios sobre barreras y por otra, que la forma mas frecuente de agrupar los criterios o recomendaciones era la del modelo EFQM (como ejemplos tenemos el modelo de Cataluña, Extremadura y Murcia, el proyecto SENECA y las recomendaciones de Madrid). Por esta razón, una vez analizadas las fichas revisadas y con el fin de tener una estructura más reconocible, relacionada con el modelo EFQM y las propias referencias, se ha utilizado una clasificación con el siguiente desarrollo:

1. Liderazgo
2. Estrategia
3. Personas (profesionales)
4. Alianzas y recursos
5. Procesos y procedimientos
6. Resultados.

Cómo se puede observar en esta clasificación de los criterios se han mantenido los criterios agentes del modelo EFQM (liderazgo, estrategia, personas/profesionales, alianzas y recursos, procesos) y en el caso de los criterios resultados se han agrupado en uno solo los cuatro del modelo (clientes / pacientes, personas/profesionales, sociedad y resultados clave de la organización).

Una vez establecidos los apartados se ha realizado una revisión de los diferentes criterios identificados, se han suprimido las repeticiones y los criterios que eran demasiado genéricos por ser mas acordes con una acreditación general y demasiado específicos, al ser mas acordes con una acreditación de un área o apartado. En este último caso, hay que señalar que algún modelo estaba centrado en un área concreta, como por ejemplo el modelo de autoevaluación de seguridad en la utilización de medicamentos. Por último, se ha elaborado un diagrama de afinidades de cada uno de los apartados y a partir de sus resultados se ha realizado una propuesta de criterios para valorar la implantación de la seguridad del paciente.

3. RESULTADOS

A continuación describimos los resultados divididos de acuerdo a los objetivos específicos en tres apartados. En primer lugar se presentan los referidos a la descripción de la implantación de la seguridad del paciente en las diferentes Comunidades Autónomas.

DESCRIPCIÓN LA IMPLANTACIÓN ORGANIZATIVA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las diferentes administraciones públicas autonómicas regulan sus actuaciones a través de las competencias que establecen de forma normativa para sus órganos directivos. En ellas se pueden reconocer el enfoque que tienen previsto desarrollar durante su vigencia. En este sentido, las competencias pueden cambiar con los ciclos

electorales, lo que lleva aparejado que en general las normas sean relativamente recientes como podemos observar en la siguiente tabla que resume las competencias relacionadas con la seguridad del paciente en las diferentes autonomías:

Tabla 1. Normativa sobre competencias y estructuras de seguridad del paciente en las Comunidades Autónomas

CC.AA	Norma	Asunto	Año	Resumen competencias / contenido	Responsable
Andalucía	Decreto	Estructura orgánica	2009	Promoción de políticas destinadas a incrementar la seguridad del paciente y reducir los riesgos de la atención sanitaria.	Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento
Aragón	Decreto	Estructura orgánica	2011	Desarrollar y evaluar programas orientados a incrementar la seguridad de los usuarios.	Dirección General de Calidad y Atención al Usuario
Asturias	Decreto	Estructura orgánica	2012	Impulsar las iniciativas destinadas a progresar en la mejora de la seguridad del entorno sanitario	Dirección General de Innovación Sanitaria
Baleares	Decreto	Estructura orgánica	2011	Hacer el seguimiento y la evaluación de la calidad y la seguridad clínicas	Dirección de Asistencia Sanitaria
Canarias	Decreto	Estructura orgánica	2013	No se citan competencias en seguridad del paciente	Sin especificar
Cantabria	Orden	Comités seguridad	2011	Creación del comité autonómico de seguridad del paciente y un comité funcional de seguridad en cada gerencia.	Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria
Castilla La Mancha	Decreto	Estructura orgánica	2012	Elaboración, desarrollo y evaluación de la estrategia de seguridad del paciente en el ámbito de los centros y unidades de asistencia sanitaria.	Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad
Castilla León	Decreto	Reglamento	2011	No específicas. Fomento del desarrollo de la política de calidad y excelencia	Dirección General de Planificación e Innovación
Cataluña	Decreto* Decreto**	Estructura* Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña**	2013* 2012**	Definir, promover y evaluar la política en materia de seguridad del paciente* Tienen un consejo consultivo, entre sus funciones está compartir información sobre la calidad de los centros asistenciales**	Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias*
Extremad.	Decreto	Estructura orgánica	2012	No específicas. Planificación, fomento, implantación y evaluación de los planes y programas de la calidad en el ámbito de las competencias sanitarias.	Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo
Galicia	Decreto* Orden**	Estructura orgánica* Consejo asesor pacientes**	2013* 2012**	Proponer, promover, dirigir y evaluar el desarrollo de sistemas para la implantación y mejora de los procesos que fomenten la seguridad de los pacientes y profesionales, favoreciendo la prevención y disminución de riesgos* Creación del consejo asesor de pacientes con la finalidad de avanzar en la mejora de la seguridad de los pacientes, familiares y cuidadores**	Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad

CC.AA	Norma	Asunto	Año	Resumen competencias / contenido	Responsable
La Rioja	Decreto	Estructura orgánica	2011	No se citan competencias en seguridad del paciente.	Sin especificar
Madrid	Decreto* Decreto**	Estructura orgánica* Observatorio Regional Riesgos Sanitarios**	2008* 2004**	Establecimiento de objetivos institucionales de seguridad de pacientes y la implantación de acciones de mejora. Seguimiento del Plan de Riesgos Sanitarios* Creación del Observatorio**.	Dirección General de Atención al Paciente* Viceconsejería de Asistencia Sanitaria**
Murcia	Decreto	Órganos directivos	2011	Programa de seguridad del paciente	Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias.
Navarra	Decreto Foral*. Decreto Foral**	Estructura orgánica* Observatorio seguridad pacientes**	2011* 2008**	Calidad asistencial de las prestaciones, centros y servicios sanitarios y seguridad del paciente* Creación del Observatorio**	Dirección General de Salud*
País Vasco	Decreto	Estructura orgánica	2013	Políticas de calidad y seguridad del paciente* Ordenación y control de las pautas para la vigilancia y seguridad del paciente**	Viceconsejería de Salud* Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria**
Valencia	Decreto	Reglamento orgánico	2012	Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios; Colaborar en materia de calidad y seguridad asistencial con otros organismos oficiales.	Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente
INGESA (Ceuta y Melilla)	Real Decreto	Organización servicios	2003	No específicas. Fomentar una asistencia humanizada y de calidad con garantías bioéticas y basada en el mejor interés de los ciudadanos y pacientes.	Directores Territoriales
Ministerio SSSI	Real Decreto	Estructura orgánica	2012	Desarrollo de las funciones de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.	Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Como se puede observar en la tabla del total de 17 Comunidades, en 14 hemos encontrado competencias relacionadas con la seguridad o de forma genérica con la calidad. Además, en dos Decretos se regulan Observatorios, uno de Madrid para la gestión de riesgos sanitarios (año 2004) y otro en Navarra para la seguridad del paciente (año 2008). Por otra parte, la creación mediante una Orden sobre comités de seguridad, del comité autonómico de seguridad del paciente y un comité funcional de seguridad en cada gerencia en Cantabria (año 2011). Finalmente, tenemos la creación de dos consejos de pacientes: el consejo consultivo de pacientes de Cataluña (año 2012) creado por Decreto y con funciones de compartir información sobre la calidad de los centros asistenciales y el Consejo Asesor de Pacientes de Galicia (año 2012) creado por una Orden con la finalidad de avanzar en la mejora de la seguridad de los pacientes, familiares y cuidadores.

ESTRATEGIAS Y PLANES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD

Para poder mejorar la seguridad de los pacientes las distintas Comunidades Autónomas y el propio Ministerio de Sanidad han establecido objetivos y sus correspondientes actuaciones elaborando documentos de planificación en los últimos años, al igual que ocurría en la normativa recogida en el apartado anterior.

Estos planteamientos han sido tanto específicos, como genéricos. Si bien en el supuesto de ser genéricos incluyen la seguridad del paciente como líneas específicas o al menos actuaciones concretas dentro de planes globales de salud o mejora de la calidad, como podemos observar en la siguiente tabla en la que se resumen las características para cada Comunidad Autónoma y el citado Ministerio:

Tabla 2. Planes y estrategias de seguridad del paciente de las Comunidades Autónomas:

CC.AA.	Estrategia / Plan	Específico	Nombre / Observaciones	Año
Andalucía	Estrategia	SI	Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA	2011-2014
Aragón	No	NA*	NA*	NA*
Asturias	No	NA*	Proyectos citados en la Web institucional: infección, higiene de manos, etc.	NA*
Baleares	Plan salud	NO	Plan IB Salud 2020 (Eje III calidad: línea seis y dentro de ella una línea de seguridad del paciente)	2020
Canarias	No	NA*	NA* Hemos encontrado actuaciones en página Web	NA*
Cantabria	No	NA*	NA*	NA*
Castilla La Mancha	Plan estratégico	SI	Plan estratégico seguridad SESCOAM	2009-2012
Castilla León	Plan calidad y seguridad	SI	Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente	2011-2015
Cataluña	Plan salud (estrategia seguridad en Web institucional)	NO	Plan de salud Estrategia de seguridad del paciente (Alianza seguridad pacientes en Cataluña)	2011-2015
Extremadura	Plan estratégico	SI	Plan estratégico seguridad pacientes	2011-2016
Galicia	Estrategia global del Servicio de Salud	NO	Estrategia SERGAS 2014	2014
La Rioja	Plan salud	NO	II Plan de salud	2009-2013
Madrid	Estrategia	SI	Estrategia seguridad paciente Servicio Madrileño de Salud	2010-2012
Murcia	Plan estratégico	SI	Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia 2012-2016.	2012-2016
Navarra	Presentación Web	SI	Plan de actuación en seguridad de pacientes del departamento de salud del Gobierno de Navarra	2007
País Vasco	Estrategia de calidad	NO	Plan estratégico de la excelencia a la innovación	2008-2012
Valencia	Estrategia	SI	Plan de gestión de la seguridad del paciente	2009-2013
INGESA (Ceuta / Melilla)	Plan calidad	NO	Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud (Tiene una línea específica de seguridad del paciente)	2010
Ministerio SSSI	Plan calidad	NO	Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud (Tiene una línea específica de seguridad del paciente)	2010

*NA: No Aplica al no encontrar ningún documento de planificación relacionado con la seguridad del paciente

Como se puede observar en la tabla han elaborado estrategias o planes específicos de seguridad del paciente siete Comunidades: Andalucía, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura, Madrid, Murcia y Valencia. Además Navarra tiene un Plan de actuación en la Web institucional.

En cualquier caso, el resto suele tener un Plan estratégico, de salud o de calidad que incorpora aspectos específicos de seguridad del paciente (Por ejemplo Galicia, Castilla León o el propio Plan de calidad del SNS) y en la fecha de realización del trabajo no hemos identificado documentos de Aragón (en este caso si hemos

localizado borradores), Asturias (con alguna actuación concreta en la página Web institucional), Canarias (también con alguna actuación concreta en la Web institucional) y Cantabria. En el caso del Ministerio de Sanidad, en el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud incluye una línea específica (la octava) sobre

seguridad del paciente como veremos en los siguientes apartados.

Para poder conocer y analizar el contenido de estos documentos de planificación a continuación vamos a revisar la metodología utilizada en cada uno de ellos y las líneas y objetivos de actuación que han establecido.

Tabla 3. Metodología de las estrategias de seguridad del paciente. Comunidades Autónomas

CC.AA.	Metodología de la estrategia de seguridad del paciente
Andalucía	La estrategia no incluye misión, visión o valores. Se estructura en tres grandes espacios, la seguridad y la ciudadanía, la seguridad y los profesionales, un espacio compartido seguro para promover la cultura Para su desarrollo establece seis proyectos estratégicos, un cronograma de evaluación y un glosario. También tiene un director de la estrategia.
Castilla La Mancha	El documento incluye la metodología para su elaboración, un análisis de situación, la visión del SESCAM, siete estrategias y diecisiete objetivos estratégicos, implantación, control y seguimiento. Como aspecto singular incluye un mapa estratégico y un DAFO-CAME.
Castilla León	Plan basado en el III Plan de Salud, el Plan de Calidad del SNS y en las propuestas de 30 proyectos y un marco para avanzar en calidad que dan respuesta a las líneas y objetivos que la organización ha considerado prioritarios para el periodo 2011-2015. Esta organizado en 13 proyectos, mas un apartado sobre otras áreas que podrían ser abordadas durante este periodo en seguridad del paciente. En cada proyecto (excepto en los dos últimos) se explica su contenido y fases. Es un documento conciso y con un contenido mínimo. No incluye diagnóstico de situación, etc.
Extremadura	El documento incluye la metodología para su elaboración, un análisis de situación, misión, visión y valores, 3 líneas estratégicas y 17 objetivos estratégicos, implantación, evaluación y seguimiento. Incluye un apartado con la metodología de priorización de procesos y prácticas seguras y una tabla de priorización grupal
Madrid	El documento incluye un análisis de situación, misión visión y valores, líneas estratégicas, implantación y seguimiento. Consta de 4 líneas estratégicas, 21 objetivos estratégicos y 114 objetivos operativos Utiliza un diagrama de afinidad y luego 13 grupos de trabajo para establecer el contenido y la definición de la misión, visión y valores de la estrategia. Es el segundo documento estratégico, el primero fue un plan de riesgos sanitarios (año 2005).
Murcia	El documento incluye metodología, análisis de situación, misión, visión, valores, estructura organizativa del plan de acción, plan de trabajo evaluación y seguimiento. Incluye siete líneas estratégicas. En el anexo II incluye las funciones de las unidades funcionales. Incluye indicadores de seguimiento.
Navarra	Incluye objetivos y veinte 20 actuaciones para desarrollar sus objetivos. (Presentación en formato Power Point al congreso internacional del Ministerio del año 2007).
Valencia	El documento incluye análisis estratégico (DAFO-CAME), mapa estratégico, despliegue, evaluación y comunicación. Incluye 8 actuaciones priorizadas. Incluye 12 iniciativas estratégicas y 22 objetivos estratégicos. Incluye un mapa estratégico con el modelo de cuadro de mando integral "Balanced scorecard". Cita un consenso para priorizar: LVQ, errores de comunicación, IRAS, UPP; errores de medicación, catéteres, higiene de manos e identificación inequívoca de pacientes.
Ministerio SSSI	Establece seis áreas y doce estrategias, el área sobre Fomento de la excelencia clínica incluye la estrategia número ocho sobre: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS con ocho objetivos, sobre cultura, comunicación de incidentes, prácticas seguras (IRAS, medicamentos, cirugía segura, infecciones en pacientes críticos, pediatría/unidades neonatales), investigación, pacientes y organizaciones internacionales. También incluye un apartado de evaluación. Incluye un apartado sobre premios y otro sobre evaluación del plan.

Si analizamos estos mismos documentos desde el punto de vista de cuáles son sus objetivos y líneas de actuación obtenemos la siguiente tabla:

Tabla 4. Líneas y objetivos de las estrategias seguridad del paciente Comunidades Autónomas

CC.AA.	Líneas	Objetivos
Andalucía	Tres líneas: 1. La seguridad y la ciudadanía con tres objetivos, 2. La seguridad y los profesionales con dos apartados: mejora de competencias y liderazgo activo, con tres objetivos cada uno. 3. Un espacio compartido seguro con tres apartados: redes compartidas con tres objetivos, asistencia directa al paciente con tres objetivos, infraestructuras, dispositivos y equipos médicos con cinco objetivos . Evaluación de resultados y mejora continua con dos objetivos.	En total incluye 22 objetivos. Entre otros el conocimiento, las competencias en relación a la acreditación, comunicación entre profesionales (briefing), investigación, red de centros, comunidades de prácticas, actuaciones en áreas como infección, cirugía, fármacos o transferencias pacientes, infraestructuras y entorno seguro. También incluye el desarrollo de su Observatorio
Castilla La Mancha	Siete: Análisis de la situación, mejora del conocimiento, definición recursos propios en SP, despliegue y gestión del plan, aplicación de prácticas seguras, fomento de la cultura y Información sobre la aparición y magnitud de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (Sistemas de intervención)	En los objetivos estratégicos hay 17 con el siguiente desglose: 1 análisis de situación, 2 mejora del conocimiento, 2 los recursos, 4 despliegue y gestión, 3 las prácticas, 2 cultura y 3 información de incidentes. De los 17 objetivos solo tres están dedicados a prácticas seguras: OE 10. Identificar posibles puntos críticos en la definición e implantación de los procesos asistenciales. OE 11. Sistematizar la difusión periódica de prácticas seguras. OE 12. Asegurar la aplicación homogénea y coordinada de prácticas seguras. Establece actuaciones para implantar 21 prácticas seguras.
Castilla León	No tiene líneas estratégicas. Tiene 13 proyectos: Gestión de riesgos a través de un sistema de comunicación de incidentes sin daño; IRAS, bacteriemia y neumonía zero; higiene de manos; reducción de multi-resistencias; LVQ; infección quirúrgica zero; conciliación de la medicación; adecuación de la prescripción en ancianos; mapa de riesgos; mejora de la información al ciudadano; difusión de buenas prácticas; monitorización de los indicadores del SNS. En otras áreas están por ejemplo el código sepsis o la prevención del trombo-embolismo.	Tiene objetivos sobre infecciones, multi-resistencias, cirugía, fármacos, herramientas, y otros Incluye la infección quirúrgica zero, su sistema de comunicación de incidentes es sin daño, incluye la elaboración de mapa de riesgos relacionado con la elaboración de cuestionarios de autoevaluación donde se incluyan los puntos críticos en la seguridad del paciente en los distintos ámbitos de atención (áreas de críticos, atención en consultas, domicilio, emergencias, hospitalización, servicios centrales..). Estos cuestionarios podrían ser utilizados a nivel de las unidades y servicios para la evaluación de sus riesgos y la puesta en marcha de mejoras.
Extremadura	Tres líneas: 1. Liderazgo organización y cultura; 2. Sistemas de gestión de riesgos y seguridad del paciente; 3. Implantación de estrategias en seguridad	En la línea 1 nueve objetivos, en la línea 2 cuatro y en la línea 3 cinco, en esta última hay 21 puntos críticos en procesos operativos y prácticas seguras.
Madrid	Cuatro líneas: 1. Promover y difundir la cultura de seguridad, 2. Conocer y aprender de nuestra realidad, 3. Optimizar nuestra organización 4. Mejorar la seguridad de la atención a los pacientes	En los objetivos estratégicos hay 3 dedicados a la cultura, 4 al conocimiento, la metodología y la investigación, 4 a mejorar la organización y 10 dedicados a la atención a los pacientes: identificación, comunicación, medicamentos, primaria, infección, cuidados, cirugía y anestesia, parto y neonato, paciente crítico y urgencias. Los objetivos operativos están recogidos de forma conjunta en una tabla de actividades.

CC.AA.	Líneas	Objetivos
Murcia	Siete líneas: 1. Promover la cultura de seguridad 2. Potenciar la evaluación continua en nuestros centros 3. Mejorar la seguridad del paciente 4. Fomentar la participación ciudadana 5. Investigación 6. Salud mental 7. Orientar toda la estructura y organización hacia la seguridad del paciente.	General: Mejorar la seguridad del paciente en el Servicio Murciano de Salud en todos los niveles asistenciales. Incluye seis objetivos específicos
Navarra	No incluye líneas. Para cada objetivo intermedio establece actuaciones: cultura – siete, prácticas seguras – nueve. Investigación – cuatro.	General: Promover la excelencia en la asistencia sanitaria, integrando la gestión de riesgos en la gestión de procesos. Intermedios: 1 Desarrollar una cultura de seguridad; 2 Fomentar prácticas clínicas, de efectividad reconocida, en la minimización de efectos adversos; 3 Promover la investigación en el área de seguridad de pacientes.
Valencia	12 iniciativas: Jornadas, Web, acciones comunes, indicadores comunes, Plan comunicación, formación, definición funciones calidad de los departamentos, sistemas comunicación, registros en HC electrónica, definición procesos evaluación, EPIDEA / Otros estudios, sistema de gestión del Plan.	Incluye la visión: La AVS será reconocida como una organización líder nacional y europea, en el logro de resultados de mejora de la seguridad del paciente
Ministerio SSSI	Una línea: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, con seis objetivos	1 Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria 2 Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes 3 Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud 4 Promover la investigación en seguridad de los pacientes 5 Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes 6 Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales.

En relación con líneas también hemos podido observar que existe una gran variabilidad, sin contar con la del Ministerio, tanto en las líneas abordadas como en los objetivos. Ente estos últimos podemos señalar los dedicados a la implantación de prácticas concretas como el caso de Madrid, Murcia, Extremadura, Castilla y León, Castilla La Mancha o Andalucía.

ESTRUCTURA A NIVEL DE CENTROS: UNIDADES FUNCIONALES

Para llevar a cabo las estrategias establecidas en los distintos documentos de planificación, las Comunidades con el liderazgo del Ministerio de Sanidad a través de líneas financiadas por fondos de cohesión o convenios específicos, han puesto en marcha unidades formadas por profesionales con el fin específico de mejorar la seguridad del paciente.

Estas unidades se han denominado, en general, unidades funcionales y tuvieron su primera formulación en la Comunidad de Madrid, que las puso en marcha en marcha en el año 2005. Para conocer la situación de las unidades funcionales o de unidades de contenido similar en nuestro país, se ha obtenido información de todas las Comunidades (incluido el INGESA) y en todas ellas se han identificado, si bien es cierto, con diferentes denominaciones como se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 5. Denominación de las unidades funcionales de las Comunidades Autónomas

Nombre	Unidades funcionales de seguridad del paciente	Unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios	Unidades seguridad paciente y gestión de riesgos clínicos	Unidades de calidad	Unidades de gestión de riesgos para la seguridad del paciente	Núcleo de seguridad asistencial	Otras formas Sin especificar
Nº CCAA	6	4	2	2	1	1	2
% Respuesta	33%	22%	11%	11%	6%	6%	11%

Como se puede apreciar el nombre más frecuente es el de unidades funcionales de seguridad del paciente o de gestión de riesgos sanitarios, existiendo dos Comunidades (Valencia y País Vasco) que han desarrollado sus actuaciones dentro de las unidades de calidad y una que ha optado por denominarlas núcleos de seguridad asistencial (Galicia).

En relación con el despliegue por niveles, en la mayoría de las Comunidades las unidades también se han constituido en hospitales y primaria, aunque como se puede ver en la siguiente tabla, en ningún caso están sólo en este último nivel asistencial y en una de ellas solo existen a nivel central (Aragón):

Tabla 6. Despliegue por niveles asistenciales en las Comunidades Autónomas

	Primaria y hospitales	Solo hospitales	Solo primaria	Solo a nivel central
Las unidades están desplegadas en	10	6	0	1
% Respuesta	59%	35%	0%	6%

Finalmente, en cuanto a las funciones que realizan las unidades, todas desarrollan actuaciones de sensibilización y formación, la gran mayoría de identificación y análisis de casos y un 65% realizan asesoría, tal como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 8. Actuaciones desarrolladas por las unidades funcionales de las Comunidades Autónomas

Actuaciones	Si	%
Sensibilización	17	100
Formación	17	100
Identificación de casos	16	94
Análisis de casos	16	94
Asesoría	11	65
Otras	2	12

Como resumen, todas las Comunidades Autónomas, incluido el INGESA, han constituido unidades funcionales como estructuras organizativas periféricas para mejorar la seguridad del paciente, si bien tienen diferentes denominaciones, estando desplegadas generalmente en todos los hospitales, salvo Aragón que ha optado por desarrollar una a nivel central, y que están realizando funciones de sensibilización, formación, identificación y análisis de casos.

IDENTIFICAR Y DESCRIBIR LOS ASPECTOS CLAVE Y LAS BARRERAS A LA IMPLANTACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

A continuación vamos a presentar los resultados de las encuestas realizadas sobre la estructura organizativa de la seguridad del paciente. En total se han obtenido 49 respuestas válidas (una se ha descartado por repetición). En primer lugar vamos a revisar los datos de clasificación, comenzando por el puesto de trabajo, con el fin de poder conocer a que grupos pertenecen los integrantes del estudio, de acuerdo a la tabla y al gráfico que presentamos a continuación:

Tabla 9. Puesto de trabajo que ocupa

Puesto	Frecuencia	Porcentaje
Gerente	3	6,1%
Director médico o similar	9	18,4%
Director enfermería o similar	5	10,2%
Subdirector médico o similar	2	4,1%
Subdirector gestión o similar	1	2,0%
Jefe de servicio o unidad	9	18,4%
Coordinador o similar	15	30,6%
Profesional	3	6,1%
Otros	2	4,1%

Cómo se puede observar los perfiles se pueden agrupar en tres grandes grupos: directivos (20 / 40,8%); coordinadores (15 / 30,6%) y profesionales, incluyendo a los jefes de servicio (12 / 24,5%). En segundo lugar y en relación con la profesión, son mayoritariamente profesionales médicos los que nos han contestado según se aprecia en la tabla y gráfico siguientes:

Tabla 10. Profesión

Medicina	33	67,3%
Enfermería	12	24,5%
Otra profesión sanitaria	2	4,1%
Otra profesión no sanitaria	2	4,1%

Cómo se puede observar los perfiles se pueden agrupar en dos grandes grupos: médicos (67,3 %); y profesionales de enfermería (24,5%) . Los otros perfiles solo representan, en conjunto, el 8%. En tercer lugar y en relación con el tipo de hospital (tamaño y número de camas) la distribución es la que se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 11. Tipo de hospital

Agudo > de 500 camas	7	14,3%
Agudo 200-500 camas	26	53,1%
Agudo < de 200 camas	10	20,4%
Apoyo a otros centros	1	2,0%
Otros	5	10,2%

En relación con el tipo de hospital (tamaño y número de camas) podemos observar que son los de 200 a 500 camas, que se corresponden con hospitales de media complejidad, los que más están representados con 26 respuestas que representan el 53%. Los siguientes son los centros de baja complejidad (< 200 camas) y a continuación los de alta complejidad (> 500 camas).

Por último, y en relación con si pertenecen o no a una unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios, la ma-

yoría pertenece a una de ellas como podemos observar en la tabla siguiente:

Tabla 12. Pertenencia a una unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios

Pertenece a una UFGRS	39	79,6%
No pertenece a una UFGRS	10	20,4%

Cómo podemos observar este resultado nos sitúa en un escenario en el que 4/5 partes de la muestra pertenece a una unidad, mientras que 1/5 no pertenece, según podemos apreciar en el siguiente gráfico:

Como resumen podemos decir que el perfil más frecuente de las personas que han intervenido en el estudio es el de un directivo, médico, de un hospital de 200 a 500 camas y perteneciente a una unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios.

A continuación vamos a presentar los resultados de las 161 cuestiones preguntadas ordenados de acuerdo a su mayor o menor puntuación y distribuidos de acuerdo con los ocho apartados del cuestionario: liderazgo, cultura, estrategia, pacientes, herramientas, implantación genérica, implantación de prácticas específicas y barreras. Además, y para facilitar la identificación de la pregunta con la utilizada en el cuestionario utilizado se ha incorporado el número que tiene cada pregunta en el mismo.

1. Liderazgo

Las cuestiones relacionadas con el liderazgo incluyen un total de 21 preguntas. De forma global la valoración global del liderazgo en la implantación y mejora de la seguridad del paciente ha sido de 9,16 con una mediana de 9,00 y una desviación típica de 0,746 La valoración global de la situación actual del liderazgo es de 5,98 con una mediana de 6,00 y una desviación típica de 2,231. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 3,18 puntos. La tabla global con todas las preguntas y sus correspondientes estadísticos descriptivos se presentan a continuación:

Tabla 13. Resultados cuestiones sobre liderazgo

Resultados liderazgo	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
1.1 Formación en seguridad del paciente del gerente	8,14	8,00	1,354	5,33	5,50	2,225	2,81
1.2 Formación en seguridad del paciente del equipo directivo	8,67	9,00	1,329	5,92	6,00	2,258	2,76
1.3 Aprender de los mejores líderes en seguridad del paciente	8,79	9,00	1,071	6,02	6,00	1,917	2,77

Resultados liderazgo	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
1.4 Capacidad de comunicación, de los líderes, de las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente	9,04	9,00	,763	5,86	6,00	2,031	3,18
1.5 Demostrar a los profesionales el compromiso con la seguridad del paciente (por parte de los líderes)	9,23	9,00	,857	5,90	6,00	2,299	3,33
1.6 Realizar el gerente/ equipo directivo, visitas (rondas) de seguridad a los servicios/unidades.	8,55	9,00	1,308	6,58	7,00	2,439	1,97
1.7 Incluir la seguridad del paciente en la agenda de los comités / reuniones de dirección	8,49	9,00	1,244	5,49	5,00	2,358	3,00
1.8 Aprobar la estrategia y los objetivos de seguridad del paciente en los comités / reuniones de dirección	8,73	9,00	1,271	6,04	6,00	2,584	2,69
1.9 Realizar revisión y análisis de sucesos relevantes de seguridad del paciente en los consejos comités / reuniones de dirección	7,77	8,00	1,813	4,74	4,00	2,525	3,03
1.10 Incluir la seguridad del paciente en la evaluación del desempeño de directivos	7,82	8,00	1,728	4,04	4,00	2,449	3,77
1.11 Incluir requisitos de seguridad del paciente en las compras y la contratación de proveedores	8,60	9,00	1,198	5,33	6,00	2,215	3,27
1.12 Nombrar un responsable de seguridad del paciente en el equipo directivo	8,43	9,00	1,607	6,98	8,00	2,673	1,45
1.13 Utilizar los líderes un lenguaje que favorezca el aprendizaje sin señalar culpables	9,18	9,00	,928	6,35	7,00	2,250	2,84
1.14 Tener los líderes un dialogo abierto y escuchar de forma activa a los profesionales	9,02	9,00	,924	6,29	7,00	2,424	2,73
1.15 Apoyar a los profesionales en las actuaciones establecidas para la mejora de la seguridad del paciente	9,20	9,00	,841	6,18	7,00	2,252	3,02
1.16 Apoyar a los profesionales que han estado implicados en efectos adversos	9,00	9,00	,957	5,74	6,00	2,617	3,26
1.17 Identificar y promover líderes clínicos en seguridad del paciente	8,98	9,00	1,108	6,25	6,00	2,068	2,73
1.18 Proporcionar los recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente	8,86	9,00	1,041	5,57	6,00	1,947	3,29
1.19 Realizar seguimiento de los objetivos y resultados de la seguridad del paciente en el centro	9,00	9,00	1,041	6,98	7,00	2,116	2,02
1.20 Establecer políticas de comunicación abierta de los efectos adversos a los pacientes	8,39	9,00	1,426	4,02	4,00	2,264	4,37
1.21 De forma global cómo valora la importancia del liderazgo en la implantación y mejora de la seguridad del paciente	9,16	9,00	,746	5,98	6,00	2,231	3,18

2. Cultura

La cultura está representada por 11 preguntas. De forma global la valoración de la cultura en la implantación y mejora de la seguridad del paciente ha sido de 9,22 con una mediana de 9 y una desviación típica de 0,62. La valoración global de la situación actual es de 5,55 con

una mediana de 6 y una desviación típica de 1,84. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 3,67 puntos. A continuación se presenta la tabla global:

Tabla 14. Resultados cuestiones sobre cultura

Resultados cultura	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
2.1 Crear un clima de confianza (no punitivo), para facilitar que se compartan y analicen de forma abierta eventos y efectos adversos, con el fin de mejorar el aprendizaje.	9,16	9,00	,87	5,82	6,00	1,92	3,35
2.2 Implantar una cultura proactiva de aprendizaje y mejora	9,08	9,00	,90	5,73	6,00	1,71	3,35
2.3 Desarrollar la transparencia en la organización	8,88	9,00	1,16	5,15	5,00	2,13	3,73
2.4 Hacer explícito (por ejemplo en la misión) el compromiso del centro con la seguridad	8,67	9,00	1,39	6,06	6,50	2,68	2,60
2.5 Mejorar aspectos no científico – técnicos como la comunicación	8,79	9,00	1,24	5,42	6,00	1,76	3,38
2.6 Para mejorar la cultura hay que hacer explícito el apoyo de los directivos (por ejemplo)	8,77	9,00	1,31	6,00	6,00	2,19	2,77
2.7 Para mejorar la cultura debemos obtener datos sobre seguridad del paciente y compartirlos con los diferentes profesionales	8,98	9,00	,89	5,67	6,00	1,98	3,31
2.8 Para realizar cambios efectivos en la cultura hay que contar con la colaboración de los líderes profesionales	9,16	9,00	,80	5,86	6,00	1,87	3,31
2.9 Realizar mediciones periódicas y sistemáticas del clima de seguridad (por ejemplo a través de encuestas)	7,65	8,00	1,62	4,25	4,00	2,26	3,40
2.10 Facilitar que cualquier trabajador del centro pueda recordar a otro profesional la realización de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente (por ejemplo la higiene correcta de las manos)	8,59	9,00	1,06	4,77	5,00	2,09	3,82
2.11 De forma global cómo valora la importancia de la cultura en la implantación y mejora de la seguridad del paciente	9,22	9,00	,62	5,55	6,00	1,84	3,67

3. Estrategia y organización

La estrategia y organización está representada por 24 cuestiones planteadas con sus correspondientes estadísticos descriptivos. De forma global la valoración global ha sido de 9,02 con una mediana de 9 y una desviación típica de 0,63 La valoración global de la situación actual

es de 5,90 con una mediana de 6 y una desviación típica de 1,78. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 3,12 puntos. A continuación se presenta la tabla global de resultados:

Tabla 15. Resultados cuestiones sobre estrategia y organización

Resultados estrategia y organización	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
3.1 Elaborar programas o estrategias para mejorar la seguridad del paciente	9,10	9,00	,68	6,41	7,00	2,11	2,69
3.2 Establecer objetivos y metas	9,15	9,00	,66	6,98	7,00	2,14	2,17
3.3 Tener como meta una política de cero errores	7,92	8,50	2,10	4,77	5,00	2,30	3,15
3.4 Elaborar un mapa de riesgos del centro	8,50	8,50	1,15	4,06	4,00	2,37	4,44
3.5 Comunicar la estrategia, los objetivos y las metas a los miembros del centro	9,25	9,00	,73	5,92	6,00	2,07	3,33
3.6 Adherirse a las actuaciones establecidas en las iniciativas internacionales (OMS, AHRQ, etc)	8,67	9,00	1,00	6,42	7,00	2,07	2,25
3.7 Adherirse a las actuaciones establecidas en las iniciativas nacionales	8,83	9,00	,99	7,02	7,00	1,86	1,81
3.8 Crear unidades funcionales o grupos de trabajo multiprofesionales para mejorar la seguridad del paciente (por ejemplo unidades funcionales de gestión de riesgos o comisiones de seguridad)	9,42	10,00	,68	8,14	9,00	2,00	1,27
3.9 Nombrar un responsable global para el centro	8,92	9,00	1,04	7,39	9,00	2,56	1,53
3.10 Nombrar responsables en los servicios/ unidades.	9,23	9,00	,78	7,24	7,00	1,89	1,98
3.11 Establecer sistemas de información para evaluar la efectividad de las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente	9,16	9,00	,66	5,35	6,00	2,10	3,82
3.12 Incluir en el cuadro de mandos indicadores de seguridad del paciente	9,16	9,00	,62	5,61	6,00	2,42	3,55
3.13 Establecer acciones de mejora y rediseños de procesos en relación con los resultados en seguridad del paciente	9,06	9,00	,77	5,88	6,00	2,15	3,18
3.14 Incluir objetivos de seguridad del paciente en los contrato programa o de gestión	9,18	9,00	,75	7,94	9,00	2,05	1,25
3.15 Penalizar (por ejemplo no financiar) eventos o efectos adversos que nunca debieran ocurrir (por ejemplo cuerpos extraños o intervenciones en lado erróneo)	5,56	6,00	2,76	3,05	3,00	1,75	2,51
3.16 Establecer estrategias multicomponente o con múltiples actuaciones para mejorar la seguridad del paciente	8,65	9,00	1,08	5,37	5,00	2,21	3,28
3.17 Promover la identificación y designación de líderes clínicos (champions)	8,52	9,00	1,05	5,10	5,00	2,22	3,42

Resultados estrategia y organización	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
3.18 Promover la formación y el desarrollo de equipos de trabajo	9,02	9,00	,85	5,90	6,00	2,26	3,12
3.19 Potenciar la comunicación interna, compartiendo experiencias e incidentes de seguridad	9,16	9,00	,69	5,43	6,00	2,09	3,73
3.20 Crear y desarrollar espacios para la comunicación de directivos con los profesionales (entrevistas, reuniones, visitas, etc)	8,49	9,00	1,08	5,42	6,00	2,29	3,07
3.21 Crear y desarrollar espacios para la comunicación entre profesionales (reuniones, grupos de discusión, reuniones de traspaso de pacientes, etc.)	8,75	9,00	,89	5,89	6,00	1,89	2,86
3.22 Promover la comunicación externa (por ejemplo con periódicos, radios o televisiones)	6,91	7,00	1,75	3,15	2,00	2,03	3,77
3.23 Promover la identificación de barreras, para poder actuar sobre ellas	8,63	9,00	1,02	5,19	5,00	1,96	3,44
3.24 De forma global cómo valora la importancia de la estrategia en la implantación y mejora de la seguridad del paciente	9,02	9,00	,63	5,90	6,00	1,78	3,12

4. Pacientes y familiares

Las cuestiones relacionadas con los pacientes y familiares están representadas por 13 cuestiones. De forma global la valoración global de las cuestiones relacionadas con los pacientes y familiares ha sido de 7,96 con una mediana de 8 y una desviación típica de 1,29. La valoración global

de la situación actual es de 3,46 con una mediana de 3,50 y una desviación típica de 1,60. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 4,50 puntos. A continuación se presenta la tabla global de resultados:

Tabla 16. Resultados cuestiones sobre pacientes y familiares

Resultados pacientes y familiares	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
4.1 Incorporación de los pacientes en las actuaciones de seguridad (por ejemplo para recordar a los profesionales sus alergias)	8,54	9,00	1,41	4,35	5,00	2,07	4,19
4.2 Participación de los pacientes en la mejora de la seguridad a través de las reclamaciones	7,80	8,00	1,76	5,22	5,00	2,19	2,57
4.3 Participación de los pacientes en la mejora de la seguridad por otras vías diferentes a las reclamaciones (por ejemplo grupos focales)	7,67	8,00	1,81	2,92	2,00	2,11	4,75
4.4 Participación de los pacientes en la elaboración de protocolos y guías	6,31	7,00	2,20	2,18	2,00	1,42	4,12
4.5 Información sobre seguridad que se proporciona a los pacientes	8,45	9,00	1,16	4,29	4,00	2,04	4,16
4.6 Participación de los pacientes en la elaboración de folletos y documentos informativos sobre seguridad para pacientes	7,25	7,50	1,72	2,65	2,00	1,84	4,60
4.7 Actitud proactiva de los profesionales con los pacientes	8,51	9,00	1,16	4,85	5,00	2,22	3,66

Resultados pacientes y familiares	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
4.8 Utilización adecuada del consentimiento informado	9,08	9,00	,89	6,33	7,00	2,27	2,76
4.10 Solicitar su colaboración para obtener información clave (por ejemplo participar en ACR)	7,40	8,00	1,84	2,82	2,00	2,06	4,58
4.11 Establecer en el hospital una guía, procedimiento o instrucciones para la comunicación de eventos y efectos adversos a los pacientes	8,54	9,00	1,62	3,83	3,00	2,69	4,72
4.12 Formar a los profesionales en la comunicación relacionada con la seguridad del paciente (comunicación de noticias, daños, etc)	8,63	9,00	1,42	3,85	4,00	2,04	4,77
4.13 De forma global cómo valora la importancia de la implicación de los pacientes y familiares en la seguridad del paciente	7,96	8,00	1,29	3,46	3,50	1,60	4,50

5. Herramientas

Las herramientas para implantar la seguridad del paciente están representadas por 11 cuestiones. De forma global la valoración global ha sido de 8,94 con una mediana de 9 y una desviación típica de 0,80. La valoración global de la situación actual es de 6,06 con una mediana

de 6 y una desviación típica de 1,89. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 2,88 puntos. A continuación se presenta la tabla global de resultados:

Tabla 17. Resultados cuestiones sobre herramientas

Resultados herramientas	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
5.1 Las rondas (visitas) de los miembros del equipo directivo a los servicios/unidades	8,25	8,00	1,23	6,44	6,50	2,46	1,81
5.2 Las reuniones de información (briefing) entre profesionales para mejorar la comunicación y fuente de identificación de incidentes y efectos adversos	8,78	9,00	,90	5,00	5,00	2,13	3,78
5.3 Las reuniones y visitas deben realizarse de forma abierta, buscando la participación y no la culpabilización de los profesionales	9,06	9,00	,83	6,24	7,00	2,32	2,82
5.4 Los acuerdos de mejora establecidos en las reuniones, visitas, etc., deben estar registrados y se deben seguir y evaluar a lo largo del tiempo	9,08	9,00	,90	6,13	7,00	2,34	2,96
5.5 El centro debe implantar sistemas de comunicación de incidentes y eventos de seguridad del paciente, confidenciales y no punitivos	9,45	10,00	,84	7,63	8,00	2,21	1,82
5.6 Los sistemas de notificación funcionan mejor en servicios/unidades cerradas, con sentido de equipo y valores compartidos, y por esta razón se puede empezar en ellas la implantación	7,76	8,00	2,39	6,50	7,00	2,40	1,26
5.7 Sistema de identificación y análisis de incidentes o eventos centinelas	9,35	9,00	,64	6,85	7,00	2,36	2,50

Resultados herramientas	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
5.8 Es necesario utilizar herramientas prospectivas, como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), para identificar y prevenir posibles efectos adversos.	8,49	9,00	1,20	4,98	5,00	2,05	3,51
5.9 Es necesario utilizar herramientas retrospectivas, como el análisis causa raíz (ACR), para poder analizar los eventos y efectos adversos, proponiendo acciones de mejora.	9,08	9,00	,92	6,63	7,00	2,10	2,46
5.10 Además de AMFE y ACR es necesario utilizar otras herramientas para mejorar la seguridad del paciente (por ejemplo Global Trigger)	8,02	8,00	1,42	4,35	4,00	2,57	3,67
5.11 De forma global cómo valora la importancia de la utilización de herramientas en la mejora de la seguridad del paciente	8,94	9,00	,80	6,06	6,00	1,89	2,88

6. Implantación general de la seguridad del paciente

La implantación de la seguridad del paciente está representada por 23 cuestiones. De forma global la valoración global ha sido de 8,90 con una mediana de 9 y una desviación típica de 0,74. La valoración global de la situación actual es de 6,04 con una mediana de 6 y una

desviación típica de 1,72. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 2,86 puntos. A continuación se presenta la tabla con los resultados globales:

Tabla 18. Resultados cuestiones sobre implantación

Resultados implantación general de la seguridad del paciente	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
6.1 Los líderes formales deben realizar un apoyo explícito, visible y continuado a la implantación de la seguridad del paciente	9,18	9,00	,70	5,92	6,00	2,09	3,27
6.2 Hay que establecer un equipo para definir	8,77	9,00	1,18	6,20	7,00	2,31	2,57
6.3 Implicar a los profesionales como elementos clave (especialmente a los que están en primera línea con el paciente)	9,27	9,00	,61	5,96	6,00	2,02	3,31
6.4 Hay que promover el trabajo de identificación, análisis y mejora en equipos que incluyan a diferentes profesionales	9,02	9,00	,69	5,92	6,00	2,04	3,10
6.5 Los equipos deben tener un líder facilitador con un enfoque claro del trabajo	9,11	9,00	,73	6,02	6,50	2,13	3,09
6.6 Hay que identificar a los líderes clínicos o campeones (champions) en seguridad del paciente como elementos básicos para la implantación	8,83	9,00	,94	5,40	6,00	1,92	3,43
6.7 Se debe comenzar implantando prácticas evidentes, las llamadas "fruta madura". (por ejemplo prevenir la infección por catéter venoso central en la UCI)	8,98	9,00	,91	7,40	7,50	1,70	1,58

Resultados implantación general de la seguridad del paciente	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
6.8 Para facilitar la implantación debemos cuantificar los resultados de la implantación y dar retroalimentación	9,14	9,00	,82	5,98	6,00	1,96	3,16
6.9 Para facilitar la implantación debemos abordar prácticas que ahorren dinero	6,91	7,00	1,87	5,09	5,00	1,95	1,83
6.10 Para facilitar la implantación debemos aprovechar las sinergias con otras actuaciones u objetivos	8,71	9,00	,98	6,00	6,50	1,75	2,71
6.11 Para facilitar la implantación debemos celebrar los éxitos	8,56	9,00	1,15	5,45	6,00	1,90	3,12
6.12 Hay que tener en cuenta el tiempo necesario, los cambios suelen ser lentos	8,38	9,00	1,10	5,83	6,00	2,03	2,55
6.13 Las prácticas que vienen de fuera del servicio, unidad o centro son más difíciles de implantar	6,87	7,00	2,01	5,35	5,00	1,84	1,52
6.14 Las prácticas no funcionan igual en diferentes unidades o servicios	7,96	9,00	1,93	6,33	6,00	2,12	1,63
6.15 Para facilitar la implantación es mejor utilizar un conjunto de actuaciones de forma simultanea	7,43	8,00	1,84	5,43	5,50	1,77	1,99
6.16 A nivel de servicio/unidad hay que trabajar en proyectos de mejora concretos	8,69	9,00	,90	6,49	7,00	1,52	2,20
6.17 Hay que desarrollar métodos prácticos para la formación, entrenamiento y motivación del personal.	8,67	9,00	1,34	5,57	6,00	1,58	3,09
6.18 La certificación UNE 179003 es útil para implantar la seguridad en los centros	6,71	7,00	1,98	3,12	3,00	2,32	3,59
6.19 Para implantar nuevas acciones hay que estimar de forma adecuada a nivel de recursos y apoyo necesario	8,73	9,00	1,05	5,45	5,00	1,92	3,28
6.20 Para incluir nuevas actuaciones hay que tener en cuenta la efectividad de la medida a implantar	8,75	9,00	1,21	6,11	6,00	2,22	2,64
6.21 Para incluir nuevas actuaciones hay que tener en cuenta la complejidad y coste de aplicación	8,74	9,00	1,19	6,49	7,00	2,10	2,26
6.22 Hay que crear ambientes físicos seguros: luz, ruido, espacio, pavimentos, aire, etc	8,47	9,00	1,08	6,09	6,00	1,84	2,38
6.23 De forma global cómo valora la importancia de la implantación en la mejora de la seguridad del paciente	8,90	9,00	,74	6,04	6,00	1,72	2,86

7. Implantación en áreas específicas

Junto con las actuaciones generales para la implantación, hay medidas específicas que están representadas por 30 cuestiones planteadas con sus correspondientes estadísticos descriptivos. De forma global la valoración global ha sido de 9,38 con una mediana de 9 y una desviación típica de 0,606. La valoración global de la situa-

ción actual ha sido de 7,02 con una mediana de 7 y una desviación típica de 1,521. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 2,35 puntos. A continuación se presenta la tabla global de resultados:

Tabla 19. Resultados cuestiones sobre áreas específicas

Resultados implantación en áreas específicas	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
7.1 Conciliación de medicación al ingreso y alta	9,18	9,00	,75	5,71	6,00	1,80	3,47
7.2 Tener farmacéuticos en unidades específicas (por ejemplo en urgencias)	7,15	8,00	2,38	3,63	3,00	2,64	3,52
7.3 Prescripción electrónica	9,17	9,00	1,00	7,04	7,50	2,38	2,12
7.4 Cinco correctos en medicación (paciente, vía, dosis, fármaco y horario)	9,37	9,00	,73	6,94	7,00	1,85	2,43
7.5 Identificar, evaluar y establecer correcciones de los errores de medicación	9,31	9,00	,59	6,73	7,00	1,90	2,58
7.6 Realizar reuniones diarias de seguridad (briefing) en las unidades de farmacia	7,93	8,00	1,32	4,60	5,00	2,50	3,34
7.7 Realizar (los miembros del servicio de farmacia) visitas a las diferentes unidades/ servicios para mejorar el uso seguro de la medicación	8,71	9,00	1,04	5,15	5,00	2,37	3,57
7.8 Establecer el doble control para administrar medicación de riesgo (ejemplo fármacos citostáticos intratecales)	9,20	9,00	,72	6,38	7,00	1,95	2,81
7.9 Programas del polimedcado	8,77	9,00	,79	5,60	6,00	2,15	3,17
7.10 Procedimiento específico de manejo adecuado medicación alto riesgo	9,27	9,00	,61	6,85	7,00	1,83	2,42
7.11 Disponer de un listado de abreviaturas de uso común en el hospital	8,38	9,00	1,31	4,71	5,00	2,19	3,67
7.12 Procedimiento específico de manejo adecuado de tubos y conexiones	8,78	9,00	1,01	6,19	7,00	2,26	2,60
7.13 Listado de verificación quirúrgica	9,42	9,00	,65	7,21	8,00	2,23	2,21
7.14 Procedimiento para evitar cirugía en lugar o lado erróneo	9,47	10,00	,69	7,30	8,00	2,17	2,16
7.15 Higiene adecuada de manos	9,60	10,00	,54	6,73	7,00	1,87	2,87
7.16 Utilizar precauciones de barrera (por ejemplo guantes, paños o batas) para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.	9,15	9,00	1,40	7,20	8,00	2,03	1,94
7.17 Medición de la infección de forma transversal (Ejemplo EPINE)	8,51	9,00	2,13	7,87	8,00	2,14	,64
7.18 Medición de la infección de forma prospectiva (Ejemplo infección en IQ de prótesis de rodilla)	9,13	9,00	,76	7,52	8,00	2,06	1,61

Resultados implantación en áreas específicas	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
7.19 Actuaciones de reducción infecciones UCI (neumonía en pacientes con ventilación mecánica, bacteriemia por catéter venoso central, etc)	9,36	9,00	,65	8,33	9,00	1,70	1,04
7.20 Actuaciones de reducción infecciones quirúrgicas (Ejemplo profilaxis antibiótica, rasurado, etc)	9,23	9,00	,78	7,40	7,00	1,74	1,82
7.21 Actuaciones para reducir las infecciones urinarias	9,19	9,00	,84	6,62	7,00	2,03	2,57
7.22 Actuaciones para disminuir la multi-resistencia a antibióticos	9,32	9,00	,78	6,19	7,00	2,06	3,13
7.23 Identificación inequívoca de pacientes	9,55	10,00	,58	8,37	9,00	1,25	1,18
7.24 Actuaciones para reducir las caídas	9,16	9,00	,92	7,47	8,00	1,63	1,69
7.25 Actuaciones de reducción de las úlceras por presión	9,28	9,00	,75	7,77	8,00	1,52	1,51
7.27 Actuaciones de evaluación y manejo adecuado del dolor	9,43	10,00	,68	6,94	7,00	1,88	2,49
7.28 Profilaxis del trombo-embolismo venoso	9,40	10,00	,681	7,29	7,00	1,570	2,11
7.29 Reducción de la exposición a radiaciones	9,27	9,00	,765	7,22	8,00	2,066	2,05
7.30 De forma global cómo valora la importancia de la forma de implantar actuaciones en áreas específicas en la mejora de la seguridad del paciente	9,38	9,00	,606	7,02	7,00	1,521	2,35

8. Barreras

Las barreras a la implantación de la seguridad del paciente están representadas por 28 cuestiones. De forma global la valoración global de las barreras a la implantación de la seguridad del paciente ha sido de 8,12 con una mediana de 8 y una desviación típica de 1,943. La valoración global de la situación actual ha sido de 5,77

con una mediana de 6 y una desviación típica de 2,234. La diferencia entre la importancia y la situación actual ha sido de 2,35 puntos. Por tanto, la diferencia entre las medias de la importancia y la situación actual ha sido de 2,35 puntos. A continuación se representa la tabla global de resultados:

Tabla 20. Resultados cuestiones sobre barreras

Resultados barreras a la implantación	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
8.1 Falta de formación y conocimiento sobre seguridad del paciente de los líderes del hospital	7,83	9,00	2,50	4,71	5,00	2,46	3,13
8.2 Falta de apoyo de los directivos	8,13	9,00	2,58	4,46	4,00	2,71	3,67
8.3 Falta de formación y conocimiento de los profesionales del hospital	8,13	9,00	2,43	5,35	5,50	2,08	2,77
8.4 Falta de dedicación de los líderes a la seguridad del paciente de su centro	7,85	9,00	2,32	5,23	5,00	2,42	2,63
8.5 Falta de tiempo de los profesionales para dedicarlo a la seguridad del paciente	7,79	9,00	2,23	5,30	5,00	2,19	2,49
8.6 Falta de recursos humanos dedicados a la seguridad del paciente	7,83	9,00	2,14	5,38	5,00	2,24	2,46

Resultados barreras a la implantación	Importancia			Situación actual			GAP
	Media	Mediana	Des. típ.	Media	Mediana	Des. típ.	Dif. de media
8.7 Falta de recursos materiales dedicados a la seguridad del paciente	7,70	8,00	2,05	5,04	5,00	2,22	2,66
8.8 Deficiente cultura de seguridad del paciente	8,04	9,00	2,10	5,17	5,00	1,85	2,88
8.9 Falta de canales y medios de información y comunicación para la seguridad del paciente	7,81	9,00	2,42	4,56	4,00	2,10	3,25
8.10 Falta de coordinación entre niveles	7,94	9,00	2,22	5,08	4,50	2,30	2,85
8.11 Miedo a sanciones o responsabilidad (ejemplo penal o patrimonial)	7,96	9,00	2,07	5,89	6,00	2,48	2,06
8.12 Ausencia de penalizaciones por no cumplir las actuaciones establecidas para mejorar la seguridad del paciente	6,57	8,00	2,82	4,69	5,00	2,73	1,88
8.13 Falta de comunicación entre líderes y profesionales	7,53	8,00	2,32	5,00	5,00	2,32	2,53
8.14 Falta de comunicación entre profesionales	8,04	9,00	2,09	5,54	5,50	2,21	2,50
8.15 Falta de comunicación con los pacientes	7,50	9,00	2,58	5,25	5,00	2,52	2,25
8.16 Falta de estrategia	7,68	9,00	2,36	4,37	4,00	2,19	3,31
8.17 Falta de objetivos y metas	7,64	9,00	2,43	4,44	4,00	2,45	3,20
8.18 Falta de datos e indicadores	7,89	9,00	2,50	4,74	4,00	2,57	3,15
8.19 Coste de la implantación	7,46	8,00	2,53	4,96	5,00	2,44	2,50
8.20 Falta de herramientas específicas para la seguridad del paciente	6,94	8,00	2,41	4,63	5,00	1,78	2,31
8.21 Resistencia al cambio	8,02	9,00	1,94	6,02	7,00	2,18	2,00
8.22 Falta de paciencia en la implantación	7,13	8,00	2,50	5,40	5,00	2,37	1,72
8.23 Aumento cargas de trabajo con nuevas actuaciones de seguridad del paciente	7,43	8,00	2,04	5,68	5,00	2,37	1,74
8.24 Disponibilidad y coste de la tecnología	6,77	7,00	2,36	5,19	5,00	1,95	1,58
8.25 Difusión deficiente de las actuaciones de seguridad del paciente en el hospital	7,98	9,00	2,07	5,27	6,50	2,33	2,71
8.26 Ausencia de incentivos para la mejora de la seguridad del paciente	7,46	8,00	2,17	5,23	5,50	2,69	2,23
8.27 Déficit de actividad investigadora en seguridad del paciente	7,53	8,00	2,031	5,75	6,00	2,236	1,78
8.28 De forma global cómo valora la importancia de las barreras en la mejora de la seguridad del paciente	8,12	8,00	1,943	5,77	6,00	2,234	2,35

Como resumen de estos resultados los apartados con mayor importancia (orden de mayor a menor) en la pregunta de valoración global han sido: implantación en áreas específicas, cultura, liderazgo, estrategia, herramientas, implantación general, barreras y pacientes/familiares. Por tanto lo más valorado es la implantación en áreas específicas y lo menos la participación de pacientes y familiares. Mientras que si nos fijamos en la situación actual de cada uno de ellos, también en orden de

mayor a menor encontramos: implantación en áreas específicas, herramientas e implantación general, liderazgo, estrategia, barreras, cultura y pacientes/familiares.

Por tanto las actuaciones relacionadas con los pacientes y familiares son las que tienen una menor importancia y una peor situación actual, mientras que la implantación de prácticas seguras en áreas específicas es la que tiene un mejor resultado y una mejor situación actual. Por otra parte el apartado que tiene una mayor

Si realizamos una media con todas las preguntas de cada apartado, sin incluir la valoración global, encontramos en orden de mayor a menor: implantación en áreas específicas, cultura, herramientas, liderazgo, estrategia, implantación general, pacientes/familiares y barreras. Por tanto lo mas valorado sigue siendo la implantación en áreas específicas y en lo menos aparecen las barreras (los pacientes se sitúan en 8,02), mientras que en relación con la situación actual el orden de mayor a menor es: implantación en áreas específicas, herramientas, estrategia implantación general, liderazgo, cultura, barreras

y pacientes. Es decir unos resultados similares a la pregunta de valoración global.

DESCRIBIR Y PROPONER CRITERIOS QUE FACILITEN LA EVALUACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

A continuación se presentan los resultados globales obtenidos en relación a los diferentes modelos de evaluación sobre seguridad del paciente encontrados en nuestro país:

Tabla 21. Resultados modelos de evaluación de la seguridad del paciente

CCAA/Organismo	Tipo	Específico	Año	Observaciones
Andalucía	Acreditación	No	2003	Es un modelo general de acreditación.
Sociedad Andaluza de calidad asistencial SADECASADECA	Recomendaciones	Si	2012	Son recomendaciones no estructuradas como un modelo de acreditación, aunque útiles para la mejora
Baleares	Acreditación	No	2012	Es un modelo general de acreditación.
Cataluña general	Acreditación	No	1981	Es el modelo mas antiguo de nuestro país (Orden de 21 de noviembre de 1981, DOGC núm. 187, de 21 de diciembre). Última revisión en 2006
Cataluña A. Primaria	Acreditación	Si	2012	Es un modelo de atención primaria
Extremadura	Acreditación	No	2006	Agrupar sus estándares en los 9 criterios EFQM mas un décimo sobre información, conocimiento y aspectos éticos
Galicia	Acreditación	No	2001	Es un modelo no utilizado actualmente
Madrid	Recomendaciones	Si	2007	Son recomendaciones basadas en la estructura del modelo EFQM
Murcia	Acreditación	No	2010	Agrupar sus estándares en los 9 criterios EFQM mas uno sobre información, conocimiento y aspectos éticos y otro específico sobre seguridad del paciente
Valencia	Acreditación	No	2004	Es un modelo con manuales por unidades y uno global de organizaciones
Ministerio Sanidad Docente	Acreditación	No	2012	Son criterios específicos de seguridad del paciente incluidos en los establecidos para la acreditación docente.
Ministerio Sanidad / Universidad de Cádiz	Acreditación	Si	2008	Es un proyecto de acreditación de cuidados en enfermería basado en modelo EFQM
Ministerio Sanidad/ ISMP	Autoevaluación	Si	2008	Es un sistema de autoevaluación de la seguridad centrada en la farmacia hospitalaria
Ministerio Sanidad unidades asistenciales	Recomendaciones	No	2008	Son documentos individuales y en el momento actual están accesibles 14 unidades. Comenzaron a trabajar en CMA.
Ministerio Sanidad / Universidad de Murcia	Indicadores	Sí	2009	Son indicadores derivados del cumplimiento de buenas prácticas en seguridad del paciente establecidas por el NFQ,
AENOR /UNE	Norma certificación	Si	2010	Es una norma elaborada por un grupo técnico de AENOR que puede ser certificada.

Cómo puede apreciarse de los 16 documentos la mayoría son modelos de acreditación (10), aunque también encontramos desde modelos de autoevaluación a un modelo de certificación por una norma UNE o a recomendaciones e indicadores.

En cuanto a la especificidad también la mayoría son generales y en concreto son siete los del ámbito concreto de la seguridad del paciente, entendiéndose que en los generales incluyen criterios que pueden utilizarse para evaluar la implantación de la seguridad del paciente en los hospitales.

De todos ellos, el más antiguo es el de Cataluña, que data del año 1981 (Orden de 21 de noviembre, aunque con revisiones posteriores), los siguientes son los de Galicia y Andalucía (años 2001 y 2003). Su característica común es que son modelos de acreditación generales, es decir incluyen a todo el hospital y además, al ser los más antiguos, de hace unos diez años, no incluyen apartados específicos de seguridad del paciente.

Otros aspectos que debemos tener en cuenta son el nivel de aplicación (general u hospital), su denominación o algunos aspectos específicos de cada uno de ellos, como se muestra en la siguiente tabla: los únicos que son específicos para seguridad del paciente es el modelo de seguridad desarrollado en Cataluña, pero es específico para atención primaria, y los estándares de seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (Proyecto SENECA) centrado en la seguridad de los cuidados, desarrollado por la Universidad de Cádiz con el Ministerio de Sanidad.

Por otra parte, existen documentos que aún no siendo modelos de acreditación si incluyen criterios a evaluar o indicadores específicos de seguridad del paciente, como son los desarrollados en Andalucía, Madrid, AENOR o el Ministerio en colaboración con la Universidad de Murcia o el ISMP.

Estos documentos específicos, que nos son modelos de acreditación, son en general recomendaciones, y entre ellas, y en relación con la implantación de la seguridad del paciente, podemos destacar las recomendaciones para mejorar la seguridad en los centros sanitarios, elaboradas por SADECA y las recomendaciones para implantar planes de seguridad de Madrid. Además, de estos dos, aunque en menor medida, ya que tratan aspectos parciales, tenemos la autoevaluación de los sistemas de utilización de medicamentos, estándares y recomendaciones de unidades, buenas prácticas específicas o criterios de acreditación de centros docentes.

De todos los documentos se han identificado los criterios o aspectos a evaluar como tales y con ellos se ha realizado un diagrama de afinidad con su resultado se han agrupado los criterios similares. En concreto la agrupación ha sido la siguiente:

Liderazgo: con los distintos criterios identificados se han establecido los siguientes grupos por afinidad: Misión,

visión y valores; liderazgo y estrategia; responsabilidades, compromiso de los líderes; monitorización y seguimiento, asignación de recursos; establecimiento de objetivos y comunicación.

Estrategia: con los distintos criterios identificados se han establecido los siguientes grupos por afinidad: Misión, visión y valores; desarrollo de la estrategia, seguimiento, estructura, objetivos y comunicación.

Personas / Profesionales: con los distintos criterios identificados se han establecido los siguientes grupos por afinidad: Política de RRHH, recursos seguridad paciente, responsables, participación seguridad paciente, incentivos/ reconocimientos, seguro responsabilidad.

Alianzas y recursos: con los distintos criterios identificados se han establecido los siguientes grupos por afinidad: Seguridad edificios, equipamiento tecnológico, información, requisitos adquisiciones, recursos materiales, bienes de los pacientes, agresiones, gestión ambiental, alianzas.

Procesos y procedimientos: con los distintos criterios identificados se han establecido los siguientes grupos por afinidad: Actuaciones generales, protocolos específicos, actuaciones específicas (cirugía, identificación, etc.), prevención y control de la infección, farmacia (con estos apartados Procesos generales de farmacia, ordenes, información pacientes, farmacéuticos, fármacos de alto riesgo).

Resultados: con los distintos criterios identificados se han establecido los siguientes grupos por afinidad: Pacientes, reclamaciones, profesionales, indicadores específicos, indicadores clave.

Una vez establecidos los apartados se han incluido los criterios propuestos en cada apartado y como resultado final tenemos una propuesta con 127 criterios relacionados con los agentes y 32 relacionados con los resultados, con un total global de 159 criterios (ver anexo).

4. DISCUSIÓN

La mejora de la seguridad del paciente, es un componente básico de la calidad asistencial, que por diversas razones, no ha estado en la agenda de las organizaciones sanitarias hasta hace muy poco tiempo. En cambio, en la década actual, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se focaliza en esta dimensión primordial de la misma ⁽²³⁾. La falta de cultura, es de acuerdo con la opinión de diversos expertos ⁽²⁴⁾, la causa más importante en este retraso, al estar centrada fundamentalmente en la culpa. Por esta razón, uno de los aspectos clave es trabajar en cambiar el enfoque de nuestras organizaciones para poder estar enfocadas en una cultura basada en el aprendizaje y la mejora ⁽²⁵⁾.

En este sentido, en la última década, diferentes instituciones con la intención de salvar la brecha existente entre

la situación actual de la calidad y la que podría alcanzar de acuerdo con las posibilidades existentes, han expresado la necesidad de cambiar los sistemas de atención, teniendo entre sus objetivos conseguir que la seguridad se convierta en una propiedad del sistema sanitario ⁽²⁶⁾ y recomendando a los diferentes gobiernos, que sitúen la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias ⁽²⁷⁾.

Este cambio de escenario ha provocado modificaciones en los aspectos organizativos de nuestras instituciones, organizaciones y también en la forma de trabajar de los profesionales. Al ser un cambio reciente, todavía no existen muchos trabajos sobre los cambios y claves a nivel de las organizaciones, al estar más centrados en la implantación de prácticas. Por esta razón, este trabajo profundiza en la situación actual de nuestra estructura organizativa para mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

Esta situación también la podemos encontrar en países de nuestro entorno, y en ellos, las experiencias organizativas también son escasas, encontrando desafíos específicos de investigación derivados de la complejidad de los programas de intervención, que además, a nivel de las organizaciones, presentan a menudo patrones de implementación variables y con adaptaciones locales ⁽²⁸⁾.

Por ello, se ha planteado como primer objetivo específico la realización de una descripción de las normas, planes, estrategias y estructuras centrales o periféricas a nivel hospitalario, que nuestro Ministerio y las diferentes Comunidades Autónomas, han establecido en los últimos años para mejorar la seguridad del paciente, con el fin de poder tener una imagen actualizada de su situación.

En nuestro país, la creación de estructuras específicas relacionadas con la seguridad del paciente a nivel central, ha tenido un desarrollo escaso, existiendo pocos ejemplos reflejados en la normativa entre los que podemos citar la creación de Observatorios, como estructuras para la promoción y difusión de la seguridad del paciente en dos Comunidades Autónomas, Madrid y Navarra ^(29,30), y también existe un Observatorio en Andalucía, que aunque no tiene una norma de creación, si está incluido en su desarrollo estratégico ⁽³¹⁾.

También existen estructuras relacionadas con la participación de los pacientes, y en este caso, también son solo dos Comunidades (Galicia y Cataluña) las que han creado consejos consultivos ^(32,33), con la diferencia de ser el gallego específico sobre seguridad del paciente y el catalán de ámbito general, lo que nos da idea del poco desarrollo que ha tenido este tipo de colaboración en nuestro país, aunque sea considerada como clave para mejorar la seguridad en los servicios sanitarios ⁽³⁴⁾.

Pese a esta escasez de estructuras, en cambio el despliegue de las competencias en seguridad del paciente podemos considerarlas como generalizadas, relejándose también a nivel de los hospitales como establece un estudio desarrollado en 113 hospitales europeos ⁽³⁵⁾, en

donde se señala como la estructura y la asignación de responsabilidades están muy desarrolladas en España, mientras que tenemos peores resultados, en la implantación de algunos mecanismos de seguridad y en la implicación de los pacientes.

Por otra parte, complementando el desarrollo de competencias, también se puede observar un marcado incremento en la elaboración de planes, programas o estrategias que o bien son específicas o bien incluyen la seguridad en sus líneas de actuación.

Este desarrollo es también reciente, ya que el primer plan de riesgos que hemos podido referenciar es el de la Comunidad de Madrid en el año 2006 ⁽³⁶⁾. Desde ese momento, han sido varias las Comunidades que han elaborado documentos sobre planificación estratégica de la seguridad del paciente destacando por su contenido Andalucía, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia y Valencia ^(31,37,38,39,40,41). En cualquier caso, y de forma general, podemos considerar que la seguridad del paciente está incluida en los planes de calidad de las Comunidades Autónomas, así como en la agenda de trabajo de numerosas sociedades científicas, aunque en sentido contrario, también debemos considerar que muchos profesionales sanitarios todavía no son conscientes de su alcance ⁽⁴²⁾.

Volviendo al contenido de estos desarrollos, podemos observar como existe una variabilidad en su diseño que nos lleva desde un conjunto de proyectos ⁽⁴³⁾, a una metodología de planificación, en la que encontramos el análisis de situación, la misión, visión y valores, la descripción de líneas y objetivos estratégicos con sus correspondientes actuaciones, y finalmente su evaluación ⁽³⁹⁾. Además, junto a este planteamiento general, también nos encontramos con aspectos metodológicos concretos como es el caso de Extremadura ⁽³⁸⁾ que incluye un apartado con la metodología de priorización de procesos y prácticas seguras y una tabla de priorización grupal o Valencia ⁽⁴¹⁾ que incluye un mapa estratégico con el modelo de cuadro de mando integral "Balanced scorecard", siendo esta una herramienta ya utilizada a nivel hospitalario, con la finalidad de facilitar la implantación de planes estratégicos con múltiples objetivos ⁽⁴⁴⁾.

En cuanto a los objetivos y líneas de actuación incluidos en estos documentos, hay que señalar que también existe una gran variabilidad, siendo difícil analizarlos al no tener la misma estructura. Por esta razón, nos hemos fijado en sus aspectos comunes, entre los que podemos reconocer el liderazgo y la cultura, la formación, pacientes y/o profesionales, las herramientas y la implantación de prácticas específicas ya sean derivadas de las principales áreas identificadas por el estudio ENEAS ⁽⁴⁵⁾ como son la medicación, las infecciones o la cirugía, o de las incluidas en las líneas de financiación gubernamental, como son la formación, la identificación inequívoca de pacientes o la creación y desarrollo de unidades funcionales de gestión de riesgos ^(42, 46).

La creación y el desarrollo de estas unidades también figura en los planes estratégicos de algunas Comunidades Autónomas. Es el caso del Servicio Madrileño de Salud, que en su Estrategia de seguridad del paciente ⁽³⁹⁾ dedica un objetivo estratégico a su extensión y consolidación, del plan de Castilla la Mancha ⁽³⁷⁾ estableciendo que todas las gerencias del Servicio de Salud contarán con una unidad y por último del plan de Extremadura ⁽³⁸⁾ que establece la constitución de unidades en cada área de salud.

Además, el impulso y la promoción del Ministerio de Sanidad desde el año 2006 al año 2010, ha conseguido que en todas las Comunidades Autónomas se hayan constituido unidades, aunque eso sí, con diferentes denominaciones, siendo por tanto la estructura organizativa periférica para mejorar la seguridad en los centros sanitarios, que han desarrollado los hospitales públicos, en nuestro país, al estar constituidas en el 96% de nuestras Autonomías y solo en Aragón figura únicamente a nivel central ⁽⁴⁷⁾.

En general, todas desarrollan actividades similares en cuanto a la sensibilización, la formación y la identificación y análisis de casos y, de acuerdo a un estudio realizado en el Servicio Madrileño de Salud, en su desarrollo existen barreras como la falta de tiempo de los profesionales, el déficit de cultura y su escasa difusión y también se plantean retos de futuro como la formación y la ya citada mejora de la cultura ⁽⁴⁸⁾.

El segundo objetivo se ha centrado en identificar cuáles son los factores clave y las posibles barreras para la implantación efectiva de la seguridad del paciente en nuestras organizaciones sanitarias y concretamente a nivel de los hospitales. Para conocerlos se ha elaborado un cuestionario con los siguientes apartados: liderazgo, cultura, estrategia y organización, pacientes y familiares, implantación general, implantación de prácticas específicas y barreras.

El primer aspecto investigado ha sido el liderazgo definido como la capacidad para influir sobre otros profesionales o servicios, para que trabajen y se involucren en el logro de objetivos comunes. Para lograr estos cambios en los individuos y las organizaciones los líderes utilizan serie de elementos como son la evidencia de las intervenciones, el conocimiento de las actitudes de los profesionales, la perseverancia o la participación ⁽⁴⁹⁾. En conjunto, la valoración global obtenida ha sido elevada, en línea con la experiencia de organizaciones como la Joint Commission que ha citado la involucración del liderazgo en el 50% de los sucesos centinelas analizados ⁽⁵⁰⁾.

Frente a esta importancia, la percepción que hemos obtenido sobre la situación actual del liderazgo supera por poco el aprobado y en este sentido, en los estudios que miden el clima de seguridad, los profesionales de los hospitales españoles solo consideran positivo el apoyo de la gerencia en materia de seguridad del paciente en el 26,4 % de los casos (40), lo que en conjunto, repre-

senta una brecha entre la importancia y la percepción de su situación actual en nuestros centros.

Para justificar esta brecha debemos tener en cuenta la existencia de deficiencias en aspectos como el apoyo a la notificación y análisis de casos; la insuficiente implantación de herramientas o el desconocimiento y falta sensibilización, y todo ello con enfoques centrados en muchas ocasiones en lo inmediato y superficial ⁽⁵¹⁾. Por lo tanto, parece claro que el líder necesita desarrollar capacidades como la facilidad de comunicación, la planificación y prevención de situaciones o la actuación con principios de justicia y equidad ⁽⁵¹⁾, creando un clima de confianza y para ello, debe contar con formación adecuada, aunque en nuestro caso la formación del gerente se ha considerado poco importante.

Cómo palancas de cambio encontramos que las rondas o visitas de los directivos, están entre los aspectos con mejor situación actual y menor diferencia con su importancia, lo que podría explicarse por ser un objetivo institucional en Madrid o por ser una de las actuaciones del liderazgo con más evidencia de tener un impacto positivo en el clima de seguridad, ya que utilizando la comunicación directa se pueden abordar barreras y al mismo tiempo, atraer a los clínicos de primera línea, demostrando el compromiso de la organización ⁽⁵²⁾.

Junto al liderazgo debemos fomentar la cultura de seguridad. La cultura es la forma en que una organización desarrolla de forma habitual sus actuaciones, y debe incluir una serie de componentes críticos ⁽⁵³⁾ como son el compromiso y la capacidad de aprendizaje con sistemas adecuados de recogida de la información, análisis y retroalimentación. Además, no debe de ser punitiva, salvo en las violaciones deliberadas o la mala conducta, y ser abierta para que la gente pueda hablar libremente acerca de los errores ⁽⁵⁴⁾.

En nuestro trabajo, se reconoce su importancia al ser el segundo apartado en valoración global, pero en cambio no ocurre lo mismo con su situación actual que tiene peor puntuación, por lo que representa un área de mejora, pese a todos los esfuerzos realizados en los últimos años. Esta situación es refrendada con la percepción de los miembros de las unidades funcionales madrileñas que la consideran como la segunda barrera para su desarrollo y un claro reto para el futuro ⁽⁵⁵⁾.

Para entender esta situación hay que señalar que desarrollar y mantener una cultura de seguridad es una de las iniciativas más difíciles a las que un equipo directivo pueda enfrentarse ⁽⁵⁶⁾ y más si tenemos en cuenta que los cambios culturales son por definición lentos. Para conseguirlo uno de los instrumentos más potentes de transformación es hacer que sean accesibles y receptivos a las preocupaciones del personal de primera línea, al ayudar a salvar la brecha a la hora de cambiar en enfoque cultural ⁽⁵⁷⁾. En este sentido, el apoyo a los profesionales ha sido el aspecto mejor valorado en relación con nuestra situación actual.

En nuestro trabajo también destaca la valoración positiva de la creación de un clima de confianza contando con los líderes profesionales, siendo este un elemento fundamental en las actuaciones para mejorar la cultura, mas si se tiene en cuenta que la percepción de los profesionales no siempre coincide con lo realmente importante.

Otro aspecto importante es la estrategia y los cambios en la organización. Como hemos visto previamente una de las actuaciones ha sido la puesta en marcha de unidades funcionales o comisiones de seguridad del paciente, como un elemento de la estrategia de despliegue marcada por el Ministerio de Sanidad y un objetivo prioritario en varias Comunidades Autónomas ^(58,59). En nuestro trabajo destaca positivamente las actuaciones relacionadas con creación de estas unidades. Junto a ellas, tenemos el nombramiento de responsables, ya sean a nivel del centro o de sus unidades o servicios, debiendo tener las responsabilidades en seguridad del paciente claramente designadas ⁽⁵⁹⁾.

Un punto fundamental al establecer una estrategia de seguridad es considerar de forma especial la actuación consorciada de líderes médicos y los clínicos para implantar buenas prácticas ⁽⁶⁰⁾. En concreto, uno de sus aspectos fundamentales es establecer como propietario de procesos a un líder en seguridad, un “campeón” o “champion” ⁽⁶⁰⁾. En nuestro trabajo nombrar responsables por servicios o unidades ha obtenido un valor elevado situándose en 9,23 sobre 10 y representando la tercera cuestión mejor valorada en cuanto a su importancia.

Su nombramiento puede ser informal (actúan porque ellos quieren) o formal (actúan porque tienen interés y son nombrados). Por ello, no se nombrarán “campeones” si no manifiestan ningún interés ⁽⁶¹⁾ y deben caracterizarse por tener una comunicación fácil, ser respetados y poseer un excelente conocimiento institucional ⁽⁶¹⁾. Además, la coexistencia de campeones directivos y ejecutivos es importante y complementaria ⁽⁶¹⁾. Los líderes médicos deben articular objetivos de seguridad claros, demostrar su compromiso personal hacia la seguridad, implicar a todos y adoptar una respuesta transparente y justa ante los incidentes de seguridad del paciente ⁽⁵⁷⁾.

Otro elemento básico es definición de objetivos de seguridad y para ello existen múltiples iniciativas internacionales que pueden servir de pauta, como por ejemplo la National Patient Safety Goals Effective ⁽⁶²⁾ y para medir los objetivos debemos establecer indicadores, recogidos en un cuadro de mando como elemento necesario para establecer estrategias de seguridad.

Además, para trasladar estos objetivos e implantar las estrategias aparejadas, la herramienta utilizada es incluirlos en los contratos de gestión, para lo que deberíamos tener en cuenta varios aspectos: deben ser claros y correctos en cuanto a su formulación, no deben ser excesivos y sobrecargar los contratos, debe tenerse en cuenta el peso relativo en el conjunto del contrato, hay que dar

un tiempo para que se consoliden, hay que tener en cuenta las posibles sinergias o antagonismos, hay que ser cuidadosos en introducir actuaciones poco validadas y finalmente, deberemos realizar la correspondiente evaluación de los resultados ⁽⁶³⁾.

En relación con los objetivos existe un aspecto no incluido en nuestro país, relacionado con la disminución de ingresos económicos como incentivos negativos ligados a la ocurrencia de efectos adversos. Desde finales del año 2008, en Estados Unidos existe la posibilidad de no realizar pagos o reembolsos de los denominados “never events” ⁽⁶⁴⁾ o eventos que nunca debieron ocurrir (por ejemplo determinados tipos de infecciones o complicaciones), fijados de antemano por el financiador. Esta política de no financiar determinados sucesos, consiguió atraer la atención de los máximos directivos de los hospitales americanos, siendo incluido en los objetivos de mejora de la calidad del propio hospital ⁽⁶⁵⁾, aunque sin estar claro su efecto ya que junto a su repercusión económica, habría que unir que el reducir o eliminar dichas condiciones era ya una prioridad para estas organizaciones.

Estos incentivos negativos han sido mal valorados en nuestro estudio superando por poco el aprobado (5,56) en importancia y obteniendo un tres en relación con su situación actual, y entre las causas que podrían explicar este resultado encontramos la citada falta de conocimiento y de efecto o la diferente forma de financiarse los hospitales en nuestro país, respecto a EEUU.

Por otra parte, existe cierta evidencia para apoyar la implementación de estrategias multi-componente para mejorar el clima de seguridad y los resultados en los pacientes ⁽⁵²⁾ y tampoco debemos olvidar la elaboración de recomendaciones, protocolos o la elaboración de Guías de Práctica Clínica ⁽⁶⁶⁾ o la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs), al existir relación significativa (correlación, no causalidad) entre el uso de un mayor número de TIC y mejores resultados en algunos indicadores de seguridad del paciente ⁽⁶⁷⁾.

La comunicación es otro apartado básico, ya sea la interna, ya que un trabajador bien informado, que conoce los objetivos de su empresa y el contenido de su tarea, tiende a manifestar una actitud positiva hacia el trabajo y contribuye en mayor medida al beneficio global de la organización ⁽⁶⁸⁾, siendo un apartado valorado como importante en nuestro trabajo y señalando la importancia de desarrollar canales formales bien establecidos para que la información llegue a los profesionales definidos y lo haga de la forma más clara posible ⁽⁶⁸⁾.

En cuanto a la comunicación externa, aunque ha obtenido una mala valoración tanto en importancia como en situación actual, debemos considerarla como un área de desarrollo, ya que entre aspectos la percepción de seguridad disminuye cuando coinciden la preocupación por ser víctima de un error clínico y el impacto reciente de noticias sobre errores en la prensa ⁽⁶⁹⁾.

Siguiendo con aspectos de la estrategia, existe un cierto consenso en considerar a los pacientes y familiares como parte interesada en la seguridad y por tanto debemos incorporarlos en ella de forma específica, aunque lo cierto es que esta situación no acaba de producirse. Esta impresión se ve ratificada en nuestro trabajo ya que esta participación es el apartado menos valorado en importancia (7,96) y en su situación actual (3,46) con una diferencia muy importante (mayor de cuatro puntos).

En este sentido podemos observar como los pacientes critican la escasez de posibilidades de participación en la mejora, salvo la queja y la reclamación⁽⁷⁰⁾, que es precisamente la forma que obtiene mejor resultado en nuestro trabajo y al contrario la participación de los pacientes a través de otras vías obtiene una situación actual por debajo de tres puntos y un gap que se acerca a los cinco puntos.

Además, para valorar la importancia de trabajar en esta inclusión debemos tener en cuenta que el concepto de seguridad desde el punto de vista de los pacientes es diferente al de los profesionales y las organizaciones sanitarias⁽⁷⁰⁾. Para el paciente, seguridad no es igual a ausencia de errores, si lo es en el caso de pacientes agudos, pero en pacientes crónicos donde incluyen la preocupación, la información, la continuidad asistencial o el apoyo psicológico sobre su enfermedad (seguridad como dignidad y respeto).

Por todo ello, es necesario identificar sus expectativas sobre su participación en las estrategias para la mejora de la seguridad: tener un mayor papel en la seguridad, tener más información, mejorar el consentimiento informado, tener en cuenta la importancia del papel de los familiares en la hospitalización, elaborar protocolos con su participación. Además, son favorables a los sistemas de notificación y a la necesidad de un cambio de actitud de los profesionales. Para todo ello, las asociaciones son importantes para unir varios testimonios y ejercer una mayor presión para reclamar y mejorar⁽⁷⁰⁾.

Aunque el camino no parece fácil, si queremos mejorar, deberemos promover su participación activa en la prevención de incidentes y solicitar su colaboración para obtener información relevante (Encuestas tipo informe del usuario e incluir información de los pacientes y familiares en los análisis de causas-raíz)⁽⁷¹⁾. Además, y junto a estas actuaciones también deberemos considerar la implantación de estrategias de comunicación abierta de los errores a los pacientes (Open disclosure)⁽⁷²⁾ y para ello, se deberán realizar actuaciones como es la elaboración de un documento marco sobre la comunicación de errores a los pacientes⁽⁷³⁾.

En relación con la participación de los profesionales, también tenemos herramientas como son las ya citadas rondas de seguridad (Walkrounds) de las que existen diferentes publicaciones,^(49,72,73) y la implantación de reuniones al comienzo de la jornada o antes de una actua-

ción denominados briefing o debriefing⁽⁷⁴⁾, sus objetivos, junto a incrementar la conciencia del personal sobre temas de seguridad del paciente, es crear un ambiente en el que el personal comparta información sin miedo de represalias, integrar la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario, cambiar la cultura y reducir el riesgo de eventos adversos.

También estas reuniones también utilizan algunas reglas que debemos conocer⁽⁷⁵⁾: los resultados no deben ser utilizados para comparar servicios, deben estar incorporadas a la rutina de trabajo, requieren el compromiso de los responsables de la unidad, deben ser constructivos, no punitivos y realizados en un entorno agradable, deben presentar los incidentes de manera abierta por el personal implicado y su duración debe ser corta, entre cinco y diez minutos.

En cuanto a la utilización de otras herramientas junto a los sistemas para identificar y comunicar incidentes y eventos adversos, nos encontramos con las clásicas de análisis causa raíz (ACR) y análisis modal de fallos y efectos (AMFE). En nuestro estudio, el briefing, el AMFE y la utilización de otras herramientas como por ejemplo el Global Trigger⁽⁷⁶⁾ son las que presentan una peor valoración de utilización, siendo el ACR el que presenta un mejor resultado.

También obtienen una alta valoración las actuaciones relacionadas con la puesta en marcha de sistemas de identificación de eventos adversos (incluidos los centinelas), confidenciales y sin culpa. En este sentido, para favorecer la comunicación de incidentes debemos tener en cuenta que un enfoque punitivo al error, el apoyo de la gestión hospitalaria a la seguridad del paciente y las percepciones generales de seguridad pueden predecir el comportamiento de la notificación⁽⁷⁷⁾.

Además, en estos sistemas, el análisis y el aprendizaje resultante se consideran fundamentales para la reducción de riesgos^(59,78). Uno de sus principales problemas es la infra-notificación de los eventos adversos, para evitarla puede ser necesario usar e incrementar diferentes sistemas⁽⁷⁸⁾ así como emitir estímulos constantemente. Para remarcar la importancia de las notificaciones, queremos señalar que existen estudios en los que los ingresos con algún tipo de notificación fueron un 17% más caros que aquellos sin ninguna notificación y la estancia media fue un 22% superior en el caso de pacientes con alguna notificación. Este incremento de coste y estancia, asociado con notificaciones voluntarias pone de manifiesto una importante conexión entre la seguridad del paciente y la ineficiencia en el uso de los recursos en la atención sanitaria⁽⁷⁹⁾.

También tenemos que citar la herramienta para la elaboración de mapas de riesgos, que aunque ha obtenido un bajo resultado en relación a su utilización actual, tiene una buena valoración en cuanto a su importancia, provocando que la brecha entre las dos se sitúe por encima

de los cuatro puntos, siendo una herramienta que la organización deberá considerar en el futuro.

Como resumen podemos señalar que la utilización de las distintas herramientas ⁽⁸⁰⁾ nos puede ayudar a entender por qué suceden los incidentes, determinar si se llevan a cabo las acciones correctoras, determinar la tasa de auténticos eventos adversos o daño, medir el daño notificado por los pacientes, saber si los pacientes se sienten seguros y confían en los profesionales y en el sistema sanitario.

Una vez revisados el liderazgo, la cultura, la estrategia, la participación de los pacientes y la utilización de diferentes herramientas, se nos plantea cuáles son las actuaciones clave para favorecer o facilitar la implantación efectiva en nuestras organizaciones. En primer lugar, para establecer una cultura de seguridad e implantar un programa de actuación, el primer punto es destacar la importancia ya citada del apoyo explícito, visible y continuado de los líderes formales ⁽⁸¹⁾. Para refrendar esta implicación debe existir un planteamiento práctico que incluya alianzas con los jefes de servicio/unidad ⁽⁸²⁾.

Como marco de implantación ⁽⁸³⁾ también es necesario establecer un equipo para definir la estrategia, los objetivos y poner en práctica la cultura de seguridad, entendiendo que juega un papel importante en la etiología y prevención de eventos adversos. Los estudios observacionales en los comportamientos relacionados con el trabajo en equipo de alto desempeño clínico han identificado patrones de comunicación, coordinación y liderazgo que apoyan el trabajo en equipo ⁽⁸⁴⁾. Estos equipos tienen varias características importantes para ser eficaces ⁽⁵⁴⁾: un enfoque claro, ser multidisciplinario, tener nivelación de jerarquía, tener respeto mutuo y existir un líder. En este sentido hemos detectado la importancia de tener una persona que actúe como facilitador de los equipos.

También debemos seleccionar a que problemas dirigirnos, ya que a veces se trabaja con los problemas en los que tenemos más datos, cuando debería ser con los más importantes ⁽⁶³⁾, y que acciones debemos desarrollar teniendo en cuenta que los mayores logros no suelen ser debidos a una sola acción, sino a un conjunto de acciones ya que los efectos suelen ser debidos a varios factores.

Existen algunas reglas que siempre debemos tener en cuenta al establecer estas actuaciones de implantación como son tener en cuenta los recursos necesarios evitando su infra-estimación y apoyo organizacional necesarios para conseguir que las iniciativas en seguridad funcionen; no pretender cambios muy ambiciosos en poco tiempo, valorar que las dificultades aumentan si las prácticas vienen de fuera de la organización y tener en cuenta que no debemos asumir siempre que algo que funcionaba en un área clínica concreta (como las UCI) podría transferirse fácilmente a otros entornos ⁽⁸⁵⁾.

Estas actuaciones de implantación son similares a las establecidas por diferentes organizaciones internacionales como el conjunto de cuatro líderes en EEUU (Johns Hopkins Medicine; OSF HealthCare, operado por las Hermanas de la Tercera Orden de San Francisco; Sentara Healthcare en Virginia y Carolina del Norte, y el Departamento de EE.UU. de Asuntos de Veteranos) ⁽⁸⁶⁾; que se centran en las personas, los procesos y la organización o el conjunto de cinco hospitales belgas centrados en constituir un comité multidisciplinar, formar al personal y trabajar en proyectos de mejora concretos.

Otro punto a considerar es por qué prácticas debemos empezar y esta parece ser una cuestión enfocada, ya que las consideradas como “fruta madura”, como por ejemplo la prevención de infección en catéter ⁽⁸⁷⁾ son las que han obtenido una mejor puntuación en relación con su situación actual. En cualquier caso, para facilitar la implantación de buenas prácticas hay que tener en cuenta la utilización de elementos facilitadores ⁽⁶⁰⁾ como por ejemplo crear competencia positiva, celebrar el éxito o aprovechar las sinergias.

De las cuestiones planteadas en nuestro trabajo sobre la implantación podemos observar que las más importantes son las referidas a la implicación de los profesionales, el apoyo de los líderes formales y la cuantificación y retroalimentación de resultados. Por contra lo menos valorado es la utilización de la nueva norma UNE 179003, el pensar que las prácticas que vienen de fuera son más difíciles de implantar y el abordar prácticas que ahorren dinero. En cambio, las cuestiones mejor valoradas en la actualidad son las relacionadas, el trabajo con proyectos concretos en los servicios o unidades y el tener en cuenta la complejidad y el coste de las nuevas actuaciones.

Si nos referimos a la implantación de prácticas concretas veremos que este apartado es el que ha obtenido el mejor resultado en cuanto a importancia de todas las áreas evaluadas. La explicación la podemos encontrar en que son más fáciles de implantar que una estrategia global y sobre todo que han sido incluidas como objetivos institucionales para todos los hospitales desde hace varios años.

Apoya esta opinión el conocer que las prácticas con mejor situación actual sean la identificación inequívoca de pacientes, la reducción de infecciones en UCI y la medición transversal de la infección, mientras que dos de las prácticas menos valoradas y las que presentan una percepción peor en cuanto a su situación actual (tener farmacéuticos en unidades específicas y realizar briefing) no han estado incluidas en nuestros objetivos y pueden ser difíciles de implantar, al igual que realizar visitas a las unidades por parte del servicio de farmacia.

Por tanto, todavía no queda un amplio camino por recorrer en apartados como la existencia de un comité de seguridad de la medicación o la realización de reuniones diarias con el equipo de farmacia ^(59, 88) o la conciliación

de la medicación, con experiencias en las que se indica que ha de ser desarrollada e introducida en la práctica clínica habitual ⁽⁸⁹⁾ y que puede hacerse con resultados exitosos ⁽⁹⁰⁾. Además, en su aplicación ⁽⁹¹⁾ se han valorado diferentes posibilidades como tener un farmacéutico, formularios estandarizados, enfermeras que revisan historias, evaluación o retroalimentación computarizada, siendo la realizada por los farmacéuticos es la que obtiene mejores resultados en AVAC ganados.

Como también hemos comentado previamente es muy importante contar con la participación de los profesionales para mejorar la seguridad en las áreas clínicas, como ejemplo para poner en marcha actuaciones en el área quirúrgica, donde hemos encontrado modelos ⁽⁹²⁾ que recomiendan implicar a los equipos quirúrgicos mediante presentaciones, reuniones y discusiones para compartir procesos e historias. En estas unidades, se han implantado listados de verificación y protocolos, aunque es destacable la escasa existencia de protocolos para la prevención de cirugía en el paciente, lado o procedimiento erróneo ⁽⁵⁹⁾.

Otro fundamental de atención es la mejora del número de infecciones relacionadas con la atención sanitaria y en este punto junto a las actuaciones de higiene correcta de las manos, destacan el establecer un control de infección o una política de antibióticos para disminuir las multi-resistencias. Junto a la prevención y control de las infecciones, que en los últimos años ha conllevado la implantación de bio-alcoholes en los centros sanitarios, también se han desarrollado políticas de identificación de pacientes mediante brazaletes o pulseras, con mayor difusión en recién nacidos que en adultos ⁽⁵⁹⁾.

Por último, se han evaluado las posibles barreras existentes a la implantación de la seguridad y podemos decir que su importancia y situación actual las sitúa por debajo del resto de las áreas, salvo la participación de los pacientes que como ya hemos comentado ha tenido la peor valoración en algunos apartados. Este hecho podría deberse a que nos hemos centrado en implantar prácticas concretas, con buenos resultados previstos, pero tenemos menos experiencia en realizar una actuación integral y es en estas situaciones donde más barreras nos pueden dificultar la implantación.

En cualquier caso, las barreras más importantes son las debidas a la falta de apoyo de los directivos, la falta de formación de los profesionales, la deficiente cultura de seguridad, la falta de coordinación entre niveles y la falta de comunicación entre profesionales, si bien en el momento actual las que representan un mayor obstáculo son las relacionadas con la resistencia al cambio y el miedo a las sanciones.

En síntesis, podemos dividir las barreras en dos apartados: en relación con la organización donde estarían las barreras por falta de apoyo de los directivos, por falta de cultura de seguridad, por falta de coordinación entre niveles

y por falta de difusión de actuaciones; mientras que en relación con los profesionales se situarían las barreras por falta de formación, falta de comunicación, miedo a las sanciones y resistencia al cambio.

De todas ellas, las barreras valoradas como menos importantes son la ausencia de penalizaciones, la disponibilidad y el coste de la tecnología y la falta de herramientas específicas de seguridad del paciente, mientras que las que obstaculizan menos actualmente son la falta de estrategia, la falta de objetivos y la falta de apoyo de los directivos.

En la bibliografía podemos encontrar numerosas barreras ^(60,93,94,95) similares a las ya citadas y así aparecen la falta de tiempo, la falta de recursos, el conocimiento insuficiente, la falta de evidencia de las intervenciones de apoyo, la falta de consenso con los miembros del equipo, el aumento de trabajo, la variabilidad o el temor a medidas punitivas.

El tercer y último objetivo de trabajo, se ha centrado en identificar los criterios que las diferentes Comunidades y el Ministerio han puesto en marcha para poder evaluar la implantación, haciendo una propuesta de síntesis de los mismos.

En el caso de la seguridad del paciente, además nos enfrentamos con dificultades añadidas como son la poca experiencia existente, el escaso número de indicadores utilizamos de forma homogénea o que los aspectos relacionados con la organización de la seguridad están todavía menos estudiados. En este escenario nos encontramos con la dificultad que se nos plantea cuando queremos realizar comparaciones entre hospitales de diferentes países ya que nos encontramos con diferentes indicadores o incluso diferentes definiciones de los mismos indicadores; y también diferentes formas de acreditación o de autorizar los centros ⁽⁹⁶⁾.

En nuestro trabajo hemos encontrado una gran variedad de tipos de documentos en los que podíamos identificar criterios de evaluación, desde modelos puros de acreditación o certificación, a recomendaciones o incluso indicadores. Esta evidencia, derivada de la distinta forma de enfocar la evaluación y por tanto también los criterios que utiliza, nos confirma la falta de homogeneidad en nuestro país donde no existe un modelo unificado de evaluación o reconocimiento de centros sanitarios para todas las Comunidades Autónomas (en nuestras dos normas básicas, la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad, tampoco se opta por ninguno en concreto).

La Comunidad de Cataluña fue la primera en desarrollar un modelo de acreditación (orden 28 noviembre del año 1981), habiendo completado tres procesos para hospitales de agudos, habiendo desarrollado un nuevo proyecto con una adaptación a la filosofía del modelo EFQM a las características de un modelo de acreditación ⁽⁹⁷⁾. La comunidad de Andalucía también ha desarrollado un modelo de acreditación de tipo general ⁽⁹⁸⁾, aunque recién

temente su sociedad regional de calidad asistencial (SA-DECA) ha publicado unas recomendaciones específicas en las que se pueden identificar criterios de seguridad del paciente ⁽⁹⁹⁾.

Si buscamos documentos sobre acreditación de la seguridad del paciente, en España no existen muchas referencias. Entre ellas podemos citar el reciente modelo de seguridad de los pacientes en atención primaria ⁽¹⁰⁰⁾ de Cataluña, en el que la utilidad de sus 207 estándares (el modelo de acreditación global del Departamento de Salud tiene 379 estándares) es identificar áreas de mejora y poner en marcha planes de mejora en seguridad del paciente para sus centros de salud, ero en el que algunos de ellos pueden ser de utilidad también para otros niveles, como es el caso de nuestro trabajo centrado en los hospitales, y también en el ámbito hospitalario, el proyecto SENECA que ha identificado estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud ⁽¹⁰¹⁾, aunque tampoco es un modelo general para el hospital ya que es un modelo de calidad sobre la seguridad de los cuidados y por ello afecta básicamente enfermería.

De forma mas parcelar, el Ministerio también ha colaborado con el ISMP a la hora de facilitar la traducción del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales, que aunque es específico de medicamentos, existen aspectos que valoran todo el centro ⁽¹⁰²⁾ y como apartados específicos de seguridad del paciente dentro de documentos generales también podemos encontrar ejemplo en los últimos años, entre ellos podemos citar a los modelos de Valencia, Murcia o Baleares (ver anexo VII). En este sentido existen ciertos eventos adversos, tales como infecciones y úlceras de decúbito que pueden ser fácilmente incorporados a los protocolos o los estándares de acreditación ⁽¹⁰³⁾.

Por último, la Comunidad de Madrid en un documento interno denominado “Recomendaciones para implantar planes de seguridad en las gerencias. Hospitales y centros de salud por la seguridad de los pacientes” centradas en facilitar criterios para la implantación efectiva la gestión de riesgos en sus centros sanitarios basados en el modelo EFQM, con el fin de que los diferentes hospitales elaboraran planes de seguridad del paciente

Por tanto, y aunque existen algunos documentos relacionados con la acreditación sanitaria de la seguridad del paciente, y en general basados en el modelo EFQM, ninguno de ellos aborda en profundidad la implantación de la organización de la seguridad en los hospitales.

Para completar este escenario, en el año 2010 AENOR, a través del CTN 179 finalizó la elaboración de una norma de ámbito español (UNE) sobre la puesta en marcha de un sistema para implantar la gestión de riesgos. La UNE 179003 ⁽¹⁰⁴⁾ que ha sido revisada en 2013, siendo una norma voluntaria, relacionada con la ISO 9001, funda-

mentada en una serie de elementos básicos: liderazgo, cultura, Implantación con objetivos específicos y herramientas (sistema de notificación y formación).

En nuestro trabajo se han recopilado todos los criterios de interés y utilizando una técnica de diagrama de afinidad ⁽¹⁰⁵⁾ se ha realizado una propuesta con 159 criterios resultantes de la selección realizada sobre todos estos modelos, normas, recomendaciones o documentos relacionados con la evaluación de la seguridad del paciente en nuestro país.

Por último señalar que este trabajo tiene varias limitaciones, comenzando por la escasa bibliografía existente en relación con la organización e implantación de la seguridad del paciente, estando algunos de ellos en forma de literatura gris lo que dificulta la identificación de los artículos y documentos específicos sobre esta materia y puede hacer que exista la posibilidad de no reconocer adecuadamente algún documento importante.

En relación con la situación competencial y normativa tenemos como limitación el cambio normativos y de planes, programas o estrategias relacionados con los ciclos electorales, realizados en general cada cuatro años, lo que provoca que cualquier análisis de situación en este aspecto debe ser considerada como orientativa y con la posibilidad de variación a corto-medio plazo.

En el trabajo se han desarrollado dos cuestionarios y en los dos se ha tenido que acudir a una muestra de conveniencia con los problemas que puede llevar asociada la no aleatorización. En este sentido, podría ser conveniente utilizar una muestra de profesionales no interesados o pertenecientes a las unidades que trabajan en seguridad ya que de acuerdo a los datos publicados en la bibliografía tienen una percepción diferente, al menos, en algunos aspectos.

Otro elemento del trabajo es la muestra obtenida, ya que el número total útil no nos ha permitido realizar análisis estadísticos por segmentos ya que aunque hemos realizado alguno la falta de significación ha provocado que no sean determinantes. Entre las razones que podemos aducir para la baja respuesta, pese a realizar recuerdos puede responder, entre otras, a dos razones: el clima laboral de los últimos meses y la amplitud del cuestionario y por tanto del tiempo de respuesta.

En cuanto a los modelos de acreditación no son obligatorios y tampoco existe un modelo común, por esta razón la búsqueda de documentos también ha estado basada en literatura gris, con pocas referencias bibliográficas y con los problemas que hemos citado previamente. Además, por el diseño y el tiempo se ha incluido la propuesta de criterios y para ver su utilidad sería necesario valorar su aplicación práctica.

Por último y de forma general, dada amplitud y dificultad del estudio, se ha realizado un diseño que incluye el nivel institucional y el de centros hospitalarios públicos, por lo

tanto no incluye en su ámbito a la atención primaria o la privada, y aunque en ellas puedan existir menos actuaciones, no por ello deja de ser una limitación en la aplicación de sus resultados.

5. CONCLUSIONES

Las organizaciones sanitarias han incluido actualmente la seguridad del paciente entre sus prioridades institucionales lo que ha conllevado la necesidad de cambios de su estructura organizativa.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través de la Agencia de Calidad, ha incentivado el despliegue de la seguridad del paciente en las Comunidades Autónomas incluyendo una línea específica dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estos cambios han sido realizados en los últimos años, en el caso de nuestro país el comienzo de este periodo lo podemos fijar de forma didáctica en el año 2005, y por lo tanto ha dado poco tiempo para consolidarlos, existiendo una gran heterogeneidad y una falta generalizada de actuaciones de evaluación.

Esta realidad se refleja también en la dificultad y escasez de referencias bibliográficas encontradas y que además en muchas ocasiones están basadas en fuentes de literatura gris, lo que añade un mayor riesgo a la hora de valorar la información obtenida. Por esta razón, aunque en el momento actual, existe una ingente cantidad de bibliografía sobre seguridad del paciente, es aún escasa la referida a la estructura organizativa de la misma.

En este sentido el trabajo permite conocer a través de las diferentes tablas elaboradas, las normas competenciales de las Comunidades, los planes y estrategias, así como su metodología y contenido general y el despliegue a través de unidades específicas hospitalarias, con las siguientes conclusiones:

- La mayoría de las Comunidades han incluido competencias de seguridad del paciente en sus Decretos de estructura organizativa ya sea a nivel de las Consejerías/Departamentos de Sanidad, o en el de sus Servicios de Salud.
- No obstante, el número de estructuras organizativas, a nivel central, es escaso (tres Observatorios, un comité autonómico y un consejo consultivo de pacientes específicos sobre seguridad del paciente).
- En cambio, a nivel periférico, las Comunidades han constituido en sus centros unidades funcionales, grupos de profesionales, comités o comisiones de seguridad del paciente, desplegadas fundamentalmente a nivel hospitalario, que desarrollan actuaciones relacionadas con la sensibilización, la formación y la identificación y el análisis de casos.

- En cuanto a sus planteamientos estratégicos la mayoría de las Comunidades han elaborado, en los últimos años, planes institucionales de seguridad del paciente o han incluido líneas o referencias específicas a la seguridad en sus planes de calidad o de salud lo que demuestra el interés por establecer una planificación estratégica adecuada en relación a esta problemática.
- No obstante y en este sentido, sólo seis han publicado documentos con una metodología que incluya un análisis de situación, una descripción de las líneas y objetivos estratégicos, sus correspondientes actuaciones y finalmente su evaluación.
- Los objetivos y líneas de actuación incluidos en los documentos de planificación son heterogéneos, aunque en todos se incluyen aspectos relacionados con el liderazgo, la cultura y la implantación de prácticas prácticas seguras (medicación, cirugía, infección, etc).
- De forma global, podemos decir que el número de Comunidades con actuaciones generalizadas a nivel institucional es todavía bajo. Sólo Andalucía y Madrid, han establecido competencias, han creado un Observatorio y tienen una estrategia definida. No obstante, es mucho mayor el número de autonomías con algún elemento desarrollado y esto nos hace pensar, dada la juventud de las medidas, que nos encontramos en pleno desarrollo.
- Por todo lo anterior podemos señalar que los cambios organizativos para mejorar la seguridad del paciente, en nuestro país, han sido generalizados aunque heterogéneos en su planteamiento y grado de despliegue, han sido realizados en los últimos años y están en fase de consolidación y crecimiento.

Un apartado de especial relevancia es relacionado con los aspectos clave y las barreras. Para ello se ha elaborado un cuestionario con 161 preguntas distribuidas en ocho dimensiones, incluyendo las posibles barreras a través de una amplia revisión bibliográfica con la identificación de los siguientes aspectos clave:

- El liderazgo es un aspecto clave, aunque existe un importante "gap" entre su alta importancia y la discreta valoración obtenida sobre su situación actual.
- Entre los factores con mayor importancia del liderazgo encontramos la demostración de su compromiso a los profesionales, apoyando sus actuaciones de mejora y utilizando un lenguaje que favorezca el aprendizaje.
- Entre las actuaciones que deben mejorar los líderes encontramos el establecimiento de las políticas de comunicación abierta y el incluir la seguridad en aspectos relacionados con el desempeño (evaluación de los directivos, consejos de dirección, etc.)
- La cultura es otro elemento clave, siendo el segundo más valorado por su importancia, basada especialmente en crear un clima de confianza no punitivo y

enfocado al aprendizaje, sabiendo que para ello es necesaria la colaboración de los líderes profesionales.

- Entre los aspectos a mejorar está la medición periódica del clima laboral, el facilitar la colaboración libre de cualquier trabajador y el desarrollo de la transparencia en el centro
- La estrategia, aunque es importante (cuarto lugar), no llega a los niveles del liderazgo y la cultura, y está basada en la creación de unidades para mejorar la seguridad en los hospitales, nombrar responsables y comunicar los objetivos y las metas.
- Entre los aspectos a mejorar nos encontramos la elaboración de mapas de riesgos, establecer sistemas de información para facilitar la evaluación y promover la comunicación externa.
- La implicación de los paciente y familiares, pese a su teórica trascendencia, es la menos valorada tanto en relación con su importancia, como en su situación actual, siendo claramente mejorable la percepción que sobre ella tienen los directivos y los profesionales.
- Los aspectos mejor considerados son los relacionados con la utilización del consentimiento informado y la formación de los profesionales para mejorar su forma de comunicarse con los pacientes.
- Los aspectos a mejorar son los relacionados con la participación de los pacientes, ya sea en protocolos o guías, folletos o documentos, o en facilitar información en herramientas como el ACR. También es mejorable la existencia de una guía o procedimiento para la comunicación de eventos y efectos adversos (Open disclosure).
- Las herramientas se consideran tan importantes como los apartados anteriores, aunque si sitúan entre las mejores en cuanto a su situación actual, no situándose por tanto entre los apartados más prioritarios
- Las cuestiones más importantes son la implantación de sistemas de comunicación de incidentes, incluidos los centinelas, registrando y monitorizando los acuerdos de mejora.
- Entre los aspectos a mejorar encontramos los briefings, las herramientas prospectivas como el AMFE y la utilización de otras herramientas menos conocidas como el Global Trigger.
- La implantación de la seguridad tampoco es un elemento muy valorado en cuanto a su importancia, aunque es de las mejor valoradas en cuanto a su situación actual.
- Entre los aspectos importantes se encuentran la implicación de los profesionales y más los de primera línea, hacerlo con el apoyo de los líderes formales y cuantificar y facilitar retroalimentación de los resultados.
- También podemos citar el comenzar implantando prácticas denominadas como "fruta madura", tener en

cuenta que las prácticas que vienen de fuera son más difíciles de implantar y que no todas las prácticas funcionan igual en diferentes servicios o unidades.

- Entre los aspectos a mejorar tenemos la utilización de herramientas de certificación, la identificación de campeones clínicos y la citada implicación de los profesionales.
- La implantación de prácticas seguras en áreas específicas es el apartado más valorado tanto en importancia, como en relación a su situación actual, respondiendo a las actuaciones desarrolladas a nivel institucional en los últimos años.
- Entre las prácticas más valoradas se encuentran la higiene de manos, la identificación inequívoca de pacientes y la cirugía segura, aunque hay una gran cantidad de ellas con una puntuación muy elevada.
- Entre las prácticas a mejorar o al menos a valorar su mejora, tenemos varias relacionadas con la farmacia, tener farmacéuticos en unidades, realizar reuniones diarias en el servicio, desarrollar visitas a las unidades o disponer de un listado de abreviaturas.
- Las barreras, pese a lo que podemos esperar, nos son percibidas como muy importantes. Al menos en relación con otros apartados, y en este sentido presentan la peor situación actual, aunque son claramente mejorables.
- Las barreras más importantes están relacionadas con la falta de apoyo de los directivos y la falta de formación de los profesionales. A continuación se situarían la cultura deficiente o la falta de coordinación entre niveles.
- Las barreras que actualmente representan un mayor obstáculo a la implantación, destacan la resistencia al cambio y el miedo a las sanciones.
- Por todo lo anterior podemos señalar que, además de las prácticas específicas, la cultura y el liderazgo se consideran factores clave, teniendo el mayor gap entre importancia y situación actual, salvo la participación e implicación de pacientes y familiares que es el apartado con peor valoración, situación actual y diferencia entre ambos.

En relación con la evaluación de la implantación de la seguridad del paciente en nuestras organizaciones sanitarias, se han identificado los documentos de las diferentes Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, identificando y describiendo posibles criterios (ver Anexo) con las siguientes conclusiones:

- En el momento actual, no existe un modelo con criterios comunes para evaluar la implantación de la seguridad del paciente en nuestras organizaciones, tal y como ocurre en otros países de nuestro entorno, lo que representa una debilidad.
- Los modelos existentes varían desde la acreditación a la certificación, pasando por recomendaciones.

- El modelo de excelencia EFQM, que es el más utilizado como referencia, sirviendo de base para la agrupación de criterios en agentes y resultados.
- Por todo lo anterior, siendo la evaluación voluntaria y estando basada en un conjunto de criterios y sus correspondientes estándares, que además pueden ser objeto de tanto de auto-evaluación por el propio centro como de verificación externa, hemos identificado diferentes documentos y realizado una propuesta basada en la acreditación que utiliza un lenguaje sanitario y el modelo EFQM que al no ser prescriptivo puede también ser utilizado como esquema de clasificación de los criterios.

Como reflexión final, tenemos que señalar que este trabajo para valorar la situación de la estructura organizativa de la seguridad del paciente, una dimensión de la calidad que actualmente se considera crítica, nos ha permitido obtener una foto actualizada, pero no estable, de su situación actual, verificando la evolución positiva que ha tenido en nuestro país, aunque identificando aspectos a mejorar y barreras para su implantación efectiva, así como posibles criterios para su evaluación, con el fin de facilitar el aprendizaje y la mejora continua de nuestras instituciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. Suñol R. Bañeres J. Centro de Investigación sobre Seguridad Clínica de los Pacientes. MAPFRE Medicina, 2003; vol. 14, n.º 4.
2. The role and education of doctors in the delivery of health care. Cyril Chantler The Lancet, Volume 353, Issue 9159, Pages 1178 - 1181, 3 April 1999.
3. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin (Barc). 2010; 135 (Supl 1): 1-2.
4. Neuhauser D. Heroes and martyrs of quality and safety. Ernest Amory Codman. Qual Saf Health Care. 2002; 11:1 04-5.
5. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Qual Saf Health Care. 2003; 12:58-64.
6. AAA.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991; 324: 370-7.
8. To err is human. Building a safer health system. Comité on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC). National Academy Press; 1999.
9. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care. 2006 Jun; 15 (3): 174-8.
10. Pardo Hernández A. Seguridad del paciente y calidad asistencial: un poco de historia. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Mayo 2009; 14-21.
11. Martínez-Berganza Asensio, A. Malpraxis. Medicina Clínica. Editorial. vol 88. Num. 14. 1987. 546-548.
12. Pardo Hernández, A. Las reclamaciones del seguro de responsabilidad civil. Tesina Master de administración sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad. Año 1996.
13. Funciones de los asesores de riesgos sanitarios. Circular 4/2001 de la Dirección General del INSALUD.
14. Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. BOCM 20 de septiembre de 2004, corrección de errores BOCM 23 de septiembre de 2004.
15. Estrategia de seguridad del paciente. Taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero 2005. Planificación Sanitaria. Editado en 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
16. Plan de Riesgos Sanitarios. Documento de apoyo a las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Consejería Sanidad y Consumo. 1.ª ed. Comunidad de Madrid, 2006.
17. Plan Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006. Accesible en http://www.msc.es/organización/sns/plan_CalidadSNS/
18. Pardo, A; Claveria, A; García, M; López, J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). Med Clin (Barc). 2008; 131: 64-71 - vol.131 núm Supl. 3.
19. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería Salud Junta de Andalucía. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/PlandeSeguridadparaCD.pdf>
20. Orden foral 127/2008, de 28 de octubre, de la Consejera de Salud, por la que se constituye el observatorio de seguridad de pacientes en la comunidad foral Navarra.
21. Plan estratégico de seguridad del paciente 2009-2012. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
22. Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012. Servicio Madrileño de Salud. Consejería Sanidad. Comunidad de Madrid.
23. Aranaz JM. Acerca de las unidades de gestión de riesgos. Editorial. Rev Calid Asist. 2009; 24 (3): 93-94
24. Taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero 2005. Planificación Sanitaria. Editado en 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo

25. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135 (Supl 1): 1-2
26. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press; 2001
27. Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *An. Sist. Navar*. 2006, Vol 29, Nº 3, septiembre-diciembre
28. Benn J. et al. Studying large-scale programmes to improve patient safety in whole care systems: Challenges for research. *Social Science & Medicine* 69 (2009) 1767-1776..
29. Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid
30. Orden Foral 127/2008, de 28 de octubre, de la Consejera de Salud, por la que se constituye el Observatorio de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Foral de Navarra
31. Plan de Seguridad de Andalucía. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/PlandeSeguridadparaCD.pdf>
32. Orden de 22 de agosto de 2011 (DOG 176 de 14 de septiembre de 2011) por el que se crea el Consejo Asesor de pacientes
33. Decreto 110/2012, de 2 de octubre, por el que se crea el Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña (DOGC de 4 de octubre de 2012)
34. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Año 2010. Accesible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
35. Vallejo P, Suñol R, Escaramis G, Torrontegui M, Lombarts K, Baneres J. Seguridad clínica y orientación al paciente: estudio descriptivo en 113 hospitales españoles y similitudes en otros países europeos. *Rev Calid Asist* 2009; 24 (4): 139-48
36. Plan de Riesgos Sanitarios. Documento de apoyo a las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios. Dirección General de Calidad, Acreditación, valuación e Inspección. Consejería Sanidad y Consumo. 1ª. ed. Comunidad de Madrid; 2006
37. Plan estratégico de seguridad del paciente 2009-2012. Volumen I. SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha 2009). Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan_Estrategico_Seguridad_SESCAM_09-12.pdf
38. Plan estratégico de seguridad de pacientes del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016. Disponible en: http://movil.saludteca.com/documents/19231/35950/plan_estrat%C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf
39. Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
40. Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia 2012-2016. Murcia
41. Plan de gestión de la seguridad del paciente de la Comunidad Valenciana 2009-2012. Generalitat. Conselleria de Sanitat (2009)
42. Desarrollo de la estrategia nacional en seguridad del paciente 2005-2011. Agencia de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Diciembre 2011.
43. Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente. 2011-2015. Documento publicado por el Portal de salud de Castilla y León. Accesible en www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-gestion-calidad-seguridad-paciente
44. Gil D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gac. Sanit* vol. 24 n. 3 Barcelona May./Jun. 2010
45. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 2006
46. Pardo A, Clavería A, García M, López J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 Supl 3: 64-71
47. Aibar C. La unidad funcional de seguridad del paciente del Servicio Aragonés de Salud: un modo de enfocar la mejora de la seguridad del paciente. *El médcio* 2010; 1114: 12-15.
48. Pardo A., Navarro C., Arguedas R., Albeniz C., Moron J. Barreras y retos de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. *Revista Calidad Asistencial* (En prensa).
49. Aibar C, Giménez T, Pérez P. ¿Podemos influir de forma efectiva sobre la conducta de clínicos y directivos? *Medicina Preventiva*, 2010; 16 (3): 29-32.
50. The Joint Commission. Leadership committed to safety . *Sentinel Event Alert*, 2009; Issue 43.
51. Ruiz López P y Carrasco González I. Liderazgo en la seguridad del paciente. *Rev. Calid. Asist.* 2010; 25 (2): 55-57
52. Morello RT et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual. Saf.* 2012; 0: 1-8. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000582

53. Díaz-Cabrera D et al. La salud y la seguridad organizacional desde una perspectiva integradora. *Papeles del Psicólogo*, 2008; 29 (1): 83-91.
54. Leape, L. Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta*, 2009; 404: 2-5
55. Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F y Fajardo-Dolci G. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. *Cir. Cir.* 2010; 78: 515-526
56. Blouin AS and McDonagh KJ. Framework for Patient Safety, Part 1. Culture as an Imperative. *JONA*, 2011; 41 (10): 397-400
57. Gluck PA. Physician Leadership: Essential in Creating a Culture of Safety. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2010; 53 (3): 473-481
58. Aranaz-Andrés JM et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22 (Supl 1): 198-204.
59. Vallejo P et al. Seguridad clínica y orientación al paciente: estudio descriptivo en 113 hospitales españoles y similitudes en otros países europeos. *Rev. Calid. Asist.* 2009; 24(4): 139-148
60. Flanders SA et al. Hospitalists as Emerging Leaders in Patient Safety: Lessons Learned and Future Directions. *J. Patient Saf.* 2009; 5 (1): 3-8
61. Soo S, Berta W and Baker R. Role of Champions in the Implementation of Patient Safety Practice Change.
62. National Patient Safety Goals Effective January 1, 2012. Hospital Accreditation program. The Joint Commission; 2012.
63. Campillo-Artero C. La seguridad del paciente en los contratos de gestión. *Rev Calid Asist.* 2012. doi: 10.1016/j.cali. 2011.07.004
64. Thornlow DK and Merwin E. Managing to improve quality: The relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. *Health Care Manage Rev.* 2009; 34 (3): 262-272
65. McHugh M et al. Medicare's Payment Policy for Hospital-Acquired Conditions: Perspectives of Administrators From Safety Net Hospitals. *Medical Care Research and Review*, 2011; 68(6) 667-682
66. Estrada D, Fernández-Solà J, Mota F. Estudio de los factores que influyen en la seguridad del paciente ingresado en Medicina Interna. *Todo hospital*, 2009; 259: 535-538
67. Menachemi N et al. Hospital Adoption of Information Technologies and Improved Patient Safety: A Study of 98 Hospitals in Florida. *Journal of Healthcare Management*, 2007; 52 (6): 398-409
68. March JC et al. Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente. *Rev Adm Sanit.* 2009;7(1):165-82
69. Mira JJ et al. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad al acudir al hospital. *Gac. Sanit.* 2010; 24 (1): 33-39
70. Prieto-Rodríguez MA et al. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Med. Clin.*2008; 131 (Supl. 3): 33-38
71. Saturno, P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev. Calid. Asist.* 2009; 24 (3): 124-130
72. Swensen SJ et al. Quality: The Mayo Clinic Approach. *American Journal of Medical Quality*, 2009; 24: 428-440
73. León Sanz P. La ética en la práctica. Cuando algo se hace mal: del error médico a la mala praxis. *Trauma*, 2008; 19 (3): 138-142.
74. Menéndez MD et al. Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes. *Rev. Calid. Asist.* 2010; 25 (3): 153-160
75. Chico Fernández M et al. Desarrollo de una herramienta de comunicación para la seguridad del paciente (Briefing). Experiencia en una unidad de cuidados intensivos de trauma y emergencias. *Med Intensiva*. 2012. doi: 10.1016/j.medin. 2011.11.023
76. Sharek PJ et al. Performance Characteristics of a Methodology to Quantify Adverse Events over Time in Hospitalized Patients. *Health Services Research*, 2011; 46 (2): 654-678
77. Snijders C et al. Which aspects of safety culture predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. *Crit. Care. Med.* 2009; 37 (1): 61-67
78. Menéndez MD et al. Uso de diferentes sistemas de notificación de eventos adversos: ¿mucho ruido y pocas nueces? *Rev. Calid. Asist.* 2010; 25 (4): 232-236
79. Paradis AR et al. Excess Cost and Length of Stay Associated With Voluntary Patient Safety Event Reports in Hospitals. *American Journal of Medical Quality*, 2009; 24: 53-60
80. Wakefield JG and Jorm CM. Patient safety – a balanced measurement framework. *Aust. Health Rev.* 2009; 33 (3): 382-389
81. Ilan R et al. Increasing patient safety event reporting in 2 intensive care units: A prospective interventional study. *Journal of Critical Care*, 2011; 26: 431. e11-431.e18
82. Keroack MA et al. Organizational Factors Associated with High Performance in Quality and Safety in Academic Medical Centers. *Acad Med.* 2007; 82: 1178-1186.
83. Tardif G et al. Implementation of a Safety Framework in a Rehabilitation Hospital. *Healthcare Quarterly*, 2008; 11 (Special Issue): 21-25
84. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2009; 53: 143-151

85. Benning A et al. Large scale organisational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. *BMJ* 2011; 342: d195
86. Douglas McCarthy and Sarah Klein. Keeping the Commitment: A Progress Report on Four Early Leaders in Patient Safety Improvement. Synthesis Report, March 2011. The Commonwealth Fund; 2011
87. Ranji SR and Shojania KG. Implementing Patient Safety Interventions in Your Hospital: What to Try and What to Avoid. *Med. Clin. N. Am.* 2008; 92: 275-293
88. Otero López MJ. El papel del farmacéutico en la gestión de la seguridad de los medicamentos diez años después de la publicación del informe "Error es humano". *Farmacia Hospitalaria*, 2010; 34 (4): 159-162
89. Vázquez Campo M y Martínez Ques AA. Eficacia de la conciliación de medicación en la prevención de eventos adversos. *Metas de Enferm.* 2011; 14 (1): 28-32
90. White CM et al. Utilising improvement science methods to optimise medication reconciliation. *BMJ Qual. Saf.* 2011; 20: 372-380
91. Karnon J, Campbell F and Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2009; 15: 299-306
92. Patterson P. Creating a culture shift for safety. *OR Manager*, 2010; 26(12):12-13
93. Lubomski LH et al. The Team Checkup Tool: Evaluating QI Team Activities and Giving Feedback to Senior Leaders. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2008; 34 (10): 619-623
94. Pronovost P. Physician leadership in Quality. *Academic Medicine*, 2009; 84 (12): 1651-56
95. Campillo Artero, C. La seguridad del paciente. ¿Estamos seguros de ella? *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2009; 11 (3): 83-88
96. Burnett S, Renz A, Wiig S, Fernandes A, Weggelaar AM, Calltorp J, Anderson JE, Robert G, Vincent C, Fulop N. Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2013 Feb; 25 (1): 1-7.
97. López-Viñas M LI, Guzmán-Sebastián R, Tirvió-Gran C, Busquets-Bou E, Manzanera-López R. Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña.
98. Almazán González S. Modelo andaluz de acreditación. *Rev Adm Sanit.* 2006;4(2):189-94
99. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sanitarios Documento publicado por la Sociedad Andaluza de calidad asistencial SADECA. Accesible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA_-Resultados_seguridad_centros_sanitarios.pdf
100. Modelo de seguridad de los pacientes en atención primaria. Manual de estándares. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya Accesible en : <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/SeguretatPacients/>
101. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe técnico diciembre 2008
102. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica. Centro de publicaciones.
103. Thornlow DK and Merwin E. Managing to improve quality: The relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. *Health Care Manage Rev.* 2009; 34 (3): 262-272
104. UNE 179003:2013. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Accesible en: <http://www.aenor.es/aenor/normas/normas/fichanorma.asp?tipo=N&codigo=N0051018>
105. Albéniz-Lizarraga C., Navarro-Royo C., Morón-Merchante J, Pardo-Hernández A., Liñán-Carrasco P. Evaluación del sistema de información de seguridad del paciente de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud (Atención Primaria y Hospitales). *Revista de Calidad Asistencial.* Vol 26, November–December 2011, Pages 333-342

ANEXO

A. Liderazgo: Los 20 criterios sobre liderazgo se agrupan en los siguientes apartados:

1 A. Enfoque y actuaciones:

1. Los líderes incluyen y comunican a la organización, la seguridad del paciente en la MVV de la organización.
2. Los líderes elaboran y aprueban una estrategia (plan o similar) sobre seguridad del paciente (o al menos líneas específicas dentro de estrategias o planes generales)
3. Los líderes comunican a la organización la estrategia (plan o similar) de seguridad del paciente.
4. Los líderes participan en rondas (visitas) de seguridad para transmitir la estrategia y mostrar su compromiso con ella.
5. Los líderes garantizan el cumplimiento de las normas legales como parte de su estrategia de actuación.
6. Los líderes establecen objetivos de la organización para mejorar la seguridad del paciente.
7. Los líderes facilitan los recursos necesarios para mejorar la seguridad del paciente.
8. Los líderes promueven la comunicación abierta de incidentes y eventos adversos a pacientes y familiares.

2 A. Responsabilidades:

1. El gerente o nivel jerárquico superior es el responsable máximo de la seguridad del paciente en la organización.
2. Los líderes establecen responsables organizativos para mejorar la seguridad del paciente
3. Los líderes establecen responsables asistenciales en seguridad del paciente.

3 A. Compromiso del liderazgo:

1. Los líderes promocionan / participan en actividades para mejorar la seguridad del paciente.
2. Los líderes demuestran activamente su compromiso con la seguridad del paciente
3. Los líderes fomentan iniciativas para mejorar la seguridad del paciente.
4. Los líderes participan en estructuras de la organización para mejorar la seguridad del paciente.
5. Los líderes participan en el reconocimiento de la mejora de la seguridad del paciente.
6. Los líderes incentivan la notificación por parte de los profesionales.

4 A. Monitorización y seguimiento:

1. Los líderes conocen y revisan periódicamente los indicadores de seguridad del paciente.
2. Los líderes revisan periódicamente la situación, en comisiones de dirección, de seguridad del paciente.
3. Los líderes apoyan el análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

B. Estrategia: Los 17 criterios sobre estrategia de seguridad del paciente se agrupan en los siguientes apartados:

1 B. Misión, visión y valores (MVV):

1. La estrategia establece la MVV en relación con la incluyen la seguridad del paciente en la organización.
2. La MVV se desarrolla en los distintos apartados de la estrategia de seguridad del paciente.

2 B. Desarrollo de la estrategia:

1. La organización ha elaborado una estrategia (plan o similar) sobre seguridad del paciente, o al menos líneas específicas dentro de estrategias o planes
2. La estrategia está basada en un análisis interno y externo y tiene en cuenta la cultura de la organización.
3. La estrategia tiene en cuenta el cumplimiento de los requisitos legales.
4. El proceso-procedimiento general de gestión de riesgos está definido por escrito, incluyendo los sucesos centinela.
5. La estrategia está centrada en el aprendizaje frente a la sanción.
6. La estrategia incluye mecanismos de continuidad con primaria para la identificación, análisis y propuesta de mejora.
7. La estrategia está alineada con los objetivos institucionales/ estratégicos de la organización.
8. La estrategia incluye objetivos institucionales y, en su caso, por servicios y/o unidades de seguridad del paciente.
9. Existe una estructura organizativa encargada de definir, revisar y actualizar la estrategia.

3 B. Monitorización y seguimiento:

1. La estrategia se monitoriza periódicamente.
2. Se dispone de indicadores específicos para monitorizar la seguridad del paciente.

3. En el cuadro de mandos se incluyen indicadores de seguridad del paciente.
4. Los resultados de los indicadores se utilizan para mejorar.
5. Se realizan evaluaciones y/o auditorías internas del cumplimiento de la estrategia.

4 B. Comunicación de la estrategia:

1. La estrategia se comunica a la organización.

C. Personas / Profesionales: Los 18 criterios sobre personas se agrupan en los siguientes apartados:

1 C. Política de recursos humanos:

1. La seguridad del paciente se tiene en cuenta en la política de la organización en relación con los RRHH.
2. Los perfiles incluyen aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
3. Los profesionales inmersos en incidentes o eventos adversos son apoyados por la organización.
4. El plan de acogida de los profesionales incluye aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

2 C. Formación:

1. La organización identifica las necesidades de formación en seguridad del paciente
2. En el plan de formación se incluye la seguridad del paciente.
3. La formación contenida en los planes de acogida incluye la seguridad del paciente.
4. La formación incluye las técnicas para identificar, evaluar y reducir o eliminar los efectos adversos.

3 C. Participación:

1. La organización fomenta la participación de los profesionales en la mejora de la seguridad del paciente.
2. Existen canales para que los profesionales participen en la seguridad del paciente.
3. Existen mecanismos para que los profesionales participen en la elaboración y evaluación de los objetivos en seguridad del paciente.
4. Se fomenta la investigación, por parte de los profesionales, en seguridad del paciente.

4 C. Incentivos y reconocimientos:

1. La organización incluye la seguridad del paciente en su política de incentivos.
2. En la evaluación del desempeño se incluye la seguridad del paciente.

3. Existe un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales por mejorar la seguridad del paciente.

5 C. Riesgos de los profesionales:

1. La organización identifica los riesgos que la actividad sanitaria puede provocar en las personas.
2. La organización tiene un plan de riesgos laborales (identificación de riesgos, priorización, medidas de actuación, evaluación, etc.) para sus trabajadores.
3. La organización tiene contratado una póliza de seguro de responsabilidad relacionada con la seguridad del paciente o al menos mecanismos que la sustituyan (por ejemplo auto-seguro).

D. Alianzas y recursos: Los 20 criterios sobre alianzas y recursos se agrupan en los siguientes apartados:

1 D. Seguridad de las infraestructuras:

1. La seguridad del paciente está incluida en el diseño de las infraestructuras.
2. Existe un plan de seguridad de las edificaciones.
3. Se garantiza la asistencia de mantenimiento las 24 horas.
4. El plan de seguridad se revisa periódicamente.

2 D. Equipamiento tecnológico:

1. Existe un plan de seguridad del equipamiento tecnológico.
2. Se utiliza la tecnología para mejorar la seguridad de los pacientes.
3. Existen acciones para garantizar la mejora de la seguridad en los equipamientos.

3 D. Información y comunicación:

1. Existe un plan de seguridad de la información.
2. La historia clínica incluye la información necesaria para mejorar la seguridad del paciente.
3. Existe un procedimiento de control de la documentación.
4. Existen procedimientos para la identificación y comunicación de incidentes y eventos adversos.

4 D. Compras de material:

1. Los requisitos relacionados con la seguridad del paciente se incluyen en las compras de material y mobiliario.
2. Los requisitos relacionados con la seguridad del paciente se incluyen en las compras de fármacos y productos sanitarios.

5 D. Recursos materiales:

1. Se dispone del mobiliario necesario para mejorar la seguridad de los pacientes (ejemplo camas con mecanismos de contención para evitar caídas).
2. Existen dispositivos para la identificación segura de los pacientes.
3. Existen dispositivos para poder realizar una correcta higiene de manos.

6 D. Otros:

1. Existe un procedimiento para asegurar los bienes materiales de los pacientes.
2. Existe un plan para prevenir, disminuir y/o gestionar las agresiones a los profesionales.
3. El centro tiene implantado un sistema de gestión ambiental.
4. En centro promueve las alianzas con instituciones, organismo y organizaciones relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente.

E. Procesos y procedimientos: Los criterios sobre procesos y procedimientos se agrupan en los siguientes apartados:

1 E. Procesos y procedimientos generales:

1. Existen comisiones para mejorar la seguridad del paciente
2. Un equipo multidisciplinar se encarga de revisar, evaluar y proponer acciones de mejora en relación con la seguridad del paciente.
3. Están identificados los procesos clave para la seguridad del paciente.
4. Los procesos y procedimientos tienen en cuenta la opinión de los profesionales.
5. Los conocimientos y evidencias sobre seguridad del paciente se actualizan periódicamente.
6. Se elaboran informes periódicos sobre el estado de los procesos y procedimientos
7. Existe un procedimiento para identificar y analizar los incidentes y eventos adversos.
8. Existe un procedimiento para identificar y analizar sucesos centinela.
9. La organización promueve la notificación abierta (no punitiva).
10. La evaluación y las posibles acciones de mejora de los incidentes y eventos adversos se comunican a los profesionales.
11. Se utilizan el ACR para analizar los efectos adversos graves.
12. Se realiza un AMFE en los procesos y procedimientos de mayor riesgo.

2 E. Procesos y procedimientos específicos:

1. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la identificación segura de paciente
2. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la identificación y seguimiento de alergias
3. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la seguridad del paciente quirúrgico (al menos el listado de verificación)
4. Existe un procedimiento (plan) implantado y actualizado para la prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
5. Existe un sistema de vigilancia y monitorización de la infección relacionada con la atención sanitaria.
6. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la correcta higiene de manos
7. Existe una política implantada para la correcta utilización de antibióticos.
8. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la prevención de infecciones por gérmenes multi-resistentes.
9. Existe un procedimiento implantado y actualizado para el aislamiento y control de pacientes
10. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la prevención de caídas
11. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
12. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la revisión y adecuación de los carros de parada.
13. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la identificación (etiquetado) de las pruebas de imagen.
14. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la identificación (etiquetado) de las muestras biológicas.

3 E. Protocolos específicos:

1. Se incluye la seguridad del paciente en la elaboración de protocolos.
2. Existe un protocolo implantado y actualizado para el manejo del paciente con dolor.
3. Existe un protocolo implantado y actualizado para las prácticas transfusionales.
4. Existe un protocolo implantado y actualizado para la prevención del TVP / TEP.

5. Existe un protocolo implantado y actualizado para el manejo del paciente con cuidados paliativos.
6. Existe un protocolo implantado y actualizado para identificar y prevenir la malnutrición
7. Existe un protocolo implantado y actualizado para el manejo del paciente con inmovilización y contención mecánica.
8. Existe un protocolo implantado y actualizado para la prevención de la nefropatía por contraste.
9. Existe un protocolo implantado y actualizado para los cuidados al alta.
10. Existe un protocolo implantado y actualizado para la correcta inmunización de los profesionales.

4 E. Farmacia:

1. Existen profesionales sanitarios específicos para mejorar la seguridad de la medicación.
2. Se dispone de un fármaco (al menos para consultar) 24 horas al día.
3. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la identificación y manejo de medicamentos de alto riesgo.
4. Existe un procedimiento implantado y actualizado para evitar errores por nombres similares.
5. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la conciliación de la medicación (al menos al ingreso y al alta).
6. Existe una guía fármaco-terapéutica implantada y actualizada.
7. Existe un procedimiento implantado y actualizado para almacenar y conservar fármacos, especialmente los de alto riesgo.
8. Existe un procedimiento de control de la caducidad.
9. Existe un procedimiento implantado y actualizado para el manejo de los botiquines y almacenes en las plantas, unidades o servicios del centro.
10. Existe un procedimiento implantado y actualizado para las ordenes verbales, estando prohibidas en la quimioterapia.
11. Existe un procedimiento implantado y actualizado para utilizar el doble chequeo en la utilización de fármacos de alto riesgo.
12. Existe un procedimiento implantado y actualizado para la educación de los pacientes en la utilización de fármacos.
13. Se facilita el acceso sencillo a la información sobre medicación.

5 E. Pacientes:

1. En el documento de acogida a los pacientes existen recomendaciones sobre seguridad.
2. El centro promueve y facilita la participación de pacientes en la mejora de la seguridad del paciente.
3. El centro incluye preguntas sobre seguridad en las encuestas para medir la percepción de los pacientes.

F. Resultados (pacientes, profesionales, sociedad y claves para la organización):

Los 32 criterios sobre medición de resultados están formados, en general, por la utilización de indicadores y se agrupan en los siguientes apartados:

1 F. Resultados en pacientes:

1. Porcentaje de pacientes que han sufrido efectos adversos (percepción).
2. Porcentaje de pacientes que han sufrido efectos adversos graves o muy graves (percepción)
3. Porcentaje de pacientes dado de alta sin informe.
4. Porcentaje de pacientes que han recibido información sobre riesgos sanitarios.
5. Porcentaje de paciente que tienen consentimiento informado.
6. Número de reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente.

2 F. Resultados en profesionales:

1. Medición de la percepción de los profesionales (clima de seguridad)
2. Número de profesionales que participan en comisiones o grupos específicos de seguridad del paciente.
3. Porcentaje de profesionales que conocen objetivos de seguridad del paciente.
4. Porcentaje de profesionales que participan en acciones formativas relacionadas con la seguridad del paciente.
5. Número de cursos anuales sobre seguridad del paciente.
6. Número de profesionales externos al centro que participan en actividades de seguridad del paciente

3 F. Resultados en la sociedad:

1. Número de citas positivas en medios de comunicación sobre la seguridad del paciente.
2. Número de publicaciones, artículos, etc. sobre seguridad del paciente.

3. Número de actividades sobre la seguridad del paciente desarrolladas para la población.
4. Número de reconocimientos o premios relacionados con la seguridad del paciente.

4 F. Resultados clave de la organización:

1. Porcentaje de pacientes que sufren efectos adversos durante su ingreso en el centro.
2. Número de objetivos anuales relacionados con la seguridad del pacientes.
3. Cumplimientos del presupuesto económico para mejorar la seguridad del paciente.
4. Coste de las reclamaciones por efectos adversos.
5. Porcentaje de reingresos.
6. Prevalencia de infección relacionada con la atención sanitaria.
7. Porcentaje de pacientes con dolor durante el ingreso.
8. Porcentaje de pacientes identificados correctamente.
9. Porcentaje de pacientes con caídas durante el ingreso.
10. Porcentaje de pacientes con UPP adquiridas durante el ingreso.
11. Porcentaje de pacientes que han sufrido errores de medicación.
12. Porcentaje de pacientes que han sufrido errores de lado en cirugía
13. Porcentaje de pacientes con infecciones por catéter venoso central UCI.
14. Porcentaje de pacientes con ventilación mecánica con neumonía en UCI.
15. Porcentaje de pacientes con errores de conciliación.
16. Porcentaje de pacientes con errores por transfusión.