

2015

S. Pediatría. Dpto de
Salud Alicante-Hospital
General

Unidad de Gestión de
Riesgos

Plan de CALIDAD



[SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS]

Fecha de aprobación: febrero de 2015
Fecha de implementación: marzo de 2014
Fecha prevista de revisión: cada 4 años



1.- LA ASISTENCIA SANITARIA COMO FACTOR DE RIESGO

“Hay algunos pacientes a los no podemos ayuda, pero no hay ninguno al que no podamos dañar”

A. Bloomfield, Universidad de Standford.

- La seguridad del paciente incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados de los eventos adversos (EA) de la asistencia sanitaria evitables, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre todo atisbo de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores. Porque la salud puede ser que no tenga precio, pero si tiene costes y uno de estos costes son los EA.
- No podemos decir que nos encontremos ante una “epidemia silenciosa”, porque ha tenido un importante efecto mediático el tema de los EA en todo el mundo, sobre todo a partir de la publicación en 1999 del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System”, pero sí que se trata de un importante problema de salud pública por su frecuencia, por sus efectos e impacto y por su tendencia. Y por ello, la OMS estableció en el año 2004 la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente** con el objetivo principal de movilizar acciones globales y estratégicas en la seguridad de los pacientes.
- La media de la incidencia de los EA en diversos estudios realizados en Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido fue de 9,2% (rango intercuartílico: 4,6 a 12,4%), donde casi la mitad eran prevenibles. La mayoría de estos EA fueron asociados a la atención quirúrgica (39,6%, rango intercuartílico: 31,5 a 50,2%) y con la administración de medicamentos (15,1%, rango intercuartílico: 11,9 a 20,4%). Más de la mitad de los pacientes no sufrieron lesión o se trató de una lesión menor, mientras que el 7,4% de los EA fueron letales.

En España, tenemos varias experiencias previas en este sentido: el Estudio ENEAS en Atención Hospitalaria (2005), el Estudio SYREC en Medicina Intensiva (2007), el Estudio APEAS en Atención Primaria (2008) y el Estudio EVADUR en Urgencias Hospitalarias (2010).

El **proyecto ENEAS** en el año 2005 reflejaba que la incidencia de EA relacionados con la asistencia hospitalaria era del 8,4% (IC95% 7,7 a 9,1%) y los tipos de EA principales estaban en relación con la medicación (37,4%), con la infección nosocomial (25,3%) y con el procedimiento (25,0%) (3). Estos EA del proyecto ENEAS implicaban una prolongación de la estancia hospitalaria en el 31,4% y reingreso en el 25%, con un impacto real de 6 días de hospitalización adicionales por paciente con EA.

- El modelo explicativo de la cadena casual de un EA mantiene que son más importantes los fallos de sistema que los fallos de las personas. Las condiciones habituales de trabajo son factores con una gran influencia para facilitar actos inseguros (figura 1). En el análisis de EA ligados a la asistencia sanitaria se han empleado en ocasiones el análisis de los fallos activos (*active failures*), que son los errores cometidos por los profesionales sanitarios mientras realizan la atención sanitaria, y de los fallos pasivos (*pasive failures*), que son los del sistema administrativo y productivo.
- La **gestión de riesgos** es la actividad de identificación, análisis y respuesta a EA acaecidos o que puedan llegar a producirse, con el objetivo de evitar que ocurran en el futuro o minimizar sus consecuencias. La gestión eficaz de los riesgos implica una combinación entre el aprendizaje de aquellas cosas que han ido mal (reactivo) y la prevención ante riesgo potenciales a evitar que impacten en el servicio que nuestra organización presta (proactivo). Las unidades de gestión de riesgos surgen en el entorno hospitalario en Estados Unidos y Reino Unido; la experiencia española es mucho más reciente.
- En definitiva, debemos tener muy presente que la asistencia sanitaria es un factor de riesgo, pues somete a potenciales EA al paciente en cada una de las intervenciones

(diagnóstica, terapéuticas, preventivas, pronósticas, etc) que realicemos sobre él o sobre la población general. Tan perjudicial es la mala utilización de una intervención terapéutica, como la sobreutilización o infrautilización. Pero son el sobrediagnóstico y el sobretratamiento una fuente de iatrogenia nada despreciable: en el diagnóstico hay que tener muy presente los falsos positivos y los falsos negativos, el fenómeno de etiquetado y el efecto cascada, con el consecuente encarnizamiento terapéutico. Todo lo anterior ha llevado a la creación del término “**prevención cuaternaria**” (más allá de la primaria, secundaria y terciaria): pues hay que prevenirse del exceso de intervención sanitaria y hay que tener muy en cuenta la contención terapéutica.

- Es evidente que en materia de EA y de seguridad del paciente tenemos pasado que revisar, presente que describir y analizar y, sin duda, futuro para cambiar conductas y normalizar buenas prácticas. Es necesario crear una adecuada cultura en seguridad del paciente, una cultura ligada a mejorar la calidad asistencial. El aforismo “**primum non nocere**” tiene que llegar de forma reflexiva y rigurosa a los tres niveles de gestión clínica: macro, meso y microgestión. Las organizaciones sanitarias no han desarrollado aún la **política de “0 defectos”** como otros sectores, y la aviación es un ejemplo paradigmático.

2.- LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL

- El principal interés por la **calidad en la atención sanitaria** varía en función del agente implicado: a los profesionales sanitarios les interesa la calidad científico-técnica; a los pacientes la calidad relacional-percibida; al gestor le importa principalmente la calidad de gestión organizativo-económica:
 - Calidad científico-técnica: se trata de enunciar los principales problemas y oportunidades de mejora de la calidad, en base a conceptos de eficacia (capacidad de producir el efecto deseado en condiciones ideales) y efectividad (capacidad de producir el efecto deseado en condiciones habituales en la práctica clínica), pero también la seguridad.
 - Calidad relacional-percibida: complementa al anterior desde la perspectiva del paciente, para identificar el grado de satisfacción, aceptabilidad e información.
 - Calidad organizativo-económica: complementa a los anteriores con consideraciones de organización general y se basa en la optimización de recursos y eficiencia del servicio (es el logro del objetivo con el menor coste posible); también valora accesibilidad y equidad.

- Debe existir un compromiso hacia la **gestión de calidad total**, cuyo camino a la excelencia implica que se cumplan las expectativas de todos los agentes implicados en la atención sanitaria, siendo el objetivo principal la satisfacción de los clientes, tanto externos (usuarios o pacientes) como internos (profesionales y gestores).

La inquietud por la calidad asistencial se centró, en la década de los años setenta, en mejorar aspectos científico-técnicos. Posteriormente, en la década de los ochenta y noventa, comenzaron a plantearse actuaciones dirigidas a conseguir un uso eficiente de los recursos sanitarios y a mejorar la satisfacción del paciente. Es ya en el tercer milenio cuando la calidad asistencial se focaliza en la dimensión de la seguridad del paciente. Se da la circunstancia de que de todos los componentes de la calidad, es precisamente la seguridad el que más voluntades aúna.

- En España, el abordaje de una política específica de calidad asistencial a nivel del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha situado a la seguridad del paciente en un primer plano, especialmente tras ser incluida la seguridad en el plan de calidad para el SNS en el año 2006. En este sentido, es importante destacar la labor del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y su órgano de expresión, la Revista de Calidad Asistencial.
- La **cultura de seguridad** del paciente se ha presentado como una escalera en la que, a medida que se suben peldaños, se gana en confianza del paciente (figura 2). La gestión de riesgos podría posicionarnos en el cuarto escalón de la figura 2, pero conseguir una cultura de seguridad del paciente, nos permitiría llegar al quinto escalón.
- Un tema importante en la cultura de la seguridad del paciente es la **responsabilidad sanitaria de la notificación de EA**, pues la comunicación de un EA contiene todos los elementos que comporta la responsabilidad sanitaria (la falta del deber de cuidado del profesional, la producción de una lesión y la relación de causalidad entre la conducta del profesional y el resultado dañoso ocasionado en el paciente). Es por ello que se aboga porque la notificación de EA goce de un estatus diferente en comparación con otros instrumentos informativos de la historia clínica con el objetivo de que redunde en mayor confianza en el profesional sanitario y un mayor número de EA notificados.
- La seguridad del paciente en 7 pasos (libro libre):
 - Construir una cultura de seguridad.
 - Fomentar el liderazgo del equipo de personas.
 - Integrar las tareas de gestión de riesgos en la práctica cotidiana.
 - Promover la información de EA.

- Involucrar y comunicarse con los usuarios y ciudadanos.
- Aprender y compartir lecciones de seguridad.
- Implementar soluciones para prevenir daños.

3.- SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LIDERAZGO: PROFESIONALES Y PACIENTES

- La **cultura en la seguridad** del paciente debe ser una cultura abierta y justa que busca prevenir, analizar y corregir las causas de los errores y no centrarse en buscar al culpable. Y para su desarrollo se necesita liderazgo para llevarlo adelante y el líder necesita crear un ambiente de confianza en el que los valores que predominen sean la responsabilidad personal, la ayuda y la colaboración entre los profesionales, el trabajo en equipo, la credibilidad y la resiliencia.
- El liderazgo en seguridad del paciente se debe entender desde una doble perspectiva: desde los profesionales sanitarios y desde los pacientes.

• Liderazgo en profesionales sanitarios:

- El líder debe favorecer la creación de un entorno en el que la excelencia en la asistencia florezca y, para ello, debe fomentar una cultura que estimule la mejora continua; una cultura en la que la calidad sea cosa de todos. Un entorno en el que la buena práctica sea la notificación de los incidentes y no la ocultación por temor a las consecuencias o a que se considere una deslealtad antes los compañeros, una cultura en la que se aprenda de los errores.
- El líder sanitario debe contar con la formación y la información adecuada en esta materia, así como tener unas competencias adecuadas y que incluyen:
 - Ser emocionalmente estables, amables y benevolentes.
 - Ser capaz de reconocer las limitaciones propias, lo que hace más tolerante ante el error ajeno.
 - Ser íntegro y justo en sus actuaciones.
 - Ser capaz de delegar y de implicar a profesionales en la toma de decisiones.
 - Ser coherente entre las palabras y las acciones.
 - Tener facilidad de comunicación y capacidad de planificación.
 - Y apoyar sistema de notificación de EA con las siguientes características: no punitivo, confidencial, independiente, ágil, sensible, analizado por expertos y orientado hacia el sistema.

• Liderazgo en pacientes:

- El paciente (usuario) se convierte también en líder, pues es una parte esencial en la mejora de la calidad asistencial, sea de forma activa en sus varias formas (elección de proveedores, quejas y reclamaciones, asociaciones de usuarios, participación activa en el proceso asistencial, etc.) o a instancias del sistema (encuestas de calidad percibida, investigaciones cualitativas, etc.). Se puede destacar el auge especial de las iniciativas para fomentar la participación activa del usuario en el campo concreto de la seguridad del paciente, y esto se puede analizar desde tres estrategias:
 - La movilización de los pacientes para su seguridad: es una de las seis áreas de actuación prioritaria de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Y aquí también podemos incluir los sistema de notificación de incidentes de seguridad, que incluyen a los pacientes como posibles notificadores activos (ej. National Learning and Reporting System de la National Patient Safety Agency del Reino Unido).
 - La participación activa del usuario en el proceso asistencial: dentro de la guías de

práctica clínica se tiene cada vez más en cuenta la participación de los pacientes y uno de los temas evidentes es el de la seguridad. El liderazgo más evidente se realiza desde la Agency for Health Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos y valga como ejemplo el documento de “20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos”, que incluyen consejos muy útiles acerca del uso de medicamentos, cirugía o estancias hospitalarias, entre otras. Otra herramienta útil son los folletos y manuales que fomentan la vigilancia activa del paciente para prevenir incidentes frecuentes.

- La información solicitada por el sistema: incluye las encuestas de satisfacción o calidad percibida por los usuarios, si bien no se utilizan tanto como debieran y se identifican una serie de barreras en la información de la utilización que puede aportar el paciente (tabla 1). Otros métodos son los vinculados a la investigación cualitativa, poco utilizados, pero en donde hay que considerar que una investigación de tipo grupos focales es, probablemente, la mejor manera de averiguar qué tipo de cuestiones habría que incluir en las encuestas de calidad percibida y, también, cuáles serían las expectativas y formas en que habría que tener en cuenta a los pacientes para el diseño de los procesos asistenciales.
- Está claro que el impacto sanitario, social y económico de los EA convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública. Si este impacto es importante en adultos, es especialmente sensible en recién nacidos, lactantes, escolares y adolescentes. Entre todos (profesionales sanitarios y pacientes) hemos de **cambiar la cultura de la “culpa” por la cultura del “conocimiento”**. Todo ello conllevará a:
 - Prevenir lo fácilmente evitable.
 - No hacer aquello que es inadecuado o innecesario y, además, comporta riesgo.
 - Hacer más improbable lo difícilmente evitable.

4.- PRIMERAS, SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS

- Cuando se produce un EA, las primeras víctimas son los pacientes, pero éstos no son los únicos damnificados. Las consecuencias pueden ser devastadoras para el profesional implicado (segunda víctima) y para la propia institución u organización (tercera víctima), porque también ellos sufren cuando ocurre un EA.
- Las **primeras víctimas** de los EA son los pacientes. Sobre ello hemos hablado hasta ahora y es nuestro trabajo protegerles de cualquier daño derivado de la asistencia sanitaria.
- Las **segundas víctimas** son los profesionales de la salud (entendido como cualquier prestador de servicios en el sector sanitario: médicos, enfermeras, personal de apoyo, estudiantes y voluntarios) que se ve implicado en un EA y por ello quedan afectados profesional y personalmente. Esto provoca repercusiones negativas en la atención al paciente y en las relaciones con sus compañeros, por lo que es fundamental que haya una red de apoyo para proteger tanto al paciente como a los profesionales de la salud.

Porque el profesional sanitario implicado en un EA inevitable queda traumatizado por esa experiencia. Y hay que tener en cuenta que hay estudios que marcan en tan sólo un 5% los profesionales sanitarios que nunca se han visto implicados en algún error clínico, de ahí la importancia del problema. Según los estudios APEAS y ENEAS, el 15% de los profesionales sanitarios se ven envueltos en algún EA cada año (en la mayoría de casos, EA sin consecuencias graves). Y hasta un 2% abandonan la profesión tras sufrir en ellos las consecuencias de un EA.

Las consecuencias en la segunda víctima son de distinto tipo: emocionales, personales, familiares, legales, de reputación, miedo a ser imputado, etc. La sinceridad y las disculpas son dos premisas para la comunicación de EA y errores a los pacientes: o dicho de otra forma, la ventaja de decir "lo siento".

En Estados Unidos se encuentran especialmente implicados con las segundas víctimas, como el Programa For You del Hospital de Missouri, el Programa Análisis Causa-Raíz de la Universidad de Illinois, el Programa de Ayuda a Segundas Víctimas del Johns Hopkins Hospital, etc. Y qué soluciones se proponen:

- El mejor apoyo emocional a las segundas víctimas.
- La mejor asesoría legal.
- Comunicación franca con el paciente.

La mayoría de las demandas penales ejercen una presión tal sobre el profesional denunciado que le fuerzan a pactar indemnizaciones y acuerdos por la vía civil. Se debe tener en cuenta que la mayoría de las demandas son admitidas a trámite y que, pese a que pueden en muchos casos terminar con su archivo, el daño moral y el coste emocional que soporta el profesional resultan irreparables y absolutamente desproporcionados.

Para el paciente el coste no es menor, pues iniciar acciones legales, además de producirle inseguridad, le representa un desembolso económico y la obligación de someterse a pruebas periciales para acreditar el daño sufrido, cuando la mayoría de ocasiones lo único que desea es una explicación y una disculpa por el resultado no deseado. Por todo ello, la mediación sanitaria se presenta como una poderosa alternativa de futuro a considerar en la resolución de conflictos, con el objetivo de que la deshumanización de un proceso judicial incierto se transforme en un diálogo.

- Las **terceras víctimas** son las instituciones sanitarias que ven amenazado su prestigio y el de sus profesionales como consecuencia de la ocurrencia de un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.

5.- NORMAS UNE 179003-GESTIÓN DE RIESGOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ¿Qué herramientas podemos utilizar para evaluar la gestión sanitaria?
 - Excelencia: autoevaluación basada en un análisis del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo EFQM.
 - Acreditación: procedimiento por el que se reconoce que una institución es competente para desarrollar unas actividades. Ej. Joint Commission International.
 - Certificación: procedimiento que da la garantía por escrito que un producto, proceso o servicio está de acuerdo con unos requisitos especificados. Ej. ISO, AENOR.
- Al igual que hay un norma para hacerlo mejor (ISO 9001:2008, Sistema de Gestión de la Calidad), hay una manera de hacerlo más segura (UNE 179003:2013, Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente).

No es imprescindible estar certificado con la Norma ISO 9001:2008 para certificarse con UNE 179003:2013, pero, sí resulta necesario trabajar bajo un enfoque de un sistema de gestión de la calidad.

- ¿Qué es una norma UNE? Son documentos de aplicación voluntaria con especificaciones técnicas y son el resultado del consenso entre todas las partes interesadas. Se elaboran por AENOR, a través de los Comités Técnicos de Normalización y se actualizan periódicamente.
- ¿Por qué tenemos que utilizar las normas UNE?
 - Mejorar la organización interna.
 - Mejorar la efectividad y eficiencia de los procesos.
 - Mejora la motivación y el trabajo en equipo del personal.
 - Consolidar una cultura de calidad y seguridad del paciente.
 - Reducir los incidentes sin daño y eventos adversos.
 - Demostrar que tenemos un Sistema de Gestión de Calidad y un Sistema de Gestión de Riesgos orientado a satisfacer.
 - Las expectativas de aquellos a los que prestamos un servicio.
 - Ofrecer una imagen de calidad y seguridad avalada por una entidad independiente.
- El objetivo Norma UNE 179003:2013 es conseguir una atención sanitaria libre de daños evitables. Tiene 6 capítulos y 3 Anexos informativos.
- Implantar un Sistema de Gestión de Calidad o un Sistema de Gestión de Riesgos requiere cumplir tres reglas:
 - Decir lo que se hace: Planificar
 - Hacer lo que se dice: Implantar y Controlar
 - Poder demostrarlo: Certificar

6.- SINEA-SISTEMA DE INFORMACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

- La seguridad del paciente es una dimensión esencial de la calidad asistencial. Proporcionar atención y cuidados seguros sin lesiones atribuibles a estos cuidados, implica gestión de riesgos y difusión de buenas prácticas.
- Los Sistemas de Información de Eventos Adversos es una estrategia que permite la recolección de datos sobre EA producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la "cultura de seguridad" donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.
- Los **objetivos** de los Sistemas de Información de Eventos Adversos son:
 - Aprender de las experiencias.
 - Contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo.
 - Ser una herramienta útil para monitorizar los progresos en la prevención de los EA.
- **Nomenclatura básica:**
 - RIESGO: probabilidad de que se produzca un incidente.
 - ERROR: desviación de la práctica aceptada como correcta, independientemente del efecto que produzca sobre el paciente.
 - CASI ERRORES: categoría mal definida que incluye: Hecho que estuvo a punto de ocurrir. Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
 - INCIDENTE: acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir daño o no al paciente. Cuando produce daño es evento adverso.
 - NEGLIGENCIAS: difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

Los errores son la causa de los EA. Y las causas de los errores son las personas y/o el sistema.
- **Tipos de errores** en una organización sanitaria:
 - Relacionados con la acción: la acción se realiza de forma indebida, a pesar de que sabemos cómo debería de hacerse.
 - Relacionados con la ejecución: la acción se corresponde con nuestra intención, pero esta era equivocada.
 - Incumplimiento o trasgresión de normas y procedimientos: desviación intencional de la manera que es la más apropiada para realizar una actividad.
- **Tipos de errores** según la fase del proceso asistencial:
 - Diagnóstico: errores y retrasos; inadecuación de pruebas; pruebas obsoletas.
 - Tratamiento: error en la práctica de una intervención o procedimiento; error en la administración de un tratamiento; error en la dosis o la vía de administración; retraso del tratamiento; tratamiento inadecuado o no indicado.
 - Prevención: no utilización de la profilaxis pertinente o discontinuidad en la pauta.
 - Otros: fallos en la comunicación; fallos en los equipos y dispositivos; otros fallos del sistema.

- **SINEA** es el sistema de notificación y registro de EA en la Comunidad Valenciana, que tiene estas características.
 - No punitivo: no temas en notificar porque no se producirán castigos ni represalias.
 - Confidencial: la información del paciente se borra a la semana y la del informador es opcional.
 - Análisis por expertos: el Grupo de Notificación y la Comisión de Seguridad del Paciente valoran las circunstancias del suceso notificado o realizan un Análisis Causa Raíz de los sucesos Graves.
 - Objetivo: aprender de los errores, proponer medidas correctivas y ponerlas en marcha para evitar que vuelva a ocurrir.

- **¿Cómo se notifica en SINEA?**

- De **dos formas**: en papel o vía intranet.
- **Notificación en papel**:
 - Entrar en intranet del Departamento de Salud, en Aplicaciones.
 - Pinchar en la aplicación SINEA.
 - Seleccionar Formulario de registro e imprimir el registro de EA.
 - Cumplimentar y depositar en los buzones. ¿Dónde se localizan los buzones?: uno en cada centro de Atención Primaria y Consultorios, puntos de Atención Continuada, puntos de Atención Sanitaria, Centro de Especialidades de Babel, Urgencias, Urgencias Pediátricas, tres en el Bloque Quirúrgico, 5ª Planta Cardiología, Unidad de Calidad 2ª Planta, Dirección Médica, Dirección de Enfermería.
- **Notificación en intranet**:
 - Seleccionar el centro de notificación: en nuestro caso Departamento de Salud Alicante-Hospital General (antes Departamento 19).
 - Cumplimentar los datos del pacientes: estos datos se borran a la semana.
 - Resumir lo que ocurrió: habilitada una casilla para ello.
 - Indicar las repercusiones del EA sobre el paciente: cumplimentar en las casillas que aparecen.
 - Indicar las causas del suceso adverso: cumplimentar en las casillas que aparecen.
 - Indicar los factores que influyeron en la aparición del EA: cumplimentar en las casillas que aparecen.
 - Seleccionar la afirmación que mejor describe el impacto sobre el paciente: cumplimentar en las casillas que aparecen.
 - Seleccionar la atención que recibió el paciente a consecuencia del EA: cumplimentar en las casillas que aparecen.
 - Describir cómo se podría disminuir la probabilidad de ocurrencia o la gravedad del EA.
 - Explicar las barreras para evitar que se repita el EA o detectarlo a tiempo.

- **¿Cómo facilitar la notificación en SINEA?**

- Toda esta información y formación no sería efectiva si no lleva a cabo en nuestro lugar de trabajo: en concreto en nuestro Servicio de Pediatría.
- Para trabajar por una cultura de gestión del riesgo es necesario liderazgo y éste se va a establecer a través del Jefe de Sección / Coordinador de cada área funcional de Pediatría y con la

colaboración de un adjunto, cuya misión será promover la cultura de notificación y mejora continua.

- En este sentido se han establecido los siguientes promotores y “líderes” en la notificación de eventos adversos y uso de SINEA:
 - En Neonatología: Dra. Remedio García y Dra. Caridad Tapia
 - En Pediatría: Dr. Ismael Martín y Dra. Olga Gómez
 - En Oncología y Hematología Pediátrica: Dr. Carlos Esquembre y Dra. María Tasso
 - En Urgencias Pediátricas: Dr. Germán Lloret y Dr. Juan Utrero

Tabla 1.- Barreras para la utilización de la información que puede aportar el paciente	
Barreras organizacionales	<p>Deficiente infraestructura para la gestión de la calidad</p> <p>Estructura jerárquica de las organizaciones sanitarias</p> <p>Escasa priorización de tiempo y los recursos para la “voz del paciente”</p>
Barreras profesionales	<p>Actitudes defensivas o escépticas del personal ante los datos de encuestas a pacientes</p> <p>Dificultades de entendimiento/comunicación interna para La información que proporcionan las encuestas</p>
Barreras relacionadas con el manejo de los datos	<p>Deficientes habilidades metodológicas para trabajar con encuestas</p> <p>Retraso excesivo entre la recogida de datos y el feed-back de los resultados</p> <p>Encuestas que proporcionan datos muy generales</p> <p>Coste de la recogida de datos</p>

Figura 1.- Modelo explicativo de la cadena causal de un evento adverso

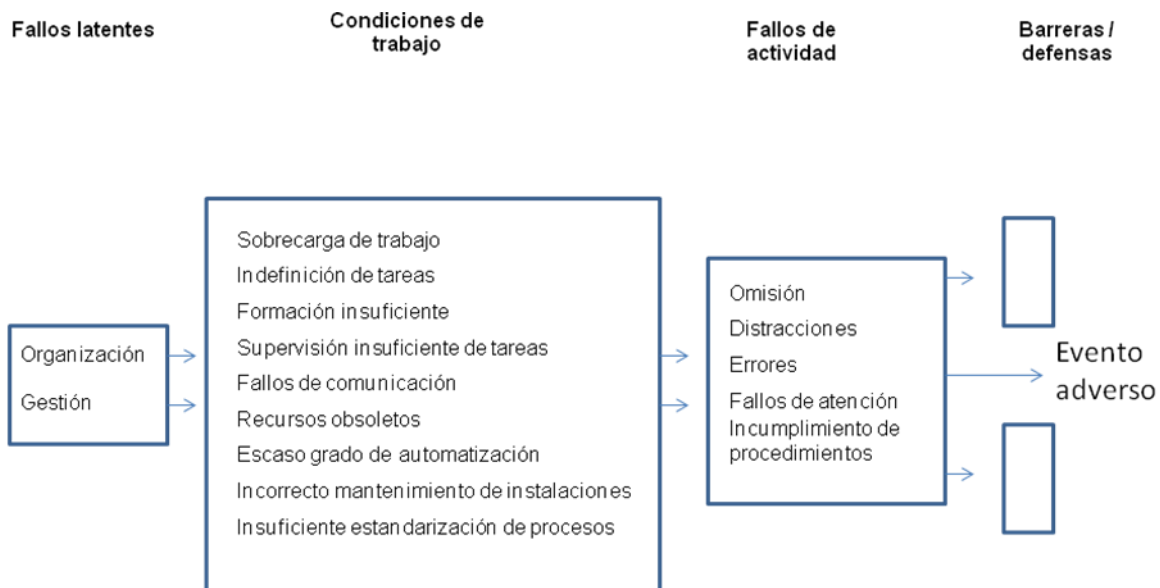


Figura 2.- Gestión de la cultura de seguridad de pacientes

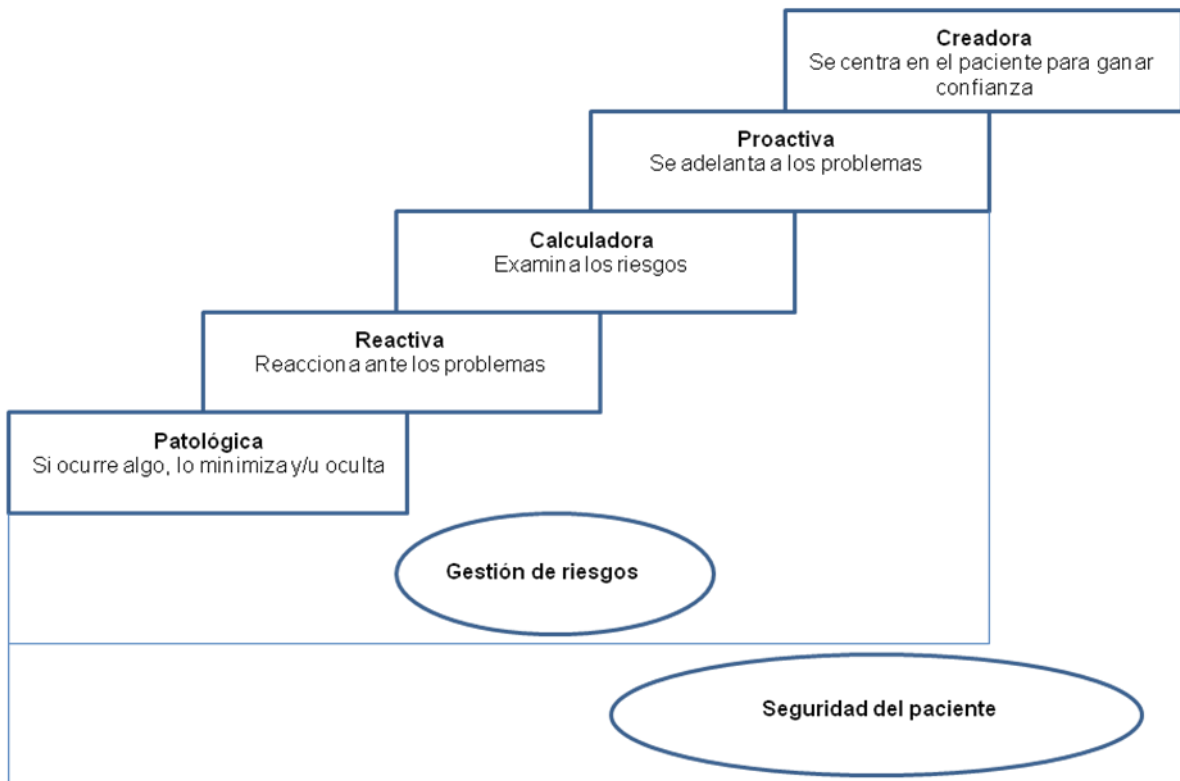


Figura 3.- Riesgos en la asistencia sanitaria

