

# La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado

Proyecto SENECA

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES 2010**

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL







# La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado

Proyecto SENECA

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES 2010**

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



NIPO: 840-10-038-5

Maquetación: Daniel Fernández Izquiano

<http://www.msps.es>

# La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado

## Proyecto SENECA

### **Agradecimiento:**

A todos los profesionales, hospitales y asociaciones de pacientes y profesionales que han hecho posible el desarrollo de este trabajo.

---



GOBIERNO DE ESPAÑA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL







# Autores

## Dirección del Proyecto

Emilio Ignacio García  
Profesor de Gestión y Calidad  
Sanitaria. Universidad de Cádiz  
emilio.ignacio@uca.es

José Rodríguez Escobar  
Jefe de Servicio Agencia de Calidad  
Sanitaria. Ministerio de Sanidad y  
Política Social

## Comité Director

Carmen Luisa Díaz Álvarez  
Gema Escobar Aguilar  
César García Pérez  
José Miguel González Ruiz  
Juan José Jurado Balbuena  
Francisco J. Lozano Olea  
Francisco Moreno Del Nido  
Antonio Ruiz Hontangas  
Tomás Sebastián Viana

## Investigadores

José Almenara Barrios  
Profesor. Universidad de Cádiz

Elena Altarribas Bolsa  
Unidad de calidad del Servicio  
Aragonés de Salud. Zaragoza

Carmen Luisa Díaz Álvarez  
Enfermera Área del corazón- Cirugía  
Cardiaca. Hospital U. Central de  
Asturias (UESCE)

Gema Escobar Aguilar  
Enfermera de apoyo a la investigación.  
Unidad de coordinación y desarrollo  
de la investigación en la enfermería.  
Investén-Isciii. Instituto de Salud  
Carlos III. Madrid

Lena Ferrús Estopà  
Responsable del Área de Seguridad del  
Paciente

Rosa Garcés García  
Enfermera supervisora. Área  
Ambulatoria. Hospital Manacor.  
Mallorca

César García Pérez  
Enfermero. Ministerio de Sanidad y  
Política Social

Ángela Garrido Bartolomé  
Dirección de Enfermería.  
Consorcio Hospital General  
Universitario. Valencia

José Miguel González Ruiz  
Enfermero Supervisor hospitalización  
Medicina Interna. Hospital  
Universitario de Fuenlabrada. Madrid

M<sup>a</sup> Jesús González Sánchez  
Subdirectora de Enfermería.  
Hospital Universitario Río Hortega.  
Valladolid

Rosa González Gutiérrez-Solana  
Enfermera. Complejo Hospitalario  
Universitario Juan Canalejo. A Coruña  
(AENTDE)

Juan José Jurado Balbuena  
Director de Enfermería.  
Gerencia Área 6 Atención Primaria.  
Madrid (FAECAP)

Francisco J. Lozano Olea  
Coordinador de docencia,  
investigación y calidad. Hospital de  
Manacor. Mallorca.

María Teresa Moreno Casbas  
Responsable Unidad de coordinación  
y desarrollo de la investigación en la  
enfermería. Investén-Isciii. Instituto de  
Salud Carlos III. Madrid

Francisco Moreno Del Nido  
Responsable de ANDE para el  
proyecto. Subdirector de Enfermería.  
Hospital Universitario de Móstoles.  
Madrid (ANDE)

Antonio Pineda Soriano  
Enfermero. Distrito Sanitario Bahía de  
de Cádiz-La Janda.

Socorro Novo López  
Enfermera. Complejo Hospitalario  
Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Antonio Ruiz Hontangas  
Director Enfermería.  
Consorcio Hospital General  
Universitario Valencia

Tomás Sebastián Viana  
Enfermero Supervisor de Innovación y  
Desarrollo. Hospital Universitario de  
Fuenlabrada. Madrid

Carmen Silvestre Busto  
Técnico de Calidad. Unidad de  
Calidad Comarca Gipuzcoa Ekialde

Javier Terol Fernández  
Director Distrito Sanitario. Málaga.

Este libro debe citarse como: La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

## Trabajo de campo

Eva López Bienvenido  
Enfermera. Cádiz

## Investigadores de Apoyo

Mónica Contreras Moreira  
Enfermera. Unidad de coordinación  
y desarrollo de la investigación en  
enfermería. Investén-Isciii. Instituto de  
Salud Carlos III. Madrid

Dolores Cruzado García  
Enfermera. Unidad de cuidados  
Intensivos Pediátrica. Hospital  
Universitario “Puerta del Mar”. Cádiz

Carmen Fuentelsaz Gallego  
Enfermera. Hospital Vall d’ Hebrón.  
Barcelona

Julio de la Torre Fdez. Trujillo  
Profesor. Universidad de Cádiz

Manuel Herreros Rubiales  
Enfermero. Distrito Sanitario Bahía de  
Cádiz-La Janda

Juan Manuel Ignacio García  
Profesor. Universidad de Cádiz

Susana Lorenzo Martínez  
Responsable de Calidad. Fundación  
Hospital Alcorcón. Madrid

José Manuel Martín Vázquez  
Director Gerente.  
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

José J. Mira Solves  
Profesor.  
Universidad Miguel Hernández. Elche

José Moreno Peralta  
Enfermero. Distrito Sanitario Bahía de  
Cádiz-La Janda

Pedro Parra Hidalgo  
Presidente de la Sociedad Española de  
Calidad Asistencial

M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez Cornejo  
Profesora. Universidad de Cádiz

Antonio Torres Olivera  
Director Gerente de la Agencia de  
Calidad Sanitaria. Junta de Andalucía.  
Sevilla



# Índice

Introducción .....	17
Hipótesis Operativas .....	18
Objetivos Especificos.....	19
Material y Método.....	20
Fase I .....	20
Fase II .....	23
Análisis de Fiabilidad y Validez .....	25
Cuestionarios de Percepción de Seguridad de Pacientes y Profesionales .....	25
Modelo de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales basado en el EFQM (Seneca 100) ...	27
Fase III.....	27
Resultados .....	34
Análisis de Resultados Descriptivos .....	34
Resultados del Criterio 1. Liderazgo .....	34
Resultados del Criterio 2. Política y Estrategia .....	38
Resultados del Criterio 3. Personas .....	42
Resultados del Criterio 4. Alianzas y Recursos .....	52
Resultados del Criterio 5. Procesos .....	56
Resultados del Criterio 6. Resultados en los Pacientes.....	62
Resultados del Criterio 7. Resultados en los Profesionales .....	72
Resultados del Criterio 8. Resultados en la Sociedad.....	83
Resultados del Criterio 9. Resultados Clave.....	83
Análisis de Correlaciones .....	106
Análisis de Componentes Principales y Cluster .....	109
Discusión .....	118
Validez, Fiabilidad, Viabilidad y Utilidad del Modelo propuesto para evaluar la Seguridad de los Cuidados prestados en Centros Hospitalarios.....	118
Discusión de los resultados obtenidos al realizar el estudio de campo en Hospitales del Sistema Nacional de Salud.....	120
Discusión Criterio 1. Liderazgo .....	121
Discusión Criterio 2. Política y Estrategia .....	123
Discusión Criterio 3. Personas .....	124
Discusión Criterio 4. Alianzas y Recursos .....	125
Discusión Criterio 5. Procesos .....	125
Discusión Criterio 6. Resultados en los Pacientes .....	127

Discusión Criterio 7. Resultados en los Profesionales .....	130
Discusión Criterio 8. Resultados en la Sociedad.....	131
Discusión Criterio 9. Resultados Clave.....	132
Discusión sobre las Correlaciones realizadas.....	138
Discusión sobre el Análisis de Componentes Principales y Cluster .....	139
Conclusiones .....	141
Definición de términos .....	145
Anexo 1 .....	149
Anexo 2 .....	152
Anexo 3 .....	155
Anexo 4 .....	159
Anexo 5 .....	164
Colaboradores .....	169
Hospitales participantes .....	171







# Introducción

Tal como fue publicado en el informe técnico de diciembre de 2008, la seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial. La complejidad creciente de los sistemas sanitarios y por ende de la práctica clínica ha pasado de abordajes simples, poco efectivos y relativamente seguros a un panorama actual donde la asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa<sup>1,2</sup>.

En el ámbito español se llevó a cabo en 2005 el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)<sup>3</sup> con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los resultados de dicho estudio establecieron que la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en hospitales fue del 8.4%.

Del análisis del estudio anterior se pueden extraer diversas conclusiones. La primera, es que estamos ante un problema importante, de gran calado y que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, aplicarlos cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores. La segunda gran conclusión es que aunque la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de enfermería, dados los tipos de EA evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente.

Dado que los estudios establecen la importancia de la organización de los servicios de prestación de cuidados en los resultados de los pacientes, los investigadores confeccionamos y validamos un modelo de seguridad en los cuidados basado en los criterios del modelo EFQM<sup>4</sup>.

En este informe intentaremos sintetizar el desarrollo completo que se ha llevado a cabo en este proyecto.

---

1.-Chantler C. The role and education of doctor in the delivery of Health care. Lancet. 1999; 353:1178-81.

2.-Terol E, Agra Y. Seguridad y calidad. La seguridad clínica: Una dimensión esencial de la calidad asistencial. La perspectiva internacional de la seguridad de los pacientes. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Díaz de Santos. 2009.

3.-Aranaz JM. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

4.-Estándares de Calidad de cuidados para la seguridad del paciente en hospitales de SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de sanidad y Política Social; 2009.

# Hipótesis operativas

## FASE I

1. Es posible construir operativamente una batería de estándares e indicadores relevantes y válidos para evaluar si los cuidados enfermeros garantizan la seguridad del paciente en el medio hospitalario.

## FASE II

2. La estructura de criterios que propone el modelo europeo de excelencia (Modelo EFQM) es una herramienta viable para analizar la seguridad del paciente y representa una correcta forma de organizar los estándares de calidad que deben cumplir los profesionales de enfermería en los hospitales.

## FASE III

3. La práctica de cuidados, basada en el modelo de evaluación de la seguridad del paciente (SENECA 100), se relaciona con una disminución de los “eventos adversos” en los pacientes de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

4. La práctica de cuidados basada en el Modelo SENECA 100 de seguridad del paciente se correlaciona con las características que definen los hospitales magnéticos y con la mejora de los resultados en los pacientes.

# Objetivos específicos

## Fase I

1. Diseñar un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales (SENECA 100) basado en el modelo EFQM.

## Fase II

2. Evaluar la validez, fiabilidad y viabilidad del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales (SENECA 100).

## Fase III

3. Conocer el grado de cumplimiento de los estándares del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente (SENECA 100) en una muestra representativa de hospitales del SNS.
4. Identificar las principales situaciones de riesgo y las prácticas de enfermería que mejoran la seguridad del paciente.
5. Analizar si una práctica de cuidados basada en niveles de calidad según el modelo validado aumenta la seguridad de los pacientes hospitalizados.
6. Analizar si el cumplimiento de los estándares del modelo correlaciona con atributos de los hospitales magnéticos y con indicadores finalistas de resultados.

# Material y método

## Fase I

### ***Diseño***

Se realizó un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa, concretamente la Técnica de Grupo Nominal (TGN)<sup>5</sup>, mediante la participación de diferentes profesionales, gestores y pacientes, buscando consenso sobre los estándares/ indicadores de seguridad de pacientes más representativos en relación con los cuidados, tomando como base los 9 elementos del modelo EFQM.

### ***Población***

Dado que la elección de los participantes fue uno de los elementos más importantes, ya que de ello dependía la validez interna, es decir, la credibilidad y la externa, su aplicabilidad, se establecieron criterios de profesionalidad y prestigio para la elección de los profesionales, y nivel cultural y estancias superiores a tres días para los pacientes. Es importante resaltar que los participantes para los criterios de Liderazgo y Política y Estrategia fueron fundamentalmente directivos o mandos intermedios de hospitales. Los criterios de “Resultados en la sociedad” y “Resultados en los pacientes”, fueron abordados por ciudadanos (políticos, periodistas, directivos de asociaciones, empleadores, etc.) y pacientes.

Al tratarse de un proyecto de seguridad relacionada con la calidad de los cuidados, la mayoría de los profesionales seleccionados fueron enfermeros/as pero también participaron gestores, médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales y farmacéuticos.

### ***Muestreo***

Para la selección de los sujetos participantes se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que se tuvieron en cuenta los criterios anteriormente expuestos.

### ***Tamaño muestral***

Participaron 170 informantes clave de todas las áreas, divididos en 104 profesionales clínicos, 18 gestores, los 20 investigadores del proyecto, 18 pacientes y/o personas de movimientos asociativos y 10 profesionales de otras áreas (políticos, periodistas, empresarios, proveedores, etc.). Esta participación de informantes fue considerada conveniente al objeto de estudio y suficiente para recoger la información necesaria.

---

5.-Planes, A. Métodos de detección de problemas. En: Marquet R. Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud. Monografías clínicas en atención Primaria. Doyma: Barcelona. 1993.

Se constituyeron 20 grupos de trabajo. El primer grupo que se formó, fue constituido por los propios investigadores, que confeccionaron una propuesta básica de estándares e indicadores. Posteriormente, se constituyeron 18 grupos de trabajo formados por 6-8 expertos que abordaron cada uno de ellos dos criterios de los nueve que componen el modelo EFQM. Por último, se constituyó un grupo formado por asociaciones de pacientes, que abordó exclusivamente el criterio de percepción de seguridad.

Las reuniones se celebraron durante los meses de febrero y marzo de 2008 en diferentes ciudades del país.

### ***Recogida de información***

Mediante la participación de los diferentes informantes, se buscó consenso sobre los estándares/indicadores de seguridad de pacientes más representativos en relación con los cuidados, tomando como base los nueve elementos del modelo EFQM.

A todos los grupos se les formuló la misma pregunta, con la salvedad del criterio del EFQM en el que estuvieran trabajando:

-En función de sus conocimientos y experiencias, ¿cuáles serían los estándares que desde el punto de vista del “Criterio del EFQM”\*\* en las organizaciones sanitarias se deberían cumplir con objeto de fomentar una cultura de seguridad en los cuidados de los pacientes?

(\*\*En cada grupo se sustituyó “Criterio del EFQM” por el criterio correspondiente que se estuviera trabajando: Liderazgo, Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos, Procesos, Satisfacción del paciente, Satisfacción de los profesionales, Resultados en la sociedad y Resultados Clave).

Para aumentar la validez de la información obtenida se trianguló la información de manera que dos grupos trabajaron el mismo criterio. Esto nos permitió comparar la información de grupos distintos conducidos por investigadores distintos.

### ***Síntesis de información***

La información obtenida fue depurada, sintetizada y priorizada por el equipo de investigación.

De acuerdo con las ponderaciones de los criterios del modelo EFQM original se decidió seleccionar para la propuesta final del modelo de seguridad de cuidados:

- 10 estándares de Liderazgo
- 8 estándares de Políticas y Estrategias
- 9 estándares de Gestión de Personas
- 9 estándares de Alianzas y Recursos
- 20 estándares de Procesos

- 10 indicadores de Resultados en los clientes o satisfacción del paciente
- 9 indicadores de Resultados en las personas o satisfacción de profesionales
- 6 indicadores de Resultados en la Sociedad
- 19 indicadores de Resultados Clave

La priorización de los indicadores y estándares de calidad generados por los diferentes grupos se realizó mediante votación individual de cada uno de los participantes (0-10 puntos) atendiendo a criterios de importancia, magnitud y factibilidad.

Las variables fueron definidas de la siguiente forma:

- Importancia:** es muy conveniente o interesante, o de mucha entidad o consecuencia.
- Magnitud:** que afecta a muchos pacientes o a buena parte de la organización.
- Factibilidad:** que se puede hacer, desde el punto de vista económico, operativo, etc.

Además, cada panelista decidía si desde su experiencia y conocimiento, el estándar o indicador era:

- Imprescindible:** este estándar/indicador debería estar siempre en un modelo de seguridad de pacientes.
- Recomendable:** este estándar/indicador, podría ser oportuno que estuviera en un modelo de seguridad de pacientes.
- No incluir:** este estándar/indicador, no debería estar en un modelo de seguridad de pacientes.

Finalmente, los estándares/indicador seleccionados fueron aquellos cuya puntuación media obtenida entre importancia, magnitud y factibilidad superaba los 7 puntos sobre 10. Además, fueron todos catalogados de imprescindible y coincidentes. Por último, fueron incluidos también todos los que la literatura científica identifica como relacionados con la seguridad del paciente.

De esta forma se estableció el modelo definitivo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales que como hemos comentado anteriormente denominamos Modelo SENECA 100<sup>6</sup>.

---

6.-Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009

## Fase II

### ***Diseño***

Validación del modelo de seguridad del paciente.

### ***Población***

Se realizó un pilotaje del modelo en hospitales del Sistema Nacional de Salud, durante los meses de Septiembre y Octubre de 2008.

### ***Muestra***

Para seleccionar los hospitales participantes en el pilotaje se realizó un muestreo por conveniencia teniendo en cuenta que los hospitales fuesen de diferentes Comunidades Autónomas y de distintos tamaños. Finalmente se seleccionaron 5 hospitales.

Los estándares de liderazgo, políticas, recursos, personas y procesos, al ser todos dicotómicos, sólo fue necesario comprobar mediante la fuente de datos apropiada, su cumplimiento o no cumplimiento.

Los indicadores para los criterios de resultados en las personas (percepción de los profesionales sobre la seguridad) y resultados en los clientes (percepción de los pacientes sobre la seguridad) fueron evaluados, seleccionando mediante muestreo aleatorio simple, a 60 profesionales y 60 pacientes a partir de listados facilitados en cada uno de los centros pilotados.

En el resto de los indicadores, los datos se recogieron directamente si el hospital disponía de los mismos, en caso contrario, se evaluaron en muestras aleatorias de 60 casos mediante muestreo aleatorio simple a través de las fuentes de datos identificadas para cada indicador. En la mayoría de los casos, a través de las historias clínicas de los pacientes.

### ***Recogida de datos***

La recogida de datos se llevó a cabo por una enfermera contratada con cargo al proyecto que recibió formación previa en el modelo EFQM, en metodología de evaluación y dominaba perfectamente los contenidos del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales.

Los indicadores de resultados en las personas (percepción de los profesionales sobre la seguridad) y resultados en los clientes (percepción de los pacientes sobre la seguridad) fueron evaluados mediante cuestionarios de percepción. El diseño de estos cuestionarios, su fiabilidad y validez serán abordados más adelante.

Para la obtención de la información, cada estándar o indicador tenía identificada la fuente de donde se debía extraer. En términos generales, las fuentes utilizadas fueron documentos estratégicos, memorias de actividad, historias clínicas, encuestas diseñadas por el equipo de investigación para los estándares

de satisfacción de pacientes y profesionales y la observación directa. Para los indicadores clave, se confeccionaron registros de recogida de datos que facilitaron y sistematizaron el proceso.

### ***Análisis de datos***

Para cada uno de los indicadores y estándares calculamos sus correspondientes intervalos de confianza para niveles de confianza del 95 %.

Para el análisis de la fiabilidad, la validez y los resultados del pilotaje del estudio en los cinco hospitales se diseñó una base de datos en el paquete informático SPSS 14.0 para Windows. Las medidas estadísticas usadas, según situación, fueron el coeficiente de correlación intraclass, el índice de Kappa y el Alfa de Cronbach.



## Análisis de fiabilidad y validez

Cuestionarios de percepción de seguridad de pacientes y profesionales<sup>7,8,9</sup>

### **Viabilidad**

El tiempo de empleo para la cumplimentación de los dos cuestionarios fue inferior a los cinco minutos, por lo tanto en este aspecto ambos cuestionarios son considerados viables.

Los cuestionarios han sido catalogados, por los profesionales y pacientes en su pilotaje, como sencillos, de formato amigable y de interés. Las preguntas son breves y hemos constatado que resultan claras para los interlocutores. Son de fácil contestación. Por lo tanto, en relación con la viabilidad consideramos que no existe ningún problema metodológico.

### **Fiabilidad**

Se ha realizado una evaluación de la fiabilidad aplicando el cuestionario a una muestra de 10 profesionales y de 10 pacientes por dos evaluadores distintos, en dos momentos diferentes (20 cuestionarios en total). Se ha establecido la concordancia de las mediciones, concretamente mediante el índice de concordancia general, y ésta ha sido superior al 95% en todos los casos y el índice de Kappa fue de 0.6. Además, se evaluó la consistencia interna mediante el cálculo del Alfa de Cronbach obteniendo valores para el cuestionario de percepción de profesionales de 0.79 para la dimensión de formación y 0.71 para la de seguridad.

En el cuestionario de pacientes los valores fueron de 0.66 para la dimensión de información y 0.65 para la de seguridad.

### **Validez**

La validez lógica (face validity) es el grado en que un cuestionario, partes de él, o un ítem, mide lo que quiere medir.

Las preguntas han emanado de la priorización de muchos profesionales y pacientes y han sido testadas en cuanto a su importancia por diferentes expertos nacionales.

En estos argumentos nos basamos para considerar la validez lógica de las herramientas. Además, un indicativo de falta de validez lógica como es la no respuesta, en nuestro caso fue inferior al 3%.

---

7.-Argimon Pallas, J. Jiménez Vill, J. Métodos de Investigación. Clínica y epidemiológica. Segunda edición. Harcourt,. Madrid. 2000.

8.-Silva Ayçaguer, L.C. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Díaz de Santos. Madrid. 1997.

9.-Mc Dowell. Cap 2. The theoretical and technical foundations of health measurement. En: Mc Dowell. Measuring health guide to rating scales and questionnaires. 3 edición.; New York: Oxford University Press; 2006. p 10-46.

La validez de contenido (content validity) se puede considerar si entre los contenidos se contemplan todos los aspectos relacionados con el concepto en estudio, lo que suele evaluarse a través de la opinión de expertos. Tal como hemos comentado, esto se ha realizado y se modificaron todos los aspectos que fueron sugeridos y criticados.

La validez de criterio (criterio validity) o validez de concurrencia exige de un criterio externo para contrastar los resultados. Se ha correlacionado el cuestionario con las preguntas generales “Me siento seguro/a con la atención en los cuidados que me prestan los profesionales” y con “califique de 0-10 el grado de seguridad que ha percibido durante su estancia en el hospital”. Estas correlaciones han resultado positivas para valores de  $p < 0.05$ .

En general, la validez de constructo (construct validity) se establece por el grado en que los datos obtenidos se relacionan con otras mediciones que sean consistentes con hipótesis teóricamente derivadas del concepto que se quiere medir. Se realizó validación empírica mediante análisis de componentes principales (ACP)<sup>10, 11</sup>.

En la encuesta de satisfacción de profesionales las 2 primeras componentes principales formación y entorno explicaron más del 40% de la variabilidad del cuestionario.

En la encuesta de satisfacción de pacientes los dos primeras componentes principales (información/comunicación y seguridad) explicaron el 47.6% de la variabilidad.

Los cuestionarios para profesionales y pacientes se muestran en los Anexos I y II

---

10.-Almenara J, González JL, García C, Peña P. ¿Qué es el análisis de componentes principales? Sección Notas de Metodología y Estadística. JANO. Educación Médica Continuada en Atención Primaria. 1998; 55:18-24.

11.-Almenara J, García C, González JL, Abellán JM. Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales. Construction of hospital management indices using principal component analysis. Salud Pública de México. 2002; 44: 533-540.

## **Análisis de fiabilidad y validez**

Modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (SENECA 100)

### ***Viabilidad***

La viabilidad del instrumento fue comprobada durante el pilotaje, observándose pequeños problemas de definición e interpretación que fueron solucionados en la versión definitiva.

### ***Fiabilidad***

La fiabilidad de la herramienta se valoró calculando el índice de concordancia general y el índice de Kappa. En todos los casos, la concordancia fue superior al 95% y el índice de Kappa superior a 0.5.

### ***Validez***

En cuanto a la validez lógica y de contenido del modelo en su conjunto, se realizó a través de expertos, de la misma forma que ha sido explicada para los cuestionarios de satisfacción.

Con respecto a la validez de criterio se realizó mediante la correlación con variables externas y la validez de constructo (construct validity) se hizo mediante análisis de componentes principales. Estos aspectos pueden comprobarse en el apartado de resultados.

Por lo tanto, la viabilidad, fiabilidad y validez han sido comprobadas para el modelo SENECA.

## **Fase III**

### ***Diseño***

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal entre los meses de febrero a julio de 2009.

### ***Población***

El estudio de campo se desarrolló en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los criterios de inclusión para la selección de los hospitales fueron:

1. Hospitales generales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud
2. Hospitales de más de 150 camas
3. Autorización y aceptación

## **Muestreo**

En una primera etapa, se realizó un muestreo aleatorio estratificado por Comunidades Autónomas y por el tamaño del hospital, de manera que quedaron representadas todas las Comunidades Autónomas y hospitales de todos los tamaños, es decir, de menos de 200 camas, de 200 a 499 y mayor o igual a 500 camas.

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 para una precisión de +/- 0.15 unidades porcentuales en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.5, se precisó una muestra aleatoria poblacional de 35 hospitales, asumiendo que la población de referencia era de 185 hospitales. (Tomado del catálogo Nacional de Hospitales 2006)

De los 35 hospitales seleccionados dos declinaron la participación, uno de ellos fue sustituido por un hospital que accedió a participar voluntariamente y otro centro no realizó la evaluación al completo.

## **Variables**

La definición de las variables que componen el modelo SENECA 100, así como el desarrollo completo del mismo, está disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

## **Recogida de datos**

La evaluación se realizó utilizando el modelo de seguridad de cuidados (SENECA 100) y se llevó a cabo de dos formas:

### **1. Autoevaluación**

Se envió al centro hospitalario un dossier con los estándares e indicadores del modelo con el que la organización realizó su autoevaluación.

Esta autoevaluación se llevó a cabo para todos los estándares e indicadores del modelo a excepción de los que correspondían a los criterios de percepción de seguridad de profesionales y pacientes. Estos estándares fueron evaluados una sola vez en la fase de evaluación externa, mediante cuestionarios de percepción dirigidos directamente a los pacientes y profesionales.

Para los estándares dicotómicos o de valores absolutos el evaluador interno, sólo tuvo que marcar la opción que consideraba adecuada para su organización o en su caso el número absoluto que correspondiera.

Para los indicadores de resultados clave, si el hospital disponía de un sistema de medición sistemática del indicador, en la autoevaluación se recogía el dato que correspondía al último año completo.

Además, el evaluador interno anotaba en el registro de autoevaluación la forma de proceder del centro para la recogida de ese dato, además de identificar

su numerador y denominador. En los casos en los que el centro no disponía de los datos, se hacía mención expresa en el apartado de observaciones.

## 2. Evaluación externa

En este tipo de evaluación, los datos se recogieron a través de una evaluadora externa formada en el modelo, con destrezas suficientes en evaluación y que desconocía los resultados de la autoevaluación.

La evaluación externa se realizó mediante visita durante dos días a cada uno de los hospitales incluidos en el estudio. La evaluadora externa era recibida por la persona responsable del proyecto en el centro, el investigador del proyecto en los casos que lo hubiera y por el equipo directivo de enfermería.

La evaluación requería diferentes intervenciones. Para los estándares cuya fuente de datos así lo precisaban, se solicitaban las pruebas documentales que avalaran el cumplimiento de los mismos.

Para los indicadores de percepción de seguridad de pacientes y profesionales se proporcionaron los cuestionarios de percepción de seguridad para su cumplimentación. Para ambos se realizó un muestreo aleatorio simple en unidades médico-quirúrgicas. Los cuestionarios fueron autocumplimentados tras una breve explicación de los objetivos del estudio. La participación fue voluntaria y después de obtener las autorizaciones y consentimientos correspondientes. En el caso del cuestionario dirigido a pacientes, debían cumplir dos requisitos previos: ser mayores de edad y llevar ingresados al menos 3 días. En el caso del cuestionario dirigido a profesionales, fueron incluidos enfermeros/as y auxiliares. También aquellos profesionales de enfermería que ostentaban algún cargo intermedio en la organización, como es el caso de supervisores/as de enfermería.

La muestra de pacientes para el conjunto de los 33 hospitales fue de 1983 con un porcentaje de no respuesta inferior al 2 %. La edad media fue de 56.39 años (DE 8.6). Por sexos, el 49.7 % fueron hombres y el resto mujeres. El nivel cultural fue básico en un 67.4 %.

La muestra de profesionales para el conjunto del estudio fue de 2456 con un porcentaje de no respuesta inferior al 3 %. La edad media de la muestra fue de 40.8 años (DE 9.8). De todos ellos el 89.1% eran mujeres.

Con objeto de evaluar los indicadores de resultados clave, también de manera externa, se seleccionaron aleatoriamente un total 1344 historias clínicas de pacientes, de unidades médicas, quirúrgicas y de cuidados intensivos de los treinta y tres hospitales participantes. Finalmente, se revisaron 510 historias de medicina interna, 344 de cuidados intensivos y 490 de unidades quirúrgicas, de las cuales habían tenido episodio quirúrgico 390. Cuando en la historia clínica constaba más de un episodio de ingreso, se analizó el más reciente. El evaluador externo verificaba el historial y anotaba en la base de datos, si el suceso que el

indicador en cuestión media, estaba reflejado en el último episodio del historial del paciente.

Todas las variables contempladas habían quedado previamente definidas en el modelo<sup>12</sup>.

Aunque como hemos comentado, disponemos de los resultados obtenidos tanto en evaluaciones internas como externas, el análisis de resultados, discusión y conclusiones, lo realizaremos exclusivamente basándonos en los datos de evaluación externa. Esta decisión será ampliamente argumentada en el apartado de discusión.

### ***Confidencialidad y aspectos éticos***

Este estudio se realizó siguiendo las normas descritas en la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud<sup>13</sup>.

Los directores del estudio establecieron las condiciones oportunas para garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal.

Las bases de datos utilizadas no identifican con nombres ni a instituciones ni a pacientes.

Todas las direcciones gerenciales de los centros autorizaron la participación del hospital en el estudio.

Los cuestionarios utilizados fueron anónimos y como se ha comentado anteriormente se administraron previa información y autorización de pacientes y profesionales.

Todos los investigadores participantes en el estudio firmaron un código de conducta ética donde se incluía aspectos relacionados con la confidencialidad de la información que podían disponer.

La presentación de los resultados preliminares y de estos definitivos, no permite identificar los hospitales ni a los profesionales ni pacientes que han participado.

La verificación de historias clínicas se realizó atribuyéndoles un número y un código de hospital por lo que es imposible su identificación.

Por último, el estudio fue sometido a la consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario “Puerta del Mar” de Cádiz. Este centro fue seleccionado por proximidad con la dirección del proyecto.

---

12.-Estándares de Calidad de cuidados para la seguridad del paciente en hospitales de SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de sanidad y Política Social; 2009.

13.-Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [citado 5 Oct 2004]. Disponible en: <http://www.comt.es/es/docs/cohesion.pdf>. Accedido el 21 de diciembre de 2007.

## **Análisis de datos**

### **Análisis descriptivo**

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariante de todas las variables medidas, y cuando se creyó necesario se llevaron a cabo los análisis bivariantes y multivariantes correspondientes.

En el análisis descriptivo univariante se presentaron los resultados de las variables cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes, tablas y gráficos. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media, la mediana y la moda como medidas de tendencia central y la varianza, la desviación estándar y la amplitud como medidas de dispersión. Según la distribución de la variable se atendió a una u otra medida.

El análisis bivalente descriptivo atendió, básicamente, al estudio de la correlación entre variables cuantitativas (calculando el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson en caso de las variables continuas y rho de Spearman en caso de que se violara el supuesto de normalidad o las variables fueran ordinales).

El análisis descriptivo multivariante llevado a cabo fue el Análisis de Componentes Principales (ACP). La idea central del ACP es conseguir la simplificación de un conjunto de datos, generalmente cuantitativos, procedentes de un conjunto de variables interrelacionadas.

Es necesario revisar los aspectos teóricos del ACP<sup>14</sup>. Supongamos que  $X$  es un vector de  $p$  variables aleatorias, definidas en una población. El vector  $X$  se mide en  $n$  individuos, generando una matriz de datos con  $n$  filas, que representan los individuos en los que hemos medido las variables que representan las  $p$  columnas. Buscamos combinaciones lineales del tipo,

$$Y_k = a_{k1}x_1 + \dots + a_{kp}x_p = \sum a_{kj}x_j$$

donde  $a_{k1}, \dots, a_{kp}$  son constantes numéricas, de forma que las nuevas variables  $Y_k$  o CP (Componente Principal) tengan varianza máxima en orden decreciente y sean incorreladas entre sí. Las CP  $\{Y_1, Y_2, \dots, Y_p\}$  se obtienen diagonalizando la matriz de covarianzas  $S$  o la de correlaciones  $R$  de las variables medidas originalmente, de forma que las constantes  $a_{k1}, \dots, a_{kp}$  se obtienen con las coordenadas de los vectores propios asociados a los valores propios de  $S$  o  $R$ , ordenados de forma decreciente, que representan las varianzas de las CP.

En definitiva tras aplicar el ACP creamos unas nuevas variables, las CP. Pero además cada sujeto de la muestra, en nuestro caso los diferentes hospitales, obtiene una puntuación en cada una de las CP seleccionadas, que permite simplificar un problema frecuente en Epidemiología como el ordenamiento de sujetos cuando se tiene más de una medición de los mismos. Por otro lado, estas CP ayudan a

---

14.-Jolliffe, IT. Principal Component Analysis. Second Edition. Springer. New York. 2002.

desentrañar un modelo subyacente en el conjunto de datos iniciales, que logramos en el proceso de nombrarlas.

En nuestro estudio hemos partido de la diagonalización de la matriz de correlaciones, ya que la interpretación de las componentes o factores es más fácil cuando usamos variables estandarizadas.

Para verificar si la matriz de correlaciones es una matriz identidad, criterio que desaconsejaría el análisis posterior mediante ACP, se ha utilizado el test de Bartlett, obtenido a partir de la transformación  $c_2$  del determinante de la matriz de correlaciones. El test de Bartlett, en este contexto, se lleva a cabo para evaluar la pertinencia estadística de la aplicación del ACP con los datos obtenidos. Si toma un valor alto el valor de  $p$  será bajo y más improbable que la matriz sea una matriz identidad.

Para la selección de las componentes se tuvieron en cuenta los criterios siguientes: autovalores superiores a 1, el porcentaje de varianza explicada y el test de la pendiente de Cattell en el gráfico de sedimentación. Esto se realizó teniendo en cuenta la plausibilidad de las componentes obtenidas con los aspectos que se tratan de explicar.

Por último, para obtener una representación gráfica que clarifique lo anteriormente expuesto, realizamos con las puntuaciones de los hospitales (obteniendo mediante regresión los coeficientes para las puntuaciones) en las dos CP un análisis de conglomerados o clusters utilizando el algoritmo jerárquico de Ward, que nos proporciona los dendrogramas correspondientes. Teniendo como objetivo agrupar elementos homogéneos en función de las similitudes o similitudes entre ellos. Como sabemos, el cluster forma grupos que no están definidos a priori a partir de las variables medidas. El cluster jerárquico es adecuado para muestras pequeñas, en él se decide por parte del investigador cómo se forman los clusters, cuántos se forman y cómo se define la distancia entre los grupos, cerrándose una clasificación que va de más detallada a más global. En el método de Ward se define una medida global de la heterogeneidad de una agrupación de observaciones en grupo. El dendrograma o árbol jerárquico, es una representación gráfica del resultado del proceso de agrupamiento en forma de árbol<sup>15,16</sup>. Como se ha señalado, los conglomerados se llevaron a cabo con las puntuaciones obtenidas por los hospitales en las dos CP, para ello era necesario que los mismos tuvieran valores en todas las variables medidas originalmente, eliminándose los que no cumplían esta condición. Por este motivo, sólo se pudo llevar a cabo en 25 de los 33 hospitales estudiados.

Es conveniente aclarar que tanto el análisis de componentes principales como el de conglomerados o cluster se realizaron con los datos obtenidos mediante la evaluación externa.

---

15.-Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A, Faulin Fajardo, J. Bioestadística Amigable (3ª edición). Díaz de Santos, Madrid. 2009.

16.-Peña D. Análisis de datos Multivariante. Mc Graw Hill, Madrid. 2002.



## **Análisis Inferencial**

Se calcularon intervalos de confianza con un nivel de significación del 5%. Se calcularon los oportunos valores de p para las correlaciones efectuadas.

La normalidad en la distribución de las variables se comprobó mediante los contrastes de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk.

La comparación de dos medias se llevó a cabo mediante la prueba t de Student o en su defecto por un equivalente no paramétrico: U de Mann-Whitney para muestras independientes.

En todos los contrastes se fijó el nivel de confianza en un 95%.

Todos los análisis se han llevado a cabo en los programas SPSS y STATGRAPHICS.plus bajo licencia de la Universidad de Cádiz.

Además, se realizaron comparaciones de los resultados del modelo de seguridad de cuidados con los siguientes indicadores de calidad de resultados en cada hospital:

1. Estancias medias
2. Reingresos
3. Mortalidad
4. Reintervenciones quirúrgicas

Este análisis nos permitió discriminar, si una práctica enfermera basada en los criterios de seguridad que proponemos, se relaciona con mejores indicadores de resultados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Por último, y en el ámbito del estudio RN4CAST, se compararán los resultados de los indicadores del modelo de seguridad de cuidados obtenidos en los diferentes hospitales con los criterios que definen los atributos de los Hospitales Magnéticos<sup>17,18</sup> según su grado de cumplimiento en cada hospital.

Estos criterios son:

1. Apoyo de la dirección de enfermería y supervisión.
2. Práctica de enfermería de forma autónoma.
3. Relación enfermera-médico positiva.
4. Medidas de apoyo a la formación.
5. Percepción de una plantilla adecuada.
6. Trabajar con otros profesionales de enfermería clínicamente competentes.
7. Control de la práctica clínica de enfermería autónoma.
8. Cultura que valora la preocupación por el paciente.

---

17. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos I,II,III, IV. Nursing 2005. Vol.3 (3) (4)(5)(6)

18. Looking for Quality Patient Outcomes: The American Nurses Credentialing Center's Magnet Program Recognizes Excellence.. Visitada en Julio de 2007.

# Resultados

## Análisis descriptivo

### **Resultados del Criterio 1. Liderazgo**

Si nos fijamos en los datos de la evaluación externa, el estándar LI05 implicación de los líderes en las estructuras relacionadas con la seguridad del paciente se cumple en 31 de los 33 hospitales estudiados, es decir en el 93.9 %. El LI02 sobre si se incluyen en el modelo de cuidados aspectos relacionados con la seguridad y LI04 si los líderes se implican en actividades de mejora de la seguridad del paciente se cumplen en 29 hospitales (87.9%) y el LI03 sobre si los líderes transmiten una cultura de seguridad, se cumple en 25 hospitales (75.8%).

Por el contrario, los estándares LI01 sobre si la misión, visión y valores contemplan aspectos de seguridad de pacientes y LI08 si se utilizan los resultados de indicadores de seguridad como elementos de mejoras, sólo se cumplen en 18 hospitales (54.5%).

El LI10 sobre el reconocimiento a profesionales que se implican en temas de seguridad es el que obtiene el menor número de cumplimientos, ya que sólo se cumple en 9 hospitales (27.3%).

En términos generales, el nivel de cumplimiento en los estándares de liderazgo obtenidos a través de las evaluaciones externas son menores que los obtenidos en las evaluaciones internas. Esta afirmación no se cumple en el estándar LI02, cuyo cumplimiento es mucho mayor cuando se realizó la evaluación externa.

Los datos que hacen referencia a los diez estándares de liderazgo se muestran en la tabla 1.

ESTÁNDARES DE LIDERAZGO HOSPITALES n=33							
EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>LI 01 Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes</b>							
9	27,3	24	72,7	15	45,5	18	54,5

Continuación tabla 1

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>LI 02 Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes</b>							
15	45,5	18	54,5	4	12,1	29	87,9
<b>LI 03 Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes</b>							
6	18,2	27	81,8	8	24,2	25	75,8
<b>LI 04 Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</b>							
2	6,1	31	93,9	4	12,1	29	87,9
<b>LI 05 Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes</b>							
2	6,1	31	93,9	2	6,1	31	93,9
<b>LI 06 Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes</b>							
12	36,4	21	63,6	12	36,4	21	63,6
<b>LI 07 Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes</b>							
3	9,1	30	90,9	11	33,3	22	66,7

Continuación tabla 1

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>LI 08 Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora</b>							
6	18,2	27	81,8	15	45,5	18	54,5
<b>LI 09 Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora</b>							
7	21,2	26	78,8	10	30,3	23	69,7
<b>LI 10 Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</b>							
18	54,5	15	45,5	24	72,7	9	27,3

**Tabla 1. Resultados del Criterio 1. Liderazgo (LI)**

Los resultados de LI05, estándar con mayor nivel de cumplimiento, por tipos de hospitales se muestran en la tabla 2.

LI 05 Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	0	4	4	0	4	4
	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%
Medianos	2	13	15	2	13	15
	13,3%	86,7%	100,0%	13,3%	86,7%	100,0%
Grandes	0	14	14	0	14	14
	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total	2	31	33	2	31	33
	6,0%	94,0%	100,0%	6,0%	94,0%	100,0%

**Tabla 2. Resultados del estándar LI05 segmentados por hospitales y tipos de evaluación**

Los resultados de LI10, estándar con menor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, segmentados por hospitales tanto en la evaluación interna como externa se muestran en la tabla 3.

LI 10 Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	2	2	4	3	1	4
	50,0%	50,0%	100,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Medianos	12	3	15	13	2	15
	80,0%	20,0%	100,0%	86,7%	13,3%	100,0%
Grandes	4	10	14	8	6	14
	28,6%	71,4%	100,0%	57,1%	42,9%	100,0%
Total	18	15	33	24	9	33
	54,5%	45,5%	100,0%	72,7%	27,3%	100,0%

**Tabla 3. Resultados del estándar LI10 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

### **Resultados del Criterio 2. Política y estrategia**

En relación con los resultados de la evaluación externa en los estándares de política y estrategia, el PO08 sobre el pacto de objetivos de seguridad con los profesionales se cumple en 30 de los 33 hospitales (90.9%). Los estándares PO02 sobre la inclusión de los indicadores de riesgo en el cuadro de mando, PO03 comparación de indicadores de seguridad con otros centros o PO06 relacionado con programas que garanticen entornos seguros no se cumplen en más de 20 hospitales.

Por el contrario, el PO01 identificación de expectativas y necesidades sobre seguridad de paciente sólo se cumple en 6 hospitales de todos los estudiados, es decir en 18.2%. Los datos de cumplimientos y no cumplimientos de este grupo de estándares se muestran en la tabla 4.

**ESTANDARES DE POLÍTICA Y ESTRATEGIAS HOSPITALES n=33**

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>PO 01 Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes</b>							
16	48,5	17	51,5	27	81,8	6	18,2
<b>PO 02 Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora</b>							
9	27,3	24	72,7	21	63,6	12	36,4
<b>PO 03 Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</b>							
14	42,4	18	54,5	20	60,6	13	39,4
<b>PO 04 Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</b>							
10	30,3	23	69,7	12	36,4	21	63,6
<b>PO 05 Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial</b>							
7	21,2	26	78,8	17	51,5	16	48,5
<b>PO 06 Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</b>							
14	42,4	19	57,6	21	63,6	12	36,4
<b>PO 07 Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</b>							
8	24,2	25	75,8	17	51,5	16	48,5

Continuación tabla 4

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
PO 08 Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios							
4	12,1	29	87,9	3	9,1	30	90,9

**Tabla 4. Resultados del Criterio 2. Política y Estrategia (PO)**

En términos generales, el nivel de cumplimiento en los estándares de política y estrategia obtenidos a través de las evaluaciones externas son menores que los obtenidos en las evaluaciones internas.

Los resultados de PO08, estándar con mayor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, por tipos de hospitales y tipos de evaluación pueden ser consultados en la tabla 5.

PO08 Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	0	4	4	0	4	4
	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%
Medianos	3	12	15	2	13	15
	20,0%	80,0%	100,0%	13,3%	86,7%	100,0%
Grandes	1	13	14	1	13	14
	7,1%	92,9%	100,0%	7,1%	92,9%	100,0%



Continuación tabla 5

HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Total	4	29	33	3	30	33
	12,1%	87,9%	100,0%	9,1%	90,9%	100,0%

**Tabla 5. Resultados del estándar PO08 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

Los resultados de PO01, estándar con menor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, pueden observarse en la tabla 6.

PO01 Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	1	3	4	3	1	4
	25,0%	75,0%	100,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Medianos	10	5	15	12	3	15
	66,7%	33,3%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%
Grandes	5	9	14	12	2	14
	35,7%	64,3%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%
Total	16	17	33	27	6	33
	48,5%	51,5%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%

**Tabla 6. Resultados del estándar PO01 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

### **Resultados del Criterio 3. Personas**

Con respecto a los estándares de personas el PE03 si se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a programas de formación relacionado con la seguridad del paciente se cumple en 29 hospitales (87.9%). El estándares PE05 si se incluye en la evaluación del desempeño profesional aspectos de seguridad no se cumplen en 24 hospitales (72.7%), el PE 07 si se fomenta la investigación en estos temas no se cumple en 21 centros, es decir el 63.6% y PE09 relacionado con sistemas de reconocimiento profesional no se cumple en 24 hospitales (72.7%). Los datos de los nueve estándares de personas estudiados en los 33 hospitales se pueden observar en la tabla 7.

<b>ESTANDARES DE PERSONAS HOSPITALES n=33</b>							
<b>EVALUACIÓN INTERNA</b>				<b>EVALUACIÓN EXTERNA</b>			
<b>No se cumple</b>		<b>Se cumple</b>		<b>No se cumple</b>		<b>Se cumple</b>	
<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>PE 01 Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</b>							
13	39,4	20	60,6	18	54,5	15	45,5
<b>PE 02 Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</b>							
13	39,4	20	60,6	20	60,6	13	39,4
<b>PE 03 Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes</b>							
2	6,1	31	93,9	4	12,1	29	87,9
<b>PE 04 Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</b>							
16	48,5	17	51,5	17	51,5	16	48,5

Continuación tabla 7

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>PE 05 Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</b>							
21	63,6	12	36,4	24	72,7	9	27,3
<b>PE 06 Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</b>							
7	21,2	26	78,8	17	51,5	16	48,5
<b>PE 07 Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</b>							
14	42,4	19	57,6	21	63,6	12	36,4
<b>PE 08 Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes</b>							
12	36,4	21	63,6	17	51,5	16	48,5
<b>PE 09 Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes</b>							
20	60,6	13	39,4	24	72,7	9	27,3

**Tabla 7. Resultados del Criterio 3. Personas (PE)**

Al igual que en los criterios anteriores, en términos generales, el nivel de cumplimiento en los estándares de personas obtenidos a través de las evaluaciones externas son menores que los obtenidos en las evaluaciones internas.

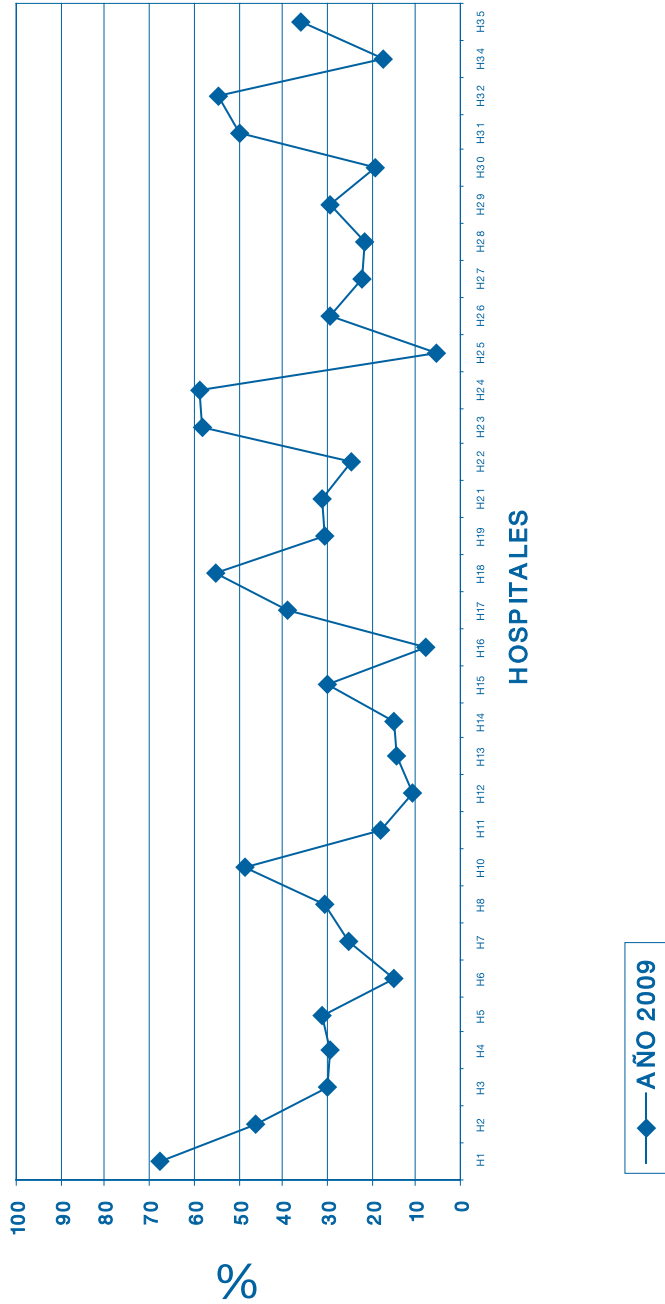
Los indicadores PE03, PE04 y PE07 también fueron obtenidos mediante las encuestas de percepción a profesionales y se muestran en la tabla 8.

	OPCIONES	FR	%	IC (95%)
<b>PE03 El centro garantiza y fomenta su acceso a programas de formación continuada relacionados con la seguridad del paciente.</b>	Nunca	210	8.6	7.5-9.7
	Casi nunca	440	18.0	16.5-19.6
	A veces	1024	41.9	39.9-43.9
	Casi siempre	496	20.3	18.7-21.9
	Siempre	274	11.2	9.9-12.5
	<b>PE04 El centro dispone de un plan de formación y acogida para profesionales de nueva incorporación que incluye información sobre los riesgos más frecuentes para los pacientes.</b>	Muy en desacuerdo	414	17.1
En desacuerdo		736	30.4	28.6-32.3
Indiferente		393	16.2	14.7-17.7
De acuerdo		686	28.3	26.5-30.2
Muy de acuerdo		192	7.9	6.8-9.0
Muy en desacuerdo		150	6.2	5.2-7.2
<b>PE07 El centro fomenta la investigación sobre la seguridad de los cuidados de los pacientes.</b>	En desacuerdo	454	18.8	17.2-20.4
	Indiferente	780	32.3	30.4-34.2
	De acuerdo	894	37.0	35.1-39.0
	Muy de acuerdo	138	5.7	4.8-6.7

**Tabla 8. Resultados de los estándares PE03, PE04 y PE07.**

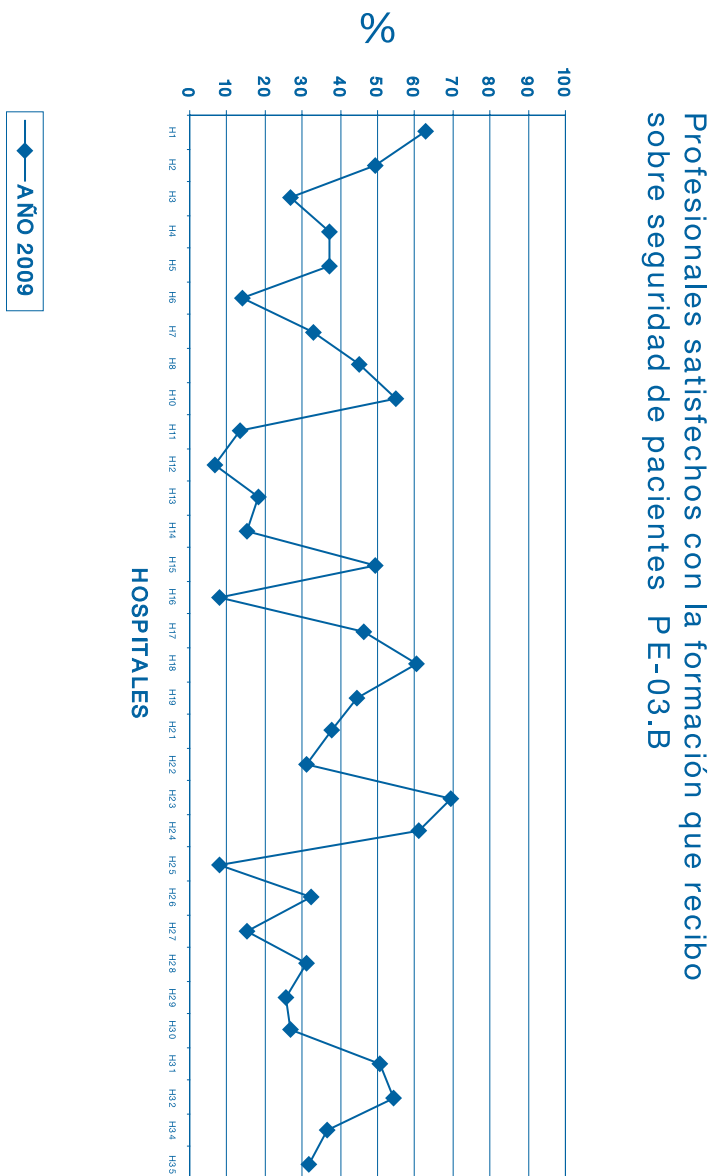
Los datos de profesionales que perciben que el centro garantiza y fomenta el acceso a programas de formación continuada para el conjunto de los hospitales se muestran en el gráfico 1.

Profesionales que perciben que el centro garantiza y fomenta su acceso a programas de formación continuada relacionados con la seguridad del paciente PE 03 A



**Gráfico 1. Resultados del PE03 (a) para el conjunto de hospitales.**

Los datos de profesionales que manifiestan estar satisfecho con la formación que recibe por hospitales estudiados se muestran en el gráfico 2.



**Gráfico 2. Resultados del PE03 (b) para el conjunto de hospitales.**

Como puede comprobarse, la percepción de los profesionales sobre los estándares PE03, PE04 y PE07 no es adecuada para más de un 60 % de los encuestados.

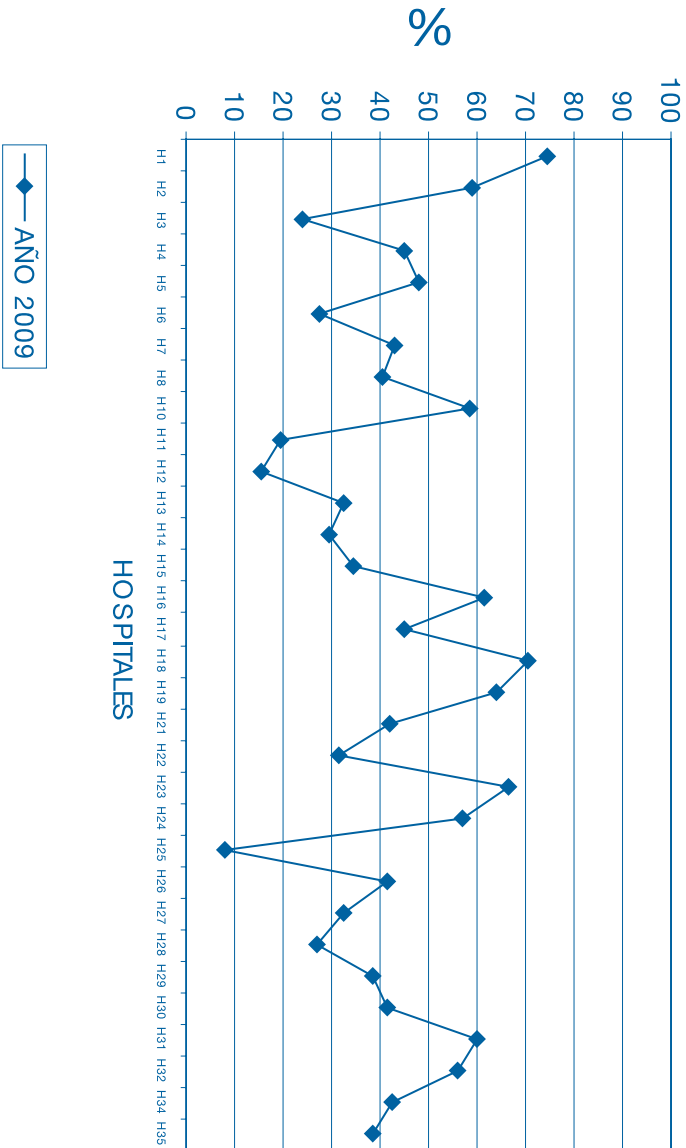
Los resultados de PE03, estándar con mayor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, segmentados por tipos de hospitales y tipos de evaluación se pueden consultar en la tabla 9.

PE03 Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	0	4	4	1	3	4
	,0%	100,0%	100,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Medianos	1	14	15	1	14	15
	6,7%	93,3%	100,0%	6,7%	93,3%	100,0%
Grandes	1	13	14	2	12	14
	7,1%	92,9%	100,0%	14,3%	85,7%	100,0%
Total	2	31	33	4	29	33
	6,1%	93,9%	100,0%	12,1%	87,9%	100,0%

**Tabla 9. Resultados del estándar PE03 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

Los resultados del indicador PE07 sobre los profesionales que opinan que el centro fomenta la investigación en temas de seguridad para el conjunto de hospitales se muestran en el gráfico 3

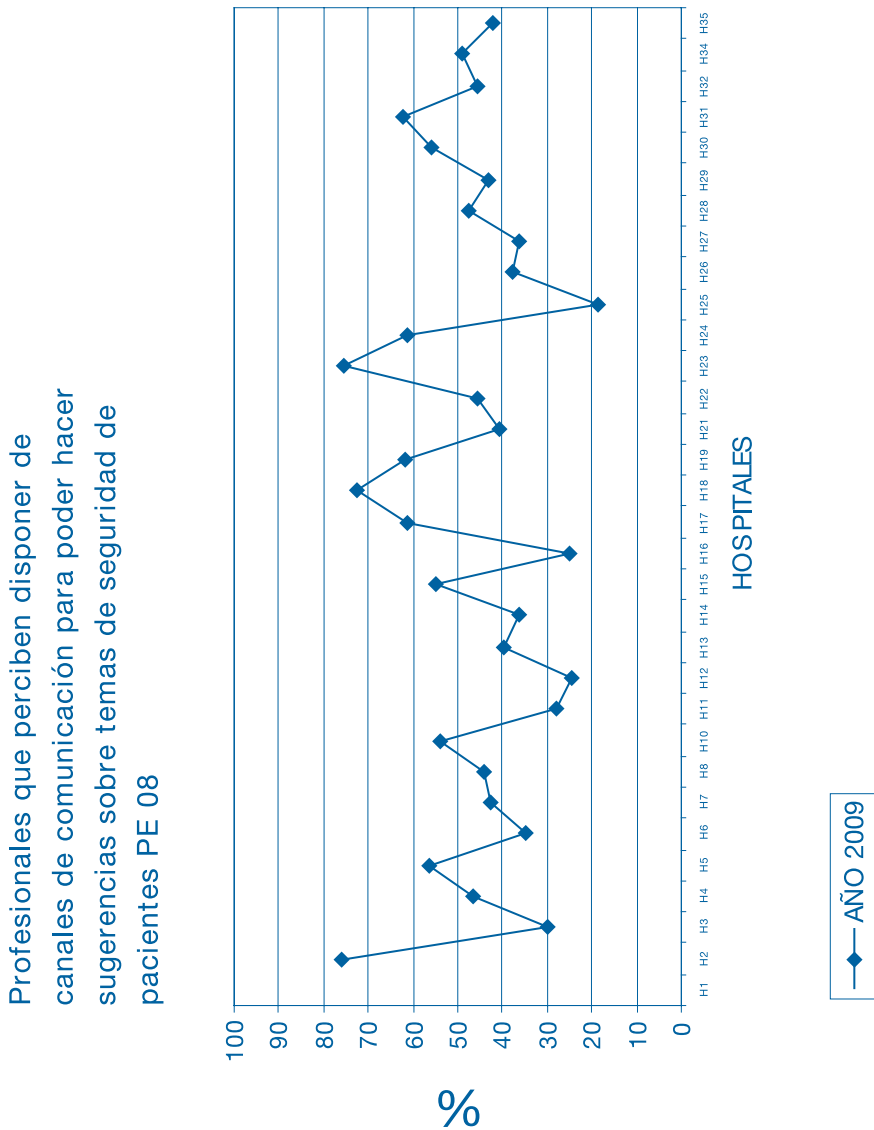
Profesionales que perciben que el centro fomenta la investigación sobre la seguridad de los cuidados de los pacientes PE 07



**Gráfico 3. Resultados del PE07 para el conjunto de hospitales.**

Los resultados del indicador PE08 referidos a los profesionales que opinan que disponen de canales de comunicación se muestran en la gráfica 4 para el conjunto de centros.





**Gráfico 4. Resultados del PE08 para el conjunto de hospitales.**

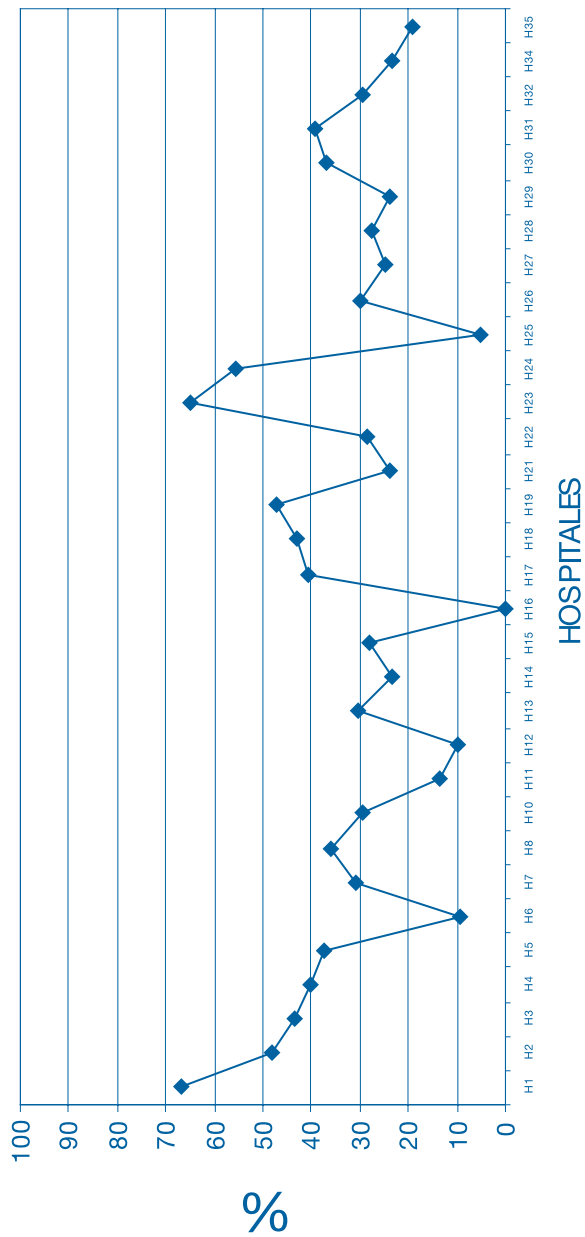
Los resultados de PE09, estándar con menor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, segmentado por tipos de hospitales y tipos de evaluación, se pueden consultar en la tabla 10.

PE09 Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	2	2	4	2	2	4
	50,0%	50,0%	100,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Medianos	10	5	15	13	2	15
	66,7%	33,3%	100,0%	86,7%	13,3%	100,0%
Grandes	8	6	14	9	5	14
	57,1%	42,9%	100,0%	64,3%	35,7%	100,0%
Total	20	13	33	24	9	33
	60,6%	39,4%	100,0%	72,7%	27,3%	100,0%

**Tabla 10. Resultados del estándar PE09 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

Los resultados del indicador PE 09 referidos a los profesionales que perciben que existe un sistema de reconocimiento profesional por su contribución en temas de seguridad de pacientes se muestran en la gráfica 5 para el conjunto de centros.

Profesionales que perciben que existe un sistema de reconocimiento por la participación en actividades de seguridad PE 09



**Gráfico 5. Resultados del PE09 para el conjunto de hospitales.**

#### **Resultados del Criterio 4. Alianzas y recursos**

Los estándares AR02 sobre políticas de compras adecuadas, AR03 la existencia de un plan de seguridad para el edificio y AR04 la revisión sistemática de los carros de parada se cumplen en más de un 80 % de los centros.

Los estándares AR05 sobre mobiliario de seguridad, AR06 la existencia de dispensadores de solución hidroalcohólica, AR07 control de caducidades, AR08 la identificación de pacientes y AR09 sobre la implantación de protocolos para el manejo seguro de materiales y aparatos, no se cumplen en más del 35 % de los centros estudiados.

En la tabla 11 se adjuntan los resultados de este criterio.

<b>ESTANDARES DE ALIANZAS Y RECURSOS HOSPITALES n=33</b>							
<b>EVALUACIÓN INTERNA</b>				<b>EVALUACIÓN EXTERNA</b>			
<b>No se cumple</b>		<b>Se cumple</b>		<b>No se cumple</b>		<b>Se cumple</b>	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>AR01 Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos</b>							
7	21,2	26	78,8	10	30,3	23	69,7
<b>AR02 Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre evento adversos</b>							
1	3,0	32	97,0	5	15,2	28	84,8
<b>AR03 Se dispone de un plan de seguridad de para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece un sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electromedicina</b>							
2	6,1	31	93,9	6	18,2	27	81,8

Continuación tabla 11

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>AR04 Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas</b>							
0	0	33	100,0	6	18,2	27	81,8
<b>AR05 Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes</b>							
0	0	33	100,0	13	39,4	20	60,6
<b>AR06 Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes</b>							
1	3,0	32	97,0	12	36,4	21	63,6
<b>AR07 Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades</b>							
3	9,1	30	90,9	14	42,4	19	57,6
<b>AR08 Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</b>							
5	15,2	28	84,8	12	36,4	21	63,6
<b>AR09 Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina</b>							
13	39,4	20	60,6	13	39,4	20	60,6

**Tabla 11. Resultados del Criterio 4. Alianzas y Recursos (AR)**

Como puede apreciarse, todos los estándares de este criterio, obtienen peores resultados cuando son evaluados externamente.

El estándar AR05 también fue obtenido mediante la percepción de los profesionales, los resultados pueden observarse en la Tabla 12.

	OPCIONES	FR	%	IC (95%)
<b>AR05 El mobiliario (camas, barandillas, etc.) y el material de contención de mi unidad/servicio tiene sistemas de seguridad para prevenir lesiones en los pacientes.</b>	Muy en desacuerdo	146	6.1	5.1-7.0
	En desacuerdo	443	18.4	16.8-19.9
	Indiferente	248	10.3	9.1-11.5
	De acuerdo	1315	54.5	52.5-56.5
	Muy de acuerdo	260	10.8	9.5-12.0

**Tabla 12. Resultados del estándar AR05 obtenido mediante la percepción de los profesionales.**

Los resultados de AR02, estándar con mayor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, segmentados por tipos de hospitales en las evaluaciones internas y externas se muestran en la tabla 13. En la evaluación de este estándar se comprobaba además, que existiera participación en la comisión de compras de al menos un enfermero/a.

AR02 Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre evento adversos						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	0	4	4	1	3	4
	,0%	100,0%	100,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Medianos	1	14	15	4	11	15
	6,7%	93,3%	100,0%	26,7%	73,3%	100,0%
Grandes	0	14	14	0	14	14
	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total	1	32	33	5	28	33
	3,0%	97,0%	100,0%	15,2%	84,8%	100,0%

**Tabla 13. Resultados del estándar AR02 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

Los resultados de AR07, estándar con menor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, segmentados por tipos de hospitales en las evaluaciones internas y externas, están disponibles en la tabla 14.

AR07 Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	1	3	4	2	2	4
	25,0%	75,0%	100,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Medianos	2	13	15	7	8	15
	13,3%	86,7%	100,0%	46,7%	53,3%	100,0%
Grandes	0	14	14	5	9	14
	,0%	100,0%	100,0%	35,7%	64,3%	100,0%
Total	3	30	33	14	19	33
	9,1%	90,9%	100,0%	42,4%	57,6%	100,0%

**Tabla 14. Resultados del estándar AR07 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

### **Resultados del Criterio 5. Procesos**

Los estándares de procesos PR01 relacionado con el proceso de acogida, PR03 tener implantado un sistema de notificación de eventos adversos, PR04 protocolo de cuidados apacientes paliativos, PR05 procedimiento de información al paciente, PR06 la calidad de las historias clínicas, PR07 medicación de alto riesgo, PR08 manejo del paciente con dolor, PR09 protocolo de contención mecánica, PR014 la seguridad del paciente quirúrgico y procedimientos invasivos, PR15 implantación de un protocolo para situaciones emergentes graves, PR018 proceso de alergias de los pacientes y PR19 disponer de un protocolo de conciliación de la medicación, no se cumplen en más de 20 de los 33 hospitales estudiados. Estos representan incumplimientos que superan el 60 % de los hospitales.



Los resultados que hacen referencia al cumplimiento o no de los 20 estándares de procesos pueden observarse en la tabla 15.

ESTANDARES DE PROCESOS HOSPITALES n=33							
EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>PR01 Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes</b>							
14	42,4	19	57,6	22	66,7	11	33,3
<b>PR02 Existe un protocolo para la identificación de pacientes</b>							
4	12,1	29	87,9	13	39,4	20	60,6
<b>PR03 Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/ incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</b>							
13	39,4	19	57,6	22	66,7	11	33,3
<b>PR04 Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos</b>							
13	39,4	19	57,6	26	78,8	6	18,2
<b>PR05 Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</b>							
22	66,7	11	33,3	27	81,8	6	18,2
<b>PR06 Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</b>							
18	54,5	14	42,4	22	66,7	11	33,3

Continuación tabla 15

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>PR07 Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo</b>							
14	42,4	19	57,6	22	66,7	11	33,3
<b>PR08 Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</b>							
12	36,4	21	63,6	20	60,6	13	39,4
<b>PR09 Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</b>							
9	27,3	24	72,7	23	69,7	10	30,3
<b>PR10 Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</b>							
6	18,2	27	81,8	12	36,4	21	63,6
<b>PR11 Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</b>							
1	3,0	32	97,0	7	21,2	26	78,8
<b>PR12 Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</b>							
6	18,2	27	81,8	12	36,4	21	63,6
<b>PR13 Está implantado un protocolo de lavado de manos</b>							
2	6,1	31	93,9	14	42,4	19	57,6
<b>PR14 Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas</b>							
15	45,5	18	54,5	24	72,7	9	27,3

EVALUACIÓN INTERNA				EVALUACIÓN EXTERNA			
No se cumple		Se cumple		No se cumple		Se cumple	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>PR15 Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes</b>							
16	48,5	17	51,5	22	66,7	11	33,3
<b>PR16 Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</b>							
1	3,0	32	97,0	7	21,2	25	75,8
<b>PR17 Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</b>							
4	12,1	29	87,9	15	45,5	18	54,5
<b>PR18 Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</b>							
16	48,5	17	51,5	25	75,8	8	24,2
<b>PR19 Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</b>							
22	66,7	11	33,3	25	75,8	8	24,2
<b>PR20 Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta</b>							
7	21,2	26	78,8	11	33,3	22	66,7

**Tabla 15. Resultados Criterio 5. Procesos (PR)**

Los resultados de PR11 referido a la implantación de un protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión, estándar con mayor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, segmentados por tipos de hospitales y tipos de evaluación, se pueden ver en la tabla 16.

PR11 Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	0	4	4	1	3	4
	,0%	100,0%	100,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Medianos	1	14	15	3	12	15
	6,7%	93,3%	100,0%	20,0%	80,0%	100,0%
Grandes	0	14	14	3	11	14
	,0%	100,0%	100,0%	21,4%	78,6%	100,0%
Total	1	32	33	7	26	33
	3,0%	97,0%	100,0%	21,2%	78,8%	100,0%

**Tabla 16. Resultados del estándar PR11 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

Los resultados de PR05, estándar con menor nivel de cumplimiento en la evaluación externa, segmentado por tipos de hospitales y tipos de evaluación, pueden observarse en la tabla 17.

PR05 Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios						
HOSPITALES	EVALUACIÓN INTERNA			EVALUACIÓN EXTERNA		
	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total	NO SE CUMPLE	SE CUMPLE	Total
Pequeños	2	2	4	3	1	4
	50,0%	50,0%	100,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Medianos	12	3	15	13	2	15
	80,0%	20,0%	100,0%	86,7%	13,3%	100,0%
Grandes	8	6	14	11	3	14
	57,1%	42,9%	100,0%	78,6%	21,4%	100,0%
Total	22	11	33	27	6	33
	66,7%	33,3%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%

**Tabla 17. Resultados del estándar PR05 segmentados por hospitales y tipos de evaluación.**

En los estándares de procesos no se encuentran diferencias dignas de mención cuando hemos realizado la segmentación de los resultados por tipos de hospitales. Al igual que para todos los demás criterios, los estándares de procesos, obtienen peores resultados cuando son evaluados externamente.

### ***Resultados del Criterio 6. Resultados en los pacientes***

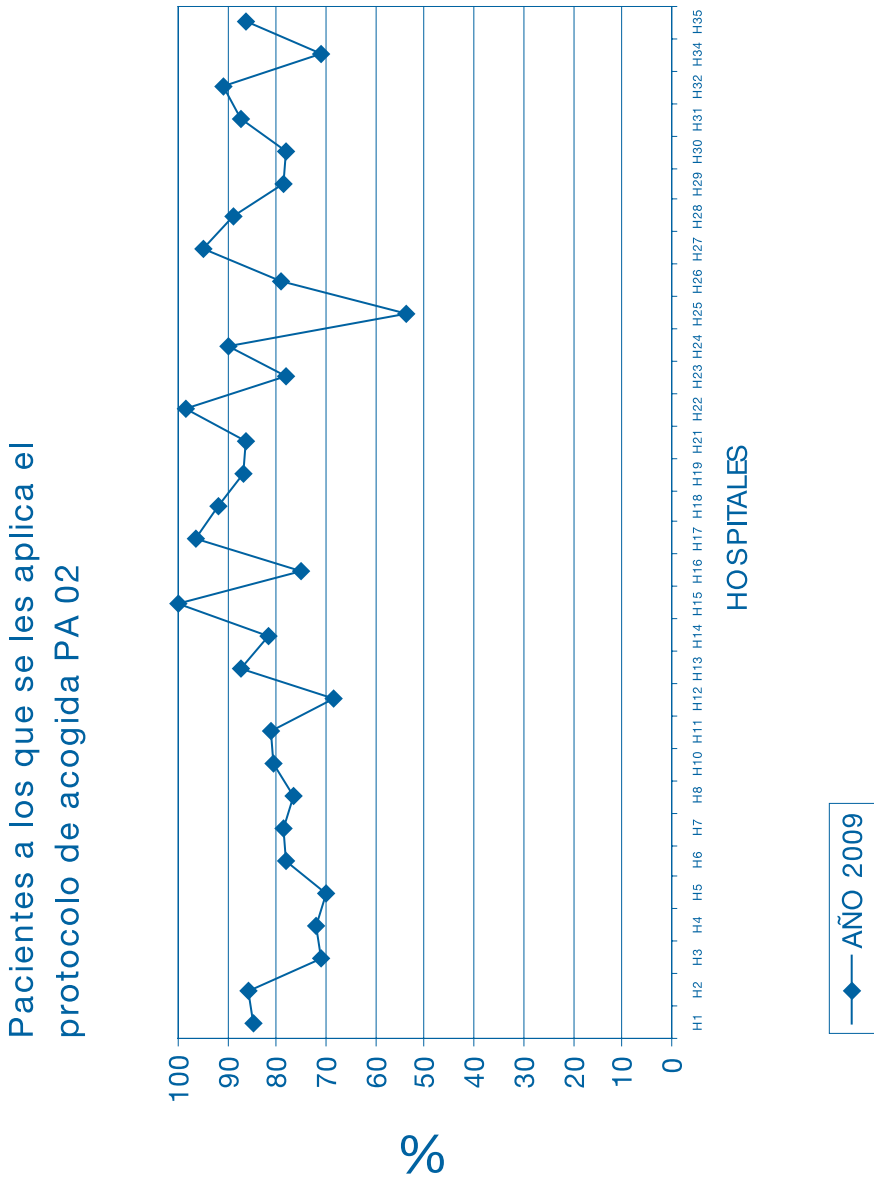
A continuación hacemos referencia a los resultados sobre la percepción de los pacientes sobre su seguridad. Estos datos de pacientes, al igual que los de percepción de profesionales solo fueron obtenidos de manera externa.

La edad media de los 1933 pacientes que participaron fue de 56.39 (DE 8.6). Todos los pacientes incluidos en el estudio llevaban como mínimo tres días ingresados con edad superior o igual 18 años y con capacidad para entender y responder el cuestionario. A todos previamente se les solicitó autorización.

Del total, 957 fueron hombres (49.7%) y 968 mujeres (50.3%). En cuanto al nivel cultural de la muestra, 258 (13.6%) no tenía estudios, 1280 (67.4%) estudios básicos y 362 (19.1%) estudios universitarios.

El PA01 que hace referencia a la correcta identificación de los pacientes no se cumple en 12 hospitales (36.4%) y se cumple en 21 (63.6%)

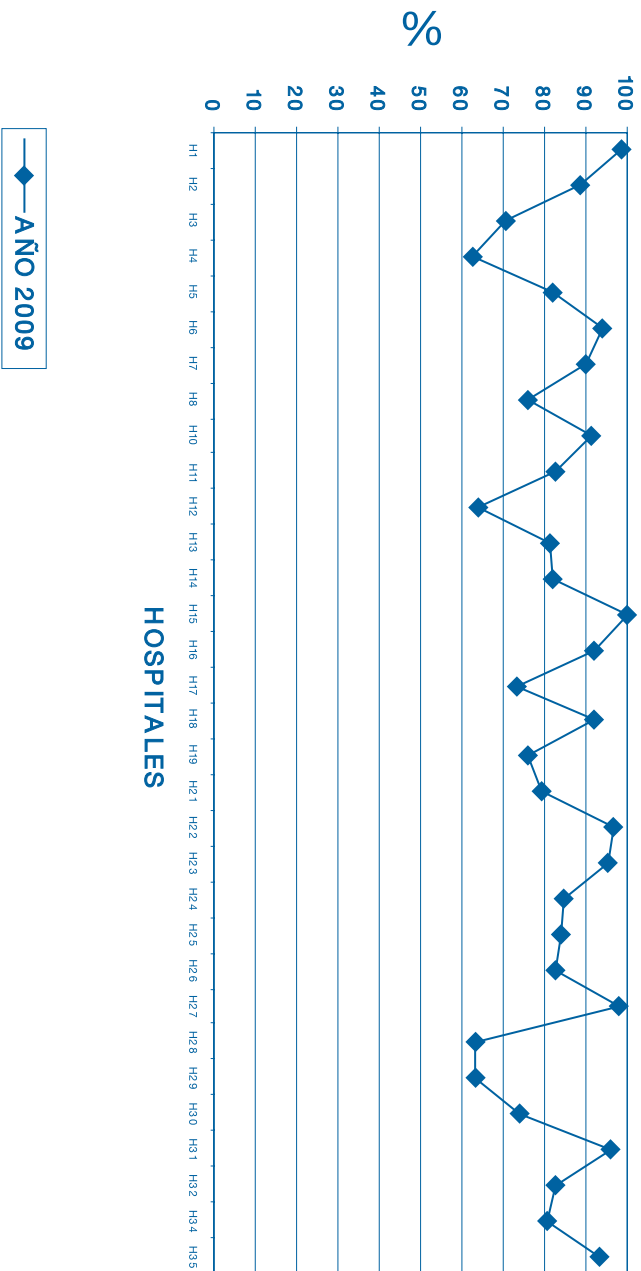
El PA02 sobre la aplicación del protocolo de acogida al ingreso, 1621 pacientes, es decir el 82 % de los encuestados refieren que se les ha informado correctamente. Los datos de pacientes que refieren que se les aplica correctamente el protocolo de acogida por hospitales se muestra en el gráfico 6



**Gráfico 6. Resultados del PA02 para el conjunto de hospitales.**

El PA03 pacientes que perciben accesibles y seguros el entorno hospitalario supera el 80%. Estos datos para todos los centros se encuentran representados en los gráficos 7 y 8.

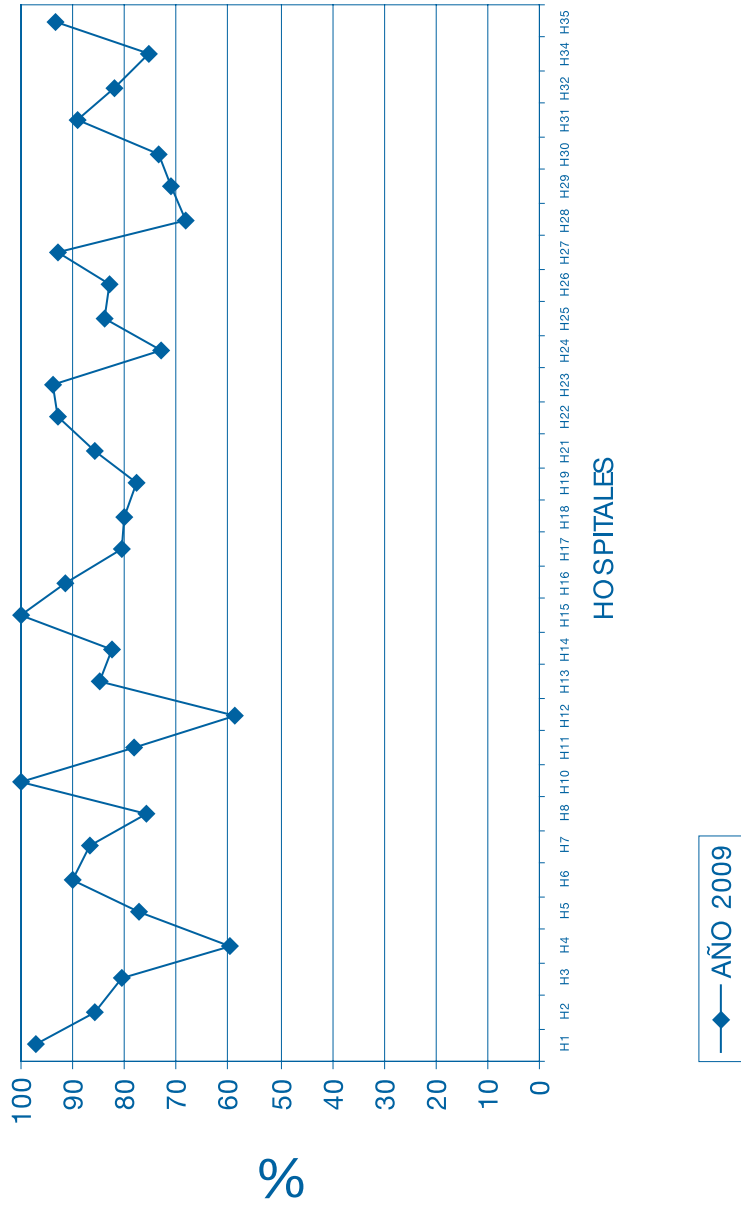
## Pacientes que perciben accesibilidad en el entorno hospitalario PA 03 A



**Gráfico 7. Resultados del PA03(a) para el conjunto de hospitales.**



Pacientes que perciben seguridad en el entorno hospitalario PA 03 B



**Gráfico 8. Resultados del PA03 (b) para el conjunto de hospitales.**

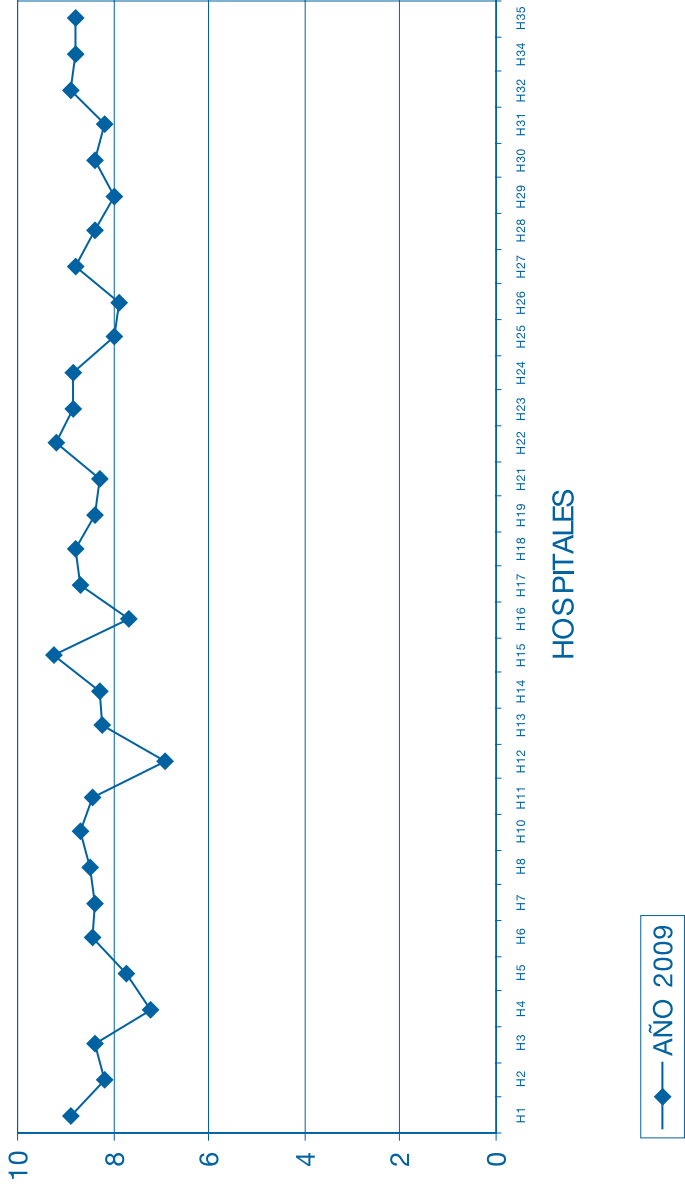
El PA04 pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados, los refieren de acuerdo 824 pacientes, es decir el 42% (IC 39.8-44.2) y muy de acuerdo 1027, el 52.3% (IC 50.1-54.5). De este mismo indicador, disponemos de los resultados sobre la percepción que tienen los pacientes sobre su seguridad en una escala de 0-10 puntos. La media de la percepción de la seguridad se sitúa en 8.37 (DE 1.8). Estos datos pueden consultarse en la tabla 18.

PA04	OPCIONES	FR	%	IC 95%
Califique de 0 a 10 el grado de seguridad que ha percibido durante su estancia en el servicio/ unidad.	0	15	0.8	0.4-1.2
	1	5	0.3	0-0.5
	2	12	0.6	0.3-1.0
	3	9	0.5	0.1-0.8
	4	24	1.3	0.3-1.8
	5	94	4.9	3.9-5.9
	6	110	5.8	4.7-6.8
	7	202	10.6	9.2-12.0
	8	392	20.5	18.7-22.4
	9	320	16.8	15.1-18.5
	10	725	38.0	35.8-40.2
	<b>Media 8.37 DE 1.8 Mediana 9.0 Moda 10</b>			

**Tabla 18. Resultados del indicador PA04.**

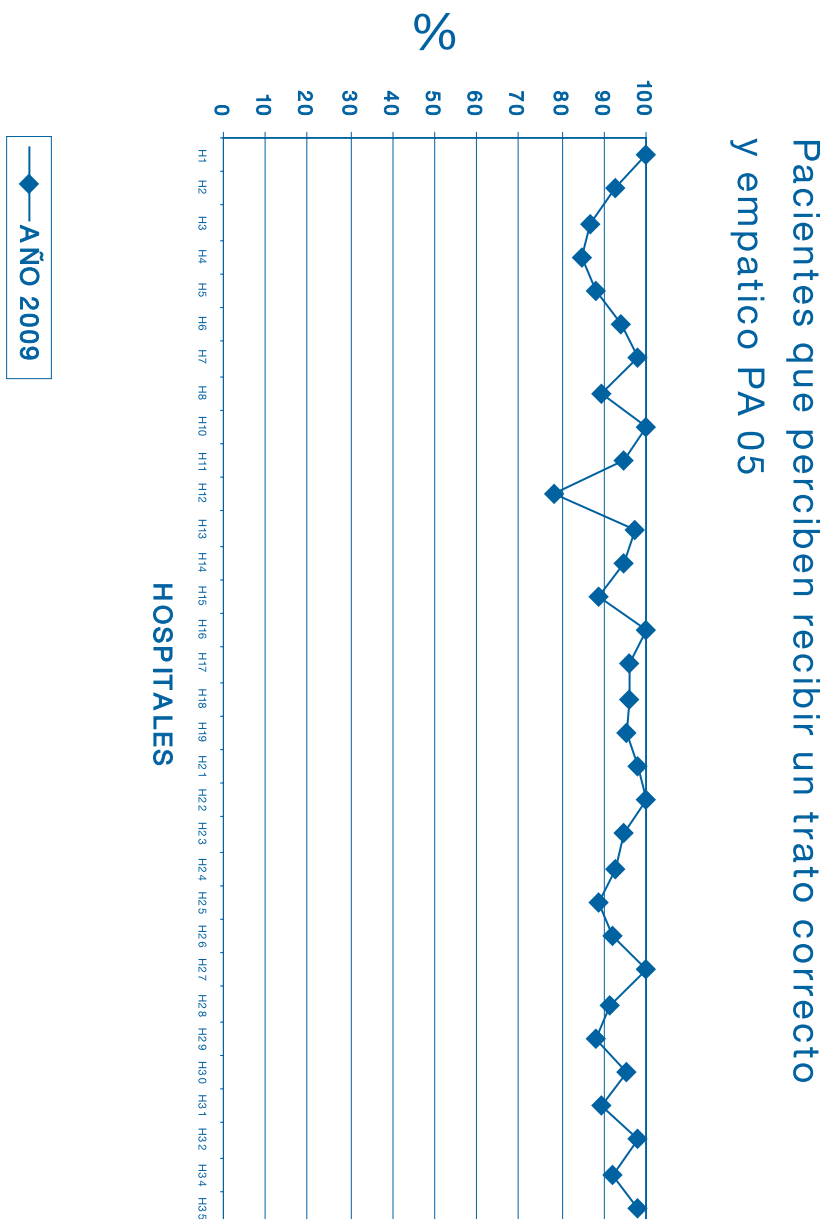
La percepción de seguridad que tienen los pacientes en una escala de 0-10 puntos para el conjunto de los hospitales se representa en el gráfico 9.

Grado de seguridad percibido por los  
pacientes durante su estancia hospitalaria  
valorado en escala de 0-10 PA 04



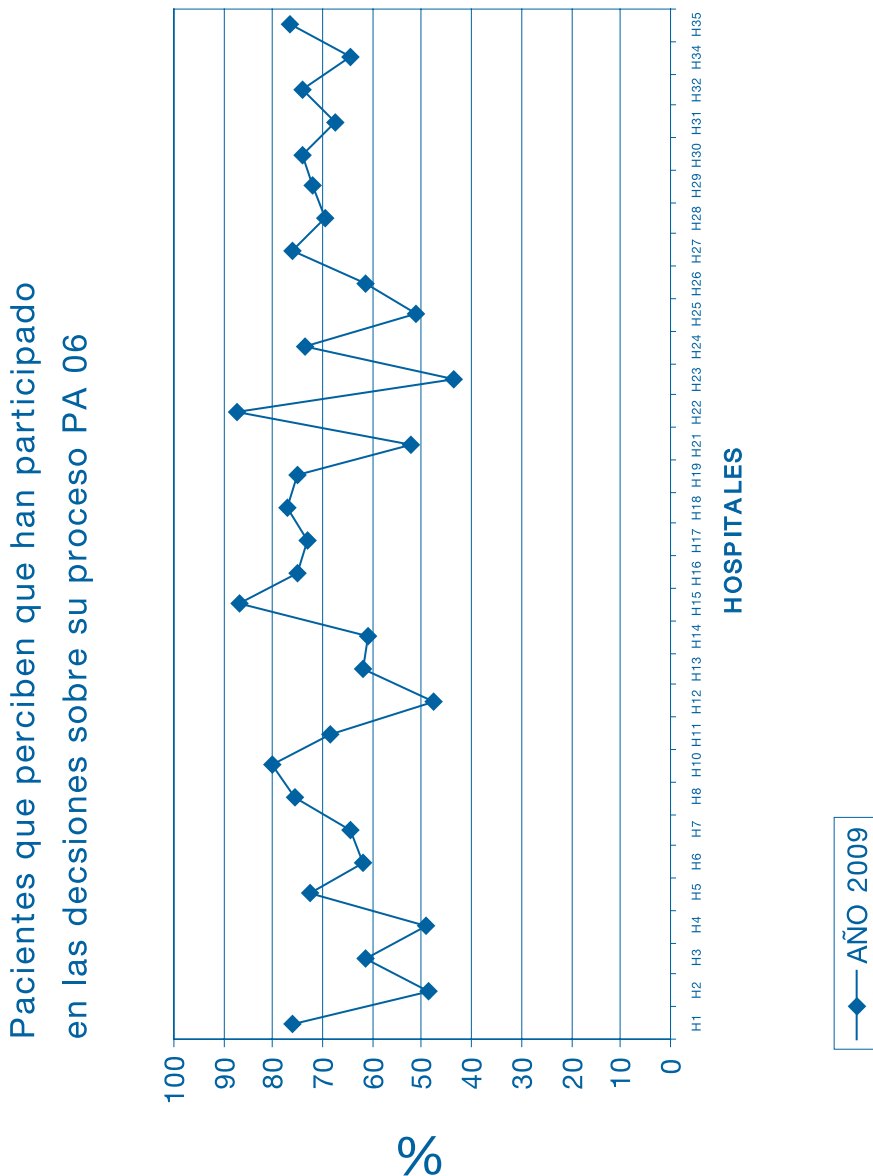
**Gráfico 9. Resultados del PA04 para el conjunto de hospitales.**

El PA05 pacientes que perciben un trato correcto y empático es del 93.4 %. Este mismo indicador se representa en el gráfico 10 para el conjunto de centros.



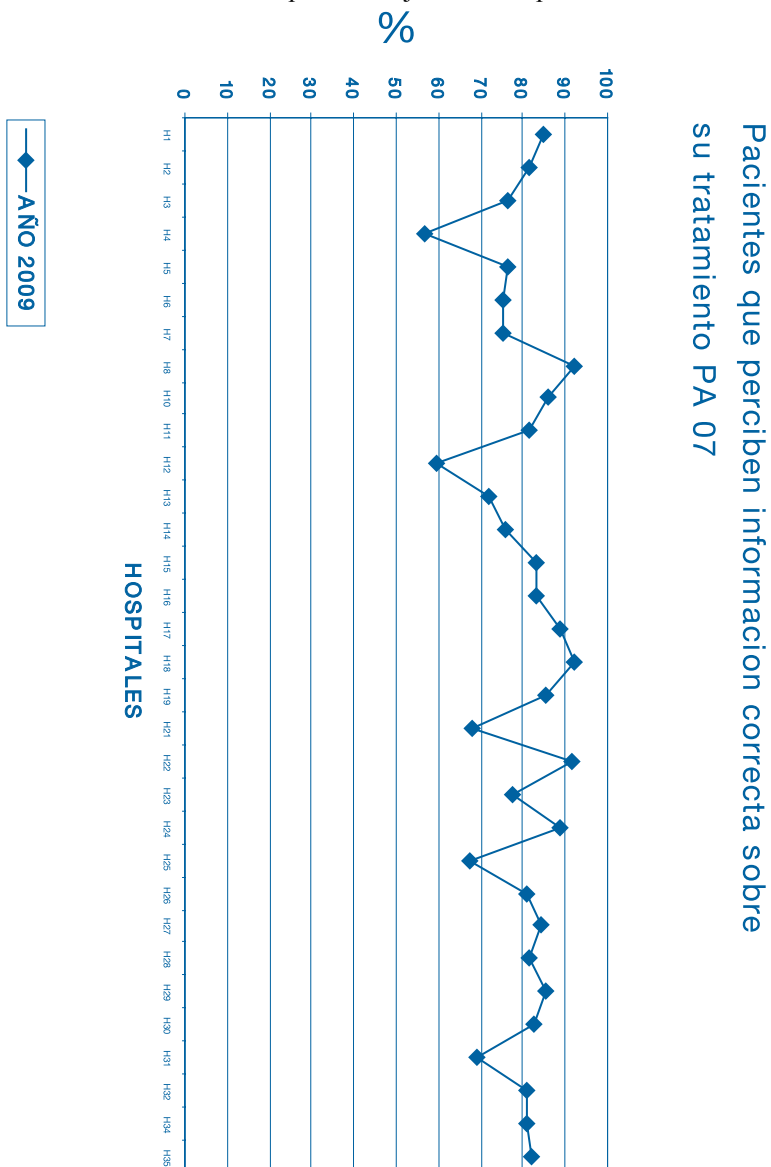
**Gráfico 10. Resultados del PA05 para el conjunto de hospitales.**

El PA06 pacientes que perciben haber participado en las decisiones de su proceso lo refieren de acuerdo o muy de acuerdo el 65.9 %. Se representa gráficamente para todos los hospitales estudiados en el gráfico 11.



**Gráfico 11.** Resultados del PA06 para el conjunto de hospitales.

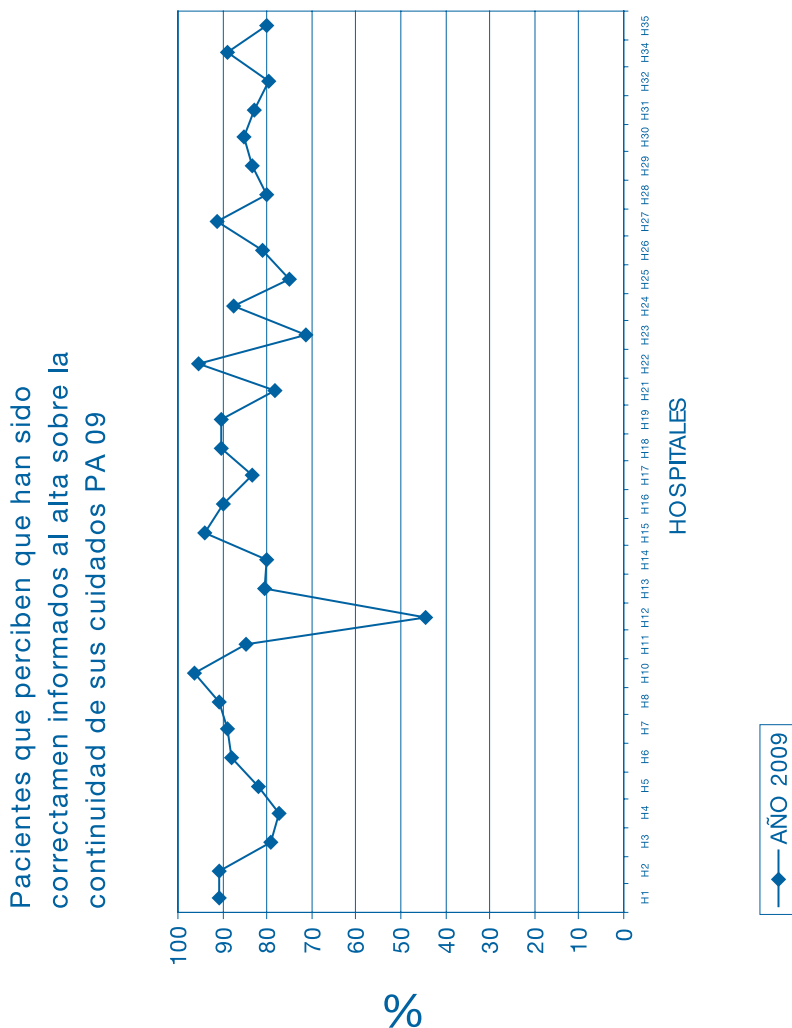
El PA07 sobre correcta información sobre el tratamiento farmacológico lo refieren adecuado 949 pacientes, es decir el 48.4% (IC 46.2-50.7) y muy adecuado 592 pacientes que representa el 30.2 % de la muestra (IC 28.2-32.3). En el gráfico 12 se pueden observar los resultados para el conjunto de hospitales.



**Gráfico 12.** Resultados del PA07 para el conjunto de hospitales.

El PA08 relacionado con la correcta información sobre intervenciones quirúrgicas, cuidados o pruebas a la que los pacientes fueron sometidos, la respuesta supera el 85 %.

El PA09 sobre la correcta información de cuidados al alta de los pacientes, lo refieren adecuado 730 pacientes, es decir el 47.5% (IC 45.0-50.0) y muy adecuado 550 pacientes que representa el 35.8 % de la muestra (IC35.4-38.2). En el gráfico 13 se pueden ver los resultados de los pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta en los diferentes hospitales.



**Gráfico 13. Resultados del PA09 para el conjunto de hospitales.**

Por últimos, los resultados del PA10 pacientes que perciben adecuados y seguros los transportes sanitarios, el 68.4 están de acuerdo o muy de acuerdo.

Los resultados de todos los indicadores de pacientes por hospitales se muestran en el anexo 3.

## Resultados del Criterio 7. Resultados en los profesionales

El cuestionario de percepción de los profesionales sobre la seguridad en los diferentes hospitales fue contestado por 2456 profesionales. La edad media fue de 40.8 años (DE 9.8). Eran fijos 1322 (55.5%), interinos 565 (23.7%) y eventuales 496 (20.8%).

En cuanto al sexo, 2131 (89.1%) eran mujeres y 261 (10.9) hombres. En cuanto a la categoría profesional 1579 (65.7%) fueron enfermeras/os y el resto auxiliares de enfermería.

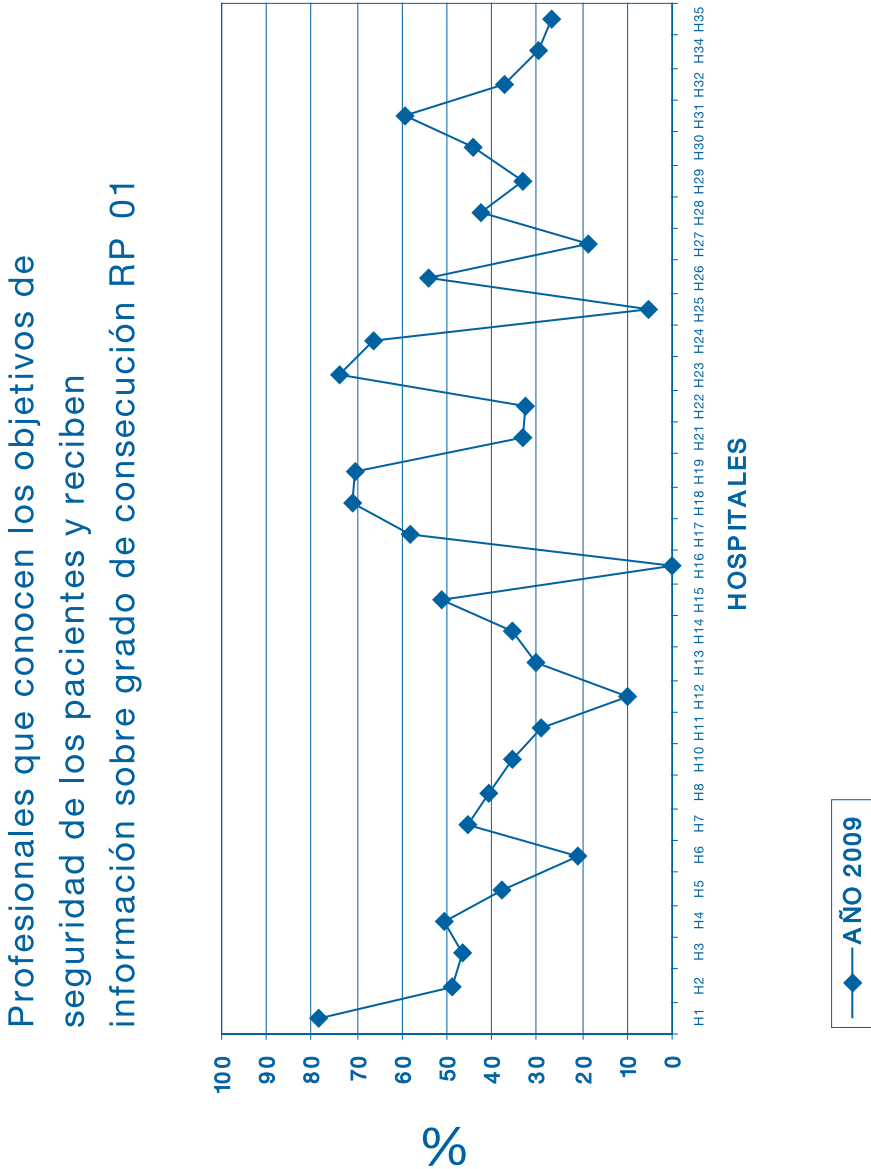
En relación a los estándares de percepción de los profesionales, el RP01 sobre profesionales que opinan que se pactan objetivos de seguridad en su unidad y reciben información sobre ellos, los resultados se muestran en la tabla 19.

ITEMS	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>En mi unidad se pactan anualmente objetivos específicos relacionados con la seguridad de los cuidados a los pacientes. Ejemplos. Disminución de infecciones, caídas, flebitis, lesiones por presión, etc.</b>	Nunca	143	5.9	4.9-6.9
	Casi nunca	240	9.9	8.7-11.1
	A veces	605	25.0	23.2-26.7
	Casi siempre	691	28.5	26.7-30.3
	Siempre	745	30.7	28.9-32.6
<b>En caso de disponer de objetivos de seguridad para los cuidados de los pacientes, recibo información sobre el grado de consecución de los mismos.</b>	Nunca	206	8.6	7.4-9.7
	Casi nunca	405	16.9	15.3-18.4
	A veces	752	31.3	29.4-33.2
	Casi siempre	619	25.8	24.0-27.5
	Siempre	421	17.5	16.0-19.1

**Tabla 19. Resultados del indicador RP01.**



El indicador RP01 se muestra en la gráfica 14 para todos los hospitales del estudio.



**Gráfico 14.** Resultados del RP01 para el conjunto de hospitales.

El RP02 sobre la satisfacción de los profesionales sobre la formación en materia de seguridad y el RP03 sobre la percepción de la carga de trabajo los resultados se muestran en la tabla 20.

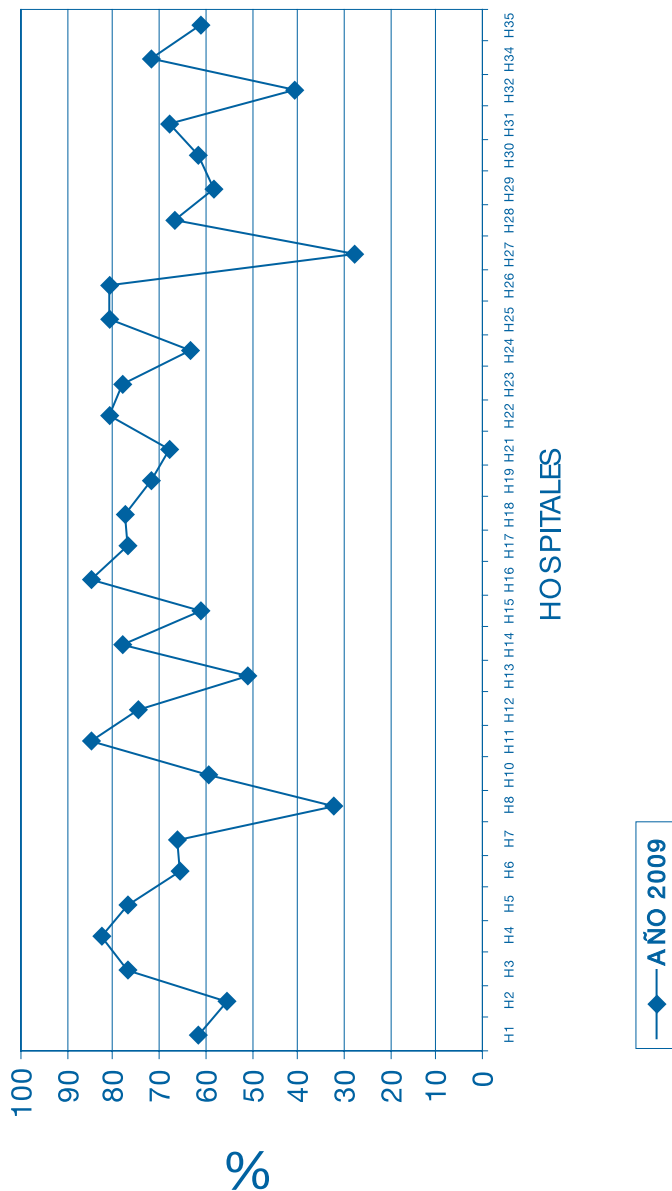
ITEMS	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>Estoy satisfecho con la formación que recibo sobre seguridad de pacientes.</b>	Muy insatisfecho	231	9.5	8.3-10.7
	Insatisfecho	800	32.9	31.1-34.8
	Indiferente	520	21.4	19.8-23.1
	Satisfecho	765	31.5	29.6-33.4
	Muy satisfecho	113	4.7	3.8-5.5

ITEMS	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>La carga de trabajo que hay habitualmente en mi unidad/servicio en relación con el personal disponible es...</b>	Muy alta	779	31.9	30.0-33.8
	Alta	845	34.6	32.7-36.5
	Equilibrada	653	26.7	25.0-28.5
	Baja	126	5.2	4.3-6.1
	Muy baja	39	1.6	1.1-2.1

**Tabla 20. Resultados del indicador RP02 y RP03.**

Los datos para el indicador RP03 sobre cargas de trabajo para todos los centros se pueden observar en la gráfica 15.

Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes RP 03



**Gráfico 15. Resultados del RP03 para el conjunto de hospitales.**

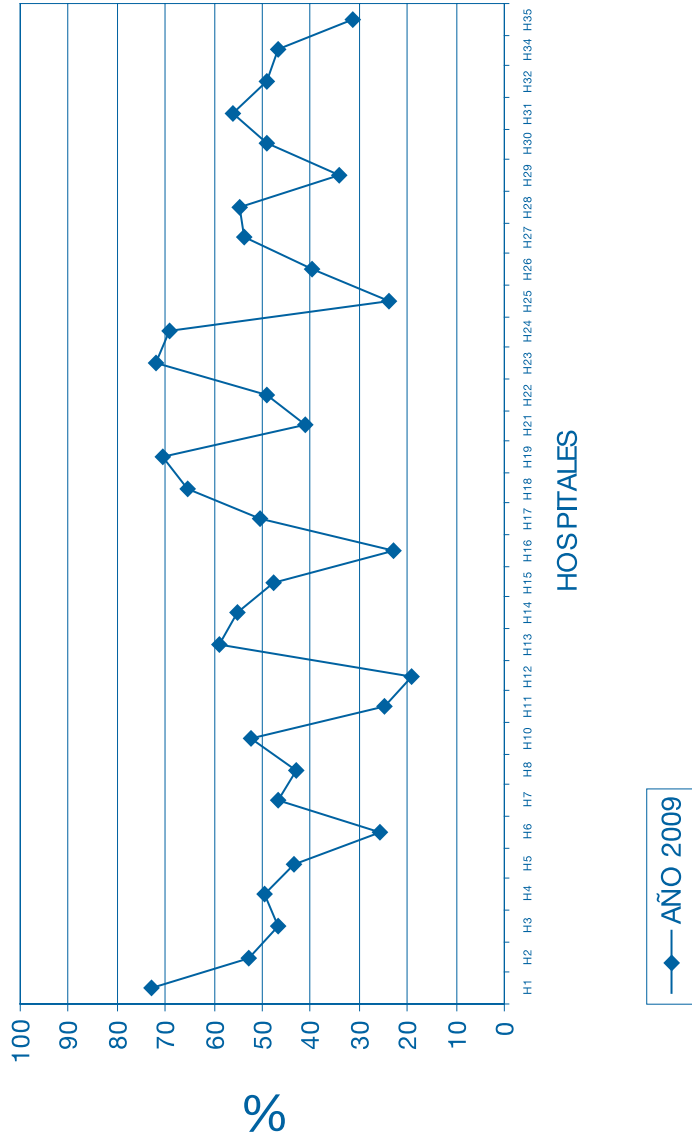
El RP-04 sobre la percepción de autonomía y el reconocimiento profesional los resultados, se pueden observar en la tabla 21.

ITEMS	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>RP04 Percibo autonomía y delegación de responsabilidad en temas relacionados con la seguridad de los pacientes.</b>	Nunca	162	6.7	5.7-7.7
	Casi nunca	302	12.9	11.6-14.3
	A veces	764	31.7	29.8-33.6
	Casi siempre	758	31.5	29.6-33.3
	Siempre	414	17.2	15.7-18.7
ITEMS	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>Me siento reconocido/a por mi participación activa en la consecución de los objetivos de seguridad de pacientes.</b>	Nunca	334	13.8	12.4-15.2
	Casi nunca	546	22.5	20.9-24.2
	A veces	743	30.7	28.8-32.5
	Casi siempre	504	20.8	19.2-22.5
	Siempre	295	12.2	10.9-13.5

**Tabla 21. Resultados del indicador RP04.**

Los datos para el conjunto de los hospitales aparecen en los gráficos 16 y 17.

Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento en temas relacionados con la seguridad de los pacientes RP 04 A



**Gráfico 16. Resultados del RP04(a) para el conjunto de hospitales.**

Profesionales que se sienten apoyados en temas relacionados con la seguridad de pacientes RP 04 B

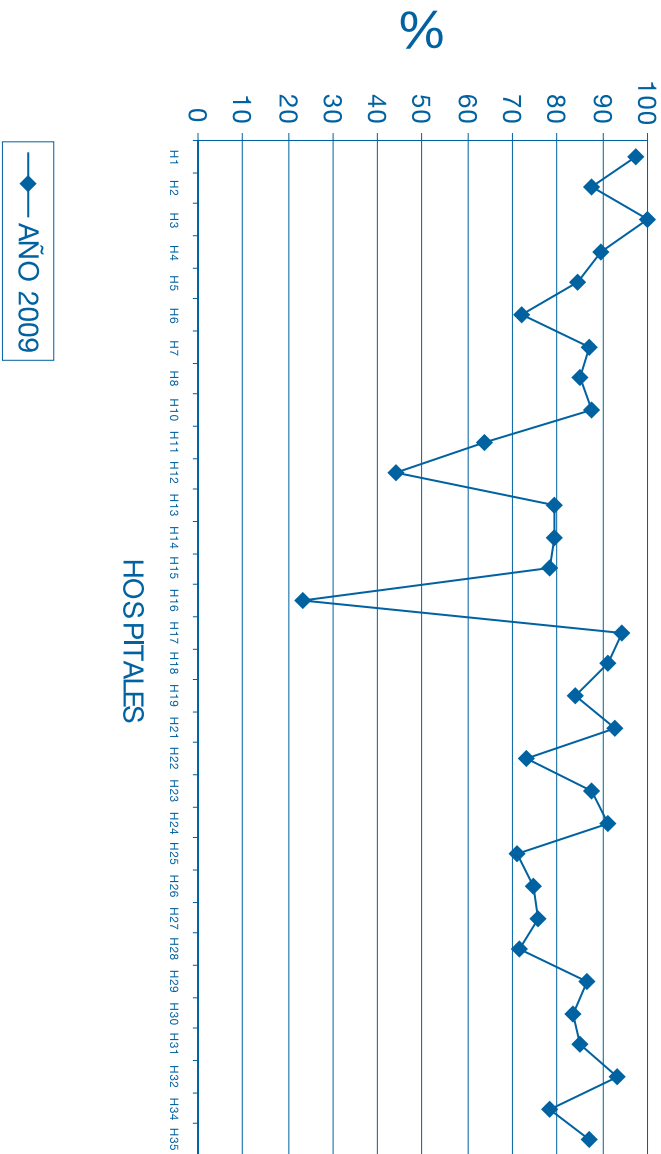


Gráfico 17. Resultados del RP04 (b) para el conjunto de hospitales.

El RP05 sobre profesionales que han sufrido accidentes laborales en su vida laboral, 1269 manifestaron que si, es decir, el 53 % de la muestra (IC 50.1-54.1)

El RP06 sobre profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación los resultados pueden verse en la tabla 22

ITEMS	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>RP06 En el centro hay sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos.</b>	Muy en desacuerdo	73	3.0	2.3-3.7
	En desacuerdo	187	7.7	6.7-8.8
	Indiferente	343	14.2	12.8-15.6
	De acuerdo	1370	56.7	54.7-58.7
	Muy de acuerdo	444	18.4	16.8-19.9
<b>Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos son adecuados (accesibles, no punitivos y anónimos).</b>	Muy en desacuerdo	103	4.3	3.5-5.2
	En desacuerdo	337	14.1	12.7-15.5
	Indiferente	612	25.6	23.9-27.4
	De acuerdo	1098	46.0	44.0-48.0
	Muy de acuerdo	237	9.9	8.7-11.2

**Tabla 22. Resultados del indicador RP06.**

El RP07 sobre la participación en los objetivos de seguridad de su servicio, los resultados se pueden consultar en la tabla 23.

ITEMS	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>RP07 Los profesionales disponen de estructuras y mecanismos de participación en los objetivos de seguridad de pacientes.</b>	Muy en desacuerdo	148	6.1	5.2-7.1
	En desacuerdo	600	24.9	23.2-26.7
	Indiferente	501	20.8	19.2-22.5
	De acuerdo	1050	43.6	41.6-45.6
	Muy de acuerdo	108	4.5	3.6-5.3

**Tabla 23. Resultados del indicador RP07.**

El RP08 sobre la percepción de la rotación de profesionales en los servicios se considera alta o muy alta en el 26.4 % de los profesionales encuestados. Igualmente, el RP09 relacionado con el absentismo profesional es percibido alto o muy alto por el 13.1 %.

En general, la percepción de seguridad que tienen los profesionales sobre los pacientes se ofrece en la tabla 24.

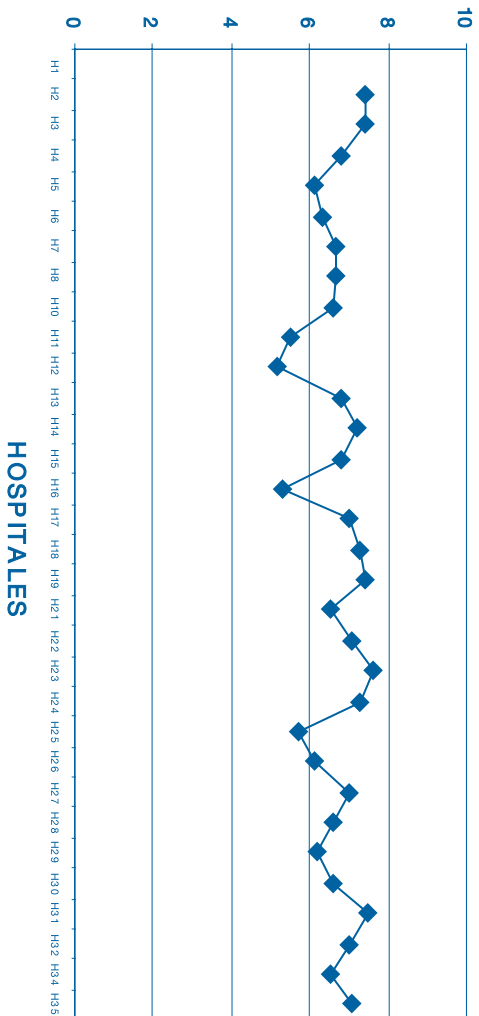


	OPCIONES	FR	%	IC 95%
Califique de 0 a 10 el grado de seguridad para los pacientes en su servicio/ unidad.	0	3	0.1	0-0.3
	1	14	0.6	0.3-0.9
	2	39	1.7	1.1-2.2
	3	63	2.7	2.0-3.4
	4	101	4.3	3.5-5.2
	5	311	13.3	11.9-14.7
	6	337	14.4	12.9-15.8
	7	551	23.5	21.8-25.2
	8	587	25.0	23.3-26.8
	9	248	10.6	9.3-11.8
	10	91	3.9	3.1-4.7
		<b>Media 6.8 DE 1.7 Mediana 7.0 Moda 8</b>		

**Tabla 24. Resultados del grado de percepción de seguridad.**

Los datos sobre el grado de seguridad que refieren los profesionales sobre los pacientes ingresados para el conjunto de los hospitales se muestran en el gráfico 18.

Grado de seguridad percibido por los profesionales sobre los pacientes durante su estancia hospitalaria valorado en escala de 0-10



◆ AÑO 2009

**Gráfico 18. Resultados del grado de seguridad para el conjunto de hospitales.**

Los resultados de todos los indicadores de profesionales, segmentados por hospitales se muestran en el anexo 4.

### ***Resultados del Criterio 8. Resultados en la sociedad***

El estándar RS01 actividades de seguridad de pacientes en los que ha participado el centro oscila entre 0 y 24 según el hospital estudiado. El estándar RS02 relacionado con comisiones sobre seguridad del paciente en las que participan profesionales externos oscila entre 6.6% y el 28.5%. El estándar RS03 que monitoriza premios, certificaciones o distinciones del hospital en relación con la seguridad del paciente oscila entre 0 y 37 casos. El estándar RS04 sobre la implantación de un protocolo de impacto medioambiental se cumple en 15 de los 33 hospitales estudiados es decir en el 45.5 % y no cumplen el 51.5 % de los hospitales. La variabilidad del RS05 que monitoriza la presencia del hospital en los medios de comunicación, fue muy grande ya que osciló en los diferentes hospitales entre 0 y 285 veces.

El RS06 reclamaciones presentadas por pacientes/familiares por problemas de seguridad en los cuidados, los resultados del estudio de percepción para el conjunto de hospitales dice que 44 pacientes, es decir el 2.3 % de la muestra han presentado reclamación (IC 1.6-3.0).

### ***Resultados del Criterio 9. Resultados clave***

Por último, vamos a presentar los resultados de los 19 indicadores clave para el conjunto de los 33 hospitales. En primer lugar, mostraremos los que provienen de las auditorias externas realizadas a través de las historias clínicas o en su caso los datos que hemos obtenidos de la propia percepción de los pacientes. Posteriormente, plasmaremos los resultados que nos han facilitado los propios hospitales, aun sabiendo que la variabilidad de los mismos es alta y que para muchos indicadores no disponían de los datos.

El indicador RC01, pacientes que han desarrollado efectos adversos relacionados con los cuidados, se definió como un indicador complejo que resulta de la media de los indicadores de pacientes que desarrollan lesiones por presión (RC04), caídas (RC03) y flebitis postcateterización (RC10). En total, los efectos adversos incluidos en ese indicador fueron desarrollados en 124 pacientes de las 1344 historias clínicas revisados, es decir el 9.2 % (IC 7.6-10.8). En ellos, se han detectado 116 casos de lesiones por presión, 87 de flebitis postcateterización (no se han incluido los 250 casos cuyas historias clínicas indicaban exclusivamente extravasación) y 21 pacientes que refieren daños como consecuencias de las caídas sufridas. Por lo tanto, la media de efectos adversos para este número de pacientes fue de 1.8.

El indicador RC02, pacientes que refieren dolor, podemos comprobar que de los 1877 pacientes que han valorado su dolor en una escala de 0-10, 1009 pacientes lo han valorado entre 4 y 10 puntos. Por lo tanto, el 53.7% de los pacientes manifestaron tener dolor por encima de valor 4. (IC% 51.4-56%).

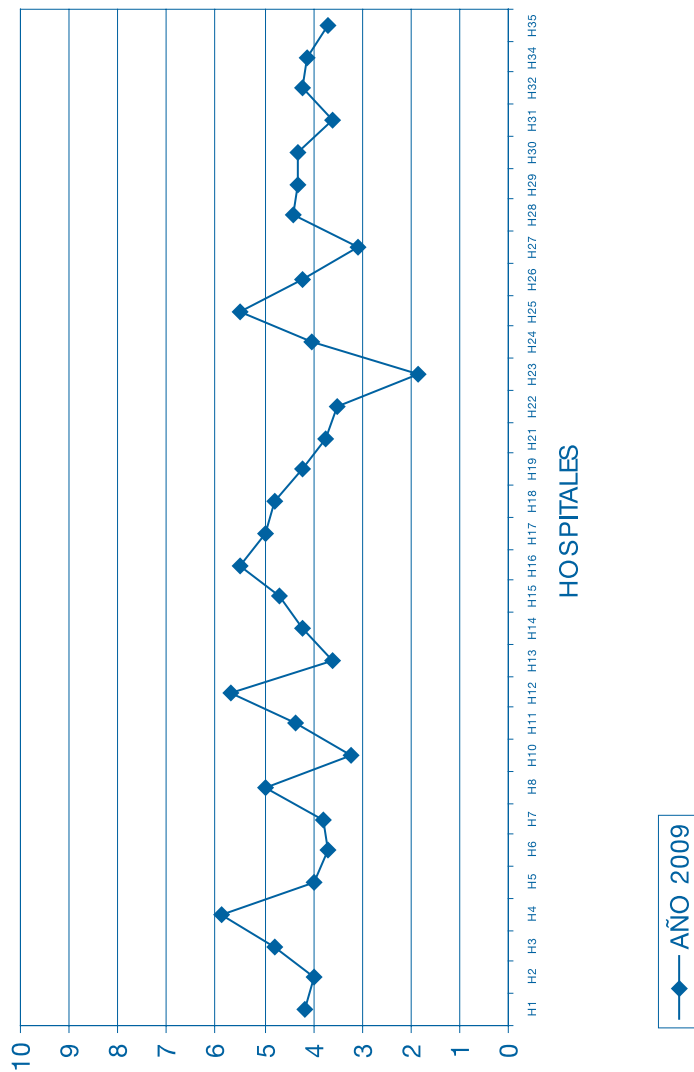
Para este mismo indicador, en la tabla 25 mostramos los resultados para el conjunto de los pacientes según la valoración del dolor en una escala de valoración de 0 (nada de dolor) a 10 (dolor máximo).

	ESCALA	Fr	%	IC (95%)
Califique de 0 a 10 el grado de dolor que ha tenido durante su estancia en el hospital (0 sin dolor, 10 dolor máximo).	0	407	21.7	19.8-23.6
	1	108	5.8	4.7-6.8
	2	167	8.9	7.6-10.2
	3	186	9.9	8.5-11.3
	4	137	7.3	6.1-8.5
	5	231	12.3	10.8-13.8
	6	136	7.2	6.1-8.5
	7	181	9.6	8.3-11.0
	8	165	8.8	7.5-10.1
	9	63	3.4	2.5-4.2
	10	96	5.1	4.1-6.1
		Media 4.07 DE 3.1 Mediana 4.0 Moda 0		

**Tabla 25. Valoración del dolor realizada por los propios pacientes.**

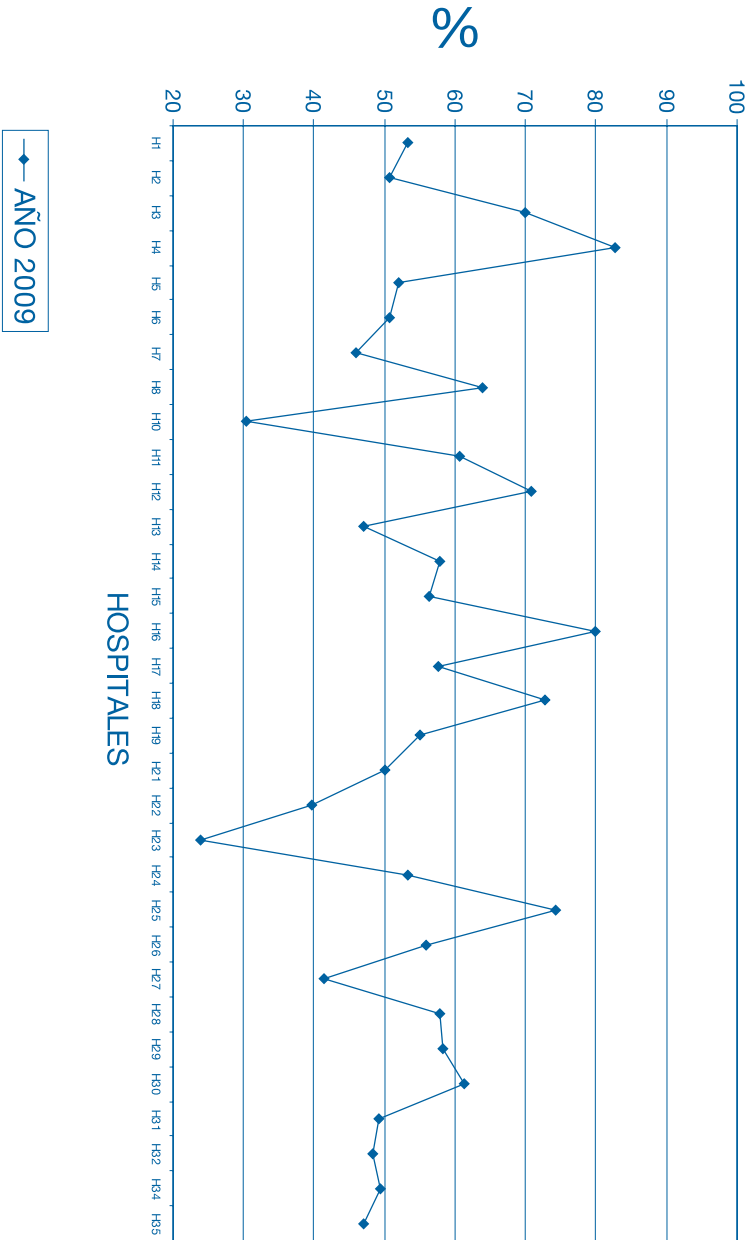
En el gráfico 19 y 20 se representan los datos de la percepción de dolor para el conjunto de los centros.

Grado de dolor percibido por los pacientes durante su estancia hospitalaria valorado en escala de 0-10 RC 02



**Gráfico 19.** Valoración media del dolor de los pacientes para el conjunto de los hospitales.

Pacientes que refieren dolor durante el ingreso RC 02



**Gráfico 20.** Valoración media del dolor de los pacientes igual o superior a 4 en una escala de 0 a 10 para el conjunto de los hospitales. Valoración del dolor

El indicador RC03 sobre pacientes que han sufrido caídas queremos resaltar que de un total de 1909 pacientes que fueron estudiados, sufrieron caídas 69, es decir el 3.6 % (IC 2.7-4.4). De ellas, tuvieron consecuencias graves 6, es decir, el 6.8% y consecuencias moderadas 15, es decir, el 21.7%. Para este mismo indicador, en la tabla 26 mostramos los resultados para el conjunto de los pacientes y en el gráfico 21 para el conjunto de hospitales.

	ESCALA	Fr	%	IC (95%)
<b>RC03 He sufrido alguna caída o golpe fuerte durante mi estancia en el hospital (Ejemplos: Me he caído de la cama, me he caído de la silla, he resbalado en el baño, etc.)</b>	Sí, con consecuencias graves	6	0.3	0-0.6
	Sí, con consecuencias moderadas	15	0.8	0.4-1.2
	Sí, pero no he tenido consecuencias	48	2.5	1.8-3.2
	No, pero he resbalado	84	4.4	3.5-5.3
	No	1756	92.0	90.7-93.2

**Tabla 26. Caídas de pacientes.**

Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria RC-03

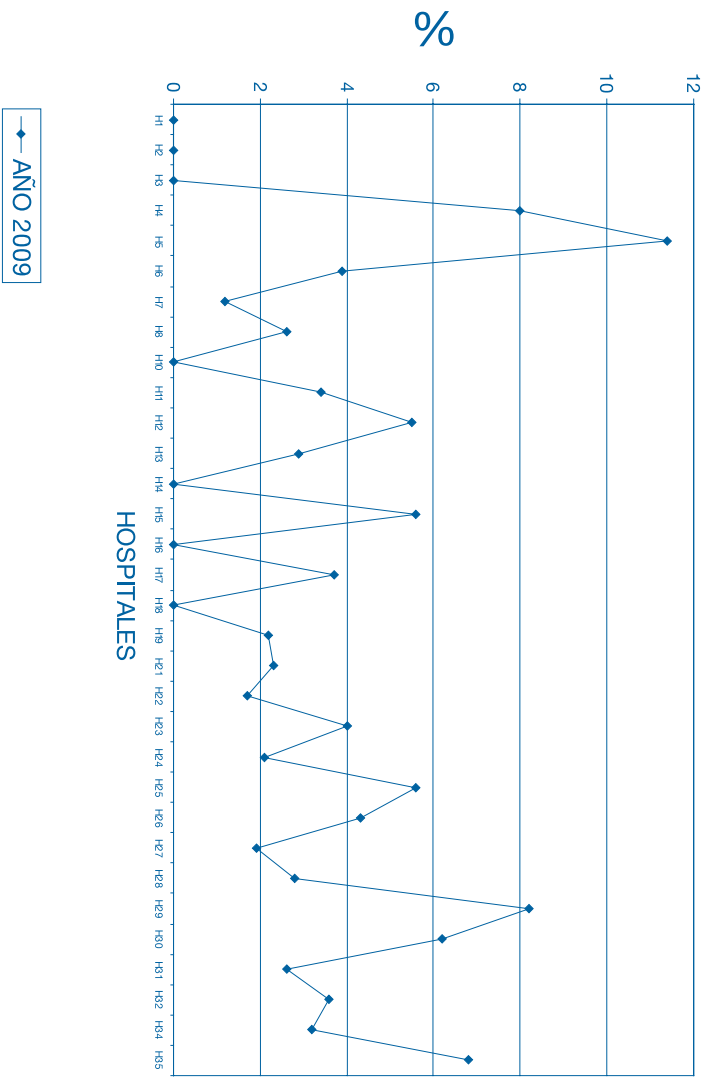
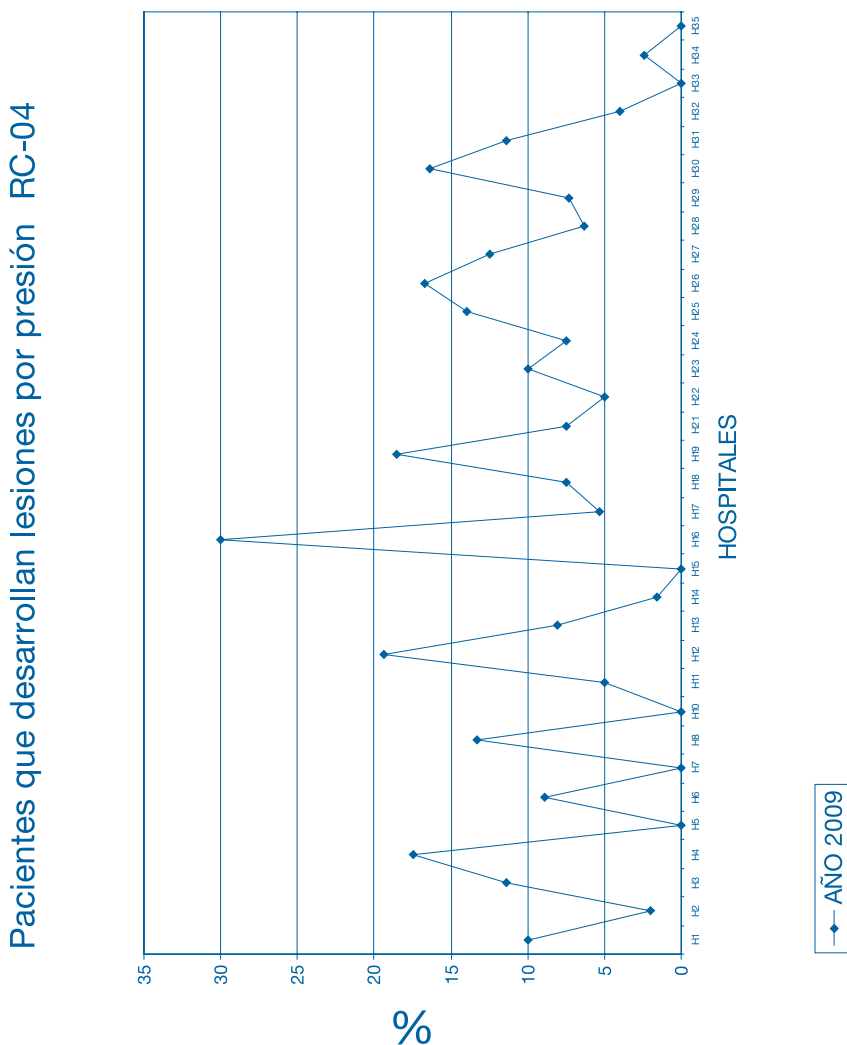


Gráfico 21. Pacientes que han sufrido caídas para el conjunto de hospitales.



El indicador RC04 relacionado con las lesiones por presión, de 1344 historias clínicas revisadas, encontramos que 116 pacientes habían desarrollado úlceras por presión durante su ingreso, esto representa un 8.6% de casos (IC7.1-10.2). El indicador RC 04 sobre pacientes que han desarrollado lesiones por presión en el conjunto de centros estudiados se muestra en el gráfico 22. En la discusión haremos referencia a la interpretación que realizamos de las auditorías de los centros donde no se han encontrado ningún caso.



**Gráfico 22.** RC04 Pacientes que desarrollan lesiones por presión.

El indicador RC05 sobre daños ocasionados por la contención física, de los 1620 pacientes que fueron preguntados, sólo 116 refirieron haber estado inmovilizado, 6 de ellos, el 0.4 % refirieron daños graves como consecuencia de la misma, 20 pacientes (1.2%) daños moderados y 34 (2.1%) daños leves. Los datos se muestran en la tabla 27.

	OPCIONES	FR	%	IC 95%
<b>RC05 Si por motivo de mi enfermedad he estado inmovilizado en la cama por medio de sujeciones, he sufrido heridas, hematomas o lesiones de diferente consideración</b>	Sí, con consecuencias graves	6	0.4	0-0.7
	Sí, con consecuencias moderadas	20	1.2	0.7-1.8
	Sí, con consecuencias leves	34	2.1	1.4-2.8
	Sí, pero no he tenido consecuencias	56	3.5	2.5-4.4
	No	1504	92.8	91.6-94.1

**Tabla 27. Daños referidos por los pacientes por inmovilización en la cama.**

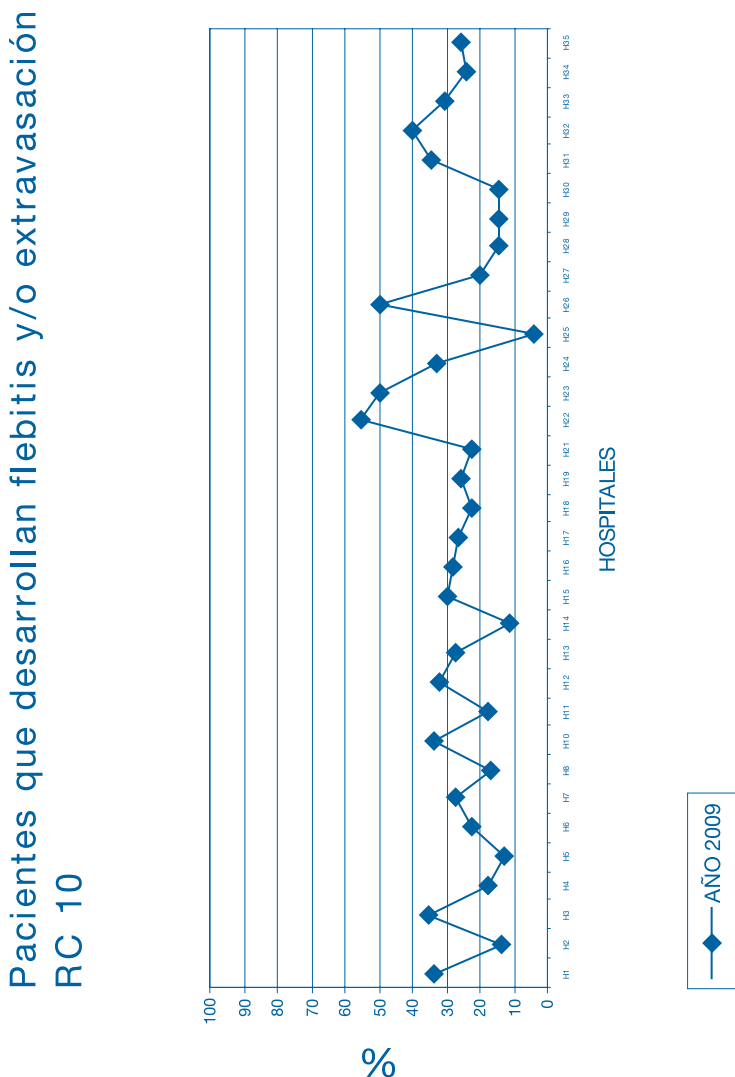
El indicador RC06, pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria sin ser motivo del ingreso, fue revisado en 1344 y solo se detectó un caso. El indicador RC07 pacientes que desarrollan broncoaspiración fue revisado en el mismo número de historias clínicas y se encontraron 22 casos, es decir, 1.6 % (IC0.9-2.4).

El indicador RC08 sobre pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales hemos encontrado que de 1344 historias clínicas revisadas, 98 pacientes han desarrollado infección nosocomial, lo que representa un 7.3% (IC5.9-8.7).

El indicador RC09 relacionado con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical, de los 1344 historias clínicas revisadas, en 58 de ellas, es decir el 4.3% (IC3.2-5-4), se podía observar alusiones referidas a sangrado por arrancamiento o estiramiento.

El indicador RC10 sobre pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación postcateterización, de las 1344 historias clínicas, 337 pacientes, es decir el 25.1% (IC 22.7-27.4) habían desarrollado flebitis y/o extravasación. De todas

ellas, 250 fueron catalogadas en la propia historia clínica como extravasación, es decir el 18.6% (IC16.5-20.7). Las restantes 87 si se observaba en la historia que eran flebitis de diferentes grados, es decir el 6.4% (IC 5.1-7.8). Los datos de los pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación postcateterización (RC10) se muestran en el gráfico 23.



**Gráfico 23. RC10 Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación postcateterización.**

El indicador RC11 pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos, fue revisados en 1344 historias clínicas, observándose problemas en 36 casos, es decir el 2.7% (IC1.8-3.6). De esos 36 casos, 15 eran intolerancias a fármacos que debieron ser conocidas y 21 casos de no administración de fármacos pautados.

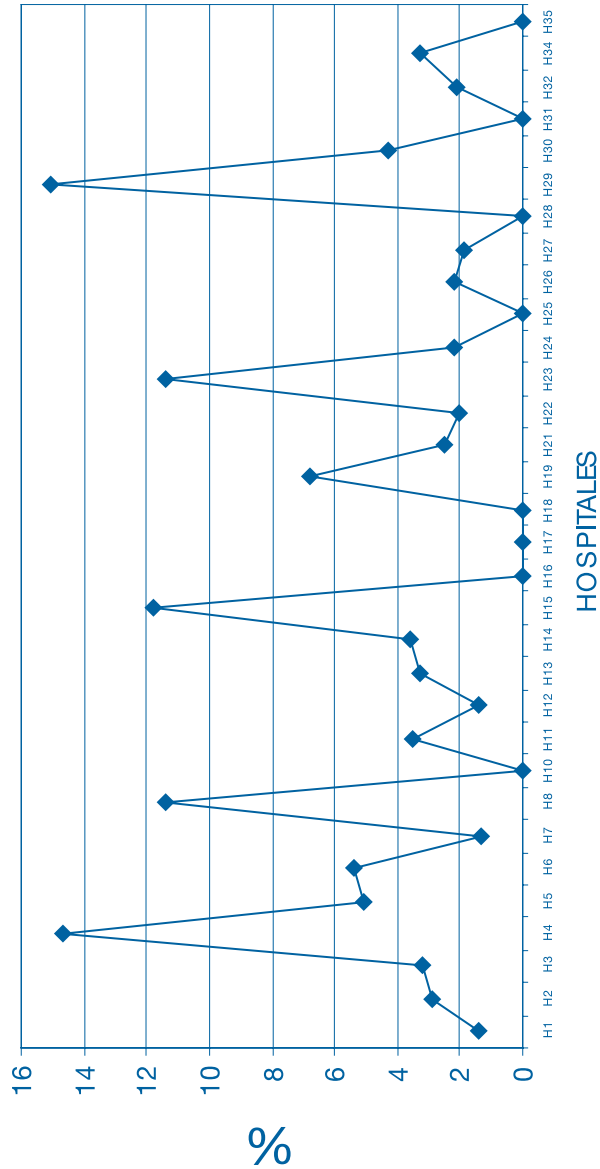
El indicador RC12 pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos, ante la imposibilidad de seleccionar historias clínicas de pacientes con esta características, se revisaron las 1344 y solo se encontró un caso, es decir el 0.1%.

El indicador RC13 pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación de los 1344 historiales presentaron el suceso 8 pacientes, es decir el 0.6% (IC0.2-1.0).

El indicador RC14 pacientes sometidos a cirugía errónea, de 390 historias clínicas de pacientes quirúrgicos, en ninguna de ellas quedó registrado suceso relacionado con cirugía, lugar o paciente incorrecto.

Los datos de indicador RC15 sobre suspensión de intervenciones quirúrgicas, los datos que disponemos de las propias respuestas de 1808 pacientes, es que 76 de ellos refieren suspensiones, lo que representa el 4.2 %. (IC 3.3-5.2). Las suspensiones de pruebas diagnósticas se dieron en 130 pacientes de 1862 estudiados, es decir, el 7% (IC 5.8-8.2). Estos datos fueron obtenidos de las preguntas a los propios pacientes mediante el cuestionario de percepción y se pueden observar para el conjunto de hospitales en los gráficos 24 y 25.

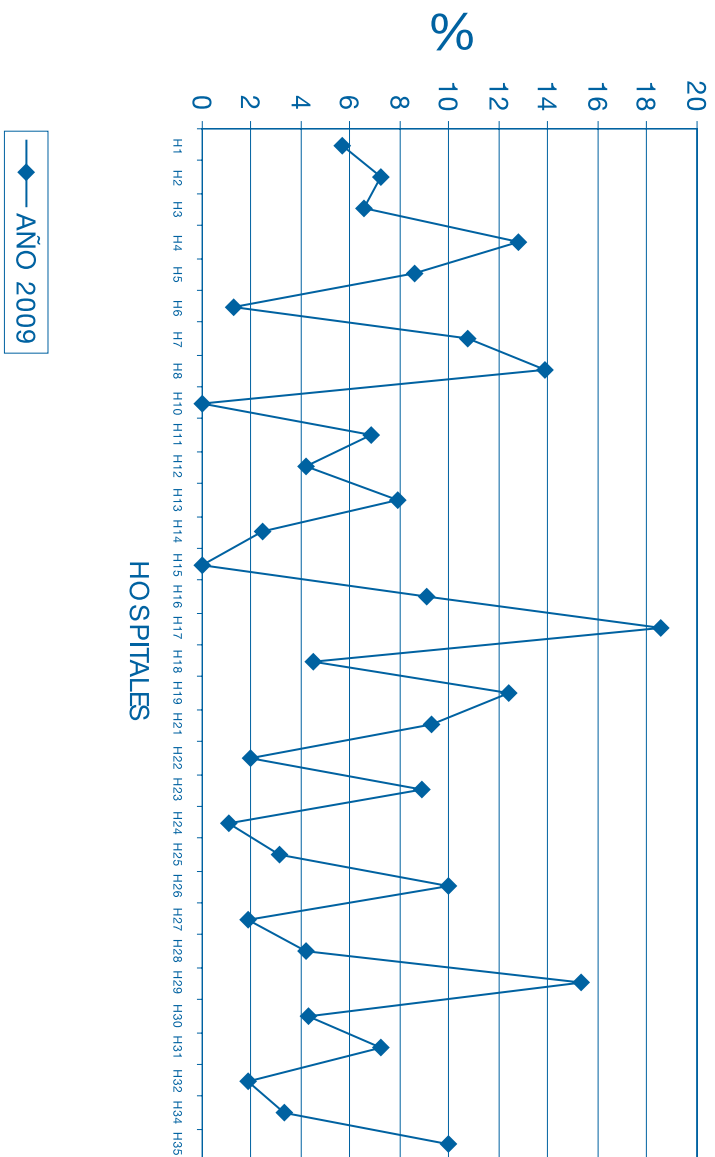
Pacientes con intervención quirúrgica suspendida RC 15 A



—◆— AÑO 2009

**Gráfico 24. Pacientes que refieren suspensión de intervenciones quirúrgicas.**

Pacientes con pruebas diagnósticas suspendidas RC 15 B



**Gráfico 25. Pacientes que refieren suspensión de pruebas diagnósticas.**

Los datos de indicador RC16 sobre pacientes con alergias medicamentosas no se observó en ningún caso. El indicador RC17 sobre eventos adversos relacionados con las transfusiones sanguíneas, aunque el denominador no pudo ser el adecuado, de las 1344 historias revisadas se observaron 6 pacientes que desarrollaron problemas con la sangre transfundida, es decir el 0.4 % (IC 0.1-0.8).

El indicador RC18 pacientes con demencias o deterioro cognitivo, en la revisión de las historias clínicas, 111 tenían observaciones directas que así lo indicaban. Esto representa el 8.3% (IC 6.8-9.8)

Por último, el indicador RC19 sobre la existencia de informe de alta de enfermería en el historial del paciente, de las 1344 revisadas no contenían el informe 693, es decir el 64.2% de la muestra (IC 61.3-67.1).

Los resultados para el conjunto de los indicadores clave se muestran en la tabla 28.

<b>RESULTADOS CLAVE GENERALES EN EL CONJUNTO DE HOSPITALES</b>		
<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>RC01 Pacientes que desarrollan eventos adversos relacionados con los cuidados n=1344</b>		
124	9.2	7.6-10.8
<b>RC02 Pacientes que refieren dolor durante su ingreso n=1877</b>		
1009	53.7	51.4-56.0
<b>RC3 Pacientes que sufren caídas durante su ingreso n=1909</b>		
67	3.7	2.7-4.4
<b>RC04 Pacientes que desarrollan lesiones por presión n=1344</b>		
116	8.6	7.1-10.2
<b>RC05 Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física o mecánica n= 116 (con consecuencias graves)</b>		
6	5.1	0.7-9.6

Continuación tabla 28

Fr	%	IC (95%)
<b>RC06 Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria n=1344</b>		
1	0.1	0-0.3
<b>RC07 Pacientes que sufren broncoaspiración n=1344</b>		
22	1.6	0.9-2.4
<b>RC08 Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales n=1344</b>		
98	7.3	5.9-8.7
<b>RC09 Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical n=1344</b>		
58	4.3	3.2-5.4
<b>RC10 Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación postcateterización n=1344</b>		
337	25.1	22.7-27.4
<b>RC11 Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos n=1344</b>		
36	2.7	1.8-3.6
<b>RC12 Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos n=1344</b>		
1	0.1	0-0.3
<b>RC13 Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación n=1344</b>		
8	0.6	0.2-1.0
<b>RC14 Pacientes sometidos a cirugía errónea n=390</b>		
0	0	0



Continuación tabla 28

Fr	%	IC (95%)
<b>RC15(a) Pacientes con pruebas diagnósticas suspendidas n= 1862</b>		
130	7	5.8-8.2
<b>RC15 (b) Pacientes con intervenciones quirúrgicas suspendidas n=1808</b>		
76	4.2	3.3-5.2
<b>RC16 Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas n=1344</b>		
0	0	0
<b>RC17 Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados n=1344</b>		
6	0.4	0.1-0.8
<b>RC18 Pacientes con demencia/deterioro cognitivo sin la patología al ingreso n=1344</b>		
111	8.3	6.8-9.8
<b>RC19 Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados n=1344</b>		
693	64.2	61.3-67.1

**Tabla 28. Resultados Criterio 9. Resultados Clave (RC) obtenidos por evaluación externa a través de historias clínicas de pacientes.**

Los resultados de todos los indicadores clave, segmentados por hospitales se muestran en el anexo 5.

Los resultados de los indicadores clave que se exponen en la tabla 29, nos fueron facilitados por los propios centros y por lo tanto son frutos de sus propios sistemas de información.

RESULTADOS CLAVE	%
RC01 Pacientes que desarrollan eventos adversos relacionados con los cuidados	--
RC02 Pacientes que refieren dolor durante su ingreso	--
RC03 Pacientes que sufren caídas durante su ingreso	1.04
RC04 Pacientes que desarrollan lesiones por presión	4.5
RC05 Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física o mecánica	--
RC06 Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	
RC07 Pacientes que sufren broncoaspiración	0.68
RC08 Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	7.9
RC09 Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	5.8
RC10 Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación postcateterización	6.4
RC11 Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	--
RC12 Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	--
RC13 Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	--
RC14 Pacientes sometidos a cirugía errónea	--
RC15(a) Pacientes con pruebas diagnósticas suspendidas	--
RC15 (b) Pacientes con intervenciones quirúrgicas suspendidas	6.6

Continuación tabla 29

RESULTADOS CLAVE	%
RC16 Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	--
RC17 Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	0.3
RC18 Pacientes con demencia/deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	--
RC19 Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	48.8

**Tabla 29. Resultados Criterio 9. Resultados Clave (RC) facilitados por los propios centros sanitarios.**

Si comparamos los resultados de los indicadores clave, atendiendo a la fuente de datos de donde fue obtenido, podemos observar que los indicadores de pacientes que sufren caídas (RC03), pacientes que desarrollan lesiones por presión (RC04) y pacientes sin informe de alta de enfermería, obtienen valores mucho más altos si la fuente de datos es la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

El indicador de pacientes que desarrolla flebitis postcaterización (RC10), si no se tienen en cuentas las extravaciones, el valor obtenido coincide independientemente de la fuente de datos utilizada.

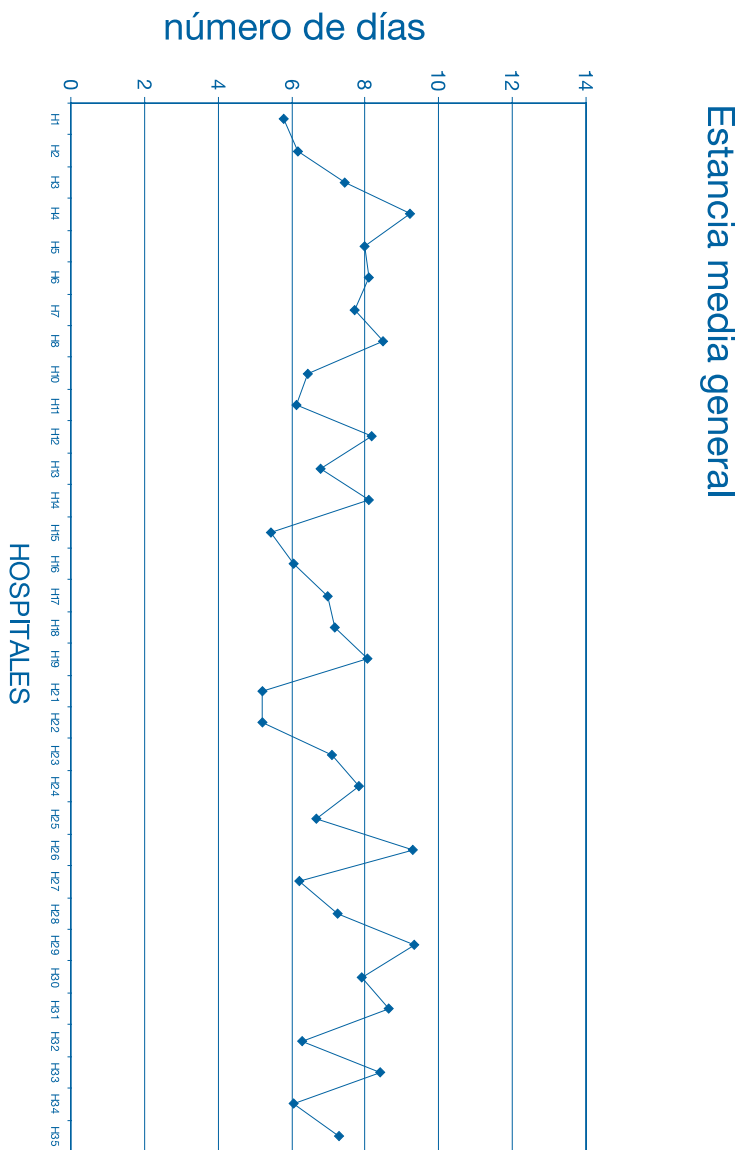
Los indicadores de pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales (RC08), eventos adversos por sondaje (RC09) y reintervenciones quirúrgicas, obtienen valores ligeramente superiores si la fuente de dato proviene del propio sistema de información del centro.

Los datos de los indicadores globales y finalistas que citamos a continuación en la tabla 30, fueron facilitados por los propios centros y por lo tanto pertenecen a sus propios sistemas de información.

RESULTADOS (Datos suministrados por los propios centros)	RESULTADOS INDICADORES FINALISTAS			
	Reingresos	Estancia media	Mortalidad	Reintervenciones quirúrgicas
H1	--	5,8	3,34	1,18
H2	5,22	6,18	4,29	--
H3		7,43		--
H4	0,84	9,23	5,52	2,08
H5	1,1	8	4,02	5,1
H6	4,88	8,09	4,2	--
H7	5,01	7,71	4,4	--
H8	10,5	8,5	0,03	--
H9	--	--	--	--
H10	2,87	6,44	6,2	--
H11	2,03	6,15	4,04	2,43
H12	7,28	8,16	4,29	--
H13	9,57	6,8	5,84	--
H14	4,2	8,08	4,46	6,55
H15	3,61	5,43	1,94	0,36
H16	3,01	6,05	2,51	--
H17	3,4	7	3,1	1,8
H18	6,7	7,19	3,4	3,36
H19	0,01	8,07	3,28	4,27

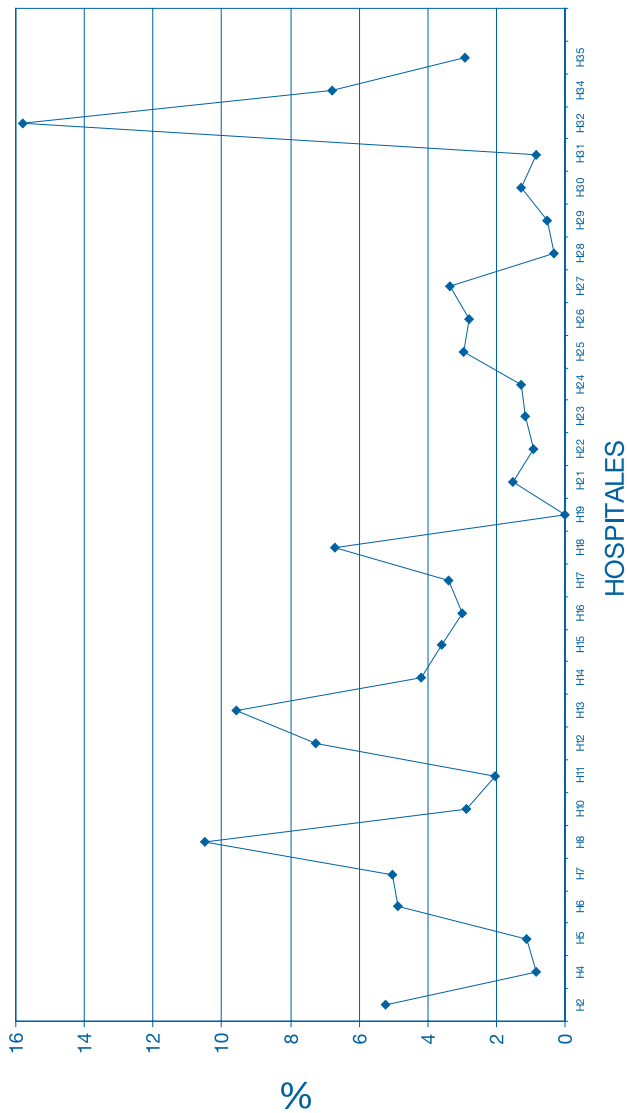
RESULTADOS (Datos suministrados por los propios centros)	RESULTADOS INDICADORES FINALISTAS			
	Reingresos	Estancia media	Mortalidad	Reintervenciones quirúrgicas
H20	--	--	--	--
H21	1,53	5,22	0,03	--
H22	0,9	5,2	3,6	--
H23	1,17	7,08	3,41	8,5
H24	1,26	7,83	3,8	--
H25	2,95	6,68	4,35	--
H26	2,79	9,3	4,19	--
H27	3,35	6,2	2,97	--
H28	0,3	7,25	2,99	--
H29	0,5	9,34	4,89	--
H30	1,27	7,91	3,13	3,41
H31	0,84	8,62	3,84	--
H32	15,8	6,3	4,43	--
H33	--	8,4	4,8	6,39
H34	6,77	6,05	4,11	--
H35	2,91	7,29	7,98	4,22
VALOR MEDIO	3.7	7.2	3.8	3.8

**Tabla 30. Resultado de indicadores finalistas facilitados por los centros sanitarios.** Estos mismos datos de estancias media, reingresos, intervenciones quirúrgicas suspendidas y mortalidad, facilitados por los centros y para el conjunto de hospitales estudiados se representan en las gráficas 26, 27, 28 y 29 respectivamente.



**Gráficas 26. Estancia media para el conjunto de hospitales**

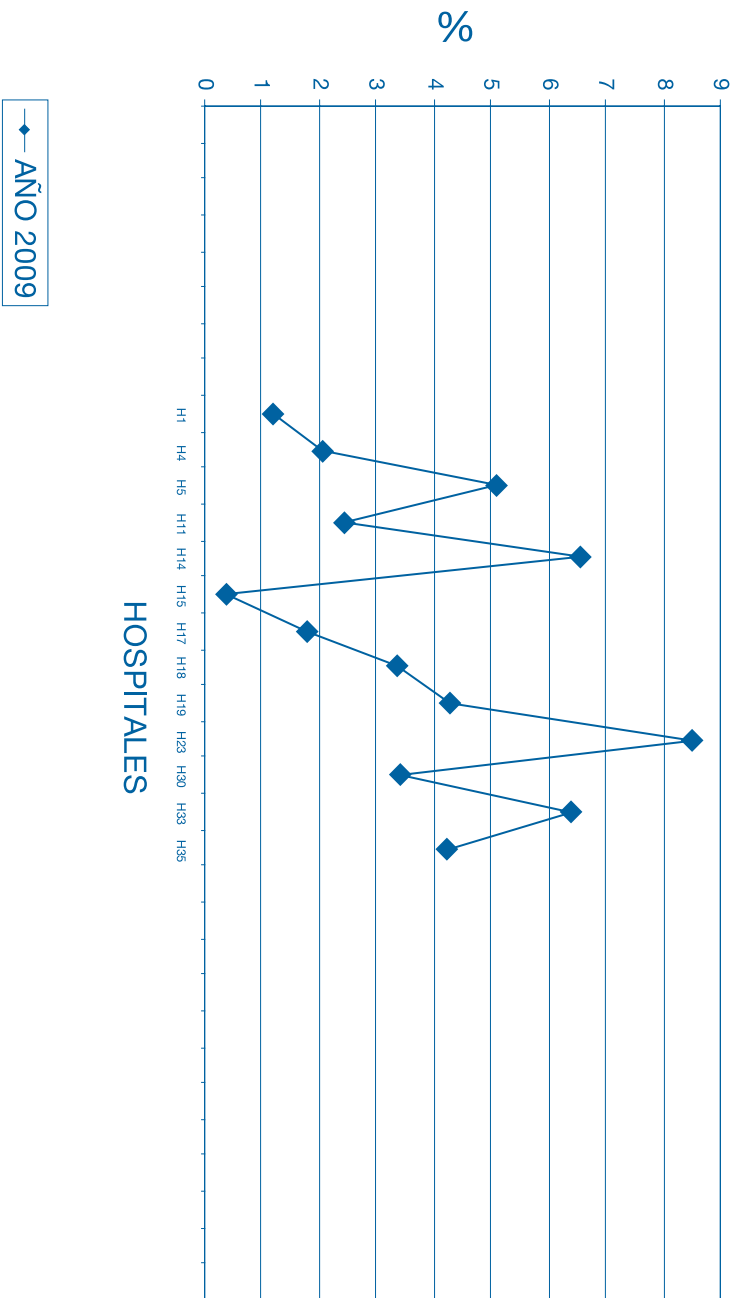
# Reingresos



—◆— AÑO 2009

**Gráficas 27. Reingresos para el conjunto de hospitales**

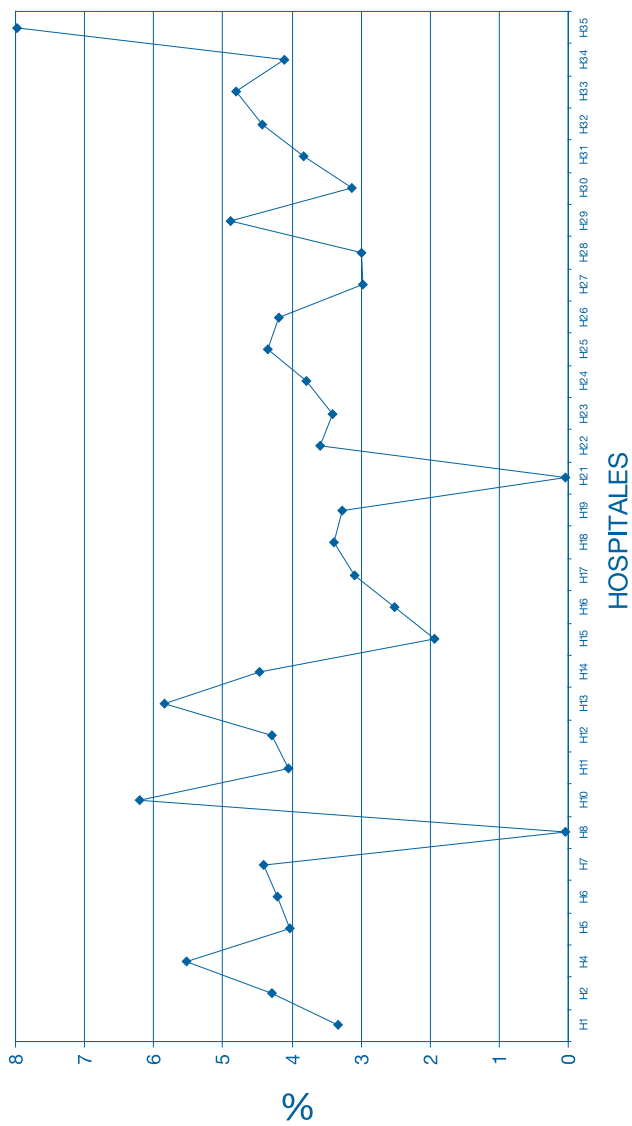
## Reintervenciones quirúrgicas



**Gráficas 28.** Intervenciones quirúrgicas suspendidas para el conjunto de hospitales



# Mortalidad general



**Gráficas 29. Mortalidad general para el conjunto de hospitales**

Hasta aquí, hemos intentado mostrar los resultados descriptivos más importante y destacados del estudio que hemos realizado.

## Análisis de las correlaciones entre variables

A continuación y tal como se explica en el apartado final del método, pasaremos a describir las correlaciones de variables donde hemos obtenido significación y por último aportaremos los resultados del análisis de componentes principales y los cluster confeccionados.

Solo haremos referencia a aquellas correlaciones donde el coeficiente es significativamente diferente de cero<sup>19</sup>. Y donde, además, dicho coeficiente es superior a 0,4, ya que es el valor en donde la correlación empieza a ser considerable (Guilford)<sup>20</sup>. Es evidente, que tenemos que tener cautela a la hora de interpretar estos datos, aunque apuntan claramente hacia una dirección determinada.

Respecto a las correlaciones, hemos obtenidos significación entre los estándares de liderazgo, política y estrategia, y personas con los procesos. De manera que cuantos más estándares de liderazgo, de política o personas se cumplen, mas se cumplen la implantación y evaluación de los diferentes procesos/ protocolos que contempla el modelo.

De la misma forma, es significativa la correlación entre los estándares de política y estrategia con los de personas y con los recursos. De manera que cuanto mas se cumplen los relacionados con la política y estrategia de los centros mejor responden los estándares de personas y los recursos.

La percepción de dolor por parte del paciente y su intensidad aumentan en los hospitales que tienen mayores tasas de pacientes con lesiones por presión.

El trato y la información sobre los tratamientos se correlacionan de manera significativa con una mejor percepción de seguridad de los pacientes.

El acceso a la formación, la satisfacción con ella, la participación en objetivos de seguridad, las cargas de trabajo, y el reconocimiento de los profesionales se correlacionan con una mejor percepción de seguridad por parte de los profesionales. Esto también sucede si se dispone de canales de comunicación para temas de seguridad, se dispone de sistemas de notificación de eventos adversos adecuados, anónimos, y no punitivos y si se dispone de mobiliario de seguridad.

La estancia media aumenta en la medida que aumentan las caídas de los pacientes, la suspensión de pruebas diagnósticas y las intervenciones quirúrgicas suspendidas.

Por último, a medida que mejoran los estándares de liderazgo y de política disminuyen las infecciones nosocomiales en los pacientes.

A continuación, se adjunta en la tabla 31, todas las correlaciones realizadas entre las diferentes variables del estudio, así como su nivel de significación.

---

19. Silva LC. La investigación biomédica y sus laberintos. En defensa de la racionalidad para la ciencia del siglo XXI. Díaz de Santos. Madrid. 2009.

20. Mora MA. Estadística para Enfermería. Pirámide. 1984.

<b>CORRELACIONES</b>			
<b>VARIABLES</b>		<b>Coefficiente de Correlación*</b>	<b>P</b>
Liderazgo	Procesos	.417	<0.05
Política y estrategia	Procesos	.455	<0.01
Personas	Procesos	.483	<0.01
Liderazgo	Personas	.444	<0.01
Política y estrategia	Personas	.661	<0.01
Política y estrategia	Alianzas y recursos	.420	<0.01
Liderazgo	Infecciones nosocomiales	-.384	<0.05
Política y estrategia	Infecciones nosocomiales	-.403	<0.05
Caídas de pacientes	Estancia media	.402	<0.05
Intervenciones quirúrgicas suspendidas	Estancia media	.361	<0.05
Pruebas diagnósticas suspendidas	Estancia media	.418	<0.05
Dolor	Lesiones por presión	.548	<0.01
Trato	Percepción de seguridad del paciente	.417	<0.01
Información sobre tratamiento farmacológico	Percepción de seguridad del paciente	.401	<0.01

Continuación tabla 31

VARIABLES		Coefficiente de Correlación*	P
Acceso a formación en materia de seguridad	Percepción de seguridad del profesional	.409	<0.01
Satisfacción con la formación recibida en materia de seguridad de pacientes	Percepción de seguridad del profesional	.408	<0.01
Participar en los objetivos de seguridad	Percepción de seguridad del profesional	.470	<0.01
Disponer de canales de comunicación para temas de seguridad	Percepción de seguridad del profesional	.377	<0.01
Obtener reconocimiento profesional	Percepción de seguridad del profesional	.463	<0.01
Autonomía profesional	Percepción de seguridad del profesional	.442	
Cargas de trabajo	Percepción de seguridad del profesional	.479	<0.01
Disponer de mobiliario de seguridad	Percepción de seguridad del profesional	.407	<0.01
Apoyo en temas de seguridad por los líderes	Percepción de seguridad del profesional	.429	<0.01
Fomentar la investigación en seguridad	Percepción de seguridad del profesional	.457	<0.01

VARIABLES		Coefficiente de Correlación*	P
Disponer de sistemas de notificación de eventos adversos	Percepción de seguridad del profesional	.404	<0.01
Disponer de sistemas de notificación de eventos adversos adecuados, anónimos, no punitivos	Percepción de seguridad del profesional	.458	<0.01

\* Los coeficientes de correlación llevados a cabo (r de Pearson o rho de Spearman) atienden al tipo de distribución de las variables implicadas en el cálculo.

**Tabla 31. Correlaciones de variables**

## Análisis de componentes principales y cluster

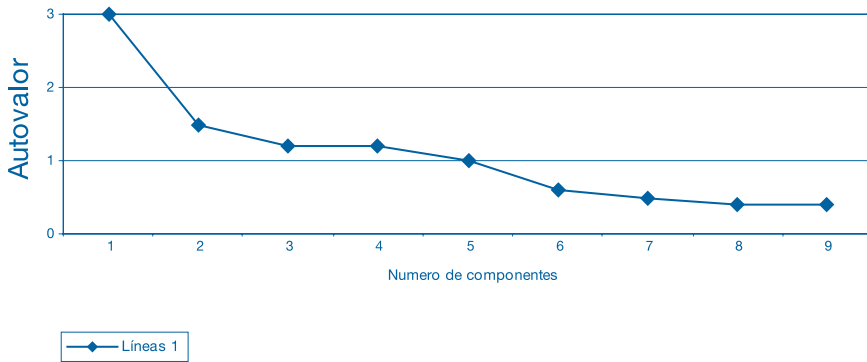
A continuación se llevó a cabo un análisis de componentes principales, tal como se explicó anteriormente, con el objetivo de generar unos índices que de alguna manera puedan exponer un modelo subyacente en los datos e indicadores recogidos. Se seleccionaron para ello los estándares de los criterios de liderazgo, política, alianza y personas y procesos, junto con los indicadores finalistas que fueron estancia media, intervenciones quirúrgicas suspendidas, mortalidad y reingresos.

En principio hemos seleccionado las dos primeras componentes atendiendo a los criterios barajados en la exposición de la metodología estadística. Ambas explican conjuntamente cerca del 50% de la varianza inicial, presentan autovalores superiores a 1 y se ajustan al criterio del test de la pendiente de Cattell en el gráfico de sedimentación (Tabla 32 y gráfico 30). Además, permitan una interpretación plausible de los resultados.

VARIANZA TOTAL EXPLICADA POR COMPONENTE						
COMPO- NENTES	AUTOVALORES INICIALES			SUMAS DE LAS SATURACIONES AL CUADRADO DE LA EXTRACCION		
	TOTAL	% VARIANZA	% ACUMULADO	TOTAL	% VARIANZA	% ACUMULADO
1	2.930	32.554	32.55	2.930	32.554	32.55
2	1.488	16.539	49.09	1.488	16.539	49.09
3	1.229	13.659	62.7	1.229	13.659	62.7
4	1.118	13.201	75.9	1.118	13.201	75.9
5	.856	9.511	85.4			
6	.526	5.839	91.3			
7	.378	4.198	95.5			
8	.224	2.486	97.9			
9	.181	2.014	100			

**Tabla 32. Varianza explicada por componente**

## Grafico de sedimentacion



**Gráfico 30. Gráfico de sedimentación**

Para facilitar la interpretación de las componentes, llevamos a cabo una correlación entre las mismas y las variables iniciales, pudiéndose observar los resultados en la matriz de componentes (Tabla 33). En ella se observa que la correlación más alta de la primera componente se obtiene con las variables que conforman el criterio liderazgo, seguida con correlaciones altas en el resto de criterios facilitadores: política, personas, procesos y recursos. Las dos variables que pesan menos en la componente son Mortalidad y Reingresos (que se opone al salir con signo negativo).

Por el contrario, en la segunda componente las variables con mayor carga son las que menos pesaban en la primera: mortalidad (con ella se obtiene la correlación más alta) y reingresos. Los criterios facilitadores tienen poca entidad en la componente con correlaciones bajas o negativas.

De tal forma que la primera componente se podría relacionar con hospitales con un mayor nivel de cumplimientos en todos los estándares facilitadores y por lo tanto la hemos denominado índice de hospitales facilitadores. La segunda componente se relaciona con mayor nivel de incumplimientos en los estándares facilitadores por lo tanto lo denominamos índice de hospitales menos facilitadores.

MATRIZ DE COMPONENTES				
VARIABLES	COMPONENTES			
	1*	2**	3	4
LIDERAZGO	.870	.073	-.232	-.058
POLÍTICA	.765	-.311	.301	-.130
PERSONAS	.674	-.528	.059	.357
ALIANZAS Y RECURSOS	.439	-.338	.255	-.470
PROCESOS	.587	.484	.414	.078
ESTANCIA MEDIA	.536	.255	-2.95	-.382
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS	.406	.122	-.157	.804
MORTALIDAD	.371	.660	-.387	-.124
REINGRESO	-.075	.494	.764	.075

**Tabla 33. Matriz de componentes. \* Hospitales facilitadores, \*\* Hospitales menos facilitadores**

Posteriormente, se calculó la puntuación de cada hospital en las dos componentes seleccionadas que ya podemos interpretar como nuevos índices. La misma se llevó a cabo mediante los coeficientes determinados por regresión para calcular las puntuaciones (tabla 34).

Dentro de las limitaciones del estudio, por su diseño y por los datos finalmente disponibles, es fácil colegir que los hospitales que puntúan más alto en la primera componente son los que tienen un mayor peso en los criterios facilitadores y menor en los indicadores de resultados. Los que se sitúan en posiciones más altas de puntuaciones de la segunda componente tienen un comportamiento opuesto.



**MATRIZ DE COEFICIENTES PARA EL CALCULO DE LAS PUNTUACIONES EN LAS COMPONENTES**

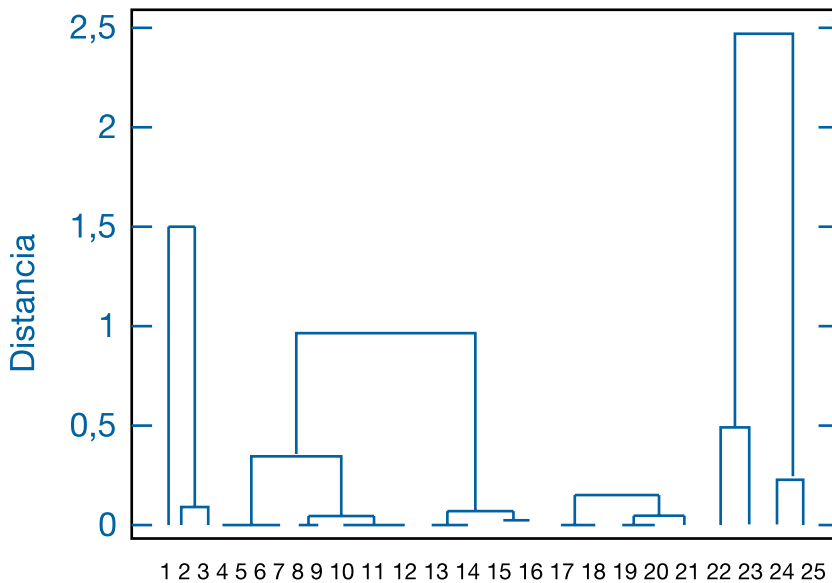
VARIABLES	COMPONENTES			
	1	2	3	4
LIDERAZGO	.297	.049	-.189	-.049
POLÍTICA	.261	-.209	.245	-.110
PERSONAS	.230	-3.55	.048	.301
ALIANZAS Y RECURSOS	.150	-2.27	.208	-.396
PROCESOS	.200	.325	.336	.066
ESTANCIA MEDIA	.183	.172	-.240	-.321
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS	.138	.082	-.127	.677
MORTALIDAD	.127	.443	-.315	-.104
REINGRESO	-.026	.332	.621	.063

**Tabla 34. Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en los componentes**

Por último, hemos realizado un análisis de agrupamiento (cluster) de los hospitales según la puntuación obtenida en los dos índices (componentes) generados, formando 4 clusters de hospitales por componente. Con ello pretendemos facilitar el proceso de ordenamiento de los centros, en un intento de buscar conjuntos similares (Tablas 35 y 36 y gráficos 31 y 32.)

CLUSTER	NÚMERACIÓN	CORRESPONDENCIA CON EL HOSPITAL
1	1,2,3	H19, H17, H23
2	4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	H16,H4,H6,H35,H31,H26,H10,H18,H24,H28,H14, H13,H29
3	17,18,19,20,21	H34,H30,H8, H12,H27
4	22,23,24,25	H15,H22,H11,H21

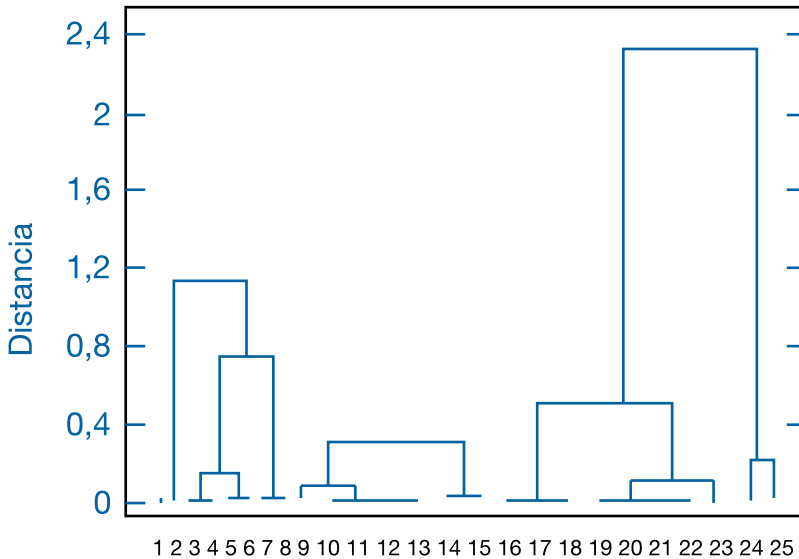
**Tabla 35** Clasificación de hospitales en cluster por la componente I (hospitales facilitadores)



**Gráfico 31** Dendrograma. Cluster de hospitales agrupados por la componente 1 (hospitales facilitadores).

CLUSTER	NÚMERICACIÓN	CORRESPONDENCIA CON EL HOSPITAL
1	1	H13
2	2,3,4,5,6,7,8,	H35,H12,H26,H10,H29,H34,H14
3	9,10,11,12,13,14,15,	H24,H18,H11,H6,H8,H4,H31
4	16,17,18,19,20,21,22,23,24,25	H17,H22,H30,H28,H27,H23,H21,H15,H16,H19

**Tabla 36** Clasificación de hospitales en cluster por la componente II (hospitales menos facilitadores)



**Gráfico 32** Dendrograma. Cluster de hospitales agrupados por la componente 2 (hospitales menos facilitadores)

Las puntuaciones obtenidas por cada hospital en la componente 1 (hospitales facilitadores) se pueden observar en la tabla 37.

HOSPITALES	PUNTUACIÓN	HOSPITALES	PUNTUACIÓN
H19	1,94297	H14	,17614
H17	1,17288	H13	,09581
H23	,96630	H29	-,00457
H16	,71175	H34	-,27170
H4	,66047	H30	-,29689
H6	,64727	H8	-,42557
H35	,61969	H12	-,49358
H31	,51064	H27	-,59905
H26	,45759	H15	-1,02752
H10	,39225	H22	-1,58465
H18	,37641	H11	-2,10585
H24	,37456	H21	-2,49714
H28	,20179		

**Tabla 37. Puntuaciones obtenidas por cada hospital en la componente 1**

Las puntuaciones obtenidas por cada hospital en la componente 2 (hospitales menos facilitadores) se pueden observar en la tabla 38.

HOSPITALES	PUNTUACIÓN	HOSPITALES	PUNTUACIÓN
H13	2,66758	H4	-,15630
H35	1,55200	H31	-,26613
H12	1,12598	H17	-,49328
H26	1,06895	H22	-,50958
H10	,95455	H30	-,53410
H29	,84530	H28	-,75542
H34	,68572	H27	-,79196
H14	,48363	H23	-,84065
H24	,17463	H21	-,86123
H18	,02529	H15	-1,02456
H11	-,04394	H16	-1,41285
H6	-,06237	H19	-1,76582
H8	-,06543		

**Tabla 38. Puntuaciones obtenidas por cada hospital en la componente II**

# Discusión

En consonancia con las hipótesis y objetivos formulados, la discusión la vamos a realizar en dos partes bien diferenciadas, en primer lugar abordaremos lo relacionado con la validez, factibilidad, viabilidad y utilidad del modelo confeccionado para evaluar la seguridad de los cuidados prestados en centros hospitalarios y posteriormente, nos ocuparemos de la discusión de los resultados obtenidos en el estudio de campo.

## ***Validez, fiabilidad, viabilidad y utilidad del modelo propuesto para evaluar la seguridad de los cuidados prestados en centros hospitalarios***

En cuanto a la fiabilidad del modelo, si hablamos de los cuestionarios utilizados para medir los indicadores relativos a la satisfacción de los pacientes y a la satisfacción de los profesionales, tenemos que en un análisis de la fiabilidad inter-observador y la fiabilidad test-retest, el índice de concordancia general fue superior al 95% en todos los casos. En una evaluación de la consistencia interna de los ítems, el alfa de Cronbach se situó entre 0,65 y 0,79, lo que indica una buena fiabilidad.

En cuanto al resto de indicadores del modelo, si evaluamos la fiabilidad inter-observador encontramos que existen discrepancias entre la evaluación interna y externa. Esto pudo ser debido a que las personas que realizaron la autoevaluación no estaban familiarizadas con el modelo ni con la definición de las variables que se evaluaban. Es importante señalar que cuando fueron visitados para la evaluación externa, y conocieron mejor la definición de los estándares e indicadores del modelo, quedó claro el sentido que debería tener cada uno de los estándares e indicadores del modelo. Por este motivo y aunque mostramos los resultados originales de la fase de autoevaluación, el trabajo que hemos desarrollado lo hemos sustentado en los datos obtenidos externamente. Además, los datos de la evaluación externa han sido obtenidos por una misma persona, con lo que no solo se garantizaba la homogeneidad en la recogida, sino que además conocía perfectamente el modelo SENECA y disponía de formación específica para la realización de este tipo de evaluaciones. Por estos motivos el equipo investigador no considera que dichas discrepancias disminuyan la fiabilidad del modelo. Además, esta problemática no se dio en el pilotaje del modelo donde evaluadores internos y externos disponían de la misma información y formación.

En cuanto a la validez de contenido queremos resaltar, que todos los estándares e indicadores que la literatura científica considera que deben ser tenidos en cuenta si hablamos en términos de seguridad de los cuidados de los

pacientes, están incluidos en el modelo <sup>21</sup>. Además, la metodología utilizada para la construcción del modelo y el número de panelistas y expertos revisores que han participado, avalan los contenidos del mismo.

La validez de constructo se ha analizado a través de un Análisis de Componentes Principales. Podemos decir que en los cuestionarios de satisfacción de pacientes las componentes que explican la mayor parte de la varianza (>45%) son los relativos a la “Información o Comunicación” y a la “Seguridad” y en la encuesta de satisfacción de profesionales las componentes “Formación” y “Entorno de trabajo” explican más del 40% de la varianza.

Con respecto al resto del modelo las 2 primeras componentes “Hospitales facilitadores” y “Hospitales menos facilitadores” explican casi el 50% de la varianza.

Por lo tanto, la concordancia de todas las propuestas revisadas y citadas con nuestro modelo de estándares e indicadores para medir la seguridad de los cuidados, y las pruebas estadísticas a las que han sido sometidos los cuestionarios de percepción y el propio modelo, nos indica que presentamos una herramienta válida y fiable.

De cualquiera de las formas, no podemos olvidar las limitaciones de este tipo de herramientas. Los estándares e indicadores no están exentos de problemas. Detectan problemas en los pacientes pero éstos no necesariamente indican que los mismos sean debidos exclusivamente a déficit de seguridad y calidad. Además, si no son construidos con precisión, cuentan con importantes limitaciones metodológicas<sup>22</sup>, (relacionadas con la incorporación de datos, en los ajustes de riesgos y en la propia presentación de resultados) que los hacen, en algunos casos, difíciles de interpretar y en demasiados casos fáciles de malinterpretar. Según Peiró<sup>23</sup> (2004) “no se trata de desmontar los indicadores de calidad o seguridad, ya que estos son un instrumento muy importante”.

Lo que sí sería necesario es una apuesta mucho más decidida por la seguridad de los pacientes, ya que la medición y análisis de los estándares e indicadores deben situarse en el lugar donde se presta la asistencia, donde se produce el contacto con los pacientes, donde se realizan los procesos y flujos de trabajo, en definitiva donde se obtienen los resultados de salud. Es en ese lugar donde los indicadores captarían mejor los diferentes sucesos y eventos adversos que se producen.

Muchos de los errores metodológicos que hemos analizado anteriormente, se resolverían si fuesen los profesionales, apoyados por los equipos directivos, los que se implicaran en la mejora de los sistemas de información, los que consensuaran cuáles son los indicadores importantes para la seguridad de los pacientes en sus servicios, analizaran la información del indicador, sus sesgos, la utilidad y las

---

21.- Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. 2006

22.- Saturno P. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. Rev Calidad Asistencial 2004; 19:407-15

23.- Peiró S. Los indicadores deben bajar a las trincheras. Rev Calidad asistencial 2004; 19:361-362

oportunidades de mejora. En definitiva, incorporaran esta metodología de trabajo a su quehacer clínico habitual.

Otra limitación que queremos resaltar es que, como es lógico en este tipo de modelos de gestión de la seguridad, la evidencia científica en algunos casos no está disponible. Por lo tanto, queda abierta la posibilidad de profundizar en multitud de líneas de investigación, en el sentido del trabajo que hemos desarrollado, que puedan demostrar la relación entre aptitudes y actitudes en la gestión y resultados en seguridad de pacientes.

En relación con su viabilidad y factibilidad, el modelo fue pilotado en cinco hospitales y se ha realizado el estudio de campo en otros treinta y tres, sin que se hayan presentado problemas relacionados con su aplicabilidad.

Por último, y en relación con su utilidad, el modelo identifica multitud de situaciones relacionadas con la seguridad del paciente que podrían ser consideradas deficitarias o susceptibles de mejora, por lo tanto es posible afirmar que nos encontramos ante una herramienta de enorme utilidad. Estos aspectos se pondrán de manifiesto, en la segunda parte de la discusión donde abordaremos los resultados obtenidos en el estudio de campo, y al final del informe donde intentaremos realizar una síntesis a modo de conclusiones finales.

### ***Discusión de los resultados obtenidos al realizar el estudio de campo en 33 hospitales del Sistema Nacional de Salud***

En términos generales, todos los estándares e indicadores que componen el modelo pueden ser medidos sin grandes dificultades.

Los estándares dicotómicos, que en su mayoría pertenecen a los criterios facilitadores, son mucho más claros y fáciles de medir. El hecho de ser estándares donde las opciones son, se cumple o no se cumple, facilita su medición. Basta con identificar alguna evidencia que así lo avale, para disponer de sus resultados.

Los indicadores de resultados que hacen referencia a pacientes y profesionales se pueden obtener fácilmente con los cuestionarios diseñados, con la única salvedad que son datos de percepción. Es curioso que en algunos de ellos, que también fueron medidos por otras fuentes, se observan discrepancias en sus resultados.

Los indicadores clave relacionados con caídas, flebitis, lesiones por presión, etc. tienen ciertas peculiaridades que hacen que sus resultados deban ser analizados con cautela. En primer lugar, si los datos se obtienen de los propios centros, la comparación es difícil de realizar, ya que cada hospital puede tener diseñados estudios completamente distintos para su captación. Observamos, que algunos centros realizan estudios de prevalencia puntual, acumulada, incidencias, etc. y por lo tanto los datos pueden no ser comparables. En segundo lugar, dependiendo de la calidad del sistema de información y de los propios registros, los datos



pueden aumentar o disminuir sin que estén relacionadas con un mayor o menor aumento del fenómeno estudiado. En tercer lugar, incluso cuando se testan por Historias Clínicas, como los que presentamos en este informe, dependen mucho de la actitud del profesional a la hora de registrar y dejar constancia de los hechos. Además, en la mayoría de los casos es la calidad de los registros la que permite identificar, no solo si el suceso se produjo, si no también si produjo un efecto adverso, el tipo de daños y cuales fueron sus consecuencias. En relación con este tema, nosotros hemos atendido a la definición de términos que propone la OMS<sup>24</sup>.  
Tabla 39.

Igualmente, existen indicadores de resultados clave donde no se han encontrado prácticamente ningún caso, por ejemplo, el indicador de pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos, pacientes sometidos a cirugía errónea o pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas.

Este hecho pudo ser debido a que verdaderamente el suceso no se dio en ningún historial de pacientes revisados o por el contrario que el suceso no fue registrado.

En general, es un hecho bien conocido que los sucesos y eventos adversos siguen la regla descrita gráficamente como “fenómeno iceberg”, en el que la parte visible no representa mas que una pequeña porción del total.

A continuación nos centraremos en la discusión específica de los resultados encontrados en los diferentes estándares e indicadores que componen los nueve criterios del modelo.

## Discusión criterio 1. Liderazgo

En relación con los estándares de liderazgo, se observa un altísimo cumplimiento en la implicación de los líderes en las estructuras relacionadas con la seguridad del paciente (LI05). Igualmente, en la mayoría de los centros estudiados, la inclusión en el modelo de cuidados de aspectos relacionados con la seguridad del paciente (LI02) y la implicación de los líderes en las actividades de mejora relacionadas con la seguridad (LI04) se observa altos niveles de cumplimientos. También se destaca un cumplimiento alto, aunque menor que los anteriores, en el estándar relacionado con la transmisión de los líderes de la cultura de seguridad (LI03).

Por el contrario, el reconocimiento de los líderes hacia los profesionales que se implican en temas de seguridad (LI10) es el estándar que menos se cumple de todos los del criterio de liderazgo. Como puede observarse en el apartado de resultados este estándar no se cumple en más del 70 % de los hospitales estudiados. Además, no se cumple en una proporción mucho mayor en hospitales de 200 a 499 camas.

---

24.- Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente. OMS. Junio. 2007

Para Conger<sup>25</sup>, difícilmente los líderes obtendrán los mejores resultados de los profesionales si estos no son informados, convencidos y tenidos en cuenta a la hora de fijar objetivos.

Existen estándares de liderazgo relacionados con si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad (LI08) o sobre si en la misión, visión y valores se contemplan aspectos de seguridad de pacientes, que no se cumplen prácticamente casi en la mitad de los hospitales en los que hemos realizado el estudio.

En palabras de Ayuso<sup>26</sup> “el líder debe crear un ambiente positivo donde el grupo conozca la misión y los objetivos y debe ocuparse del reconocimiento de los profesionales que dependen de él”. Los líderes, según la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), son los equipos de dirección y los mandos intermedios de la organización.

Estudios publicados en la literatura científica<sup>27,28</sup> relacionados con la información de los profesionales y el reconocimiento son concordantes con los datos que hemos obtenidos en nuestro estudio.

Según Ayuso<sup>29</sup> el líder debe poseer buenos conocimientos en su disciplina, capacidad para motivar, ser inspirador de confianza, saber comunicar y capacidad para la toma de decisiones.

Los estudios realizados en nuestro país relacionados con estos indicadores<sup>30</sup> refieren que el estilo de dirección debería dirigirse a aumentar la delegación, promover la comunicación con los diferentes estamentos y aumentar el reconocimiento y la autonomía de los profesionales.

Para finalizar, Ruiz y Carrasco<sup>31</sup> ponen de manifiesto lo esencial que resulta la influencia de los líderes en la gestión de la seguridad de pacientes. Por otra parte, la Joint Commission ha calificado el liderazgo como una de las causas raíz del 50 % de los sucesos centinelas analizados en EE.UU.<sup>32</sup>.

---

25. Conger JA. The necessary art of persuasion. Harvard Business Review 1998; 7: 84-95.

26. Ayuso D. Habilidades directivas. En: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Díaz de Santos. 2006

27. Plaza G. Motivación y política de incentivos para médicos dedicados a la atención hospitalaria del sistema nacional de salud: opinión de un grupo de expertos. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:739-744

28. Ignacio E, Córdoba JM. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. Todo hospital 1991; 141: 7-12

29. Ayuso D. Habilidades directivas. En: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Díaz de Santos. 2006

30. Carrasco G. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 649-650

31.- Ruiz P, Carrasco I. Liderazgo en la seguridad del paciente. Rev Cal Asist. 2010; 25(2):55-57.

32.- The Joint Commission: Improving America's hospitals: The joint commissions reports on quality and safety. 2007. Sentinel event root cause and trend data sections. 45-48.

## Discusión criterio 2. Política y Estrategia

En el criterio de Política y Estrategia destaca el nivel de cumplimiento relacionado con el pacto de objetivos de seguridad con los profesionales de los diferentes servicios (PO08). Este estándar se cumple en casi todos los hospitales. En menor medida pero también con un cumplimiento que supera el 63 % de los hospitales, se encuentra el estándar que hace referencia a disponer de una estructura organizativa que regula los temas de seguridad de pacientes (PO04).

El estándar relacionado con la identificación de expectativas y necesidades de los grupos de interés en relación con la seguridad de los pacientes (PO01) no se cumple en casi ningún hospital, siendo además, el estándar que menos se cumple de este grupo. Tal como refiere Finkler y Ward<sup>33</sup> la identificación de las necesidades de los clientes y su posterior planificación estratégica es fundamental para el proceso de gestión de la organización. Con este proceso lo que se pretende es anticiparse a los futuros problemas, planteando soluciones.

Los estándares sobre la inclusión de los indicadores de riesgo en el cuadro de mando (PO02), sobre comparación de indicadores de seguridad con otros centros (PO03) o sobre programas que garanticen entornos seguros (PO06) tampoco se cumplen en la mayoría de los centros.

En general, si excluimos los estándares PO08 y PO04 anteriormente comentados, todos los del grupo de política y estrategia se incumplen en más de la mitad de los centros estudiados. No existen diferencias dignas de mención en relación al tamaño de los hospitales.

Monge<sup>34</sup> realizó una revisión de la planificación estratégica en hospitales Americanos, a la pregunta si se realizaba planificación estratégica en los hospitales, la respuesta fue positiva en sólo un 26% de ellos. El resto se limita a la confección de presupuestos económicos sobre propuestas de gastos. Esta afirmación puede trasladarse a la dinámica de gestión de los centros españoles,<sup>35, 36, 37</sup> ya que como puede apreciarse por los contratos de gestión la mayoría de los indicadores hacen mas referencia a indicadores de actividad que a estándares e indicadores de seguridad de pacientes.

---

33. Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for Health care organizations (second editions). Ed. Aspen Publisher, Inc. Gaithersburg. 1999. Maryland. USA.

34. Monge P. Planificación estratégica en los hospitales de EEUU. Boletín económico de ICE nº 2742. 2002

35. <http://www.hrc.es/info/memoria2004>. Visita en junio de 2009

36. <http://www.hulp.es/html/hospital/Memoria>. . Visita en junio de 2009

37. [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/mem\\_actividad/](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/mem_actividad/). Visita en junio de 2008

### Discusión criterio 3. Personas

Con respecto a los estándares de personas, destaca el nivel de cumplimiento del estándar sobre si se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a programas de formación relacionado con la seguridad del paciente (PE03) ya que se cumple en casi todos los hospitales, siendo el estándar de este grupo con mayor nivel de cumplimiento. En cualquier caso, llama la atención que este estándar no es muy valorado por los profesionales cuando contestan sobre él en el cuestionario de percepción. A la pregunta si el centro garantiza y fomenta el acceso a este tipo de programas solo un 31.5 % afirma que siempre o casi siempre. De cualquiera de las formas, es cierto que los centros sanitarios disponen de programas de formación continuada en un tanto por ciento muy alto, pero tal como expone Sanz<sup>38</sup> no existen estudios definitivos que pongan de manifiesto las necesidades reales de formación que tienen los profesionales y su efectividad.

El estándar relacionado con el plan de acogida y la formación a profesionales de nueva incorporación que incluya información sobre los riesgos más frecuentes (PE03), no se cumple en más de la mitad de los hospitales e igualmente es percibido como deficiente por la mayoría de los profesionales encuestados.

Tampoco obtienen buenos resultados los estándares que hacen referencia a si se incluye en la evaluación del desempeño profesional aspectos de seguridad (PE05), si se fomenta la investigación en estos temas (PE07) y si se dispone de un sistema de reconocimiento profesional (PE09). Estos estándares tampoco se cumplen en más del 70 % de los hospitales. Los incumplimientos relacionados con el reconocimiento profesional (PE09) se hacen mas marcados en los hospitales grandes de más de 500 camas. Este resultado encontrado concuerda con la idea de que en los centros sanitarios de gran tamaño y muchos profesionales, el tema del reconocimiento es una asignatura pendiente.

En relación con el PE07 relacionado con el fomento de la investigación en temas de seguridad no se cumple en una proporción elevada. Está descrito que la atención sanitaria segura requiere aplicar procedimientos y prácticas con demostrada efectividad para reducir la aparición de fallos, errores y resultados adversos y también que se debe generar nuevos conocimientos sobre los factores que contribuyen a mejorar la seguridad del paciente. Son áreas fundamentales de investigación, estimar la magnitud y las características del riesgo clínico, comprender los factores que contribuyen a la aparición de resultados adversos, evaluar el impacto de los resultados adversos en el sistema sanitario e identificar soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención segura.

Para mejorar la investigación sobre la seguridad de pacientes es necesario mejores los sistemas de información y mejorar la formación y difusión de

---

38. Sanz J. Formación continuada: encrucijada difícil. Med Clin (Barc) 1998; 11: 496-498.

experiencias y de los resultados de los proyectos<sup>39</sup>.

En general, los estándares que hacen referencia al criterio de personas son muy mal valorados y sus niveles de incumplimientos, a excepción del PE03, son muy altos.

#### Discusión criterio 4. Alianzas y Recursos

En relación a los estándares de alianzas y recursos, destaca el nivel de cumplimiento de los estándares sobre políticas de compras adecuadas (AR02), la disposición de un plan de seguridad para el edificio (AR03) y la revisión sistemática de los carros de paradas (AR04) ya que se cumplen en la mayoría de los centros, concretamente en más de un 80 %.

En todos los centros grandes de más de 500 camas se cumple el estándar AR02 sobre compras centralizadas y adecuadas.

Sin embargo, los estándares relacionados con el mobiliario de seguridad (AR05), sobre la existencia de dispensadores de solución hidroalcohólica (AR06), el control de caducidades (AR07), la correcta identificación de pacientes (AR08) y la implantación de protocolos para el manejo seguro de materiales y aparatos (AR09) presentan un amplio espacio de mejora ya que se observan incumplimientos en un tercio de los 33 hospitales estudiados.

#### Discusión criterio 5. Procesos

En relación a los estándares de procesos y pese a estar descrito en la literatura científica las innumerables ventajas de la utilización de protocolos clínicos, salvo algunas excepciones que comentaremos a continuación, los estándares del grupo de procesos, no se cumplen en una proporción alta. Esto puede deberse a las exigencias que el modelo requiere para este criterio. Conviene recordar que para que cualquier estándar de este grupo se de por cumplido debe existir el protocolo en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales y además un sistema que evalúe su implantación. De la evaluación externa realizada se desprende, que la evidencia relacionada con la evaluación de la implantación, no estaba disponible en la mayoría de los casos.

En cualquier caso, el estándar referido a la implantación de un protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión (PR11) y la implantación de un sistema para la trazabilidad de la sangre y los hemoderivados son los únicos que se cumplen en más del 75 % de los centros.

Los estándares de procesos relacionado con la acogida del paciente (PR01), tener implantado un sistema de notificación de eventos adversos (PR03), protocolo de pacientes paliativos (PR04), procedimiento de información al paciente (PR05), calidad de las historias clínicas (PR06), medicación de alto riesgo (PR07), manejo del

---

39. Aibar-Remón C, Aranz-Andrés JM, García-Montero JI, Mareca-Doñate R La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 3):12-7.

paciente con dolor (PR08), protocolo de contención mecánica (PR09), la seguridad del paciente quirúrgico y procedimientos invasivos (PR014), implantación de un protocolo para situaciones emergentes graves (PR15), proceso de alergias de los pacientes (PR18) y disponer de un protocolo de identificación y conciliación de la medicación (PR19) no se cumplen en más de dos tercios de los hospitales en los que hemos realizado el estudio. El estándar de este grupo que menos se cumple, es el relacionado con disponer de un procedimiento para la información a pacientes y familiares implicados en los cuidados sobre posibles riesgos sanitarios.

Entre las ventajas a las que anteriormente hacíamos referencia destacamos que los protocolos dotan a los profesionales sanitarios de una normalización elegida por ellos mismos, aseguran que las actividades se ejecutan con semejanzas y uniformidad y en concordancia con el conocimiento científico, reducen la incertidumbre y acelera la toma de decisiones<sup>40</sup>. A pesar de ellos y como hemos comentado los resultados no son los adecuados para garantizar la seguridad de los cuidados a los pacientes.

En relación con el procedimiento de implantación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil (PR03) se acaba de publicar en la revista British Medical Journal (BMJ), que la notificación de incidentes es obligatoria en Inglaterra a partir del mes del abril de 2010. De esta forma se pone fin a un sistema de notificación basado en la declaración voluntaria. Esta nueva normativa afecta, en una primera fase, a más de 400 instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra, incluyendo hospitales, centros de salud, servicios de salud mental y servicios de transporte sanitario. A partir de finales de este año se incorporarán paulatinamente otros tipos de centros sanitarios, como los centros sanitarios privados y los encargados de la atención dental. En la actualidad se sigue debatiendo si la notificación de incidentes debe ser voluntaria u obligatoria. La experiencia inglesa ofrecerá una valiosa información en la que basarse para elegir el tipo de sistema más adecuado<sup>41</sup>.

Otro procedimiento importantísimo y que podríamos catalogar de sencillo, como es el lavado de mano (PR 13) no se cumple en casi la mitad de los hospitales. De todos es sabido actualmente, que la higiene de las manos es la medida más efectiva para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. La Joint Commission<sup>42</sup> ha publicado un informe que identifica estrategias para medir el cumplimiento con la higiene de las manos en los centros sanitarios.

Las infecciones relacionadas con la atención son aquellas que se adquieren

---

40. Varo J. Normalización del proceso asistencial. En: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Díaz de Santos. 1994.

41. Wise J. Reporting patient safety incidents to be mandatory for English trusts from April 2010. BMJ. 2009; 339: b5425.

42. Joint Commission. Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges. [monografía en Internet]. USA; 2009. [Actualizado el 6 de enero de 2010. Citado el 5 de Febrero de 2010]. Disponible en: [http://www.jointcommission.org/PatientSafety/InfectionControl/hh\\_monograph.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/InfectionControl/hh_monograph.htm)

en algún momento durante la atención en el sistema sanitario. Su vía más frecuente de transmisión es por contacto a través de las manos de los profesionales sanitarios. Constituyen un problema de salud pública y su control representa un reto para la medicina moderna.

La higiene de las manos pretende reducir el número de microorganismos presentes en la piel de las manos. Conviene aclarar, que cuando se realiza con agua y jabón se conoce como “lavado de las manos”, mientras que cuando se realiza con un preparado de base alcohólica o con un jabón antiséptico se denomina “desinfección de las manos”.

La higiene de las manos se considera la forma más sencilla y eficaz para prevenir la transmisión de microorganismos a través del contacto y es una parte fundamental de las estrategias para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Las instituciones sanitarias deben medir de forma adecuada el cumplimiento con esta simple acción de higiene de manos. No obstante, como constata la Joint Commission y se pone de manifiesto en este estudio, su medición no es fácil y no se realiza de forma adecuada ni estandarizada en muchos centros sanitarios.

Hasta aquí, la discusión de los estándares que hacen referencia a los cinco criterios facilitadores.

Según el modelo EFQM, estos estándares son los que sitúan a las organizaciones en una posición óptima para obtener buenos resultados. En nuestro caso, estos serían los estándares que situarían a los hospitales en condiciones para obtener mejores resultados en la seguridad de los cuidados de los pacientes.

## Discusión criterio 6. Resultados en los pacientes

En relación con la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los cuidados en el hospital, en términos generales es muy buena y los pacientes encuestados valoran positivamente la mayoría de los indicadores que les han sido preguntados.

En cualquier caso, el primer indicador de este grupo, sobre la correcta identificación del paciente (PA01), que se medía mediante la observación directa y se comprobaba si disponían de algún sistema de identificación, no se cumple en muchos centros, concretamente en el 36 % de los estudiados.

De la revisión bibliográfica efectuada sobre el tema<sup>43</sup>, se pone de manifiesto que la identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de error en la asistencia sanitaria y constituye un riesgo para la seguridad de los pacientes.

Hemos revisado los estudios realizados en Cataluña en relación con los sistemas de identificación de pacientes (SIP) en hospitales de agudos<sup>44</sup>. Existen

43. National Patient Safety Agency. Safer practice notice. Standardising wristbands improves patient safety. London: NPSA, 2007. <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/wristbands/>

44. Sobregues J. Facilitar la implantación de sistemas de identificación inequívoca de los pacientes

diferentes SIP, pero la pulsera identificativa es la más utilizada en nuestro entorno (96,7%). Los datos que lleva (por orden de frecuencia) son: el nombre del paciente, número de HC, fecha de nacimiento, sexo, servicio y otros (fecha de ingreso, domicilio, teléfono, centro de procedencia, etc.).

En concordancia con nuestra propuesta, la existencia de un protocolo estándar y específico para el uso del SIP en cada centro es un aspecto fundamental para garantizar la eficacia. En dos años se ha observado un aumento del número de estos protocolos en los hospitales y se ha pasado del 66% al 71,7%. Estos datos de hospitales Catalanes apoyan y son concordantes con los datos que hemos encontrados para el conjunto de hospitales estudiados.

Este protocolo recoge situaciones en las que la pulsera mejora la seguridad del paciente, como son la administración de medicación, obtener muestras de sangre/ fluidos corporales, realizar transfusiones, realizar intervenciones quirúrgicas/ procedimientos invasivos, diagnósticos de imagen, confirmación de éxitus, traslados del paciente e identificación madre-hijo. Como puede apreciarse todos estos aspectos de mejora de la seguridad también se han tenido en cuenta en la elaboración del modelo de seguridad que proponemos.

Es cierto, que la mitad de los centros que utilizan la pulsera identificativa reportan algún tipo de problema con su utilización. Los más habituales están relacionados con la calidad del material utilizado (resistencia al agua y durabilidad), incomodidad para el paciente (materiales rígidos) y dificultad para la práctica de procedimientos sanitarios en la zona de la pulsera (extracciones, vías, intervenciones, etc.).

La correcta acogida del paciente al ingreso (PA02) y la percepción de entornos accesibles y seguros (PE03) son referidas de manera mayoritaria por los pacientes, concretamente por más del 80 % de los encuestados. Igualmente, la percepción de seguridad que tienen los pacientes (PA04) es muy alta. En una escala de 0 a 10, el nivel de seguridad lo sitúan por encima del 8 de media.

Es destacable la percepción que tienen los pacientes sobre trato correcto y empático (PA05). La inmensa mayoría lo refieren como adecuado o muy adecuado. La misma opinión positiva refieren los pacientes, sobre la información sobre el tratamiento farmacológico (PA07), sobre la correcta información sobre intervenciones, cuidados o pruebas (PA08) y la información al alta (PA09). Las conclusiones del estudio publicado por Mira<sup>45</sup> ponen de manifiesto que las experiencias positivas de los pacientes en relación con el trato y la empatía son los aspectos más valorados por pacientes y familiares y que por lo tanto representa uno de los predictores de satisfacción y de percepción de seguridad más importante. En

---

ingresados en los centros hospitalarios. Fundación Avedis Donabedian. <http://www.seguretatpatient.org/cms/>

45. Mira JJ, Rodríguez J, Peset R, Ibarra J, Pérez-Jover V, Palazón I y LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2002;17:273-83



el caso de nuestro estudio, el trato se relaciona directamente con la percepción de seguridad que tiene el paciente.

Lo peor valorado de todos los indicadores de percepción de pacientes es el relacionado sobre sus posibilidades de participación en las decisiones (PA06). No lo refieren adecuados más de un tercio de los pacientes encuestados.

El Instituto Picker<sup>46</sup> lideró, hace dos años, un estudio en ocho países de la Unión Europea para dibujar el perfil del futuro paciente. Los resultados de este estudio ponen en evidencia que los ciudadanos europeos esperan un cambio en la forma de relacionarse con el sistema sanitario de sus respectivos países y con sus profesionales. Desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud y, para ello, requieren mayor información.

Otra cuestión básica que influye decididamente en la calidad y la seguridad son los estilos de práctica de los profesionales. Dentro de estos estilos se sabe que aquel que es más participativo, que promueve al paciente para que pregunte, para que manifieste sus dudas o temores, capacitará al paciente para afrontar su proceso y conocer mejor su enfermedad<sup>47</sup>.

La información que suministran los indicadores de trato y de información es sumamente importante, ya que tener estos aspectos cubiertos en los pacientes, está íntimamente relacionado, con un mejor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de los mismos<sup>48</sup>.

Estudios publicados en la literatura española<sup>49</sup> destacan que los pacientes priorizan y valoran de manera significativa, que los profesionales les hablen claro y que les informen con palabras que entiendan.

Por últimos, los resultados sobre los pacientes que perciben adecuados y seguros los transportes sanitarios, el 68.4% los considera positivos.

Como puede apreciarse, en términos generales, los indicadores de percepción de seguridad de pacientes son altamente valorados.

---

46. Coulter A, Magee H. The european patient of the future. Mc Graw Hill Educations. Open University Press. 2003

47. Siminoff LA, Ravdin S, Colabianchi N, Sturm CsS. Doctor-patient communications patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health expectations* 2000;3:26-36

48. Dimatteo MR. Physicians characteristics influence patines adherente to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychol* 1999;12:93-102.

49. Mira JJ, Rodríguez J, Peset R, Ibarra J, Pérez-Jover V, Palazón I y LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:273-83

## Discusión criterio 7. Resultados en los profesionales

La percepción de los profesionales sobre los diferentes indicadores que contribuyen a la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios no es bien valorada.

En relación con la satisfacción de los profesionales con la formación recibida en materia de seguridad (RP02) más de la mitad de los profesionales la encuentra indiferente o está insatisfecho con ella. Este aspecto ha sido discutido en los estándares de personas y por lo tanto no vamos a incidir en ello.

Si discutimos los datos relacionados con la carga de trabajo que soportan para el cuidado de los pacientes (RP03), la mayoría de los profesionales la consideran alta o muy alta.

Hemos revisado los innumerables artículos publicados en la literatura científica relacionado con la carga de trabajo y los ratios de enfermeras/os en los hospitales. En la mayoría de ello se describen situaciones que confirman la percepción que los profesionales han manifestado en nuestro estudio.

Solo vamos a referenciar el mas reciente, donde el Consejo General de Enfermería Español<sup>50</sup> concluye diciendo que los bajos niveles de dotación de personal y las cargas de trabajo, cada vez mayores, son una amenaza para la prestación de cuidados de calidad a los pacientes.

El indicador que hace referencia a la percepción que tienen los profesionales sobre el reconocimiento profesional es muy bajo. Este aspecto también ha quedado ampliamente debatido en los estándares de liderazgo y personas.

Mejoran los resultados cuando se les pregunta sobre la existencia de sistemas de notificación de eventos adversos (RP06) ya que la mayoría de los profesionales los conoce y se consideran adecuados (RP07) por algo más de la mitad de los profesionales.

El indicador que hace referencia a la rotación de profesionales (RP08) es considerado alto o muy alto por más de una cuarta parte de los profesionales encuestados y el absentismo (RP09) es valorado como alto o muy alto por una pequeña parte de los encuestados.

Es de destacar que los profesionales valoran el grado de seguridad de los pacientes por debajo de cómo lo hacen los propios pacientes. En la escala de 0 a 10 que se les adjuntaba en los cuestionarios, la opinión de los profesionales es casi dos puntos mas baja que la de los pacientes. Este hecho puede deberse a la asimetría de información y conocimientos que existe entre los profesionales y los pacientes.

---

50. <http://www.cge.enfermundi.com/>. 2010.

## Discusión criterio 8. Resultados en la sociedad

Los indicadores del criterio 8 que hacen referencia a resultados en la sociedad, no aportan en general una información demasiado concluyente. Esto es debido a que algunos de ellos monitorizan número de actuaciones y lógicamente la dispersión hace que la interpretación sea poco precisa. En cualquier caso, en relación a las actividades de seguridad que desarrolla el centro (RS01), se observan hospitales que no realizan ninguna. El indicador que hace referencia a la participación de profesionales externos en comisiones de seguridad (RS02) oscila entre 6.6 y el 28.5%.

De la misma forma hay centros que no han obtenido durante el último año ningún premio, certificación o distinción en relación con la seguridad del paciente (RS03).

El indicador sobre la implantación de un protocolo de impacto medioambiental (RS04) no se cumple en más de la mitad de los hospitales.

Es igualmente significativo que solo el 2.3% (IC 1.6-3.0) de los pacientes entrevistados manifiesten que han presentado reclamaciones por problemas de seguridad en los cuidados (RS06).

Es un hecho bien conocido que las reclamaciones siguen la regla descrita gráficamente como “fenómeno iceberg”, en el que la parte visible no representa mas que una pequeña porción del total.

Algunos autores llegan a afirmar que solamente reclaman el 4 % del total de pacientes que han tenido algún problema<sup>51, 52</sup>.

Los motivos por los cuales los pacientes y las familias presentan pocas reclamaciones podrían estar ocasionados por la escasa tendencia de estos a exponer por escrito el problema, las dificultades estructurales para hacerlo, la desconfianza de que el procedimiento vaya a servir para algo e incluso en algunos casos, el temor a las represalias<sup>53</sup>. Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, las quejas y reclamaciones detectadas en los centros sanitarios estudiados están en consonancia con las descritas en la literatura científica<sup>54</sup>.

Otros estudios realizados entre los usuarios del hospital “Dr. Peset” de Valencia<sup>55</sup> relatan que las reclamaciones fueron motivadas en un 29 % por la lista de espera, un 26% por las demoras en los servicios y un 10% por el trato recibido.

---

51. Horovitz J. La calidad del servicio. A la conquista del cliente. Madrid: Mc Graw-Hill, 1991.

52. Detrie P. Como ganar clientes. Guía práctica de la calidad total. Madrid: Paraninfo, 1994.

53. Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:29-34.

54. González M. Prat A, Matiz MC, Careño JN y Adell C. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:700-704.

55. Bautista D, Tenías JM, Pérez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el hospital “Dr. Peset” de Valencia. Rev Calidad Asistencial 1996; 11: 108-112.

## Discusión criterio 9. Resultados clave

En general, el indicador que hace referencia a pacientes que desarrollan eventos adversos relacionados con los cuidados nos informa que el 9.2% de los pacientes ingresados desarrollan algún evento adversos de los definidos por este indicador.

Como ha sido explicado en el apartado de método de este informe, estos datos han sido obtenidos por la revisión externa de una muestra de 1344 Historias clínicas de treinta y tres hospitales del sistema Nacional de Salud. Con ello queremos resaltar que es posible que los datos puedan alcanzar mayores niveles, ya que lógicamente, solo hemos detectados aquellos que de forma clara han sido registrados. Esta explicación es aplicable a la mayoría de los indicadores clave que se discuten en este informe.

El indicador que monitoriza el dolor de los pacientes (RC02) es altamente llamativo y pensamos que debe llevar a la reflexión de los profesionales en relación con este aspecto. El indicador, como puede apreciarse en el apartado de resultado, fue monitorizado por el propio paciente, autocumplimentando una escala de 0 (no dolor) a 10 (dolor máximo). Más del 50 % de los pacientes sitúan el dolor que han sufrido por encima del nivel 4, siendo precisamente 4.07 la media del indicador. Llama la atención que mas de un 20 % de los pacientes valoran el dolor por encima de la escala 7. Estos datos son coincidentes con estudios recientemente publicados en España<sup>56</sup> que establecen que 12-49% de los pacientes quirúrgicos manifiestan dolor durante su hospitalización. Otro estudio publicado por Padrol A<sup>57</sup> pone de manifiesto que el 61.4% de los pacientes estudiados referían dolor en las últimas 24 h.

El hospital H23 presenta una proporción de pacientes que refieren dolor muy por debajo de la media de los restantes hospitales, concretamente del 23.8%. Este hecho puede ser debido a que es un hospital que dispone de un procedimiento, implantado y evaluado para el manejo del dolor, además es un centro que valora sistemática con escala el dolor de los pacientes.

El dolor es un fenómeno inherente a la condición humana y su manejo tiene raíces históricas profundas dentro del campo de la salud y casi se podría decir que la ha acompañado desde sus mismos orígenes.

En la actualidad se han estudiado y se conocen, las consecuencias negativas tanto para el paciente como para los servicios de salud que se derivan de una inadecuada atención del dolor. Sin embargo, nos encontramos con falta de conocimientos en su manejo, y una falta de motivación para su tratamiento por parte de un número considerable de profesionales. Del manejo inadecuado del dolor se derivan problemas como: dolor patológico de larga duración (dolor

---

56. Ignacio E. Tesis doctoral. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales. Servicio de publicaciones. Universidad de Cádiz. 2007.

57. Padrol A, Pérez-Esquiva M, Olona M, Francesch A, Tomas I and Rull M. Study of pain prevalence in hospitalized patients. Rev Soc Esp Dolor 2007; 8: 555-5 6 1.

crónico); trastornos en el funcionamiento de los sistemas cardíaco, respiratorio, digestivo, inmunológico y endocrino.

No se puede olvidar que al controlar el dolor agudo se obtienen múltiples beneficios: mejoría de la función pulmonar postoperatoria, disminución de la estancia hospitalaria, disminución de la mortalidad, atenuación de la respuesta al estrés, mejor respuesta metabólica al trauma, mantenimiento de la inmunocompetencia, movilización temprana del paciente, con la consecuente disminución de la incidencia de complicaciones tromboembólicas, mayor economía del tratamiento global, etc.

Los datos que ofrece el indicador de dolor ponen de manifiesto que una cantidad considerable de pacientes, sufren dolor evitable durante su hospitalización. Estudios realizados por Cardona<sup>58</sup> ponen de manifiesto que aunque a todos los pacientes se les administró analgesia, más de la mitad (69.3%) sintieron dolor en el postoperatorio, esto demuestra que en muchos casos las terapias usadas no fueron exitosas para prevenir la aparición y en control del dolor. De estos resultados, surge el interrogante de por qué no son usados fármacos más eficaces como los del grupo de los opiáceos. Estos comentarios son avalados en el estudio que sobre esos aspectos realiza Medina<sup>59</sup>.

Como hemos comentado anteriormente, de nuestro estudio se puede deducir que los procedimientos de abordajes del dolor y su tratamiento presentan deficiencias importantes y necesitan la aplicación inmediata de estrategias de mejora.

El siguiente indicador, que hace referencia a las caídas de los pacientes (RC03), también observamos que en la mayoría de los centros donde realizamos el pilotaje, no existía un registro específico y tampoco era una práctica habitual que quedara reflejado en la Historia Clínica. Por este motivo, se decidió, igualmente, incluir una pregunta sobre este aspecto en el cuestionario de pacientes. Hemos obtenido unos datos que nos indican que 3.7 % de los pacientes sufren caídas. Este dato es muy superior a los que disponen los propios centros derivados de sus sistemas de notificación y registro.

De todas formas, las caídas de pacientes son el sexto evento más notificado de la base de datos de Sucesos Centinela de la Joint Commission<sup>60</sup>.

Es importante hacer hincapié en la importancia de este indicador de seguridad, ya que las caídas son causa destacada de muertes relacionadas con lesiones en personas mayores de 65 años<sup>61</sup>. La incidencia de caídas en residencias y hospitales

---

58. Elkin F. Cardona Duquei Martha Lucía Castaño Gaviriaii, Aida Mairé Builes Gutiérrezii, Gustavo Andrés Castro Torresii. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. Rev Col Anest 2003; 31:111.

59. Valoración Enfermera del Dolor Postoperatorio. Revista Metas de Enfermería 2000; 3:10– 16

60. Joint Commission. Sentinel Event Statistics - March 31, 2007 [online]. 2007 [accessed 16 August 2009]. Available from URL: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>.

61. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD000340. DOI: 10.1002/14651858.CD000340

es casi el triple que en las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad<sup>62</sup>.

Para este mismo indicador, y como puede observarse de los datos individuales de los 33 hospitales, se observan menor proporción de caídas en aquellos hospitales que tienen implantado y evaluado el protocolo de prevención de caídas. Además, hay hospitales con un 0 % de caídas, H1, H10, H14 y H16 que cumplen la condición antes mencionada.

El indicador de pacientes que desarrollan lesiones por presión (RC04) también identifica unas proporciones que pueden ser llamativas. El 8.6 % (IC 7.1-10.2) de los pacientes estudiados presentó este evento. Como puede apreciarse estos aspectos, que han sido estudiados por los profesionales de enfermería desde hace décadas, continúa siendo un tema que presenta oportunidades de abordaje y mejora.

Estos datos son concordante con los últimos estudios publicados, en el proyecto ENEAS<sup>63</sup> donde se pone de manifiesto que las lesiones por presión oscilan entre 3.02-7.04% y en el estudio IBEAS<sup>64</sup> donde este suceso alcanza un 7.2 % de los casos, revisándose nada menos que 11.426 pacientes.

Otros estudios recientemente publicados en España<sup>65,66</sup> establecen que la proporción de pacientes que desarrollan lesiones por presión en hospitales oscila entre 8-16%. El último estudio de grandes dimensiones publicado sobre el desarrollo de lesiones por presión en pacientes hospitalizados muestra que el 8.91 % la desarrollan<sup>67</sup>.

Para este mismo indicador de lesiones por presión, existen hospitales donde la proporción de pacientes con lesiones por presión son del 0%. Es obvio que estos datos, se deben al pequeño muestreo realizado o en su caso a que no quedan reflejadas en las historias clínicas de los pacientes. Es el caso de los hospitales H5, H7, H15 y H24.

Los efectos adversos relacionados con la contención física (RC05), las infecciones nosocomiales (RC08) o el deterioro cognitivos de los pacientes (RC18) encontrados, permiten identificar situaciones donde se podrían abordar estrategias de evaluación y mejora.

Hemos constatado en la literatura científica la importancia del indicador sobre el deterioro cognitivo de los pacientes y el protocolo sobre actuaciones para situaciones emergentes graves.

---

62. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD004441. DOI:10.1002. 14651858.CD004441.pub2.

63. Estudio nacional de eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005

64. Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS). 2007

65. Ignacio E. Tesis doctoral. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales. Universidad de Cádiz. 2007.

66. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, Mayán JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos*. 2006; 17(3):154-172.

67. Pancorbo PL, García FP, Soldevillas JJ, Blaco C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Documento técnico nº 11. Octubre 2009.

El desarrollo de complicaciones no detectadas durante la hospitalización es la causa principal de mortalidad evitable en los hospitales<sup>68</sup>. Las investigaciones muestran que una alta proporción de sucesos críticos en pacientes hospitalizados están precedidos por signos de alerta, en un promedio de 6 a 8 horas, y que el 78% de las paradas cardíacas que ocurren fuera de las áreas de cuidados críticos son potencialmente evitables<sup>69</sup>.

El incremento de la complejidad de la atención médica y quirúrgica, el envejecimiento de la población y el acortamiento de las estancias se añaden a los riesgos de que la situación del paciente se agrave en el hospital y precise un mayor nivel de cuidados<sup>70</sup>. El deterioro clínico puede ocurrir en cualquier momento de la enfermedad del paciente, o del proceso de atención, pero los pacientes son especialmente vulnerables al comienzo de una enfermedad, durante el procedimiento médico o quirúrgico, y durante la recuperación de una enfermedad crítica<sup>71</sup>. La monitorización cuidadosa de los cambios en el estado fisiológico y otras medidas permiten identificar pacientes vulnerables antes de que ocurran eventos serios. La identificación temprana es importante para reducir la mortalidad y morbilidad evitables, y para evitar la prolongación de las estancias y los costes sanitarios asociados<sup>72</sup>.

En relación con el indicador de infecciones nosocomiales, los datos de nuestro estudio están en consonancia con los estudios sistemáticos que se publican anualmente en el proyecto EPINE. Este indicador también ha sido discutido cuando hemos abordado el proceso de lavado de manos.

Según la OMS<sup>73</sup> las infecciones nosocomiales siguen siendo un problema relevante en los hospitales españoles, a pesar de los buenos niveles de control conseguidos y de la elevada concienciación del personal sanitario. Esto se debe a múltiples factores como el aumento en la complejidad de las intervenciones realizadas, en la realización de procedimientos invasivos, y la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos.

Las infecciones nosocomiales constituyen actualmente una causa importante de morbilidad y mortalidad en nuestros centros hospitalarios. Se estima que del 5 al 15% de los pacientes que ingresan en un hospital adquieren una infección nosocomial<sup>74</sup>. Los

---

68. Kremsdorf R. Failure to Rescue and Errors of Omission. Patient Safety and Quality Healthcare. July/August 2005. (<http://www.psqh.com/julaug05/ails.html> , accessed 3 July 2009).

69. Joint Commission Resources, Book Excerpt: Good Practices for Medical Emergency Teams. Joint Commission Resources, 2005 (<http://www.jcpatientsafety.org/15439/> , accessed 3 July 2009).

70. Buist MD, et al. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. *BMJ*. 2002 February 16; 324(7334): 387–390

71. National Health Service, National Institute for Health and Clinical Excellence. Acutely Ill Patients in Hospital: Full guideline, draft for consultation, 4 April 2007 (<http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=421645> accessed 3 July 2009).

72. McQuillan P, et al. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. *BMJ* 1998;316:1853-1858.

73. <http://www.who.int/es/>. Visitada en Agosto de 2009.

74. Proyecto EPINE. <http://mpsp.org/mpsp/epine/menu.htm>. Visitada en Agosto de 2009.

resultados obtenidos por nosotros en el estudio concuerdan con los datos referenciados anteriormente.

El desarrollo de infecciones nosocomiales incide en la mortalidad, la cual es variable dependiendo del tipo de infección, pero puede ser superior al 25% en casos de bacteriemias o neumonías. Además, una infección nosocomial requiere una media de 5-10 días de hospitalización adicional, lo que supone un aumento considerable de los costes.

En nuestro estudio y como abordaremos en la parte final de la discusión, se observan correlaciones significativas entre el cumplimiento de estándares de liderazgo y política y estrategia y una disminución en las infecciones nosocomiales de los hospitales.

Otro indicador especialmente llamativo es el desarrollo de flebitis postcaterización. Es cierto, que la mayoría de las encontradas eran extravasaciones, pero se ha detectado que más del 25 % de los pacientes las sufren. De la revisión de la literatura científica se deduce que se desarrollan todavía en proporciones mayores. Concretamente, el estudio publicado por el servicio de cardiología hospital Santa Creu i San Pau de Barcelona, en pacientes portadores de catéteres venosos periféricos, las flebitis ascienden al 48.98%<sup>75</sup>.

Otros indicadores que se han monitorizado preguntándoles a los propios pacientes, son los que hacen referencia a suspensiones de intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas (RC15). En los dos casos, se observan suspensiones que oscilan del 4-7 % y que también podrían ser susceptibles de estudio. Estas suspensiones como es sabido, no sólo ocasionan problemas organizativos y de ineficiencias, sino que además provocan riesgos en los pacientes y sobre todo dan una imagen negativa de la propia institución. Los datos de este indicador facilitados por los propios hospitales presenta una suspensión quirúrgica media de 3.8 %.

En la literatura científica hemos constatado que existe un porcentaje nada despreciable de intervenciones programadas que son canceladas, del orden del 5 al 10%. Hemos observado que este indicador aumenta en hospitales de gran tamaño y mayor complejidad. En estudios revisados,<sup>76</sup> se pone de manifiesto que en el 38.09 % de las ocasiones las causas de suspensión eran previsibles. Las causas que mayores suspensiones provocan son anestésicas con un 47.6% sobre el total, seguidas de las cardiovasculares con un 38.09 % y las organizativas con el 9.52%.

Como puede apreciarse, hay indicadores clave, como pacientes que sufren edemas de pulmón (RC06), pacientes medicados con fármacos que requieren monitorización (RC12), pacientes sometidos a cirugía errónea (RC14) y pacientes que sufren alergias previamente conocidas (RC16) que prácticamente, o no se han dado, o al menos no han sido registrados en sus historiales.

---

75. García Abad I, Gálvez M.L., Barrio J.L. Estudio de la incidencia de flebitis en enfermos portadores de catéteres venosos periféricos (CVP). \* Servicio de Cardiología. \*\*U. Enfermedades Infecciosas, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

76. Baxarias P, Rojas E, Melero A. audit.: Intervenciones suspendidas. Rev Cal Asistencial 1996; 11: 118-121.



En relación con los informes de alta de cuidados en los pacientes (RC19) también se ha identificado que una proporción alta de los pacientes no lo reciben. Es abundante la literatura científica que avala la necesidad de dispensar a los pacientes un informe de alta, Según Carpenito<sup>77</sup>, la planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados de calidad y que contribuye a la seguridad de los pacientes.

Como comentario final de la discusión de todos los indicadores clave, es de destacar que todos obtienen niveles más elevados cuando fueron testados en la evaluación externa a través del chequeo de las historias clínicas si lo comparamos con las autoevaluaciones que nos dieron los propios centros.

Por último, tal como hemos descrito en el apartado de resultados, los hospitales participantes nos facilitaron los indicadores finalistas que requería el proyecto, es decir los reingresos, la estancia media, la mortalidad general y las reintervenciones quirúrgicas, aunque para este último y tal como ha sido plasmado en el documento, disponemos de datos suministrados por los propios pacientes.

El valor medio del indicador de reingreso para el conjunto de hospitales se sitúa en el 3.7% aunque como puede observarse en el gráfico 27 la variabilidad es grande. Hemos encontrado un estudio en hospitales comarcales<sup>78</sup> donde se revisan 24.613 episodios de hospitalización donde la tasa de reingreso es del 5 % con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta. Este dato concuerda con la media facilitada por los centros sanitarios pero la variabilidad que presentan los resultados, se debe en alguna medida, además de por la complejidad del hospital y otras variables, a la propia definición del indicador que cada centro haya realizado.

El indicador de estancia media se sitúa de media en 7.2 días y la mortalidad general media en 3.8%.

Como hemos comentado anteriormente, estos indicadores están recogidos del propio sistema de información del centro, por lo que es posible que existan ciertos sesgos en función del numerador y denominador que los hospitales hayan decidido utilizar.

Hasta aquí, hemos intentado discutir los aspectos más significativos en relación a los resultados descriptivos de los estándares e indicadores incluidos en el modelo. A continuación discutiremos, las correlaciones realizadas.

---

77. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Interamericana Mac Graw Hill. 3 edición

78. García C, Almenara J. Tasa de reingreso de un hospital comarcal. Rev. Esp Salud pública 1998;72:103-109

## Discusión sobre las correlaciones realizadas

Cuanto más estándares de liderazgo, política y estrategia y personas se cumplen mayor es el nivel de procesos implantados y evaluados en los centros sanitarios. Esta misma correlación se observa con el criterio de liderazgo y política en relación con los estándares de personas. Es decir, cuanto mejor es el liderazgo y la política mejor es la percepción de los profesionales sobre la formación, los recursos humanos, la definición de perfiles y competencias, mejor evaluación del desempeño, etc., en definitiva con todos los estándares del criterio de personas.

También existe una correlación positiva entre el cumplimiento de la política y la dotación de recursos materiales y alianzas en los centros sanitarios.

Estas correlaciones creemos que tienen sentido, ya que como hemos discutido anteriormente, un liderazgo eficiente y ejemplarizante y una política adecuada favorece el desarrollo de las personas e impulsa y facilita la calidad dentro de las organizaciones.

Igualmente, se observa una correlación negativa en los criterios de liderazgo y de política y estrategia, de manera que cuanto mejor es el cumplimiento de estos estándares menores tasas de infecciones nosocomiales presentan los pacientes.

En relación con las caídas de los pacientes, se observa que cuantos más altos son los niveles de este indicador, mayor estancia media se aprecia en el hospital. Esto mismo ocurre con la cancelación de intervenciones y pruebas diagnósticas. A media que se suspenden más pruebas e intervenciones mayores son las estancias de los pacientes.

Se observa correlación positiva en la percepción de dolor que tienen los pacientes que desarrollan lesiones por presión. Refieren mayor dolor los pacientes que han desarrollado este evento adverso.

En el apartado de pacientes, destacamos que cuanto mejor es el trato y la información que se le suministra a los pacientes mejor percepción de seguridad expresan. Este aspecto ya lo hemos discutido, las conclusiones publicadas por Mira<sup>79</sup> así lo avalan, estos son los mejores predictores de satisfacción y de percepción de seguridad.

En los estándares de profesionales, se pone de manifiesto que la formación, disponer de canales y sistema de comunicación y notificación, disponer de objetivos de seguridad y participar en ellos, obtener reconocimiento por su labor, fomentar la investigación en temas de seguridad y disponer de mobiliario adecuado, son estándares que se relacionan significativamente con la mejor percepción de los profesionales en relación con la seguridad de los pacientes. No creemos necesario incidir sobre el tema, ya ha sido discutido y avalado en la discusión de este trabajo.

---

79. Mira JJ, Rodríguez J, Peset R, Ibarra J, Pérez-Jover V, Palazón I y LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2002;17:273-83

## Discusión sobre el análisis de componentes principales y clúster.

Para su realización se han incluido en el modelo todos los cumplimientos detectados en los estándares de los criterios de liderazgo, política, personas, recursos y procesos. Además, en consonancia con los objetivos del proyecto se incluyeron los indicadores finalistas de reingresos, estancias medias, mortalidad y reintervenciones quirúrgicas.

Hemos obtenidos dos componentes que explican el 50 % de la variabilidad del modelo. La primera componente la hemos denominado hospitales facilitadores ya que son aquellos que mayor nivel de cumplimientos tienen en los 56 estándares de los cinco criterios facilitadores y mejor comportamiento tienen con los indicadores finalistas antes mencionados. La segunda componente la hemos denominado hospitales menos facilitadores justamente por el argumento contrario. Además, atendiendo a estas dos componentes hemos realizado cluster de hospitales por afinidad.

De esta forma proponemos una metodología de utilización del modelo que ya ha sido descrita en otros estudios revisados<sup>80</sup>.

En este sentido hay centros que destacan, en la componente I, es decir en el cumplimiento de los diferentes estándares del modelo, como pueden ser el H19, H17 y H23.

Hay otros centros que con los datos que disponemos, en la componente II, destacan por ser menos cumplidores en los estándares del modelo. El hospital con menor nivel de cumplimiento es el hospital H13.

En definitiva y como hemos puesto de manifiesto a lo largo de la amplia discusión realizada, el modelo permite identificar y vehicular los esfuerzos que las organizaciones y los profesionales que cuidan a los pacientes, deben hacer en el difícil camino de garantizar su seguridad.

El modelo está en sintonía con las recomendaciones que realizan en materia de seguridad de paciente las organizaciones internacionales. El modelo incluye e intenta dar respuesta a los problemas que la OMS y Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations han identificado como prioritarios en materia de seguridad de pacientes y que no son otros que, los medicamentos con nombre o aspecto similares, la identificación de pacientes, la comunicación entre profesionales durante el traspaso de pacientes, la realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de las soluciones concentradas de electrolitos, correcta continuidad de la medicación en los cambios y transiciones asistenciales, prevención de los errores en la conexión de catéteres y dispositivos de administración, uso único de los dispositivos de inyección y la mejora de la higiene de las manos para prevención de infecciones.

---

80. Wilson A, Borrachina I. Métodos multivariantes para la clasificación de hospitales. Rev Gerencia y Políticas de Salud. 2004. 68-87.

El modelo también está en consonancia con muchas de las propuestas actuales que estos mismos organismos internacionales realizan y que priorizan en el sentido de seguimiento de resultados críticos (de alarma) en las pruebas diagnósticas, caída de pacientes, infecciones nosocomiales asociadas a las vías centrales, úlceras por presión, respuesta rápida al deterioro de los pacientes, implicación del paciente y su familia, pedir disculpas y comunicarles lo sucedido y el envasado de medicamentos con aspecto similar.

# Conclusiones

De la discusión realizada se podría extraer una serie de aspectos importantes a modo de conclusiones. Las mismas, las hemos estructurados en conclusiones generales y conclusiones derivadas de los resultados mas importantes, por último hemos abordados las posibles líneas e implicaciones futuras.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

1. La concordancia de todas las propuestas revisadas y citadas con nuestro modelo de estándares e indicadores para medir la seguridad de los cuidados, nos hacen pensar que presentamos una herramienta válida, fiable, viable y factible.
2. Los estándares e indicadores que la literatura científica considera que deben ser tenidos en cuenta si hablamos en términos de seguridad de los cuidados de los pacientes, están incluidos en el modelo. Además, la metodología utilizada para la construcción del modelo y el número de panelistas y expertos revisores que han participado, avalan los contenidos del mismo.
3. Algunos de los indicadores recogidos no han sido ajustados por problema de factibilidad a lo que hubiese sido totalmente deseable y en algunos casos las muestras han sido pequeñas.
4. En este tipo de modelos de gestión de la seguridad, la evidencia científica en algunos casos no está disponible. Por lo tanto, queda abierta la posibilidad de profundizar en líneas de investigación, en el sentido del trabajo que hemos desarrollado, que puedan demostrar exhaustivamente la relación entre aptitudes y actitudes en la gestión y resultados en seguridad de pacientes.
5. El modelo identifica multitud de situaciones relacionadas con la seguridad del paciente que podrían ser consideradas deficitarias o susceptibles de mejora, por lo tanto es posible afirmar que nos encontramos ante una herramienta de enorme utilidad.
6. Los estándares e indicadores que componen el modelo pueden ser medidos sin grandes dificultades.
7. Los estándares dicotómicos, que en su mayoría pertenecen a los criterios facilitadores, son mucho más claros y fáciles de medir.
8. Los indicadores de resultados que hacen referencia a pacientes y profesionales se pueden obtener fácilmente con los cuestionarios diseñados.
9. Los resultados de los indicadores clave deben ser analizados

con cautela. En primer lugar, si los datos se obtienen de los propios centros, la comparación es difícil de realizar, ya que cada hospital puede tener diseñados estudios completamente distintos para su captación. En segundo lugar, dependiendo de la calidad del sistema de información y de los propios registros, los datos pueden aumentar o disminuir sin que estén relacionadas con un mayor o menor aumento del fenómeno estudiado. En tercer lugar, incluso cuando se testan por Historias Clínicas, dependen mucho de la actitud del profesional a la hora de registrar y dejar constancia de los hechos.

10. Existen indicadores de resultados clave difíciles de dimensionar por su baja frecuencia y por su tendencia a no quedar registrado, como son los que hacen referencia a pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos, pacientes sometidos a cirugía errónea o pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas.

### **CONCLUSIONES DERIVADAS DE LOS RESULTADOS MÁS IMPORTANTES**

1. El estudio apunta a que pueden existir relaciones entre el estilo de liderazgo y la política del centro y la percepción de seguridad en los profesionales y la implantación de procesos que apoyen la seguridad de los pacientes.
2. Un mayor nivel de cumplimiento de estándares de liderazgo, política, personas, alianzas y procesos parece relacionarse con menores tasas en los indicadores de estancias, reingresos, mortalidad y reintervenciones.
3. Es posible clasificar a los hospitales en función de los niveles de cumplimientos observados en los estándares mencionados.
4. Las principales áreas en las que se han identificado carencias y son susceptibles de mejora son:
  - a. El reconocimiento de los líderes hacia los profesionales que se implican en temas de seguridad.
  - b. La identificación de expectativas y necesidades de los grupos de interés en relación con la seguridad de los pacientes.
  - c. La inclusión de los indicadores de riesgo en el cuadro de mando, comparación de indicadores de seguridad con otros centros o sobre programas que garanticen entornos seguros
  - d. El acceso de los profesionales a programas de formación relacionado con la seguridad del paciente.
  - e. El mobiliario de seguridad, la existencia de dispensadores de solución hidroalcohólica, el control de caducidades, la correcta

identificación de pacientes y la implantación de protocolos para el manejo seguro de materiales y aparatos.

f. Los estándares de procesos relacionado con la acogida del paciente, tener implantado un sistema de notificación de eventos adversos, procedimiento de información al paciente, medicación de alto riesgo, manejo del paciente con dolor, protocolo de contención mecánica, seguridad del paciente quirúrgico y procedimientos invasivos, implantación de un protocolo para situaciones emergentes graves, proceso de alergias de los pacientes y disponer de un protocolo de identificación y conciliación de la medicación no se cumplen en una proporción muy alta de hospitales.

5. En general la percepción que tienen los profesionales sobre los diferentes indicadores que contribuyen a la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios no es bien valorada:
  - a. La carga de trabajo que deben soportar es considerada por la inmensa mayoría de los profesionales como muy alta.
  - b. La percepción sobre el reconocimiento profesional es valorada muy negativamente.
  - c. Igualmente, se pone de manifiesto en el estudio, que la formación, disponer de canales y sistema de comunicación y notificación, disponer de objetivos de seguridad y participar en ellos, obtener reconocimiento por su labor, fomentar la investigación en temas de seguridad y disponer de mobiliario adecuado, mejora la percepción de seguridad que los profesionales tienen sobre los pacientes.
6. La percepción de los pacientes sobre la seguridad de los cuidados en el hospital obtiene muy buenos resultados. Es destacable la buena percepción que tienen los pacientes sobre trato correcto y empático y sobre la correcta información sobre el tratamiento farmacológico
7. El indicador peor valorado de todos los de percepción de pacientes es el relacionado sobre sus posibilidades de participación en las decisiones.
8. Por otro lado, el indicador que hace referencia a pacientes que desarrollan eventos adversos relacionados con los cuidados nos informa que prácticamente uno de cada diez pacientes ingresados desarrollan algún evento adverso de los definidos por este indicador.
9. La alta percepción de dolor de los pacientes es sumamente llamativa y pensamos que debe llevar a la reflexión de los profesionales en relación con este aspecto.
10. Los indicadores de resultado que requieren un mayor abordaje son las lesiones por presión, las infecciones nosocomiales, las flebitis postcateterización, las caídas de los pacientes y las suspensiones de intervenciones quirúrgicas y de pruebas diagnósticas.

## ***LINEAS DE FUTURO O IMPLICACIONES FUTURAS***

En definitiva y a modo de conclusión final, como hemos puesto de manifiesto a lo largo de todo este informe, este modelo permite identificar y vehicular los esfuerzos que las organizaciones y los profesionales que cuidan a los pacientes, deben hacer en el difícil camino de garantizar su seguridad.

En consonancia con los objetivos de este proyecto, se ha diseñado un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales. Se ha realizado con éxito la evaluación de su validez, fiabilidad, viabilidad y utilidad. Igualmente, se han expuestos los resultados de haber evaluado con el modelo 33 hospitales del sistema nacional de salud, lo cual ha permitido identificar las principales situaciones de riesgo relacionadas con los cuidados de los pacientes. Dentro de las limitaciones de un estudio descriptivo, los resultados apuntan en la dirección de que una práctica de cuidados basada en niveles de calidad según el modelo validado, aumenta la seguridad de los pacientes hospitalizados y mejora sus resultados.

Queda abierta la posibilidad de profundizar en líneas de investigación, en el sentido del trabajo que hemos desarrollado, que puedan demostrar exhaustivamente la relación entre aptitudes y actitud en la gestión y los resultados en seguridad en los pacientes. En este sentido también es necesario profundizar en las herramientas de registros de datos y en estrategias para aumentar la conciencia de los profesionales.

No queremos terminar este informe sin comentar, que es cierto que el modelo identifica multitud de sucesos, eventos adversos y problemas que se han detectados en los pacientes y que puede dejar la sensación de que los profesionales no están realizando una labor encomiable tanto desde el punto de vista profesional como humano. Nada más lejos de nuestro pensamiento. El objetivo fundamental que nos ha guiado, ha sido poner el modelo y sus resultados a disposición de los profesionales y los líderes sanitarios, para que lo puedan utilizar como herramienta y orientación en el desarrollo de su importante tarea. Nos alejamos, por tanto, de posiciones derrotistas y fines fiscalizadores. Esta herramienta solo persigue ayudar a los profesionales en el difícil camino de la mejora de la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Además, en un futuro podría servir para la comparación entre los distintos centros sanitarios.

Anímanos a los responsables sanitarios, a los directivos de los centros sanitarios y a sus profesionales a utilizar el modelo, a situarlo como una herramienta de trabajo fundamental para la identificación de situaciones donde sin duda la seguridad del paciente puede verse mejorada.



## Lista de términos y definiciones de conceptos clave

<b>TERMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Paciente</b>	Persona que recibe atención sanitaria.
<b>Atención sanitaria</b>	Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
<b>Seguridad</b>	Ausencia de peligro.
<b>Peligro</b>	Circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.
<b>Circunstancia</b>	Cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.
<b>Evento</b>	Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
<b>Seguridad del paciente</b>	Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.
<b>Daño relacionado con la atención sanitaria</b>	Daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
<b>Incidente relacionado con la seguridad del paciente</b>	Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
<b>Riesgo</b>	Probabilidad de que se produzca un incidente.
<b>Evento adverso</b>	Incidente que produce daño al paciente.
<b>Daño</b>	Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
<b>Lesión</b>	Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
<b>Sufrimiento</b>	La experiencia de algo subjetivamente desagradable.

<b>Error</b>	No realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.
<b>Incidente sin daño</b>	Incidente que no llegó a causar daño.
<b>Prevenible</b>	Aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.
<b>Detección</b>	Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
<b>Factor atenuante</b>	Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.
<b>Resultado para el paciente</b>	Repercusiones para el paciente que son total o parcialmente atribuibles a un incidente.
<b>Grado del daño</b>	Intensidad y duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.
<b>Medida de mejora</b>	Medida adoptada o circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.
<b>Medidas adoptadas para reducir el riesgo</b>	Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.
<b>Resiliencia</b>	Grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes.
<b>Calidad</b>	Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.
<b>Análisis de las causas profundas</b>	Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas profundas subyacentes.

**Tabla 39. Clasificación Internacional para la seguridad del paciente. Fuente: OMS.**





## Anexo1

### Herramientas para la recogida de información sobre la percepción de seguridad de los pacientes

Se está realizando un estudio nacional, avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para comprobar el nivel de seguridad en los cuidados que tienen los pacientes en los centros hospitalarios y cómo estos son percibidos.

Le solicitamos su colaboración rellenando este cuestionario, marcando con una X la opción que le parezca más correcta. La participación es voluntaria y los datos que nos proporcione serán tratados de manera anónima y respetando en todo momento la confidencialidad.

SECCION 1: INFORMACION/COMUNICACION				
1. En el momento del ingreso he recibido la información que necesitaba sobre las normas del centro, horarios, timbres, etc.				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. El trato, la amabilidad y las ganas de agradar con la que he sido atendido por los profesionales (enfermeras/os y auxiliares) ha hecho que me sienta cómodo/a y seguro/a.				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. He participado en las decisiones sobre los tratamientos para mi enfermedad.				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. He sido correctamente informado sobre los medicamentos que estoy tomando. Ejemplos, para que sirven, los horarios en los que se deben tomar, los efectos que tienen, etc.				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Cuando he firmado algún consentimiento o autorización para una intervención o prueba, me explicaron y aclararon todas mis dudas.				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Me han informado, a mí y/o a mi familia sobre como continuar los cuidados en el domicilio, tras el alta.				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## SECCION 2: ENTORNO

7. La accesibilidad física de los lugares por los que transito en el hospital es segura.  
Ejemplos: barreras arquitectónicas, etc.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. El entorno y los lugares por los que transito en el hospital los considera seguros.  
Ejemplos, huecos de escaleras, piso deslizante, etc.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9. Si ha utilizado transporte sanitario para su traslado, como por ejemplo la ambulancia, los considera seguros.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## SECCION 3: SEGURIDAD

10. Me siento seguro/a con la atención en los cuidados que me prestan los profesionales de enfermería (enfermeras/os y auxiliares).

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

11. He sufrido alguna caída o golpe fuerte durante mi estancia en el hospital (Ejemplos: Me he caído de la cama, me he caído de la silla, he resbalado en el baño, etc.)

Si, con consecuencias graves	Si, con consecuencias moderadas	Si, pero no he tenido consecuencias	No, pero he resbalado	No
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

12. Si por motivo de mi enfermedad he estado inmovilizado en la cama por medio de sujeciones, he sufrido heridas, hematomas o lesiones de diferente consideración

Si, con consecuencias graves	Si, con consecuencias moderadas	Si, con consecuencias leves	Si, pero no he tenido consecuencias	No
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## SECCION 4: ASPECTOS GENERALES

13. Me han sido suspendida una o más pruebas diagnósticas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital

Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sabe 3 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

14. Me ha sido suspendida una o más intervenciones quirúrgicas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital

Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sabe 3 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

15. He presentado quejas, reclamaciones o demandas por haber tenido problemas de seguridad en los cuidados que se me han dispensando en el hospital

Si **1**

No **2**

No sabe **3**

16. Califique de 0 a 10 el grado de dolor que ha tenido durante su estancia en el hospital

sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dolor máximo
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

17. Califique de 0 a 10 el grado de seguridad que ha percibido durante su estancia en el servicio/ unidad.

seguridad mínima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	seguridad máxima
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

18. Utilice si desea añadir algún aspecto relacionado con la seguridad de los pacientes en los hospitales particular

## DATOS COMPLEMENTARIOS

19. Edad

20. Nivel cultural

Sin estudios

**1**

Estudios básicos

**2**

Estudios universitarios

**3**

21. Sexo

Hombre **1**

Mujer **2**

22. ¿Cuántos días lleva ingresado en el Hospital?

Menos de 3 días

**1**

Entre 3 y 7 días

**2**

Más de 7 días

**3**

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## Anexo 2

Herramienta para la recogida de información sobre la percepción de seguridad de pacientes de los profesionales

Se está realizando un estudio nacional, avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para comprobar el nivel de seguridad en los cuidados que tienen los pacientes en los centros hospitalarios y cómo estos son percibidos.

Le solicitamos su colaboración rellenando este cuestionario, marcando con una X la opción que le parezca más correcta. La participación es voluntaria y los datos que nos proporcione serán tratados de manera anónima y respetando en todo momento la confidencialidad.

SECCION 1: FORMACIÓN				
1. El centro garantiza y fomenta su acceso a programas de formación continuada relacionados con la seguridad del paciente.				
Nunca 1 <input type="checkbox"/>	Casi nunca 2 <input type="checkbox"/>	A veces 3 <input type="checkbox"/>	Casi siempre 4 <input type="checkbox"/>	Siempre 5 <input type="checkbox"/>
2. El centro dispone de un plan de formación y acogida para profesionales de nueva incorporación que incluye información sobre los riesgos más frecuentes para los pacientes.				
Muy en desacuerdo 1 <input type="checkbox"/>	En desacuerdo 2 <input type="checkbox"/>	Indiferente 3 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 4 <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo 5 <input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho con la formación que recibo sobre seguridad de pacientes.				
Muy insatisfecho 1 <input type="checkbox"/>	Insatisfecho 2 <input type="checkbox"/>	Indiferente 3 <input type="checkbox"/>	Satisfecho 4 <input type="checkbox"/>	Muy satisfecho 5 <input type="checkbox"/>
SECCION 2: PARTICIPACIÓN				
4. Los profesionales disponen de estructuras y mecanismos de participación en los objetivos de seguridad de pacientes.				
Muy en desacuerdo 1 <input type="checkbox"/>	En desacuerdo 2 <input type="checkbox"/>	Indiferente 3 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 4 <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo 5 <input type="checkbox"/>
5. Los profesionales disponen de canales de comunicación para poder hacer sugerencias sobre temas de seguridad de pacientes.				
Muy en desacuerdo 1 <input type="checkbox"/>	En desacuerdo 2 <input type="checkbox"/>	Indiferente 3 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 4 <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo 5 <input type="checkbox"/>
6. En mi unidad se pactan anualmente objetivos específicos relacionados con la seguridad de los cuidados a los pacientes. Ejemplos. Disminución de infecciones, caídas, flebitis, lesiones por presión, etc.				
Nunca 1 <input type="checkbox"/>	Casi nunca 2 <input type="checkbox"/>	A veces 3 <input type="checkbox"/>	Casi siempre 4 <input type="checkbox"/>	Siempre 5 <input type="checkbox"/>



7.- En caso de disponer de objetivos de seguridad para los cuidados de los pacientes, recibo información sobre el grado de consecución de los mismos.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. Me siento reconocido/a por mi participación activa en la consecución de los objetivos de seguridad de pacientes.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9. Percibo autonomía y delegación de responsabilidad en temas relacionados con la seguridad de los pacientes.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### SECCION 3: ENTORNO

10. La carga de trabajo que hay habitualmente en mi unidad/servicio en relación con el personal disponible es...

Muy alta	Alta	Equilibrada	Baja	Muy baja
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

11. Considero que el nivel de rotación de los profesionales en mi unidad/servicio es....

Muy alta	Alta	Equilibrada	Baja	Muy baja
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

12. Considero que el nivel de absentismo laboral de mi servicio es...

Muy alta	Alta	Equilibrada	Baja	Muy baja
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

13.- He sufrido algún accidente laboral (pinchazos, agresiones, caídas o cualquier otro

Si 1

No 2

14.- El mobiliario (camas, barandillas, etc.) y el material de contención de mi unidad/servicio tiene sistemas de seguridad para prevenir lesiones en los pacientes.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### SECCION 4: EL CENTRO Y LA SEGURIDAD

15. Cuando se ha cometido un error, el supervisor/a y el propio personal lleva a cabo las medidas correctoras pertinentes.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. Me siento apoyada/o por mi supervisora en temas relacionados con la seguridad de pacientes.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

17. El centro fomenta la investigación sobre la seguridad de los cuidados de los pacientes.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

18. En el centro hay sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

19. Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos son adecuados (accesibles, no punitivos y anónimos).

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

20. Califique de 0 a 10 el grado de seguridad para los pacientes en su servicio/ unidad.

seguridad mínima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	seguridad máxima
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

21. - Desea realizar algún comentario relacionado con la seguridad de los pacientes en los hospitales

## SECCION 5: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

22. Edad

23. Situación laboral

Fijo	Interino	Contrato
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

24. Sexo

Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------

25. Categoría profesional

Enfermero/a	Auxiliar de enfermería	Otra categoría
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

## ANEXO 3

Estudio de percepción de pacientes hospitalizados sobre la seguridad con la que son cuidados. Datos en %

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18
<b>PACIENTES A LOS QUE SE LES APLICA EL PROTOCOLO DE ACOGIDA AL INGRESO</b>																
85	85,7	70,9	72,1	70,3	78,3	78,7	76,9	80,5	81,3	68,5	87,5	81,9	100	75	96,3	92
<b>PACIENTES QUE PERCIEN RECIBIR TRATO CORRECTO Y EMPÁTICO DE LOS PROFESIONALES</b>																
100	92,8	87,1	84,9	88	94	97,8	89,8	100	95	78	97,3	94,6	88,9	100	96,3	95,9
<b>PACIENTES QUE PERCIEN QUE HAN PARTICIPADO EN LAS DECISIONES DE SU ENFERMEDAD</b>																
76,1	48,6	61,3	49,4	72,8	61,8	64,7	75,6	80	68,3	47,9	61,7	60,7	86,6	75	73,1	77,2
<b>PACIENTES QUE PERCIEN QUE HAN SIDO CORRECTAMENTE INFORMADOS SOBRE SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>																
84,9	81,5	76,6	56,9	76,6	75,1	75,3	92,3	86,2	81,3	59,7	71,8	75,9	83,3	83,3	88,9	92
<b>PACIENTES QUE REFIEREN QUE SE ACLARARON SUS DUDAS SOBRE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O DIAGNÓSTICAS</b>																
91,6	84,2	80,6	71,4	82,1	92,6	82,1	91,4	91,2	77,9	63,9	79,1	77,7	93,4	91,7	100	92
<b>PACIENTES QUE REFIEREN CORRECTA INFORMACIÓN AL ALTA SOBRE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b>																
90,8	90,6	79,3	77,2	81,9	88,1	89,1	90,7	96,2	84,9	44,5	80,7	80	93,8	90	83,4	90,5
<b>PACIENTES QUE PERCIEN ACCESIBILIDAD FÍSICA SEGURA</b>																
98,6	88,6	71	62,9	82,1	93,9	89,9	76,3	91,6	82,7	64,3	81,4	82	100	91,7	73,1	91,7
<b>PACIENTES QUE PERCIEN ENTORNOS SEGUROS</b>																
97,2	85,7	80,6	59,5	77,4	90	86,5	75,7	100	78	58,9	84,7	82,3	100	91,7	80,7	80
<b>PACIENTES QUE PERCIEN COMO ADECUADO Y SEGURO EL TRANSPORTE SANITARIO</b>																
70,9	74,1	38	58,3	58,4	81,3	68,5	78,6	76,4	71,1	35,9	58,1	67,4	80	81,9	83,4	88,2
<b>PACIENTES QUE PERCIEN SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE SUS CUIDADOS</b>																
100	95,7	96,8	79,2	94,1	97,5	98,9	94,7	100	98,4	86,3	97,2	94,6	100	83,4	85,2	96
<b>PACIENTES QUE HAN SUFRIDO CAÍDAS O GOLPE FUERTE</b>																
0	0	0	8	11,4	3,9	1,2	2,6	0	3,4	5,5	2,9	0	5,6	0	3,7	0
<b>PACIENTES QUE REFIEREN EVENTOS ADVERSOS POR INMOVILIZACIONES</b>																
6,2	1,5	0	5,7	17,7	11,5	6,5	10	0	7,2	2,8	5,7	11,3	7,1	18,2	16,7	11,8
<b>PACIENTES QUE REFIEREN SUSENSIONES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>																
5,7	7,2	6,5	12,8	8,6	1,3	10,7	13,9	0	6,8	4,2	7,9	2,4	0	9,1	18,5	4,5

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	
<b>PACIENTES QUE REFIEREN SUSENSIONES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>																	
1,4	2,9	3,2	14,7	5,1	5,4	1,3	11,4	0	3,5	1,4	3,3	3,6	11,8	0	0	0	
<b>PACIENTES QUE REFIEREN HABER PRESENTADO QUEJAS, RECLAMACIONES O DEMANDAS POR HABER TENIDO PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS QUE SE LE HAN DISPENSADO EN EL HOSPITAL</b>																	
0	0	6,5	6,5	2,5	2,7	2,3	8	0	6,8	0	1,5	2,3	0	0	7,4	4,2	
<b>GRADO DE DOLOR DE 0 AL 10 QUE REFIERE EL PACIENTE</b>																	
4,19	3,96	4,8	5,9	4	3,7	3,8	5	3,2	4,34	5,7	3,6	4,2	4,69	5,5	5	4,8	
<b>GRADO DE SEGURIDAD DE 0 AL 10 QUE REFIERE EL PACIENTE</b>																	
8,89	8,2	8,4	7,2	7,74	8,42	8,4	8,5	8,7	8,44	6,9	8,23	8,3	9,24	7,7	8,7	8,8	

## CONT ANEXO 3

Estudio de percepcion de pacientes hospitalizados sobre la seguridad con la que son cuidados. Datos en %

H19	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H34	H35
<b>PACIENTES A LOS QUE SE LES APLICA EL PROTOCOLO DE ACOGIDA AL INGRESO</b>														
86,6	86,3	98,3	78,2	89,9	54	79,3	94,8	88,8	78,7	78,2	87,2	91	70,9	86,5
<b>PACIENTES QUE PERCIEN RECIBIR TRATO CORRECTO Y EMPÁTICO DE LOS PROFESIONALES</b>														
95,5	97,8	100	95	92,9	89,1	92,4	100	91,7	88	95,7	89,7	98,2	91,9	97,9
<b>PACIENTES QUE PERCIEN QUE HAN PARTICIPADO EN LAS DECISIONES DE SU ENFERMEDAD</b>														
75,3	52,2	87,5	43,6	73,4	51,4	61,5	76	69,4	72	73,9	67,6	74,1	64,4	76,4
<b>PACIENTES QUE PERCIEN QUE HAN SIDO CORRECTAMENTE INFORMADOS SOBRE SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>														
85,6	68,2	91,6	77,3	88,7	67,5	81,1	84,2	81,7	85,2	82,6	68,9	80,7	80,7	82,1
<b>PACIENTES QUE REFIEREN QUE SE ACLARARON SUS DUDAS SOBRE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O DIAGNÓSTICAS</b>														
87,6	74,4	90,5	76,8	91,3	77,1	88,7	80,4	86,5	82,4	86,8	89,4	90,4	89,9	87,2
<b>PACIENTES QUE REFIEREN CORRECTA INFORMACIÓN AL ALTA SOBRE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b>														
90,5	78,3	95,6	71,4	87,7	75	80,9	91,3	80	83,3	85,2	82,7	79,6	89,1	80,3
<b>PACIENTES QUE PERCIEN ACCESIBILIDAD FÍSICA SEGURA</b>														
76,1	79,6	96,5	95,1	84,4	83,8	82,6	98,2	63,3	63,5	73,9	95,9	82,5	80,7	93,4
<b>PACIENTES QUE PERCIEN ENTORNOS SEGUROS</b>														
77,5	86	93	94	72,9	83,8	83	92,9	68,1	71,3	73,5	89,2	82,1	75,4	93,5
<b>PACIENTES QUE PERCIEN COMO ADECUADO Y SEGURO EL TRANSPORTE SANITARIO</b>														
68,3	68,8	61,9	86,6	68,6	75,9	83,3	84,6	59,7	55,1	62,5	86,3	72,7	70,6	83,6
<b>PACIENTES QUE PERCIEN SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE SUS CUIDADOS</b>														
92,2	97,7	98,3	93,1	98	91,9	98,1	100	92,9	83,8	91,3	92,3	96,3	96,8	96,8
<b>PACIENTES QUE HAN SUFRIDO CAÍDAS O GOLPE FUERTE</b>														
2,2	2,3	1,7	4	2,1	5,6	4,3	1,9	2,8	8,2	6,2	2,6	3,6	3,2	6,8
<b>PACIENTES QUE REFIEREN EVENTOS ADVERSOS POR INMOVILIZACIONES</b>														
3,9	0	2,2	0	7,1	8	2,6	6,3	7,9	13,5	10,9	7,2	11,9	9,1	7,2
<b>PACIENTES QUE REFIEREN SUSENSIONES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>														
12,4	9,3	2	8,9	1,1	3,1	10	1,9	4,2	15,3	4,3	7,2	1,9	3,3	10

H19	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H34	H35
<b>PACIENTES QUE REFIEREN SUSPENSIONES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>														
6,8	2,5	2	11,4	2,2	0	2,2	1,9	0	15,1	4,3	0	2,1	3,3	0
<b>PACIENTES QUE REFIEREN HABER PRESENTADO QUEJAS, RECLAMACIONES O DEMANDAS POR HABER TENIDO PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS QUE SE LE HAN DISPENSADO EN EL HOSPITAL</b>														
4,6	0	0	3	1,1	0	2	0	2,8	1,4	1,4	2,9	0	1,7	2,4
<b>GRADO DE DOLOR DE 0 AL 10 QUE REFIERE EL PACIENTE</b>														
4,2	3,73	3,5	1,87	4,01	5,5	4,2	3,1	4,4	4,3	4,3	3,6	4,2	4,1	3,7
<b>GRADO DE SEGURIDAD DE 0 AL 10 QUE REFIERE EL PACIENTE</b>														
8,4	8,3	9,2	8,83	8,84	8	7,9	8,8	8,4	8	8,4	8,2	8,9	8,8	8,8

## ANEXO 4

Estudio de percepción de profesionales sobre la seguridad de los pacientes hospitalizados. Datos en %

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN CORRECTO EL ACCESO A LA FORMACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD DE PACIENTE</b>																
67,6	45,9	30	29,3	31	14,8	25	30,5	48,8	18,2	11	14,6	15	30,1	7,7	39,1	55,1
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN QUE EL CENTRO DISPONE DE UN PLAN DE FORMACIÓN Y ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN QUE INCLUYE INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS MÁS FRECUENTES PARA LOS PACIENTES</b>																
59,8	40,9	23,3	57,3	38,1	20,7	27,2	50	72,5	10,9	11,1	28,4	19,6	37,8	15,4	55	77,2
<b>PROFESIONALES SATISFECHO CON LA FORMACIÓN RECIBIDA EN MATERIA DE SEGURIDAD</b>																
62,9	49,3	26,6	37,3	36,9	13,8	32,8	45,2	54,7	13,6	6,7	18,1	15	49,4	7,7	46,3	60,4
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN QUE HAN PARTICIPADO EN LOS OBJETIVOS SEGURIDAD DE SU UNIDAD</b>																
74,4	54,3	40	52,1	46,9	32	42,9	43,2	52,4	32,9	13,6	30,9	43,7	52,4	25	64,3	75,9
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN QUE DISPONEN DE CANALES DE COMUNICACIÓN PARA PODER HACER SUGERENCIAS SOBRE TEMAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES</b>																
66,7	76,1	30	46,6	56,3	34,7	42,7	44,2	53,7	28,1	24,4	39,6	36,4	54,9	25	61,5	72,5
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN QUE SE PACTAN ANUALMENTE OBJETIVOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES. EJEMPLOS. DISMINUCIÓN DE INFECCIONES, CAÍDAS, FLEBITIS, LESIONES POR PRESIÓN, ETC.</b>																
80,7	64,8	56,7	62,1	49,4	43,4	61,8	50	80,9	53,1	29,7	53,7	67	66,3	7,7	65,7	69
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN QUE EN CASO DE DISPONER DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD PARA LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES, RECIBEN INFORMACIÓN SOBRE EL GRADO DE CONSECUCCIÓN</b>																
78,2	48,6	46,7	50,7	38	21,1	45,6	40,9	35,7	28,8	10,1	30,2	35,7	51,2	0	58,2	70,7
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN RECONOCIMIENTO POR SU LABOR EN TEMAS DE SEGURIDAD</b>																
66,6	47,9	43,4	40	37,2	9,5	30,9	35,8	29,3	13,7	10	30,6	23,4	27,9	0	40,6	43,1
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN AUTONOMÍA Y DELEGACIÓN DE RESPONSABILIDAD</b>																
72,8	52,8	46,6	49,4	43,6	25,5	46,7	43,1	52,4	24,6	19,1	59	55,3	47,6	23,1	50,7	65,6
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN LA CARGA DE TRABAJO ALTA O MUY ALTA</b>																
61,5	55,6	76,7	82,7	77,1	65,3	66,2	32,3	59,5	84,9	74,8	51,1	78	61	84,6	76,8	77,6
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN ALTA ROTACIÓN EN LOS SERVICIOS</b>																
14,1	21,1	13,7	40,3	25,9	30,5	33,9	27,4	47,6	43,9	42,2	16,3	33	21,9	7,7	37,6	14,3
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN ALTO EL NIVEL DE ABSENTISMO LABORAL ALTO</b>																
3,8	18,1	3,4	18,7	6,1	35,1	8,2	6,5	12,2	7,6	28,1	14,7	12	3,7	0	11,5	3,6

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18
<b>TASA DE ABSENTISMO LABORAL</b>																
	3,2	3,96	5,75	4	6,31	9,08	7,5	24,2	7,37	7,5	30,92	5,85	4,94	3,35	3,2	
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN HABER SUFRIDO ACCIDENTES LABORAL</b>																
47,4	57	31	52,6	50	50,5	55,6	38,9	47,6	68,2	62,2	51	58	49	84,6	66,2	55,2
<b>TASA DE ACCIDENTES LABORALES</b>																
		5,6	5,19	4	12,1	5,93	7	0,05	0,13	2,97	10,32	14,8	15,45	9,9	13,89	5,6
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN EL MOBILIARIO SEGURO</b>																
75,3	85,9	82,7	75	53,7	66	61,8	34,8	51,2	58,4	18,9	67,8	89,9	62,9	69,2	68,1	75,4
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN QUE SE SIENTEN APOYADA/O POR MI SUPERVISORA</b>																
97,4	87,5	100	89,5	84,4	72	87,1	85,1	87,8	63,6	43,8	79,1	79,2	78,1	23,1	94,2	91,4
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN QUE EL CENTRO FOMENTA LA INVESTIGACIÓN</b>																
74,4	59,2	24,1	44,8	48,2	27,4	43,1	40,7	58,6	19,7	15,6	32,3	29,7	34,5	61,5	44,9	70,7
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN QUE EL CENTRO DISPONE DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES</b>																
89,7	69,5	62	64,9	70,7	59,5	84,4	83,2	78,6	66,7	60	47,3	74	84,2	83,3	88,2	93,1
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN ADECUADOS</b>																
74,4	60,6	51,7	54	55,1	39,6	52,1	63,1	60,5	29,7	38,5	31,5	52,6	65,1	75	52,1	73,7
<b>GRADO DE SEGURIDAD DE 0 AL 10 QUE LOS PROFESIONALES REFIEREN DE LOS PACIENTES</b>																
8,03	7,4	7,4	6,8	6,1	6,3	6,7	6,7	6,6	5,52	5,2	6,8	7,2	6,8	5,3	7	7,3



## ANEXO 4 CONT

Estudio de percepción de profesionales sobre la seguridad de los pacientes hospitalizados. Datos en %

H19	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H34	H35
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN CORRECTO EL ACCESO A LA FORMACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD DE PACIENTE</b>														
30,6	30,9	24,5	57,9	58,8	5,2	29,5	22,3	21,8	29,3	19,1	50	54,2	17,4	35,7
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN QUE EL CENTRO DISPONE DE UN PLAN DE FORMACIÓN Y ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN QUE INCLUYE INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS MÁS FRECUENTES PARA LOS PACIENTES</b>														
37,6	26,6	30,4	75,4	53,4	18,4	28,3	13,9	22,4	28	35,3	51,4	44,9	29	28
<b>PROFESIONALES SATISFECHO CON LA FORMACIÓN RECIBIDA EN MATERIA DE SEGURIDAD</b>														
44,5	38	31,3	69,3	61,2	7,9	32,5	15,3	30,8	25,7	26,9	50,7	54,3	36,8	32
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN QUE HAN PARTICIPADO EN LOS OBJETIVOS SEGURIDAD DE SU UNIDAD</b>														
61,7	45,1	42,6	73,7	59,3	21,1	44,2	44,3	42,1	37,3	30,3	68,4	57,6	64,7	45,9
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN QUE DISPONEN DE CANALES DE COMUNICACIÓN PARA PODER HACER SUGERENCIAS SOBRE TEMAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES</b>														
61,7	40,5	45,5	75,4	61,2	18,4	37,9	36,2	47,5	43,3	56	62,5	45,8	49,2	42,4
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN QUE SE PACTAN ANUALMENTE OBJETIVOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES. EJEMPLOS. DISMINUCIÓN DE INFECCIONES, CAÍDAS, FLEBITIS, LESIONES POR PRESIÓN, ETC.</b>														
88,4	44,5	44,6	82,5	80,6	21,6	77,2	34,3	48,1	70,7	53,8	76,7	59,3	54,5	45
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN QUE EN CASO DE DISPONER DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD PARA LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES, RECIBEN INFORMACIÓN SOBRE EL GRADO DE CONSECUCCIÓN</b>														
70,2	32,9	32,6	73,7	66,1	5,4	54	18,8	42,4	33,3	44,1	59,5	37,3	29,7	26,8
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN RECONOCIMIENTO POR SU LABOR EN TEMAS DE SEGURIDAD</b>														
47,4	23,8	28,7	64,9	55,4	5,3	29,9	25	27,6	24	36,8	39,2	29,3	23,5	19
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN AUTONOMÍA Y DELEGACIÓN DE RESPONSABILIDAD</b>														
70,5	41	49	72	69	23,7	39,5	53,6	54,6	34	49,2	56,2	49,1	46,9	31,4
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN LA CARGA DE TRABAJO ALTA O MUY ALTA</b>														
71,6	67,9	80,6	78,1	63,1	81	80,7	27,7	66,6	58,1	61,8	67,6	40,6	72	61
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN ALTA ROTACIÓN EN LOS SERVICIOS</b>														
18,7	19	17	14,2	29,1	5,4	51,2	18,3	32,5	23	33,4	27,4	17,9	28	25
<b>PROFESIONALES QUE PERCIEN ALTO EL NIVEL DE ABSENTISMO LABORAL ALTO</b>														
5,6	11,3	8,8	11,4	22,3	18,5	9,4	11,1	33,4	12	20,6	5,5	19,3	17,6	4,1

H19	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H34	H35
<b>TASA DE ABSENTISMO LABORAL</b>														
8,23	20,14	6,2	10,53	9	10,34	2,78	7,7	7,7	10,1	9,39	17,92	3,84	2,8	8,23
<b>PROFESIONALES QUE MANIFIESTAN HABER SUFRIDO ACCIDENTES LABORAL</b>														
62	37	48,5	46,5	45,6	71,1	52,9	36,2	55,1	53,3	59,7	41,9	44,1	63,2	53,9
<b>TASA DE ACCIDENTES LABORALES</b>														
12,52	0,17	15,48	3,11	10,48	7,4	11,1	5,96	10,27	3,1	9,51	14,61	19,4	13,88	16,12
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN EL MOBILIARIO SEGURO</b>														
80,8	58,1	53	73,7	45,6	80,6	54	86,9	65,7	60,8	56,1	87,9	45,8	76,1	77,4
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN QUE SE SIENTEN APOYADA/O POR MI SUPERVISORA</b>														
83,7	92,6	73,2	87,6	91,2	71,1	74,4	75,7	71,5	86,7	83,6	85,1	93,2	78	87,1
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN QUE EL CENTRO FOMENTA LA INVESTIGACIÓN</b>														
63,9	42	31,7	66,4	56,9	7,9	41,3	32,3	26,9	38,6	41,5	60,2	55,9	42,6	38,4
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN QUE EL CENTRO DISPONE DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES</b>														
88,3	58	63,4	84,1	82,5	47,4	82,6	86,7	71,8	64	70,1	94,6	89,6	75	78,6
<b>PROFESIONALES QUE REFIEREN LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN ADECUADOS</b>														
72,3	42,3	50	75,2	70,3	36,1	58,2	53,8	60,5	42,7	47,7	71,6	73,7	49,3	62,3
<b>GRADO DE SEGURIDAD DE 0 AL 10 QUE LOS PROFESIONALES REFIEREN DE LOS PACIENTES</b>														
7,4	6,54	7,1	7,6	7,3	5,7	6,1	7	6,6	6,2	6,6	7,5	7	6,5	7,1

## ANEXO 5

Indicadores clave medidos a través de historias clínicas. Datos en %

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18
<b>RC01 PACIENTES QUE DESARROLLAN EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS</b>																
14,4	5,3	15,5	14,3	8	11,7	9,6	10,9	11,1	4,5	19,1	12,7	4,2	11,9	19,3	11,8	10
<b>RC02 PACIENTES QUE REFIEREN DOLOR DURANTE SU INGRESO</b>																
53,4	50,6	69,9	82,7	52	50,7	45,9	63,9	30,3	60,7	70,9	47,1	57,9	56,4	80	57,6	72,7
<b>RC3 PACIENTES QUE SUFREN CAÍDAS DURANTE SU INGRESO</b>																
0	0	0	8	11,4	3,9	1,2	2,6	0	3,4	5,5	2,9	0	5,6	0	3,7	0
<b>RC04 PACIENTES QUE DESARROLLAN LESIONES POR PRESIÓN</b>																
10	2	11,4	17,5	0	8,9	0	13,3	0	5	19,4	8,1	1,6	0	30	5,3	7,5
<b>RC05 PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA CONTENCIÓN FÍSICA O MECÁNICA</b>																
6,2	1,5	0	5,7	17,7	11,5	6,5	10	0	7,2	2,8	5,7	11,3	7,1	18,2	16,7	11,8
<b>RC06 PACIENTES QUE SUFREN EDEMA AGUDO DE PULMÓN Y/O INSUFICIENCIA RESPIRATORIA</b>																
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RC07 PACIENTES QUE SUFREN BRONCOASPIRACIÓN</b>																
0	0	1,1	12,5	0	2,2	0	0	0	0	0	5,4	0	0	0	0	2,5
<b>RC08 PACIENTES QUE DESARROLLAN INFECCIONES NOSOCOMIALES</b>																
0	0	13,6	15	0	11,1	7,5	16,7	0	2,5	3,2	10,8	4,7	5	16	2,6	0
<b>RC09 PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL SONDAJE VESICAL</b>																
6,7	8	2,3	5	2,5	6,7	2,5	3,3	0	2,5	6,5	10,8	6,3	5	0	2,6	0
<b>RC10 PACIENTES QUE DESARROLLAN FLEBITIS Y/O EXTRAVASACIÓN POSTCATETERIZACIÓN</b>																
33,3	14	35,2	17,5	12,5	22,2	27,5	16,7	33,3	17,5	32,3	27	10,9	30	28	26,3	22,5
<b>RC11 PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>																
0	8	0	0	2,5	2,2	5	3,3	0	5	0	2,7	6,3	5	0	0	0
<b>RC12 PACIENTES MEDICADOS CON FÁRMACOS DE OBLIGADA SUPERVISIÓN SIN REGISTROS DE MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS</b>																
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18
<b>RC13 PACIENTES QUE DESARROLLAN DESNUTRICIÓN/DESHIDRATACIÓN</b>																
0	0	2,3	0	0	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
<b>RC14 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ERRÓNEA</b>																
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RC15(A) PACIENTES CON PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SUSPENDIDAS</b>																
1,4	2,9	3,2	14,7	5,1	5,4	1,3	11,4	0	3,5	1,4	3,3	3,6	11,8	0	0	0
<b>RC15 (B) PACIENTES CON INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS</b>																
5,7	7,2	6,5	12,8	8,6	1,3	10,7	13,9	0	6,8	4,2	7,9	2,4	0	9,1	18,5	4,5
<b>RC16 PACIENTES QUE SUFREN ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, ALIMENTARIAS Y DE CONTACTO PREVIAMENTE ESTABLECIDAS</b>																
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RC17 PACIENTES QUE SUFREN EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS O HEMODERIVADOS</b>																
0	0	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	2,5
<b>RC18 PACIENTES CON DEMENCIA/DETERIORO COGNITIVO SIN LA PATOLOGÍA AL INGRESO</b>																
6,7	6	0	7,5	2,5	15,6	5	0	6,7	20	12,9	5,4	6,3	0	10	10,5	5
<b>RC19 PACIENTES DADOS DE ALTA SIN INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b>																
31	74	92,1	60	72,7	100	100	10	80	96,6	67,7	19	100	2	100	27,5	31

ANEXO 5 CONT.

**INDICADORES CLAVE MEDIDOS A TRAVÉS DE HISTORIAS CLÍNICAS.**  
**Datos en %**

H19	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H34	H35
<b>RC01 PACIENTES QUE DESARROLLAN EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS</b>														
15,5	10,8	20,6	21,3	14	7,9	23,7	11,5	7,9	10	12,5	16,1	15,9	15,4	10
<b>RC02 PACIENTES QUE REFIEREN DOLOR DURANTE SU INGRESO</b>														
55,1	50	39,7	23,8	53,3	74,3	55,9	41,5	57,8	58,2	61,4	49,2	48,3	49,4	47
<b>RC3 PACIENTES QUE SUFREN CAÍDAS DURANTE SU INGRESO</b>														
2,2	2,3	1,7	4	2,1	5,6	4,3	1,9	2,8	8,2	6,2	2,6	3,6	3,2	6,8
<b>RC04 PACIENTES QUE DESARROLLAN LESIONES POR PRESIÓN</b>														
18,5	7,5	5	10	7,5	14	16,7	12,5	6,3	7,3	16,4	11,4	4	0	2,4
<b>RC05 PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA CONTENCIÓN FÍSICA O MECÁNICA</b>														
3,9	0	2,2	0	7,1	8	2,6	6,3	7,9	13,5	10,9	7,2	11,9	9,1	7,2
<b>RC06 PACIENTES QUE SUFREN EDEMA AGUDO DE PULMÓN Y/O INSUFICIENCIA RESPIRATORIA</b>														
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,4
<b>RC07 PACIENTES QUE SUFREN BRONCOASPIRACIÓN</b>														
0	0	0	5	0	16	0	0	0	0	0	0	2	0	4,9
<b>RC08 PACIENTES QUE DESARROLLAN INFECCIONES NOSOCOMIALES</b>														
3,7	5	12,5	10	0	34	6,7	7,5	0	4,9	1,6	2,9	6	0	17,1
<b>RC09 PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL SONDAJE VESICAL</b>														
3,7	5	5	20	7,5	4	6,7	2,5	2,1	0	3,3	2,9	6	0	4,9
<b>RC10 PACIENTES QUE DESARROLLAN FLEBITIS Y/O EXTRAVASACIÓN POSTCATETERIZACIÓN</b>														
25,9	22,5	55	50	32,5	4	50	20	14,6	14,6	14,8	34,3	40	30,8	24,4
<b>RC11 PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>														
3,7	2,5	0	0	0	6	3,3	0	0	4,9	3,3	11,4	2	0	9,8
<b>RC12 PACIENTES MEDICADOS CON FÁRMACOS DE OBLIGADA SUPERVISIÓN SIN REGISTROS DE MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS</b>														
0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RC13 PACIENTES QUE DESARROLLAN DESNUTRICIÓN/DESHIDRATACIÓN</b>														
0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0

H19	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H34	H35
<b>RC14 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ERRÓNEA</b>														
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RC15(A) PACIENTES CON PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SUSPENDIDAS</b>														
6,8	2,5	2	11,4	2,2	0	2,2	1,9	0	15,1	4,3	0	2,1	3,3	0
<b>RC15 (B) PACIENTES CON INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS</b>														
12,4	9,3	2	8,9	1,1	3,1	10	1,9	4,2	15,3	4,3	7,2	1,9	3,3	10
<b>RC16 PACIENTES QUE SUFREN ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, ALIMENTARIAS Y DE CONTACTO PREVIAMENTE ESTABLECIDAS</b>														
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RC17 PACIENTES QUE SUFREN EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS O HEMODERIVADOS</b>														
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,6	0	0	0	0
<b>RC18 PACIENTES CON DEMENCIA/DETERIORO COGNITIVO SIN LA PATOLOGÍA AL INGRESO</b>														
25,9	2,5	5	15	15	8	10	10	8,3	9,8	14,8	8,6	8	23,1	4,9
<b>RC19 PACIENTES DADOS DE ALTA SIN INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b>														
51,9	82,9	92,5	100	0	69	70	68,8	95,1	41	100	92,3	53,7	54,5	51,9







## COLABORADORES EN LA FASE DE EVALUACIÓN

José Jesús Moles González	Begoña Garcia Cepeda
Juan Carlos Pérez	M <sup>a</sup> Teresa Pérez y Pérez-Medrano
Antonia Torres Dominguez	Ascensión Robledo Gonzalez
Belen Muñoz Bañon	Benita Mondelo López
Inmaculada Martínez Losada	Matilde Cebrian García
Nieves López Ibor	Luisa González Sánchez
Margarita del Valle García	Javier Iniesta Sanchez
Marta Alonso	Jesus Leal Llopis
Susana Gracia de Juan Sanchez	M. Esther Iribarren Irure
Carlota Roca	Javier Gost Garde
M <sup>a</sup> de los Ángeles Moreno de la Hidalga	Concepción Cortés Criado
María Luz Fernández Núñez	Soledad Grau Sanz
Javier Amaro Granado	
Oscar del Rio Moro	
M <sup>a</sup> Luisa Teijeira Rodríguez.	
Julia Saornil de la Fuente	
M <sup>a</sup> José Redondo Arranz	
Mercedes Dominguez Gomez	
M <sup>a</sup> Del Valle Araceli Tejedor Franco	
Mercedes Ramos Sastre	
M <sup>a</sup> Angels Perez Garcia	
Ana Rodríguez Cala	
Joana Gonzaga Ramirez	
Marta Riu Camps	
Pilar Perez Company	
María Victoria García Aparició	
Dolors Planas Gras	
Raquel Cabedo	
Raquel Escrivá Sanchos	
Jose Francisco Pastor Gallego	
Clara Abellán García	
Jesus Delgado Ochando	
Manuela Domingo Pozo	
M <sup>a</sup> José Muñoz Reig	
Nieves Izquierdo García	
Dolores Martín García	
José Vicente Arias García	



## HOSPITALES PARTICIPANTES AGRUPADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

HOSPITAL	CCAA
HOSPITAL LA INMACULADA	ANDALUCIA
HOSPITAL DE LA MERCED	ANDALUCIA
COMPLEJO HOSPITALARIO AREA CAMPO DE GIBRALTAR	ANDALUCIA
COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA	ANDALUCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR	ANDALUCIA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ	ARAGÓN
HOSPITAL DE CABUEÑES	ASTURIAS
FUNDACIÓN HOSPITAL MANACOR	BALEARES
HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA	CANARIAS
HOSPITAL SIERRALLANA	CANTABRIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA	CASTILLA LA MANCHA
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO	CASTILLA LA MANCHA

HOSPITAL	CCAA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA	CASTILLA Y LEÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO HORTEGA	CASTILLA Y LEÓN
HOSPITAL DE FIGUERES	CATALUÑA
HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA	CATALUÑA
HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DR. JOSEP TRUETA	CATALUÑA
HOSPITAL DEL MAR	CATALUÑA
HOSPITAL VALL D'HEBRON	CATALUÑA
HOSPITAL FRANCESC DE BORJA	C. VALENCIANA
HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS	C. VALENCIANA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE	C. VALENCIANA
HOSPITAL DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA	EXTREMADURA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO	GALICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA	MADRID

HOSPITAL	CCAA
HOSPITAL DE MÓSTOLES	MADRID
HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL	MADRID
COMPLEJO UNIVERSITARIO LA PAZ	MADRID
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA	MURCIA
HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER	MURCIA
HOSPITAL DE NAVARRA	NAVARRA
HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA	MELILLA
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LA RIOJA	LA RIOJA







GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL

[www.msps.es](http://www.msps.es)