

María Pilar Marcos Calvo

Estudio del impacto que los
Eventos Adversos tienen en los
profesionales sanitarios (segundas
víctimas), valorado a través de la
percepción de directivos y
coordinadores de calidad

Departamento
Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

Director/es

Aibar Remón, Carlos
Astier Peña, María Pilar

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**ESTUDIO DEL IMPACTO QUE LOS
EVENTOS ADVERSOS TIENEN EN
LOS PROFESIONALES SANITARIOS
(SEGUNDAS VÍCTIMAS), VALORADO
A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN DE
DIRECTIVOS Y COORDINADORES DE
CALIDAD**

Autor

María Pilar Marcos Calvo

Director/es

Aibar Remón, Carlos

Astier Peña, María Pilar

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

2016

Facultad de Medicina

Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

Tesis Doctoral

Estudio del impacto que los Eventos Adversos tienen en los Profesionales Sanitarios (Segundas Víctimas), valorado a través de la percepción de Directivos y Coordinadores de Calidad.

M^a Pilar Marcos Calvo

Directores: Carlos Aibar Remón y Pilar Astier Peña

Zaragoza, 2015



Universidad
Zaragoza



**Universidad
Zaragoza**

D. Carlos Aibar Remón, Profesor Titular del Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza y Dña. M^a Pilar Astier Peña, Doctora en Medicina y Profesora Asociada del Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza.

HACEN CONSTAR:

Que Dña. M^a Pilar Marcos Calvo, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza ha realizado bajo su tutela y dirección, el trabajo titulado:

Estudio del impacto que los Eventos Adversos tienen en los Profesionales Sanitarios (Segundas Víctimas), valorado a través de la percepción de Directivos y Coordinadores de Calidad.

Revisado el contenido de la memoria, consideran que el trabajo reúne las condiciones necesarias para ser defendido públicamente al objeto de optar al grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

Zaragoza, a 11 de noviembre de 2015

Carlos Aibar Remón

M^a Pilar Astier Peña

Agradecimientos

Todas las cosas que hacemos en la vida tienen una grandísima parte de la ayuda que nos dan los que nos rodean. Yo he tenido la suerte de tener siempre grandes personas a mi alrededor y a todas ellas quiero dar mis agradecimientos y dedicar mi trabajo.

Gracias a todos mis profesores, tutores y compañeros del MIR del Hospital Clínico Universitario y del Centro de Salud Delicias Sur. Me transmitieron mucho de lo que soy como médico y una verdadera pasión por la medicina de familia. Siempre serán mis referentes y modelo a seguir.

Gracias a todos los compañeros que me he ido encontrando en mis años de trabajo. Hay dos centros que me han llegado al corazón. Uno es Delicias Norte, donde trabajé mis primeros años, aprendí que el equipo lo es todo y de donde me he llevado amigos para siempre. No pasa un día en el que no me acuerde de todo lo vivido allí. Otro es Torrero La Paz, donde llevo unos meses y donde he conocido a un equipo con el que disfruto cada minuto y vivo cada día como un regalo. Son grandes por lo clínico y sobre todo por lo humano. Es un privilegio compartir mi actual etapa con ellos.

Gracias a los compañeros de Grupo de Seguridad del Paciente de semFYC. En estos años a vuestro lado he aprendido que la Seguridad del Paciente es algo del día a día, que tiene su traducción en el paciente concreto. Esa es su grandeza. Os admiro muchísimo a todos. Desde vuestras distintas comunidades, trabajando de forma impecable y excelente por mejorar la calidad y seguridad de nuestro sistema sanitario. Me lo enseñáis cada día y en cada correo electrónico.

Gracias a los compañeros y profesores de la primera edición del Máster de Seguridad del Paciente del 2006. Por vuestra comprensión y apoyo a mi inicio laboral en unos términos precarios, por enseñarme nuevas visiones que en esos momentos no podía ni imaginar. Por los buenos ratos a la salida de las clases que nos unieron mucho.

A Fernando Palacio, al tengo como modelo en tantas cosas. Era una persona brillante, que hacía fácil hasta lo más difícil. Sus palabras claras y firmes. Su voz que siempre recordaré y su gran humanidad al relacionarse con las personas. Recuerdo especialmente un momento con él. Corría noviembre de 2009 e íbamos juntos andando hacia la sede del congreso de Semfyc de Barcelona. Él me insistía en que mi directora de tesis debía ser Pilar Astier. Lo tenía claro. En ese momento yo no tenía un proyecto firme y así quedó todo suspendido unos años. Me gustaría que viera que finalmente así ha sido, decirle que, como casi en todo, tenía razón y clarividencia. Se que estaría contento. Ojalá todos los que lo conocimos podamos, aunque de lejos, seguir sus pasos, en la medicina, en la Seguridad del Paciente y en la vida.

Gracias a José Joaquín Mira por darme la oportunidad de realizar la tesis en el Proyecto de Segundas Víctimas, y por solucionarme tantas dudas con una disponibilidad total. Por haber compartido los datos y los conocimientos sin reservas, como lo hacen las grandes personas. Me ha facilitado mucho el camino.

A Irene Carrillo, por tantos y tantos correos enviados y respondidos tan bien. Gracias por todo, te deseo que el desarrollo de tu tesis, que discurre paralela a la mía sea fructífero. Estoy segura de que lo será.

A mis directores de tesis: Carlos Aibar Remón y Pilar Astier Peña. Gracias. He aprendido muchísimo con vosotros en este camino.

Carlos, desde la carrera te he admirado mucho como profesor, mis mejores amigas de medicina pueden dar fe. Eras distinto, innovador en las ideas e ibas más allá en los planteamientos. En el año 2001 cuando en las aulas aún se funcionaba con diapositivas o transparencias, tú ya presentabas tus clases con un cañón proyector. Es un símbolo de tu carácter, para mi, adelantado mucho a tu tiempo. Posteriormente te volví a encontrar como profesor en el Máster, como referente de la Seguridad del Paciente en foros nacionales e internacionales. Todo sin perder un carácter sencillo y cercano, que hace sentir muy bien a los que tienen la suerte de trabajar y aprender contigo. Gracias por todo.

Pilar, no hay palabras en el mundo para describir tu apoyo en estos meses de trabajo. Tu constancia, tus ánimos, tus ideas y tu ejemplo. La gran sensación de que crees en mí. Reúnes a la vez el conocimiento teórico y tienes los pies en el suelo, desde una consulta. Sólo deseo que podamos compartir experiencias, opiniones, trabajos y jornadas durante muchísimos años. Gracias una vez más.

Por último quiero agradecer a mis padres, que me lo han dado todo en la vida. Me han dado el valor del conocimiento, del trabajo y del pensamiento crítico. Pero sobre todo me han enseñado que nada vale la pena si no sirve para ser mejor persona y para amar a los demás. Ellos lo han demostrado con su ejemplo de vida, que tanto admiro. Gracias.

A mi hermano, por ser una de las personas más incondicionales. Por su apoyo siempre y por que en muchas cosas somos uno. Eres uno de los mayores regalos que me ha dado la vida. Gracias Fernando.

A Eduardo. Dicen que el amor comienza por la admiración, y en mi caso así fue, hace ya mucho tiempo. Gracias por darme otra visión de las cosas, por ser tan efectivo en todo lo que haces, porque ya no sería yo misma sin todas las cosas en las que me complementas y sin todos los momentos que hemos vivido. Es una suerte poder evolucionar en la vida contigo y poder tener alguien a mi lado con el que puedo compartir todo y siempre está ahí. Gracias.

Resumen

Introducción

Los Eventos Adversos (EA) derivados de la asistencia sanitaria causan daño y dolor a los pacientes que son las primeras víctimas de los mismos, pero también afectan de forma laboral, personal y familiar a los profesionales sanitarios que se ven envueltos en ellos (segundas víctimas) y además afectan a la Institución Sanitaria (tercera víctima) disminuyendo su prestigio entre la población.

Objetivos

Objetivo Principal

Conocer y analizar la implantación y utilidad de los planes de intervenciones en hospitales y atención primaria para dar respuesta ante eventos adversos graves, considerando en particular el soporte a las segundas y terceras víctimas.

Objetivos secundarios

Describir cual es la cultura de seguridad en Hospitales y Centros de Atención Primaria.

Identificar las actuaciones previstas ante la aparición de eventos adversos graves.

Valorar si hay planes específicos de atención a segundas víctimas.

Conocer si las segundas víctimas reciben apoyo por pares o especializado, tienen cobertura del seguro de responsabilidad civil y reciben asesoramiento legal por parte de la institución sanitaria en la que trabajan.

Analizar si hay comunicación franca y transparencia con el paciente que ha sufrido un EA y su familia.

Conocer si hay un plan de comunicación e imagen institucional tras un EA.

Analizar la opinión de los directivos y coordinadores de calidad en cuanto a la utilidad de implantar una estrategia de atención y apoyo a las segundas y terceras víctimas.

Identificar qué intervenciones son consideradas por los directivos y coordinadores de calidad como más útiles para reducir los efectos negativos que los EA que sufren los pacientes tienen en la imagen corporativa de los centros sanitarios (terceras víctimas).

Población y Métodos

Población

La población de referencia estuvo compuesta por los Directores y Coordinadores de Calidad de los Hospitales y áreas de salud de Atención Primaria de 8 servicios regionales de salud de España.

Metodología

Se construyó una encuesta basada en la selección de intervenciones de instituciones sanitarias internacionales para dar respuesta a los EA. La encuesta constaba de un total de 45 intervenciones agrupadas en 5 áreas: área 1: Cultura de Seguridad en la Institución, área 2: Plan de crisis en caso de un EA grave, área 3: Comunicación y transparencia con el paciente y su familia, área 4: Atención a Segundas Víctimas (profesionales) y área 5: Comunicación e Imagen Institucional. Para cada una de ellas se valoraba la utilidad y la implantación. La encuesta se pasó entre febrero y mayo de 2014 enviando un correo electrónico con una carta anexa y el enlace a la plataforma de la encuesta. Se analizaron los datos mediante análisis descriptivo de frecuencias, chi-cuadrado para comparación de porcentajes entre variables. Se calculó un índice sintético para hacer una valoración global por cada área de la encuesta y se hizo análisis de regresión logística condicional hacia adelante para identificar diferencias en la implantación y utilidad percibidas de las intervenciones entre estos tipos de profesionales y entre los niveles de atención.

Resultados

Contestaron la encuesta 406 profesionales, 197 Directores de Hospital y de Atención Primaria y 209 Coordinadores de Calidad. Las diferencias entre los índices sintéticos de las 5 áreas en la comparación entre niveles asistenciales, son estadísticamente significativas para la implantación, siendo esta mayor en hospitales. Los índices sintéticos para la utilidad de las intervenciones son similares con alta valoración en ambos niveles salvo para el área 2 (plan de crisis) que es algo más valorada en hospital. El análisis de regresión logística mostró diferencias entre coordinadores de calidad y directores para 8 intervenciones analizando la implantación, y sólo en 3 analizando la utilidad.

Discusión

Aunque la mayoría de las intervenciones para prevenir o reducir el impacto de los EA en las segundas y terceras víctimas se han considerado útiles por los directivos y por los coordinadores de seguridad del paciente, su nivel de implantación hasta ahora es muy bajo. Dado que en los estudios se ha puesto de manifiesto que, al menos, 1 de cada 3 profesionales sanitarios se ven involucrados en algún EA, los directivos y los responsables de seguridad de las instituciones sanitarias debieran ser no solo conscientes de estas cifras sino, además, actuar para promover un entorno que ofrezca comprensión, apoyo y ayuda profesional. En atención primaria existe una menor

implantación de intervenciones de soporte a las segundas víctimas, por lo que estas están más desprotegidas que en los hospitales.

Conclusiones

Los resultados muestran que la mayoría de Instituciones Sanitarias Españolas no tienen un programa de atención a las segundas víctimas ni un plan para proteger la reputación de la institución como tercera víctima en el caso de que ocurra un evento adverso grave, pero considerarían útil disponer de él tanto en Atención Primaria como en Hospital. En Atención Primaria hay menos protección a la segunda y tercera víctima que en los hospitales. Por lo que el desarrollo de recomendaciones, guías o protocolos de intervención es una línea de trabajo para el futuro inmediato.

Índice

Índice de Contenidos

I. Introducción	17
I.1. Los Eventos Adversos como problema de Seguridad del Paciente.....	17
I.1.1 Frecuencia, magnitud y gravedad de los eventos adversos en los sistemas sanitarios	19
I.1.2 Taxonomía de la seguridad del paciente.....	23
I.2 Cultura de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias.	27
1.2.1 Concepto	27
1.2.2 Cultura organizacional.....	27
1.2.3 Cultura de seguridad versus clima de seguridad.....	28
1.2.4 Cultura de seguridad en otros sectores	28
I.3. Beneficios de una cultura de seguridad positiva y constructiva: Estrategias para la mejora de la seguridad del paciente y la Gestión de Riesgos en la Atención Sanitaria:	30
I.3.1 Estrategias internacionales	30
I.3.2 Estrategias nacionales y autonómicas.....	31
I.4. La repercusión de los Eventos Adversos en los Profesionales Sanitarios y en las Instituciones Sanitarias: Segundas Víctimas y Terceras Víctimas	33
I.4.1 Concepto y Evolución	33
I.4.2 Investigaciones en marcha: nacionales e internacionales	33
I.4.3 Estrategias de abordaje a nivel de los equipos de las instituciones	35
II. Justificación, hipótesis y objetivos del Estudio.	41
II.1 Justificación e hipótesis.....	41
II.1.1 Justificación	41
II.1.2 Hipótesis.....	41
II.2 Objetivos	42
II.2.1 Objetivo principal	42
II.2.2 Objetivos secundarios	42
III. Población y métodos	45
III.1 Diseño del estudio.....	45
III.2 Población.....	46
III.3 Encuesta	48
III.3.1 Revisión bibliográfica	48
III.3.2 Elaboración del cuestionario por el equipo investigador	49
III.4 Procedimiento	54
III.5 Análisis de datos.....	55

III.6 Ética investigación	57
IV. Resultados.....	61
IV.1 Análisis Global de los Resultados.....	61
IV.1.1 Análisis por Áreas de la Encuesta.....	62
IV.1.2 Análisis de las intervenciones según la utilidad percibida.....	154
IV.1.2 Análisis de las intervenciones según la implantación percibida.....	158
IV.2 Diferencias entre Perfiles Profesionales.....	166
IV.2.1 IMPLANTACIÓN.....	166
IV.2.2 UTILIDAD.....	175
IV.3 Diferencias entre Niveles Asistenciales.....	178
IV.3.1 IMPLANTACIÓN.....	178
IV.3.2 UTILIDAD.....	189
IV.4 Índice sintético áreas de la encuesta.....	193
IV.5 Análisis multivariante.....	199
IV.5.1 IMPLANTACIÓN.....	200
IV.5.2 UTILIDAD.....	202
V. Discusión	205
V.1 Sesgos y limitaciones	205
V.2 Resultados más destacables	207
V.3 Comparación con otros estudios:	226
V.4 Valor del estudio.....	227
V.5 Acciones desarrolladas:	228
V.6 Retos e Investigaciones futuras.....	230
VI. Conclusiones	233
VII. Bibliografía	237
VIII. Anexos.....	247
VIII Anexo 1 Grupo Calite	247
VIII Anexo 2. Funciones del Coordinador de Calidad	248
VIII Anexo 3 Tablas MSSI	249
VIII Anexo 4. Recomendaciones, fuentes e iniciativas revisadas.....	251
VIII Anexo 5 Modelo de encuestas usadas.....	253
VIII.5.1 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Hospitales	253
VIII.5.2 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Primaria.....	260
VIII.5.3 Consulta a Directivos y Staff de Hospitales.....	267
VIII.5.4 Consulta a Directivos y Staff de Primaria.....	280
VIII Anexo 6 Modelo de cartas usadas	287

VIII.6.1 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Hospitales	287
VIII.6.2 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Primaria.....	288
VIII.6.3 Consulta a Directivos y Staff de Hospitales.....	289
VIII.6.4 Consulta a Directivos y Staff de Primaria.....	290
VIII.6.5 Recuerdo a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Hospitales	291
VIII.6.6 Recuerdo a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Primaria	292
VIII.6.7 Recuerdo a Directivos y Staff de Hospitales	293
VIII.6.8 Recuerdo a Directivos y Staff de Primaria.....	294
VIII Anexo 7 Traducción de la encuesta a inglés (62).....	295
VIII Anexo 8 Lista de Responsables del proyecto en cada CCAA.....	299
VIII Anexo 9 Correo de Feed Back en Comunidad Autónoma de Aragón.	300
VIII Anexo 10 Tabla resultados Implantación.....	301
VIII Anexo 11 Tabla resultados Utilidad	316
VIII Anexo 12 Recopilación de las Sugerencias aportadas en texto libre por los participantes en la encuesta.	330
VIII Anexo 13 Comparación de Proporciones con Resultados Significativos	332

Índice de Tablas

	Página
Tabla 1 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.1	62
Tabla 2 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.1	63
Tabla 3 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.2	64
Tabla 4 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.2	64
Tabla 5 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.3	65
Tabla 6 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.3	65
Tabla 7 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.4	66
Tabla 8 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.4	66
Tabla 9 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.5	67
Tabla 10 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.5	67
Tabla 11 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.6	68
Tabla 12 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.6	68
Tabla 13 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.7	69
Tabla 14 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.7	69
Tabla 15 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.8	70
Tabla 16 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.8	70
Tabla 17 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.9	71
Tabla 18 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.9	71
Tabla 19 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.10	72
Tabla 20 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.10	72
Tabla 21 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.11	73
Tabla 22 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.11	73
Tabla 23 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.12	74
Tabla 24 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.12	74
Tabla 25 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.13	75
Tabla 26 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.13	75
Tabla 27 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.1	76
Tabla 28 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.1	76
Tabla 29 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.2	77
Tabla 30 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.2	77
Tabla 31 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.3	78
Tabla 32 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.3	78
Tabla 33 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.4	79
Tabla 34 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.4	79

Tabla 35 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.1	80
Tabla 36 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.1	80
Tabla 37 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.2	81
Tabla 38 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.2	81
Tabla 39 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.3	82
Tabla 40 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.3	82
Tabla 41 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.4	83
Tabla 42 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.4	83
Tabla 43 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.5	84
Tabla 44 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.5	84
Tabla 45 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.6	85
Tabla 46 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.6	85
Tabla 47 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.7	86
Tabla 48 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.7	86
Tabla 49 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.8	87
Tabla 50 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.8	87
Tabla 51 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.9	88
Tabla 52 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.9	88
Tabla 53 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.10	89
Tabla 54 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.10	89
Tabla 55 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.11	90
Tabla 56 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.11	90
Tabla 57 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.1	91
Tabla 58 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.1	91
Tabla 59 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.2	92
Tabla 60 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.2	92
Tabla 61 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.3	93
Tabla 62 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.3	93
Tabla 63 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.4	94
Tabla 64 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.4	94
Tabla 65 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.5	95
Tabla 66 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.5	95
Tabla 67 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.6	96
Tabla 68 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.6	96
Tabla 69 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.7	97
Tabla 70 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.7	97
Tabla 71 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.8	98

Tabla 72 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.8	98
Tabla 73 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.1	99
Tabla 74 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.1	99
Tabla 75 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.2	100
Tabla 76 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.2	100
Tabla 77 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.3	101
Tabla 78 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.3	101
Tabla 79 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.4	102
Tabla 80 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.4	102
Tabla 81 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.5	103
Tabla 82 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.5	103
Tabla 83 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.6	104
Tabla 84 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.6	104
Tabla 85 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.7	105
Tabla 86 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.7	105
Tabla 87 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.8	106
Tabla 88 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.8	106
Tabla 89 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.9	107
Tabla 90 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.9	107
Tabla 91 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.1	108
Tabla 92 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.1	108
Tabla 93 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.2	109
Tabla 94 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.2	109
Tabla 95 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.3	110
Tabla 96 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.3	110
Tabla 97 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.4	111
Tabla 98 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.4	111
Tabla 99 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.5	112
Tabla 100 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.5	112
Tabla 101 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.6	113
Tabla 102 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.6	113
Tabla 103 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.7	114
Tabla 104 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.7	114
Tabla 105 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.8	115
Tabla 106 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.8	115
Tabla 107 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.9	116
Tabla 108 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.9	116

Tabla 109 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.10	117
Tabla 110 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.10	117
Tabla 111 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.11	118
Tabla 112 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.11	118
Tabla 113 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.12	119
Tabla 114 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.12	119
Tabla 115 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.13	120
Tabla 116 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.13	120
Tabla 117 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.1	121
Tabla 118 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.1	121
Tabla 119 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.2	122
Tabla 120 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.2	122
Tabla 121 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.3	123
Tabla 122 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.3	123
Tabla 123 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.4	124
Tabla 124 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.4	124
Tabla 125 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.1	125
Tabla 126 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.1	125
Tabla 127 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.2	126
Tabla 128 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.2	126
Tabla 129 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.3	127
Tabla 130 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.3	127
Tabla 131 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.4	128
Tabla 132 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.4	128
Tabla 133 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.5	129
Tabla 134 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.5	129
Tabla 135 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.6	130
Tabla 136 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.6	130
Tabla 137 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.7	131
Tabla 138 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.7	131
Tabla 139 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.8	132
Tabla 140 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.8	132
Tabla 141 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.9	133
Tabla 142 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.9	133
Tabla 143 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.10	134
Tabla 144 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.10	134
Tabla 145 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.11	135

Tabla 146 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.11	135
Tabla 147 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.1	136
Tabla 148 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.1	136
Tabla 149 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.2	137
Tabla 150 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.2	137
Tabla 151 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.3	138
Tabla 152 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.3	138
Tabla 153 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.4	139
Tabla 154 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.4	139
Tabla 155 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.5	140
Tabla 156 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.5	140
Tabla 157 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.6	141
Tabla 158 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.6	141
Tabla 159 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.7	142
Tabla 160 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.7	142
Tabla 161 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.8	143
Tabla 162 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.8	143
Tabla 163 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.1	144
Tabla 164 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.1	144
Tabla 165 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.2	145
Tabla 166 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.2	145
Tabla 167 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.3	146
Tabla 168 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.3	146
Tabla 169 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.4	147
Tabla 170 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.4	147
Tabla 171 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.5	148
Tabla 172 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.5	148
Tabla 173 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.6	149
Tabla 174 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.6	149
Tabla 175 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.7	150
Tabla 176 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.7	150
Tabla 177 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.8	151
Tabla 178 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.8	151
Tabla 179 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.9	152
Tabla 180 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.9	152
Tabla 181 Intervenciones percibidas como más útiles	154
Tabla 182 Intervenciones percibidas como menos útiles	156

Tabla 183 Intervenciones percibidas como menos implantadas	158
Tabla 184 Intervenciones percibidas como más implantadas	164
Tabla 185 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 1 de la encuesta	167
Tabla 186 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 2 de la encuesta	168
Tabla 187 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 3 de la encuesta	169
Tabla 188 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 4 de la encuesta	171
Tabla 189 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 5 de la encuesta	173
Tabla 190 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Utilidad de las 5 áreas	175
Tabla 191 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 1 de la encuesta	179
Tabla 192 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 2 de la encuesta	181
Tabla 193 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 3 de la encuesta	183
Tabla 194 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 4 de la encuesta	185
Tabla 195 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 5 de la encuesta	187
Tabla 196 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Utilidad de las 5 áreas	189
Tabla 197 Implantación y Utilidad de las intervenciones para prevenir el impacto de los EA en las Segundas y Terceras Víctimas comparando Atención Primaria y Hospital.	193
Tabla 198 Implantación y Utilidad de las intervenciones para prevenir el impacto de los EA en las Segundas y Terceras Víctimas comparando directores y coordinadores de calidad	195
Tabla 199 Implantación y Utilidad de las intervenciones para prevenir el impacto de los EA en las Segundas y Terceras Víctimas comparando directores y coordinadores de calidad	197
Tabla 200 Intervenciones para prevenir el impacto de los Eventos Adversos en Segundas y Terceras Víctimas	200
Tabla 201 Intervenciones para prevenir el impacto de los Eventos Adversos en Segundas y Terceras Víctimas	202
Tabla 202 Resultados Implantación Área 1	301
Tabla 203 Resultados Implantación Área 2	305
Tabla 204 Resultados Implantación Área 3	307
Tabla 205 Resultados Implantación Área 4	310
Tabla 206 Resultados Implantación Área 5	313
Tabla 207 Resultados Utilidad Área 1	316
Tabla 208 Resultados Utilidad Área 2	320
Tabla 209 Resultados Utilidad Área 3	322
Tabla 210 Resultados Utilidad Área 4	324
Tabla 211 Resultados Utilidad Área 5	327

Tabla 212 Comparación Coordinadores y Directivos Implantación (por nivel asistencial)	332
Tabla 213 Comparación Atención Primaria y Hospital Implantación (por perfil profesional)	335
Tabla 214 Comparación Coordinadores y Directivos Utilidad (por nivel asistencial)	339
Tabla 215 Comparación Atención Primaria y Hospital Utilidad (por perfil profesional)	339

Índice de Figuras

	Página
Figura 1. La seguridad del paciente como dimensión de la calidad	18
Figura 2. Estudio Apeas	22
Figura 3. Marco conceptual de la seguridad del paciente	24
Figura 4. Modelo de cultura de seguridad del paciente	28
Figura 5. ¿Cuánto riesgo tiene la asistencia sanitaria?	29

Listado de abreviaturas

AHRQ Agency of Helthcare Research and Quality

AP Atención Primaria

ASMP Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

AVERT The adverse event response team program.

BICEPS Treatment of stress reaction prior to combat, acronym of: brevity, immediacy, centrality, expectancy, proximity, simplicity.

CCAA Comunidades Autónomas

CIMA Critical Incident Stress Management

CEIC APCV The Clinical Research Ethics Committees of the Valencia Primary Care Organisation.

CEIC HUFA The Clinical Research Ethics Committees of the Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

CISP Clasificación internacional para la Seguridad del Paciente

CS Cultura de Seguridad

EA Evento Adverso.

EEUU Estados Unidos

GDP Gross domestic product.

IC Intervalo de Confianza

IOM Instituto de Medicina de los EEUU

NHS National Health Service

OMS Organización Mundial de la Salud

OR Odds Ratio

POS Organización Panamericana de la Salud

SD Estándar deviation.

SNS Sistema Nacional de Salud

SP Seguridad del Paciente.

STROBE Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology.

SRS Servicio Regional de Salud.

UK United Kingdom.

USA United States of America

I. Introducción

I. Introducción

I.1. Los Eventos Adversos como problema de Seguridad del Paciente

La Seguridad del Paciente (SP) se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (1). Se considera una dimensión clave de la calidad asistencial, que según el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos (EEUU) es el grado o medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados de salud para el individuo y para la población de acuerdo con el conocimiento científico disponible (2).

Cuando mencionamos una asistencia sanitaria de calidad nos referimos a aquella que además de ser efectiva, se caracteriza por la utilización del mejor conocimiento disponible, el uso eficiente de los recursos sanitarios y la adecuación a las necesidades y expectativas de los pacientes.

Habitualmente, las dimensiones que se asocian a la calidad asistencial han sido las siguientes:

Calidad científico-técnica de la atención o competencia profesional. Hace referencia a la capacidad para utilizar el nivel más avanzado de conocimientos existente y a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida, no solo en sentido estricto de la habilidad técnica sino también en la relación interpersonal médico-paciente.

Accesibilidad o facilidad con la que la atención sanitaria puede ser obtenida de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.

Satisfacción: grado con que la atención prestada cumple con las expectativas del paciente o usuario, tanto respecto a aspectos organizativos como al trato personal recibido.

Adecuación o idoneidad de la atención recibida en relación con las necesidades del paciente.

Efectividad: grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones reales.

Eficiencia: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible en relación a unos recursos determinados.

Sin embargo, el IOM amplió dos dimensiones adicionales que son la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente (1) (Figura 1).

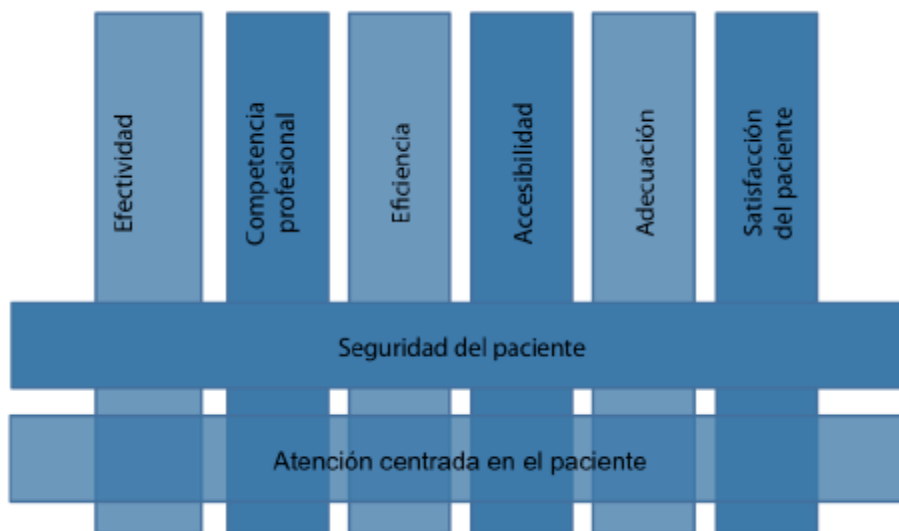
La atención centrada en el paciente se define como la atención a la salud caracterizada por el compromiso entre los profesionales, los pacientes y sus familias,

para asegurar que se respetan las decisiones, preferencias y necesidades de los pacientes, así como por la educación y el apoyo para que los pacientes participen en las decisiones sobre la atención que reciben.

Y la seguridad del paciente, posiblemente la última de las dimensiones incorporada dentro de la definición de la calidad en los servicios de salud, que caracteriza su enfoque no sólo en hacer lo correcto y a tiempo como tradicionalmente se propone sino además en ausencia de daño producido por la propia atención sanitaria, más que en un mayor o menor beneficio.

La seguridad del paciente tiene una gran relevancia para todos los que se ven involucrados en el proceso de la atención sanitaria. Tanto para pacientes y sus familias, que buscan sentirse seguros y una plena confianza en los cuidados sanitarios que se les proporciona, como para gestores de los servicios y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva, eficiente, de calidad y segura (3).

Figura 1 La seguridad del paciente como dimensión de la calidad



I.1.1 Frecuencia, magnitud y gravedad de los eventos adversos en los sistemas sanitarios

I.1.1.1 Nivel internacional

La preocupación por la seguridad del paciente no es nueva, situándose sus raíces en el conocido aforismo hipocrático de *primum non nocere*.

En 1991, Brennan (4) publicó el estudio Harvard, en el que se valoraba la incidencia de sucesos adversos en más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de 1984; fue el primer estudio que cumplió con una metodología adecuada, lo que le dio una validez suficiente como para ser reconocido como modelo. El principal objetivo del estudio era valorar la posible negligencia o evitabilidad que había en los llamados eventos adversos (EA), siendo la incidencia de EA encontrados de 3,8%.

Estudios posteriores fueron llevados a cabo en diferentes partes del mundo: Utah y Colorado, Australia, Reino Unido, Dinamarca, Nueva Zelanda, Canadá y España y todos ellos confirmaron la magnitud de los eventos adversos en pacientes ingresados (entre un 4 y un 17%) así como la posibilidad de evitar el problema en alrededor de un 50%.

En 1999 el informe "To err is human" (5) elaborado por el Institute of Medicine de EEUU causó un gran impacto entre la sociedad y en la propia clase médica, ya que ponía de manifiesto que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecían anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema sanitario de EEUU, lo cual representaba más muertes que las producidas por accidentes de automóvil, por el cáncer de mama o por el SIDA, y que un 7-14% de las hospitalizaciones presentaban un EA relacionado con la atención sanitaria y no por las condiciones propias del paciente y, dentro de ellos, entre un 3 - 4% resultaban mortales. El mensaje fundamental fue que estos sucesos se producían como consecuencia del encadenamiento de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, y que eran prevenibles en un alto porcentaje. Este estudio fue producto del proyecto denominado: "Quality of Health Care in América", y cuyo propósito era desarrollar una estrategia para alcanzar una mejora significativa en la calidad en el sistema de salud de ese país en los siguientes años.

Este informe supuso un aldabonazo y un punto de inflexión para el desarrollo de actividades orientadas hacia la mejora de la SP, no sólo en EEUU sino también en el resto de países occidentales.

A partir de entonces no sólo se revisaron los estudios previos, sino que además, se dio impulso a los trabajos relacionados con el tema.

A este informe le siguieron otros como el ya mencionado: "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" (1) también del Instituto de Medicina de los Estados Unidos o "An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on

Learning from Adverse events in the NHS” en el Reino Unido, quien tras identificar condiciones semejantes, inició una política de identificación y reducción de errores médicos implementado un plan de gobierno con el propósito de promover la seguridad del paciente, que a su vez estaba integrado en un programa prioritario: “Construyendo un Sistema Seguro”.

Pero la importancia de la investigación se encontraba en que el IOM, al mismo tiempo que identificó los EA, planteó diversas estrategias para conseguir una reducción del 50% de los mismos en cinco años, durante los cuales se identificaron una serie de sistemas de alerta, de prácticas seguras, así como estrategias para desarrollarlas.

La evaluación posterior de dicho objetivo se calificó como desalentadora por el limitado impacto de las acciones puestas en marcha, sobre todo en lo que son los sistemas de notificación de incidentes y en lo referente al escaso progreso en la mejora de las competencias que son exigibles a los profesionales. Sin embargo, se produjo a consecuencia de la misma un movimiento por la seguridad de los pacientes a nivel mundial.

Así, las principales organizaciones con responsabilidad en cuestiones de salud y servicios sanitarios como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado a lo largo de los últimos años estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan desarrollar la SP y controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (3).

Y si el estudio “To err is human” puso de manifiesto el riesgo sanitario, pocos años después una de las organizaciones pioneras en materia de SP, el National Quality Forum (NQF), en un informe del año 2003, identificó lo que podría considerarse como la primera respuesta a los problemas de SP, identificando “30 prácticas seguras” siendo la primera de ellas la promoción de una cultura de seguridad del paciente (CSP) en los servicios sanitarios.

En el año 2004, en el marco de la 57ª Asamblea de la OMS se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el fin de coordinar y difundir las prácticas seguras en todo el mundo (6-8).

Dentro de las acciones que ha propuesto esta Alianza las cinco primeras fueron las siguientes: los “Retos Mundiales para la seguridad del paciente”, “Pacientes para la seguridad del paciente”, “Taxonomía para la seguridad del paciente”, “Investigación para la seguridad del paciente” y “Notificación y aprendizaje”.

En 2005 el Consejo de Europa en la “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes” señaló la seguridad de los pacientes como un reto europeo. En sus conclusiones propuso como una estrategia común para los países miembros, mejorar la SP mediante tres acciones clave: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de

información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso (9).

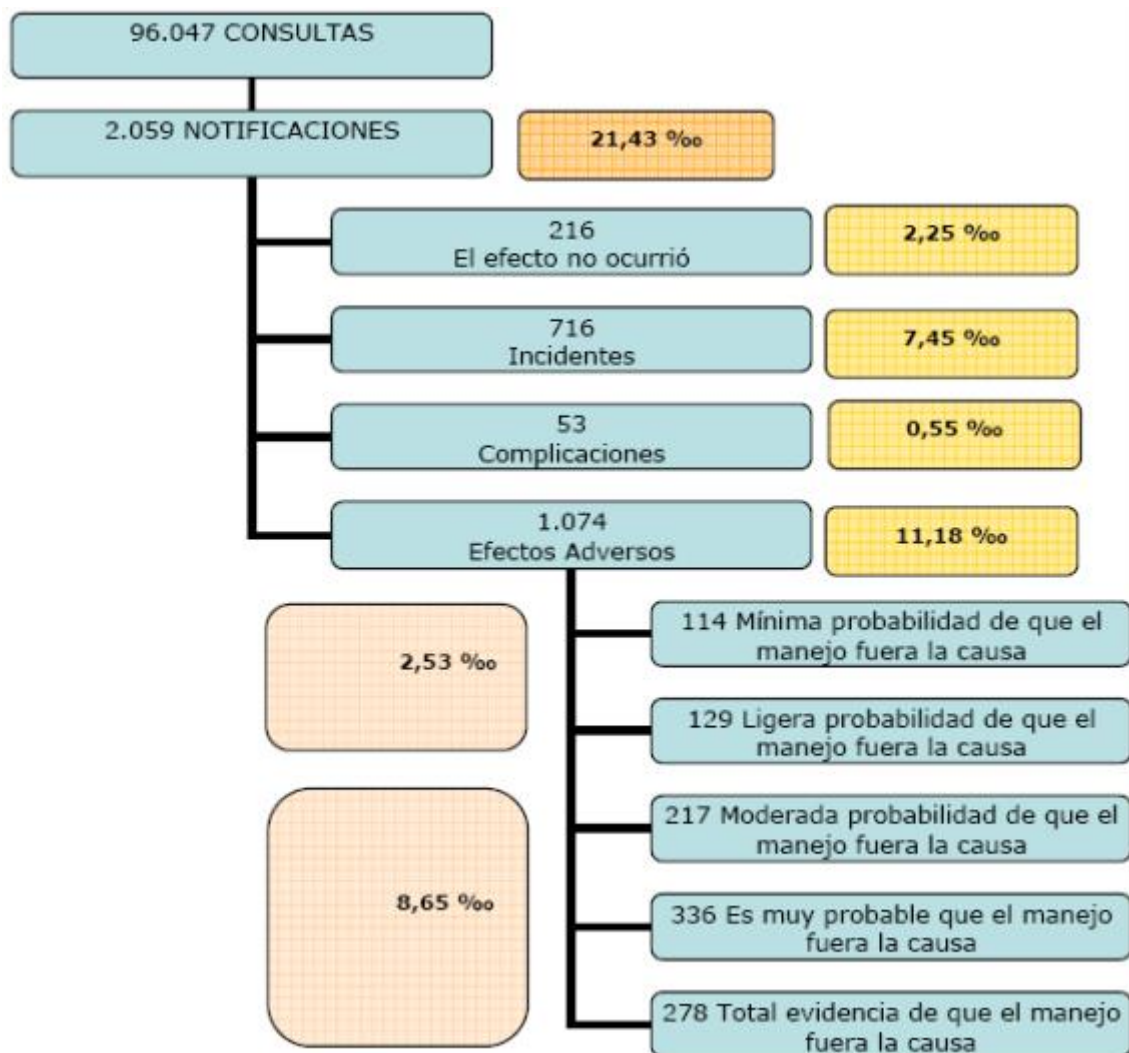
1.1.2.2 Nivel nacional

Para conocer el impacto de los EAs en el sistema sanitario español el Ministerio de Sanidad financió estudios comisionados en atención especializada (Estudio ENEAS), en atención primaria (Estudio APEAS) y en atención sociosanitaria (Estudio EARCAS) dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Sanidad, iniciada en 2005.

El estudio ENEAS (10), estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, determinó que en el ámbito hospitalario en torno a uno de cada diez pacientes ingresados sufre algún daño relacionado directamente con la asistencia sanitaria independientemente de la patología de base del paciente, siendo casi el 50% evitables.

En atención primaria, el estudio APEAS (11), estudio de efectos adversos en atención primaria, estimaba una prevalencia de EA de 11,2%, de los cuales el 54,7% eran leves, el 38% moderados y el 7,3% graves. De estos últimos, el 70% eran claramente evitables.

Figura 2 Estudio Apeas



En cambio, en otros ámbitos como en la atención sociosanitaria, aunque no existen estudios tan precisos para estimar el daño si se han realizado aproximaciones sugiriendo como presenta el estudio EARCAS (12), de eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios, que el problema puede ser tan importante como en la propia hospitalización (13, 14).

I.1.2 Taxonomía de la seguridad del paciente.

Como se ha visto y vamos a seguir viendo, la SP es un concepto complejo por su propia naturaleza. La dificultad del concepto y la variedad de términos utilizados para su denominación ha complicado su análisis a lo largo de estos años.

Por esta razón, ante la necesidad de establecer una terminología consensuada a nivel internacional sobre SP, la AMSP (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente) promovió la realización de un Informe Técnico con el objetivo de proporcionar un lenguaje común a la hora de investigar sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Así, en el año 2009, la OMS publicó la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) (15), que define tanto el marco conceptual como la definición de los términos clave.

Entendemos que la SP es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de una serie de factores contribuyentes favorecedores del desarrollo de un daño relacionado con la atención sanitaria recibida o que elevan el riesgo de que éste se produzca.

Estos factores incluyen entre otros (figura 3):

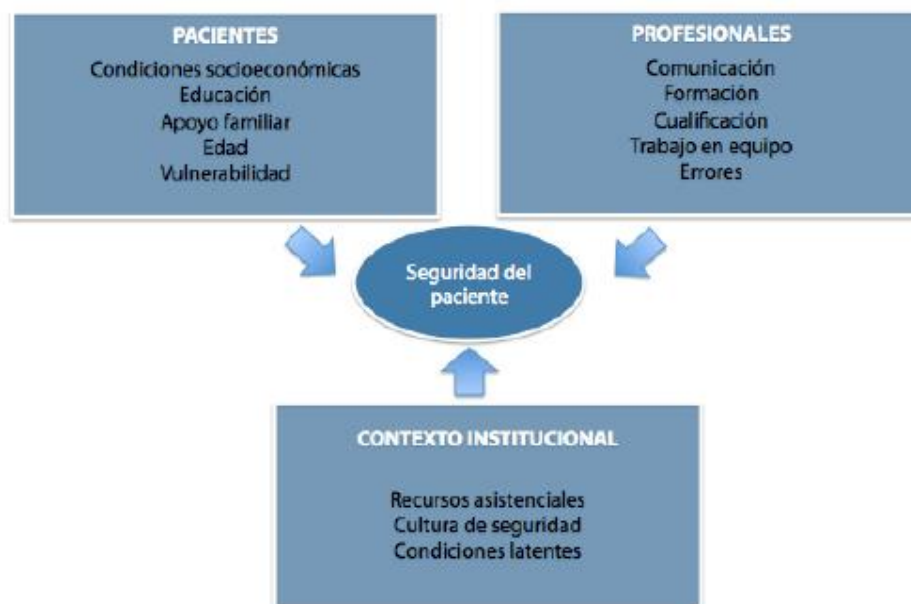
Las condiciones latentes o fallos del sistema/organización que predisponen la aparición de resultados adversos

La cultura de la seguridad

Los errores cometidos por los profesionales

Las características de la población atendida

Figura 3 Marco conceptual de la seguridad del paciente



Fuente: Adaptación de Aibar- Remón C (20)

En el Marco conceptual se define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. El daño asociado a la atención sanitaria es el que se deriva o asocia con los planes o medidas adoptadas durante la prestación de la asistencia sanitaria y no a la enfermedad o lesión subyacente. (15)

Queda pues claro que en Seguridad del Paciente no nos referimos al daño producido por la enfermedad sino al producido por los propios cuidados.

La cultura de seguridad está intrínsecamente relacionada con la organización sanitaria (16). La AMSP define SP como el resultado de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, así como el estilo y la competencia con la gestión de la salud y la seguridad de la organización (17, 18).

Esta taxonomía pretende unificar criterios y definiciones, y permitir una visión uniforme en todo el mundo sobre el problema.

En este marco la OMS define 46 conceptos relacionados en 10 clases.

Estas clases vienen a ser los conceptos fundamentales en Seguridad y los describe así:

- Incidente relacionado con la seguridad del paciente es un suceso o circunstancia que puede tener como resultado o tuvo como resultado un daño innecesario para un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida

Los incidentes pueden ser prevenibles, cuando la comunidad los considera como evitables en las circunstancias en que se dieron, o no prevenibles. Es frecuente hablar de evitables, cuando se pueden prever y evitar, e inevitables

Dentro de los incidentes se distinguen: los near miss (de difícil traducción, “casi se pierde”) es un incidente que no llegó al paciente; los incidentes sin daño que son los que llegan al paciente pero no llegan a traducirse en daño; y los incidentes con daño o Eventos Adversos, en los que un paciente resulta dañado, entendiendo por daño cualquier deterioro de la estructura o función del cuerpo y / o cualquier efecto nocivo resultante de ello, incluye enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y/o muerte. (15, 17,19,20)

- Tipo de incidente es un término descriptivo para una categoría formada por los incidentes de una naturaleza común, con características compartidas.
- Factor contribuyente es una circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o desarrollo de un incidente o que aumentan el riesgo de que este ocurra. En esta misma clase aparece el azar, que se entiende como una circunstancia, agente o acción con potencial para causar daño.
- Características del paciente son algunos de sus atributos relacionados con su seguridad.
- Características del incidente son los atributos relacionados con la seguridad.
- Detección es una acción o circunstancia que se traduce en el descubrimiento de un incidente.
- Factor Atenuante: una acción o circunstancia que previene o modera la progresión del daño que pueda provocar el incidente.
- Resultado en el paciente es el impacto en él que es imputables a un incidente total o parcialmente.
- Resultado en la organización es el impacto sobre ella que es imputable a un incidente total o parcialmente.
- Acción de mejora es una acción o el cambio en una circunstancia para hacer mejor o compensar los daños después de un incidente.

Estas diez clases nos permiten seguir el ciclo desde que ocurre el incidente, que se enmarcará en un tipo determinado y tendrá unas determinadas características, que estará en el contexto de unos factores contribuyentes y de un paciente también con unas determinadas características, hasta su detección, la mitigación en lo posible de sus efectos, los resultados sobre el paciente y el sistema y, fundamental y razón de ser de esta cultura de seguridad, la puesta en marcha de medidas correctoras, de barreras que impidan o hagan más difícil que el incidente vuelva a darse.

La ocurrencia de un incidente con daño o un evento adverso implica a pacientes, profesionales de la institución sanitaria en la que ocurre y a la propia institución.

Este análisis de los actores participantes en un evento adverso ha llevado a definir a las víctimas, o personas afectadas por el evento como sigue:

PRIMERAS VICTIMAS: pacientes, familiares y red afectiva de la persona directamente afectada por un incidente con daño.

SEGUNDAS VICTIMAS: profesionales sanitarios y no sanitarios involucrados en el desarrollo del incidente con daño, con un impacto emocional secundario a la ocurrencia del mismo. (21)

TERCERAS VICTIMAS: instituciones sanitarias en las que ha tenido lugar un incidente con daño y que ven afectada su reputación por este hecho. (22) (23).

I.2 Cultura de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias.

1.2.1 Concepto

Si bien existen múltiples definiciones, la cultura de la seguridad de una organización de salud se define como el producto de las actitudes, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos que influyen en el compromiso, el estilo y el dominio de la gestión de la seguridad de una organización (24). La CSP según la definición adoptada en 2006 por la European Society for Quality in Health Care busca continuamente minimizar el daño al paciente que puede resultar del proceso de prestación de la asistencia sanitaria (25).

Por consiguiente, podemos afirmar que unas instituciones con una fuerte Cultura de Seguridad del Paciente tienen menos eventos adversos y por tanto menos segundas víctimas, profesionales afectados.

1.2.2 Cultura organizacional

La CSP es un aspecto de la cultura organizacional (CO) que toma su base en las cuestiones de seguridad de las organizaciones. Guldenmund caracteriza la CO como un constructo relativamente estable, multidimensional que depende de los valores y normas compartidas en el entorno de trabajo. Estos valores y normas afectan a las actitudes, percepciones y comportamientos de todos los miembros de la organización. Por lo tanto, la CO tiene un impacto fundamental en el comportamiento en materia de seguridad y, a su vez, sobre la seguridad en las organizaciones en su conjunto. Se trata de un fenómeno multidimensional, un tronco común de conocimientos, valores y símbolos acerca de la seguridad de los pacientes (24).

Adaptado a partir del modelo de CO de Edgar Schein (26), el modelo de CS consta de tres capas: la primera compuesta por unos supuestos básicos arraigados que no son accesibles para la medición; la segunda, valores y creencias en materia de seguridad y la tercera, artefactos, es decir, procedimientos y acciones que son la expresión más superficial de la cultura.

Según este modelo, los supuestos básicos determinan valores y creencias, y ambos determinan los artefactos.

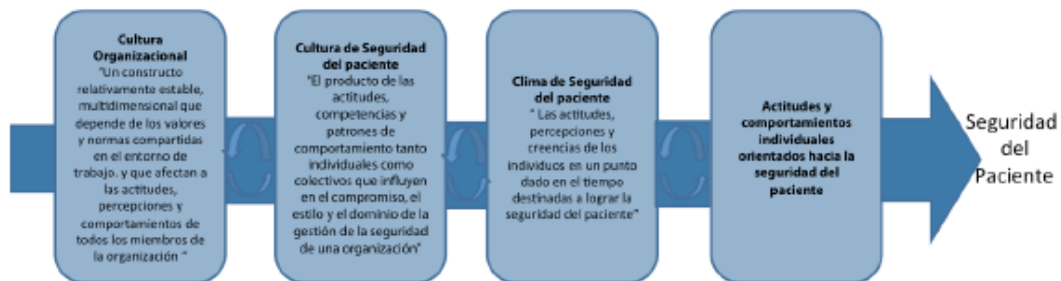
1.2.3 Cultura de seguridad versus clima de seguridad

Otra de las cuestiones a tener en cuenta es el debate abierto que existe dentro de la literatura de seguridad entre la utilización de los términos cultura y clima y si representan o no diferentes conceptos. El consenso general muestra que la cultura representa las características más estables y duraderas de la organización que han sido equiparadas con sus dimensiones o su “personalidad”.

La CS es un rasgo complejo y duradero, reflejo de valores y normas que residen en la cultura de la sociedad y explica por qué las cosas suceden. Mientras que el clima de seguridad se define comúnmente como “características de la superficie de la cultura de la seguridad, de las actitudes y percepciones de los individuos en un punto dado en el tiempo” o “los componentes medibles de la cultura de seguridad” (27,28,29). Se cree que representa una manifestación más visible de la cultura, considerándose su “estado de ánimo” en un momento determinado del tiempo, describe lo que está sucediendo (30,31) (figura 4).

Generalmente se acepta que los instrumentos disponibles proporcionan una medida de clima de seguridad, pero como ambos términos se utilizan indistintamente en diferentes publicaciones, seguiremos la corriente instaurada por diversos autores y sólo utilizaremos el término “cultura” a lo largo de este documento (32).

Figura 4 Modelo de cultura de seguridad del paciente



Fuente: Adaptado de Morello et al (43)

1.2.4 Cultura de seguridad en otros sectores

Al mismo tiempo que la CO tiene un impacto fundamental en el comportamiento en materia de seguridad, nos hemos encontrado con una creciente evidencia de la existencia de un vínculo entre la cultura de seguridad y la seguridad a lo largo de los años (33,34,35).

En el caso de las industrias de alto riesgo (aviación y energía nuclear) donde históricamente se ha prestado gran atención a la evaluación de la seguridad, las medidas de seguridad se basaban primero en una información retrospectiva sobre muertes y lesiones de empleados abordando cualquier fallo como un problema técnico.

Posteriormente se tomó conciencia de la complejidad y multicausalidad de sus accidentes lo que llevó a estudiar los factores organizacionales, de gestión y humanos, centrando las medidas de seguridad en medidas predictivas y prestando especial atención a la evaluación del clima de seguridad (32).

Las organizaciones que prestan asistencia sanitaria, debido al alto riesgo de morbilidad y mortalidad que conlleva dicha prestación, son consideradas como industrias de alto riesgo como se puede observar en la figura 5. De modo que han identificado la mejora de la CS como acción prioritaria por tener un impacto significativo en cómo se implementa la seguridad (36).

Figura 5 ¿Cuánto riesgo tiene la asistencia sanitaria? (37).



Pero una diferencia importante a tener en cuenta es que, frente al resto de industrias de alto riesgo, en el ámbito de la asistencia sanitaria las consecuencias de las prácticas inseguras recaen directamente no solo en el cliente/usuario sino también sobre el profesional sanitario (38,39), al que hemos considerado como segunda víctima y a las instituciones sanitarias donde ocurren estos incidentes, terceras víctimas.

I.3. Beneficios de una cultura de seguridad positiva y constructiva: Estrategias para la mejora de la seguridad del paciente y la Gestión de Riesgos en la Atención Sanitaria:

Deberíamos hablar de los beneficios de la cultura positiva y constructiva puesto que hablan de una cultura no punitiva donde se puede compartir los eventos adversos y porque permite analizar los EAs y aprender de ellos y ayuda a acoger y recuperar a las Segundas Víctimas.

La promoción de una cultura de seguridad positiva y constructiva a nivel de los sistemas nacionales de salud se ha ido construyendo a través de estrategias nacionales de seguridad del paciente cuyo principal objetivo ha sido sensibilizar a los profesionales de la salud en relación con una atención segura.

I.3.1 Estrategias internacionales

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales como la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en Estados Unidos, o la National Patient Safety Agency, del National Health Service en el Reino Unido, han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica y promocionar una cultura de seguridad positiva y constructiva.

En octubre de 2004 el Director General de la Organización Mundial de la Salud puso en marcha La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para destacar la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

El Programa de Seguridad del Paciente de la OMS propone los siguientes objetivos:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.

- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud.
- Promover la investigación en seguridad del paciente.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.

Las Principales Campañas de la OMS sobre Seguridad del Paciente son:

- Una atención limpia es una atención más segura
- La Cirugía Segura Salva Vidas
- Pacientes en Defensa de su Seguridad
- Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)
- Los sistemas de notificación y de aprendizaje
- La investigación en seguridad del paciente.

I.3.2 Estrategias nacionales y autonómicas

El ministerio de Sanidad se unió a la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en el año 2005 (13) y desde entonces ha estado trabajando de manera intensa en esta línea.

Ya el Plan de Calidad 2006-2010 del SNS contemplaba como una de sus 6 áreas de desarrollo e interés sanitario: el fomentar la excelencia clínica y dentro de la misma la estrategia nº 8 pretende mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios. Para ello, se han ido realizando muchas actividades e impulsado un gran número de iniciativas, que se engloban dentro de los elementos clave recomendados a nivel internacional para la mejora de la seguridad de la atención sanitaria. Uno de esos elementos clave y el primer objetivo de la estrategia ha sido: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), responsable como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Asimismo, cabe destacar el papel que ha desempeñado la Agencia de Calidad del SNS, promoviendo el documento de consenso sobre Estrategias de Seguridad del Paciente en el año 2005, y el Plan de Calidad del SNS que viene desarrollándose desde el año 2005 en coordinación con las distintas comunidades autónomas.

La estrategia número 8 de dicho Plan tiene como finalidad mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS y presenta seis objetivos

específicos siendo el primero de ellos promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.

Complementariamente, el resto de objetivos de la estrategia se centran en actuaciones dirigidas a:

- Diseñar y establecer sistemas de información para evaluar la estrategia de SP – indicadores de SP- y de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP).
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS tales como higiene de manos, cirugía segura, cuidados de enfermería, infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS), errores de medicación, identificación de pacientes, entre otras.
- Promover la investigación en seguridad del paciente como generadora de nuevos conocimientos sobre SP.
- Fomentar la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en SP.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre SP.

Algunas de las actividades realizadas a este respecto hasta 2011 para fomentar dicha cultura han sido: formación de los profesionales, en forma de máster y cursos on-line de diverso contenido; medición de la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario y también en el ámbito de la Atención Primaria (AP), se ha hecho especial hincapié en que la difusión de las acciones e informes desarrollados se hagan utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) a través de la página Web de SP y se ha participado en diferentes foros nacionales e internacionales (OMS, OCDE, Comisión Europea, entre otros) para compartir experiencias.

La 1ª Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud se creó en 2005, se ha desarrollado durante 10 años y en 2015 se plantea su actualización y se publica la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como un instrumento que facilite el análisis, la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la Seguridad del Paciente de acuerdo a las nuevas necesidades y teniendo en cuenta la situación actual (40,41). Esta Estrategia incluye por primera vez la definición de Segundas Víctimas y la necesidad de incluir el problema como una de sus líneas de intervención.

Asimismo, algunas Comunidades Autónomas tales como Andalucía, Madrid, Valencia, Extremadura, Baleares y Cataluña entre otras, alineadas con los objetivos del Plan de Calidad, también han desarrollado planes estratégicos autonómicos de seguridad conformes a sus necesidades y recursos.

I.4. La repercusión de los Eventos Adversos en los Profesionales Sanitarios y en las Instituciones Sanitarias: Segundas Víctimas y Terceras Víctimas

I.4.1 Concepto y Evolución

En 1984, David Hilfiker tuvo el valor de describir sus sentimientos personales como segunda víctima tras haber cometido un error clínico. Algunos años más tarde, Frederick Van Pelt también describió su situación personal y cómo había recibido apoyo para superar la situación. Otros autores han descrito también la experiencia de profesionales que se han visto implicados en incidentes con daño a pacientes y que se han convertido en lo que hoy conocemos como segundas víctimas de un evento adverso.

El concepto Segunda Víctima fue definido por Wu (21) y Scott S. como el profesional sanitario envuelto en un evento adverso, inesperado, sobre un paciente, en un error médico o en un daño relacionado con un paciente y que llega a sentirse víctima, en el sentido que queda traumatizado por la experiencia y/o no es capaz de afrontar emocionalmente la situación.

Los eventos adversos (EA) son la causa de lesiones, daño o sufrimiento en los pacientes, pero también son responsables de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales (segundas víctimas) (4) involucrados en ellos y de la pérdida de prestigio y disminución de la confianza en las instituciones sanitarias (terceras víctimas) donde estos EA ocurren. (42) (43)

Tercera víctima se define como una organización de salud, que puede sufrir también un potencial de pérdida de reputación del incidente de seguridad del paciente (44).

Desde el año 2000 cuando Wu describe el término segunda víctima se han realizado numerosas investigaciones sobre los profesionales involucrados en EAs y sobre la forma de reaccionar ante los pacientes y familiares y ante la sociedad por parte de los profesionales y de las instituciones sanitarias afectadas.

A continuación, pasamos a describir las investigaciones publicadas hasta la fecha.

I.4.2 Investigaciones en marcha: nacionales e internacionales

En EEUU se calcula que se producen anualmente entre 1.500 y 2.500 incidentes relacionados con sitio quirúrgico equivocado. El 21% de los cirujanos informa haber participado en algún EA relacionado con sitio equivocado en su carrera.

En un clásico estudio de 2006, Gallagher, encuestó a una muestra de médicos canadienses y norteamericanos. Un 55% reconocieron haber cometido un error clínico con consecuencias graves para su paciente. (45)

En España los datos de los estudios ENEAS y APEAS ponen de relieve que el 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados en un EA cada año. Otros estudios en AP sitúan la media de EA en los que se ve involucrado un médico mensualmente en 7.

David L. B. Schwappach y Till A. Boluarte en 2008 (46), Reema Sirriyeh en 2010 (47) y Deborah Seys et al. en 2012 (48) (estudio más reciente que incluye 21 estudios) han analizado sistemáticamente la literatura científica sobre segundas víctimas.

Barbara Brandom et al (de Pittsburgh) en 2011 (22) han revisado qué pasa cuando las cosas van mal, desde el punto de vista de pacientes, profesionales y para las propias instituciones sanitarias, dedicando en esta revisión una atención especial a la comunicación franca con el paciente víctima de un EA.

Por los estudios realizados en Missouri (49, 50, 51, 52,53) con la mayor muestra de casos de segundas víctimas publicada, sabemos que las consecuencias personales de los EAS en las segundas víctimas se caracterizan por una respuesta de ansiedad, síntomas afectivos y preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional que llega a afectar a su toma de decisiones clínicas. La situación clínica se concreta en: obnubilación, confusión, dificultades concentración en una tarea, despersonalización, frustración, culpa, síntomas depresivos y ansiedad, insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador, re-experimentar el suceso una y otra vez, ira y cambios de humor en el trabajo o en casa, dudas constantes sobre su capacidad profesional y decisiones clínicas y miedo a consecuencias legales unida a la pérdida reputación profesional. Se sospecha que la afectación es distinta entre hombres y mujeres, considerando este último colectivo más vulnerable.

En la afectación que sufren las segundas víctimas cabe esperar que tengan que ver factores como: consecuencias que para el paciente tiene el EA, la relación del profesional con paciente y sus familiares, el número de profesionales involucrados en el mismo suceso, apoyo profesional y del entorno familiar que reciba el profesional, experiencia previa con este tipo de sucesos, consecuencias judiciales que pudieran derivarse, y el tratamiento mediático del EA (origen, consecuencias, etc.).

Entre un 28 y un 57% de los médicos (54,55) (79%-89% en el caso de los residentes (56,57)) reconocen haber cometido un error clínico con consecuencias graves para uno o más pacientes, mientras que un 90% (58) considera que en su hospital o su centro sanitario no se ofrecía un apoyo y soporte adecuado a los profesionales tras el EA, lo que agravaba sus consecuencias.

Las consecuencias para las segundas víctimas, en términos afectivos y profesionales, así como las intervenciones para afrontar el estrés que causan, han sido revisadas en varios estudios publicados entre 2008 y 2012. La revisión de White et al (59) se orientó a ofrecer pistas a los directivos de las instituciones sanitarias sobre la problemática de las segundas víctimas. Las consecuencias personales de los EA en las segundas víctimas se caracterizan por una respuesta de ansiedad, síntomas afectivos y preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional.

Sabemos que estas segundas víctimas cambian su forma de interactuar con los pacientes a partir de la ocurrencia de un EA con consecuencias graves y su práctica se vuelve insegura. (50).

Las estrategias para afrontar el estrés, como la Gestión del Estrés Postraumático (Critical Incident Stress Management CIMA) y el Bíceps (Brevedad, inmediatez, centralidad, esperanza, proximidad y sencillez) utilizado por los militares para la gestión del estrés en el lugar de trabajo, se han tomado como referentes para afrontar la situación clínica de las segundas víctimas. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar si la efectividad de estos en la reducción de síntomas en las segundas víctimas.

Las consecuencias en las terceras víctimas y cómo afrontarlas, en cambio, apenas si han sido estudiadas, aunque se ha sugerido la elaboración de un plan de gestión de crisis junto a otras medidas para prevenir la pérdida de prestigio de la institución.

En este sentido, las instituciones sanitarias y sus equipos directivos podrían poner en práctica diversos tipos de intervenciones para prevenir y para paliar los efectos de los EA en las segundas y las terceras víctimas.

La totalidad de estudios hasta la fecha se han centrado sobre todo en hospitales. Lo que sucede con los profesionales de atención primaria no ha sido analizado.

El grupo Calité ha desarrollado la “Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas” en colaboración con el ministerio” (60)

No hay estudios en España sobre percepción de Segundas Víctimas en Directores, Coordinadores de Calidad y Profesionales Sanitarios, de ahí la pertinencia de este trabajo. El trastorno por estrés postraumático se ha tomado como referente para afrontar la situación clínica de las segundas víctimas.

Otro efecto en los profesionales es que en muchos casos optan por ocultar información al paciente por temor o por no saber cómo hacerlo. Por esta razón, se han vinculado a los programas de intervención para superar esta barrera y contribuir a un comportamiento ético, los enfoques que se han denominado Open Disclosure, siendo el enfoque más sólido y más citado en la literatura, lo encontramos en la agencia de calidad australiana.

1.4.3 Estrategias de abordaje a nivel de los equipos de las instituciones

Pasamos a describir los programas de gestión del impacto de los eventos adversos en los profesionales implicados y en la institución involucrada de organizaciones internacionales que lo tienen accesible en sus sedes electrónicas:

En EE.UU. el Institute for Healthcare Improvement (IHI) ha desarrollado una serie de recomendaciones para ayudar a las instituciones sanitarias a afrontar esta difícil

situación. También el Massachussets Institute of Technologies (MITSS) (<http://www.mitsstools.org/advisory-group-for-the-tool-kit.html>).

Estas recomendaciones se estructuran en tres niveles de intervención:

Primer nivel: información a través de sitios web con sugerencias específicas sobre qué hacer cuando se produce un EA.

Segundo nivel: activa la ayuda a la segunda víctimas por sus colegas del centro.

Tercer nivel: ayuda profesional especializada. El tratamiento del estrés post-traumático presente en la mayoría de segundas víctimas, cuando el EA tiene consecuencias severas para el paciente, se ha abordado mediante terapias cognitivo-conductual.

El centro de referencia de los programas de intervención se localiza en el hospital clínico de la Universidad de Missouri (UMHC), con su programa ForYou.

El Programa ForYou se puso en marcha en 2007, para apoyar a los profesionales sanitarios envueltos en un EA.

El programa describe las 6 etapas por las que pasa dicho profesional sanitario para sanar y recuperarse:

1. Caos y Respuesta al Evento adverso.

2. Pensamientos intrusivos

3. Restaurar la integridad personal

4. Soportando la evaluación

5. Obtención de primeros auxilios emocionales

6. Ir hacia delante: Abandonando, sobreviviendo (ajuste con afectación) y prosperando (resolución de la crisis).

El programa se basa en un modelo de apoyo a las Segundas Víctimas en 3 niveles de intervención:

Nivel 1: Apoyo Local (en la unidad, departamento) Un compañero de equipo entrenado en las habilidades necesarias para dar soporte, es el que proporciona apoyo, tranquilidad y análisis de la situación al profesional afectado o implicado en el EA.

Nivel 2 El apoyo lo realiza personal del Hospital entrenado en apoyo por pares, seguridad del paciente y gestión de riesgos. Proporcionan atención individual.

Nivel 3 Red de Referencia establecida con: Programa de Asistencia al Empleado, Capellán, Trabajo Social y Psicólogo clínico. Estos aseguran la disponibilidad y agilizar el acceso al apoyo profesional y a la rápida orientación.

Los profesionales que participant en este programa de apoyo están disponibles en todos los servicios, y todos los días del año. Se puede contactar con ellos de forma directa, por teléfono y por correo electrónico. Su web de referencia es:

www.muhealth.org/secondvictim

Otros programas de intervención que todavía se encuentran en fase de experimentación son los siguientes:

- Catholic Healthcare West (California): Programa de apoyo a segundas víctimas
- National Quality Forum: Programa cuidado del Cuidador. El programa es una de sus 34 Práctica Seguras
- VA Medical Center in Lexington (Kentucky). Programa Segundas Víctimas
- University of Illinois at Chicago. Análisis Causa-Raíz que incorpora identificar posibles segundas víctimas
- Johns Hopkins Hospital: Programa de Ayuda a Segundas Víctimas. Han desarrollado una Comisión de segundas víctimas para el apoyo de las mismas, para crear conciencia sobre este problema en el hospital y además para desarrollar recurso de apoyo. Se han hecho encuestas a los profesionales donde hasta el 60% de los encuestados recordaron un EA en el que fueron segundas víctimas.
- Hospital Infantil de Boston. Medically Induced Trauma Support Services.
- Programa de siete pilares de la Universidad de Illinois. Se está estudiando como el programa mejora la Seguridad del Paciente y la comunicación abierta con las víctimas de los EA.
- Programa con segundas víctimas de Kaiser Permanent. Se ha establecido un programa de Seguridad del Paciente que impulse tanto el apoyo directo a los pacientes víctimas de un EA como a los profesionales como Segundas Víctimas.
- Programa AVERT (the Adverse Event Response Team) de la Physicians Insurance A Medical Company. Este programa prepara para hacer frente a las necesidades especiales de los pacientes, las familias y los compañeros después de un evento adverso. A preparar y entregar una disculpa compasiva y empática, y a desarrollar un plan de cuidado continuo para el paciente y la familia afectada por un EA.
- Programa de apoyo por pares del Brigham and Women's Hospital también de Boston. Han desarrollado dos tipos de apoyo: el de nivel 1 o por pares es un programa de apoyo entre iguales. Una red de médicos capacitados que ayudan a los colegas que están experimentando estrés. Están disponibles en cualquier momento. El nivel 2 es el apoyo de grupo está diseñado para que el equipo de atención médica discuta cualquier tipo de evento adverso grave, con todo un equipo de cuidado capacitado en seguridad del paciente.

- Hospitales de la Universidad de Washington en St Louis (WUSM) Disclosing Serious Unanticipated Adverse Events Educational Guidelines for Washington University Physicians. En este caso son guías más orientadas a cómo tener una comunicación franca con el paciente víctimas de un EA.

En España no disponemos de experiencia en la atención a segundas víctimas, si bien en Cataluña varios centros (que participan en el proyecto FIS en el que se enmarca esta tesis doctoral) han empezado a diseñar propuestas de intervención, aunque sus enfoques todavía no se han difundido.

Hasta la fecha, sólo nuestro grupo de investigación Calité ha conducido dos estudios mediante técnicas cualitativas para elaborar recomendaciones para los directivos de hospitales de cara a sensibilizar a este colectivo sobre el efecto de los EA en los profesionales (61). En estos estudios han participado juristas, gestores sanitarios y especialistas en salud mental.

II. Justificación, hipótesis y objetivos del Estudio

II. Justificación, hipótesis y objetivos del Estudio.

II.1 Justificación e hipótesis

II.1.1 Justificación

Los profesionales que desarrollan actividades de gestión en el ámbito asistencial son claves para promover una cultura proactiva de la seguridad del paciente, mejorar la sensibilidad ante las segundas víctimas y desarrollar actividades y programas efectivos y sostenibles al respecto.

En este sentido, el conocimiento de sus actitudes, expectativas y actuaciones son determinantes para poder emprender acciones de mejora en el contexto de una organización sanitaria.

A través de este estudio, hemos querido profundizar en la percepción que tienen tanto directivos como coordinadores de calidad de atención primaria y hospitales, ya que son quienes pueden liderar e impulsar cambios en las organizaciones.

II.1.2 Hipótesis

Los conocimientos, actitudes y actuaciones de los directivos y responsables de calidad ante la aparición de EA graves son determinantes para implementar programas sobre detección y apoyo a Segundas Víctimas.

II.2 Objetivos

II.2.1 Objetivo principal

Conocer y analizar la implantación y utilidad de los planes de intervenciones de hospitales y atención primaria para dar respuesta ante eventos adversos graves, considerando en particular el soporte a las segundas y terceras víctimas.

II.2.2 Objetivos secundarios

1. Describir cual es la cultura de seguridad en Hospitales y Centros de Atención Primaria.
2. Identificar las actuaciones previstas ante la aparición de eventos adversos graves y si forman parte de un plan previamente establecido.
3. Valorar si hay planes específicos de atención a segundas víctimas y cual es la opinión de directivos y coordinadores de calidad en cuanto a la utilidad de implantarlos.
4. Analizar si hay comunicación franca y transparencia con el paciente que ha sufrido un EA y su familia.
5. Conocer si hay un plan de Comunicación e Imagen Institucional tras un EA.
6. Describir qué actividades se están haciendo en atención primaria y hospitales en España en relación a las segundas víctimas en relación con la formación en seguridad del paciente.
7. Conocer si las segundas víctimas reciben apoyo por pares o especializado, tienen cobertura del seguro de responsabilidad civil y reciben asesoramiento legal por parte de la institución sanitaria en la que trabajan.
8. Identificar qué intervenciones son consideradas por los directivos de atención primaria y hospitales más útiles para reducir los efectos negativos que los EA que sufren los pacientes tienen en la imagen corporativa de los centros sanitarios (terceras víctimas).

III. Población y métodos

III. Población y métodos

III.1 Diseño del estudio

Desde el grupo Calitè de la Universidad Miguel Hernández de Alicante (Detalle sobre el grupo en Anexo VIII.1) se diseñó un proyecto nacional para el estudio del fenómeno de las segundas y terceras víctimas, que evaluó el efecto que los Eventos Adversos tienen sobre ellas.

Se planteó un estudio descriptivo transversal por medio de encuesta elaborada ad hoc, para conocer la percepción de las segundas víctimas y el grado de implantación y utilidad percibido por los directivos y coordinadores de calidad y profesionales clínicos sobre las actividades para las segundas víctimas. En el Estudio participaron 8 de las 17 Comunidades Autónomas de España (61,62).

El proyecto de investigación fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y por Fondos FEDER, referencias PI13/0473 y PI13/01220.

En dicho proyecto se enmarca esta tesis doctoral, que se centra en el análisis de la percepción que sobre dicho fenómeno de las segundas y terceras víctimas tienen los Directores y Coordinadores de Calidad de Atención Primaria y Especializada.

III.2 Población

La población de referencia estuvo compuesta por los Directores y Coordinadores de Calidad de los hospitales y áreas de salud de Atención Primaria de los servicios regionales de salud de Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y el País Vasco, 8 de la 17 Comunidades Autónomas de España.

Estos 8 servicios de salud participantes prestaron atención sanitaria al 76% de la población española y las CCAA correspondientes representaron el 78% del PIB de España según datos de 2013(63).

Los hospitales invitados a participar en el estudio sumaron el 75% del total de las altas hospitalarias y los distritos de salud que participaron el 75% de las consultas en Atención Primaria del total realizadas en 2012 según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España (64), (65).

La estructura de directivos de primaria y atención especializada en cada CCAA es heterogénea. Desde la transferencia de la gestión de los servicios regionales de salud a las CCAA cada una de ellas ha podido legislar la forma en la que cada uno de ellos es organizado. De ahí que existen estructuras integradas con equipos directivos que asumen la gestión de primaria y especializada y estructuras descentralizadas con directivos separados de atención primaria y especializada.

Se decide incluir a los coordinadores de calidad en el estudio ya que en las instituciones sanitarias estos puestos de trabajo son considerados staff técnico del equipo de dirección y por tanto, conocen las estrategias de la organización y participan en el asesoramiento técnico de los equipos directivos de las instituciones sanitarias.

Respecto a los coordinadores de calidad, la organización es también heterogénea en los diferentes SRS. Si bien, la mayor parte de los hospitales cuenta con un coordinador de calidad único por hospital y en algunos de los SRS este coordinador puede asumir también la coordinación de atención primaria. En el lado opuesto hay SRS cuya atención primaria está muy desarrollada y pueden tener un coordinador de calidad y coordinador de seguridad del paciente dentro de los equipos. De ahí que la denominación de los coordinadores sea de Calidad-Seguridad del Paciente (SP).

Para garantizar una homogeneidad en la selección de los diferentes directivos y coordinador de calidad en los SRS se han utilizado las siguientes definiciones:

Para definir el término Director Médico, nos hemos basado en la descripción de funciones que describió el INSALUD en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (66), que posteriormente han desarrollado con pequeños matices cada una de las CCAA tras las transferencias en materia sanitaria.

En cuanto al Director de Atención Primaria, nos hemos basado en las funciones descritas en el texto Organización general de la atención primaria en las comunidades autónomas Sistema Nacional de Salud. Año 2010. Instituto de Información Sanitaria. Subcomisión de Sistemas de Información del SNS (67).

En cuanto a la definición de Coordinador de Calidad hemos considerado la definición inicial de Coordinador de Calidad de la presidencia ejecutiva del INSALUD de 1997 (68) a partir de la cual cada CCAA ha adaptado las funciones a las peculiaridades de su organización territorial.

Las Funciones del Coordinador de Calidad a nivel hospitalario, (Funciones del Coordinador de Calidad. Presidencia Ejecutiva de INSALUD, abril de 1997) están detalladas en Anexo VIII.2.

En Atención Primaria no hay normativa que describa la figura del Coordinador de Calidad en las áreas de Salud de Atención Primaria.

Esta variabilidad hizo que cada en cada CCAA se remitiera la encuesta a un número variable de sujetos.

De lo expuesto, la muestra incluyó a 633 Directivos y responsables de calidad-seguridad de 199 Hospitales y 178 áreas de salud de 8 CCAA.

De estos, 326 son directivos de hospitales (N=199) y de atención primaria (N=127) y a 307 son responsables de calidad-seguridad del paciente de hospitales (N=129) y atención primaria (N=178)

Adjuntamos tabla con Hospitales Áreas y Centros de Salud del año 2013 (64,65) MSSSI en Anexo VIII.3.

.

III.3 Encuesta

III.3.1 Revisión bibliográfica

El equipo investigador realizó una revisión de los trabajos previamente publicados tanto en revistas científicas como documentos institucionales sobre recomendaciones para directivos en cuanto a actuaciones a desplegar acerca de la gestión de los EA en los que se ven implicados profesionales sanitarios e instituciones.

Los documentos pueden agruparse en documentos de recomendaciones generales de abordaje de los EAs y su impacto en instituciones sanitarias y otros de enfoques más concretos de intervención con segundas víctimas.

De los documentos generales destacamos los publicados por B Brandom et al (22), A White et al (44) y Ch Denham (23).

De los documentos en cuanto a los enfoques de intervención en segundas víctimas destacamos las siguientes instituciones por países:

En EEUU:

- Lista de verificación para los entrenadores de apoyo colegas después de AE del Hospital General de Massachusetts
- Institute for Healthcare Improvement (IHI), recomendaciones para ayudar a las instituciones sanitarias
- AHRQ (Agencia para la Investigación y Calidad de Salud)
- MITSS (Medical Induced Trauma Support Services) con sus Herramientas para construir un programa de apoyo al clínico y su equipo (69)
- Hospital Clínico de la Universidad de Missouri, Programa “For You”
- Hospitales de la Universidad de Washington en St. Louis
- Catholic Healthcare West (California), Programa de apoyo a segundas víctimas
- Foro Nacional de la Calidad, Programa Cuidado del cuidador
- VA Medical Center in Lexington (Kentucky), Programa segundas víctimas
- El Instituto para la Excelencia de Seguridad del Paciente de la Universidad de Illinois en Chicago, Programa de 7 pilares y Análisis Causa-Raíz que incorpora identificar posibles segundas víctimas
- Johns Hopkins Hospital, Programa de ayuda a segundas víctimas
- Hospital Infantil de Boston, Medically Induced Trauma Support Services

- Kaiser Permanent, Programa con segundas víctimas
- Programa AVERT (Programa Equipo de Respuesta ante eventos adversos) de la Physicians Insurance, (Seguros Médicos)
- Brigham and Women's Hospital de Boston, Programa de apoyo por pares (entre iguales)
- Hospitales de la Universidad de Washington en St Louis (WUSM) orientados a cómo tener una comunicación franca con el paciente víctimas de un EA.

En Reino Unido:

- Royal College of Physicians (Real Colegio de Médicos)

En España:

- Checklist del grupo Calité de la Universidad Miguel Hernández. (recomendaciones para los directivos de hospitales de cara a sensibilizar a este colectivo sobre el efecto de los EA en los profesionales).

Se detallan las recomendaciones, fuentes de información e iniciativas revisadas en Anexo VIII.4

III.3.2 Elaboración del cuestionario por el equipo investigador

Primero se elaboró un listado de intervenciones que las instituciones sanitarias y su staff directivo podría realizar o tener previsto para activarse en el caso de que ocurriera un EA con consecuencias graves para el paciente basadas en la documentación consultada.

Ese listado de intervenciones fue depurado por consenso del equipo investigador dando lugar a la formulación de las preguntas de la encuesta.

En la redacción de las preguntas se eliminaron reiteraciones y se definieron en forma comprensible cada una de las intervenciones resultantes para consultar a los directivos y coordinadores de seguridad del paciente de los hospitales y distritos sanitarios dos cuestiones.

La encuesta se estructuró en dos apartados clave:

- Implantación: el grado en que cada una de esas intervenciones estaba siendo llevada a la práctica en su centro.

- Utilidad: en qué medida consideraban útil la intervención propuesta con independencia de si estaba o no implantada en su centro.

La propuesta del equipo investigador era conocer el grado de implantación de las actividades que se describían en las instituciones sanitarias. Y, por otro lado, si los equipos directivos y coordinadores de calidad valoraban la utilidad de las mismas aun en el caso de no estar implantadas.

Se dieron estas instrucciones concretas para responder las preguntas:

Instrucciones	Por favor, no olvide responder a todas las preguntas, sus respuestas serán totalmente confidenciales.
A continuación encontrará una serie de intervenciones que le rogamos valore siguiendo estas instrucciones:	Le recordamos que dado que esta encuesta es ANÓNIMA, NO SE PUEDEN GRABAR A MITAD LAS RESPUESTAS. Por tanto, le rogamos conteste una a una todas las preguntas cuando disponga de unos 30 minutos para responder.
- VALORACIÓN DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO.	Gracias por su colaboración,
En qué medida la intervención propuesta se ha logrado implantar en la totalidad de su centro/institución/ámbito (muy alto) o sólo de forma puntual como experiencia piloto (escaso). Si no está implantada pulse NINGUNO.	Susana Lorenzo Martínez
- VALORACIÓN DEL GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN.	José Joaquín Mira Solves
Indique por favor el grado de utilidad que la intervención ha tenido hasta ahora en su centro/institución/ámbito para paliar los efectos de los EA en los profesionales o en la institución o para mejorar las relaciones con los pacientes que han sufrido un EA. En caso de haber contestado en la primera columna NINGUNO, indique aquí el grado de utilidad que Vd. cree que tendría implantar la intervención en su centro/institución/ámbito.	
Si lo desea, puede hacer sugerencias al equipo investigador al final de la encuesta.	

Al inicio de la encuesta se describen los siguientes conceptos:

- Un acontecimiento adverso (AE) se entiende como un incidente que resulta en un daño no intencional a un paciente, como un resultado clínico inesperado de

la asistencia sanitaria, pero que puede o no puede estar relacionada con un error clínico, así lo define la Organización Mundial de la Salud (15).

- Un AE grave se define como uno que causa un daño considerable (que requieren de nuevo tratamiento u hospitalización prolongada) o un daño irreparable (cirugía errónea, incapacidad permanente o muerte).

Definiciones

Definimos evento adverso con consecuencias graves como:

Suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Esta definición incluye:

- Fallos de la organización,
- Diagnósticos incorrectos,
- Errores de prescripción,
- Errores de uso de medicación o de comunicación entre profesionales o con el paciente, siempre que ocasionen un daño en el paciente difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o una consulta o ingreso hospitalario) o irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte).

Se considerará EA con independencia de que el suceso pudiera haberse evitado o sea inevitable.

La encuesta se divide en 5 áreas que exploran 5 áreas o dimensiones de intervención:

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN
2. PLAN DE CRISIS EN CASO DE UN EA GRAVE. (plan de crisis de la institución sanitaria)
3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. (actuaciones previstas para asegurar la transparencia en la comunicación con paciente que ha sufrido un EA, o con sus familiares)
4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales)
5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL. (actuación prevista para preservar el prestigio de la institución sanitaria que es la tercera víctima)

Por último, hay espacio libre para hacer alguna sugerencia.

La encuesta propone 45 intervenciones referentes a: intervenciones para paliar el efecto de los EA en las segundas víctimas, actuaciones para apoyar a la segunda víctimas por pares o mediante ayuda especializada, formación en seguridad del paciente, actuaciones específicas con residentes, actuaciones para reducir EA, comunicación franca con el paciente que sufre un EA, cobertura del seguro de responsabilidad civil y asesoramiento legal que se ofrece a los profesionales; procedimiento de notificación de incidentes y EA, métodos de análisis de las causas de EA, plan de crisis, asignación de responsabilidades entre staff directivo, condiciones de la comunicación institucional en caso de EA.

Se envió la misma encuesta adaptada a cada entorno de trabajo:

- Directivos de Hospitales
- Directivos de Atención Primaria
- Coordinadores de Calidad de Hospitales
- Coordinadores de Calidad de Atención Primaria

Todas las encuestas y la traducción a inglés están en anexos VIII.5 y VIII.7

Para todas las preguntas de la encuesta, tanto para la implantación como para la utilidad, se utilizó una escala de respuesta de cinco puntos tipo Likert (ninguno, escaso, medio, alto y muy alto), asignando puntuaciones entre 1 y 5 a las opciones de respuesta.

Todas las preguntas están formuladas en positivo, de tal forma que a mayor puntuación (5 o muy alto) mejor resultado.

La legibilidad y aceptabilidad de las preguntas se pusieron a prueba antes de comenzar la prueba de campo.

Variables Sociodemográficas

En la encuesta se recogen 2 variables que son:

- **Ámbito de trabajo:** que tiene tres categorías, Hospital, Atención Primaria o ambos.
- **Tipo de profesional:** que tiene dos categorías, Director o Coordinador de Calidad.

No se recoge ninguna otra variable como edad, sexo, años de experiencia, comunidad autónoma donde se trabaja...

III.4 Procedimiento

La pasación de la encuesta se realizó entre febrero y mayo de 2014.

En cada comunidad autónoma de las ocho participantes (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Valencia, Madrid y País Vasco) se contactó con el investigador responsable del proyecto en dicha comunidad autónoma (que actuó como facilitador de la investigación), que a su vez contactó con el responsable de Calidad y Seguridad del Paciente Autonómico al que se pidió los listados y correos electrónicos de todos los Directores y Coordinadores de Calidad de la Comunidad Autónoma, tanto de Hospitales como de Atención Primaria.

Se adjunta el Listado de investigadores responsables autonómicos en Anexo VIII.8

El responsable de Calidad y Seguridad del Paciente Autonómico invitó a participar en el estudio a los sujetos mediante un correo electrónico con una carta anexa donde se presentó el proyecto, se explicaron sus fundamentos y objetivos, la voluntariedad de su participación en el mismo, las condiciones de anonimato de las respuestas, y solicitando expresamente su consentimiento, lo que explica su participación voluntaria.

En la carta se detallaba el enlace a la plataforma donde estaba alojada la encuesta, una clave de acceso a la misma genérica, igual para todos y las instrucciones necesarias para su cumplimentación y envío.

La encuesta se colgó on-line en la plataforma web del grupo de Investigación Calité de Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Alicante. (Detalle sobre el grupo investigador en Anexo VIII.1)

Al realizarse on-line debían ser contestadas de una sola vez. El tiempo estimado para la cumplimentación era de 25 minutos.

Los Coordinadores Autonómicos de SP se dirigieron a 326 directivos siendo de hospitales 199 y de atención primaria 127; e identificaron a 307 Coordinadores de Calidad, siendo de hospitales 129 y de Atención Primaria 178.

Los correos se enviaron en torno al 26-03-2014 y el plazo para responder duraba hasta el 4-04-2014.

Se mandó un recordatorio al mismo listado, con una carta anexa con el enlace a la encuesta, el día 30-04-2014 y se cerró el plazo de respuesta el 13-05-2014.

En la carta se reseña que se enviará un informe con un reporte de los resultados del estudio. Ejemplo de informe de reporte en Anexo VIII.9.

Cabe detallar que del mismo modo que hay 4 encuestas distintas distinguiendo entre Directivos y Coordinadores de Calidad y entre Atención Primaria y Hospitales, a su vez se enviaron cartas diferenciadas a los 4 tipos de participantes en el estudio.

Las cartas enviadas están en Anexo VIII.6

III.5 Análisis de datos

El análisis de resultados se realizó un mediante un estudio descriptivo de las variables de la encuesta.

Todas las variables se compararon mediante Chi-Cuadrado para analizar las relaciones entre ellas y si estas relaciones tenían significación estadística. Se consideró que las diferencias se consideraron estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Dado que cada pregunta tiene 5 posibles respuestas y que del análisis global de las respuestas de cada opción permite observar una agrupación de respuestas hacia posiciones claramente positivas o claramente negativas, se realizó la agrupación de las 5 opciones de respuestas en dos respuestas categóricas agrupadas como sigue:

Las respuestas con valores 1 (ninguno) y 2(escaso) se agruparon en valor A (bajo). Las respuestas con valores 3 (medio), 4 (alto) y 5 (muy alto) se agruparon en el valor B (alto). Las respuestas en blanco se agruparon en valor nulo.

Al analizar los resultados por categoría Nivel asistencial se observó que en la categoría ambos (ámbito de trabajo hospital y atención primaria) el número de profesionales era tan pequeño que no permitía la comparación con significación estadística con las otras dos categorías (atención primaria y hospital). Por lo que el equipo investigador consensuó sumar los profesionales con gestión en ambos niveles asistenciales como de hospital. Por lo que finalmente, en los resultados se comparan dos niveles asistenciales únicamente, atención primaria y hospital.

Dado que algunos sujetos no respondieron a todas las preguntas. Se aplicó un enfoque de eliminación por lista.

Valor sintético por área:

Los investigadores diseñaron un valor sintético para cada una de las dimensiones de la encuesta, con un valor máximo de 5, que se obtuvo de la media aritmética del número de preguntas. Cada apartado tuvo el mismo peso en la encuesta a pesar de tener distinto número de preguntas. Dado que la encuesta consta de 5 áreas, la puntuación global de la misma fue 25.

Se utilizaron pruebas T de Student para comparar las puntuaciones en las cinco áreas entre directivos y coordinadores de calidad-seguridad del paciente.

Utilizando el análisis de regresión logística condicional hacia adelante, se identificaron diferencias en la implantación y utilidad percibida de las intervenciones entre estos tipos de profesionales y entre los niveles de atención. En ambos casos, las calificaciones de intervención se consideraron como variables independientes y la variable dependiente fue en el primer caso, si los profesionales eran gerentes o coordinadores de seguridad. Se hizo un cálculo para la Implantación y otro para la

utilidad del que se extrajeron las intervenciones con diferencias significativas entre perfiles profesionales.

Se ha utilizado el programa estadístico IBM SPSS Statistics v.22.

III.6 Ética investigación

El estudio fue aprobado por los Comités Éticos de Investigación Clínica de la Organización Valenciana de Atención Primaria (CEIC APCV) (70) y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (CEIC HUFA) (71).

Al enviarles previamente una carta con toda la información sobre el estudio (conceptos generales, objetivos, financiación), los participantes dieron implícitamente su consentimiento al cumplimentar la encuesta.

En el proyecto no se tuvo previsto codificar datos que permitieran la identificación personal o que afectaran a la intimidad de las personas participantes, más allá de las opiniones que de forma confidencial (y sin registro de qué contesta quién) pudieran manifestarse durante la encuesta.

En todos los casos se citaron las fuentes de financiación del estudio. La difusión de resultados incluyó en autoría solo a aquellos investigadores que participaron en el diseño, ejecución, análisis y redacción y que aprobaron el texto final resultante.

La guía STROBE (72) se utilizó para diseñar el estudio y la elaboración de este documento.

IV. Resultados

IV. Resultados

IV.1 Análisis Global de los Resultados

Un total de 406 profesionales contestaron la encuesta, lo que constituye una Tasa de respuesta de 64.1%.

De estos 197 eran Directores de Hospital y de Atención Primaria, (Tasa de respuesta 60%) y 209 eran Coordinadores de Calidad (Tasa de Respuesta 68%).

Los profesionales pertenecían a 115 hospitales (participación del 57,8% sobre el total de hospitales invitados a responder), que suponen el 32,1% del total de hospitales públicos de estas CCAA; y a 132 áreas de salud de atención primaria (participación del 79% sobre el total de áreas de salud invitadas a responder).

Los participantes sin profesionales en prácticas no respondieron preguntas referidas a médicos residentes.

En cuanto a la fiabilidad de la encuesta con los datos de la muestra total tenemos que la consistencia interna de la subescala de implantación nos dio un valor de Alfa de Cronbach de 0,950 y para la subescala de utilidad de 0.98.

En los Anexos VIII.10 y VIII.11 están detalladas todas las respuestas, en número absoluto y en porcentajes, de las cinco áreas de la encuesta. El Anexo 10 se refiere a las respuestas sobre Implantación y el Anexo 11 a las respuestas sobre Utilidad.

Los resultados que se describen a continuación están hechos con los datos de la encuesta agrupados. Dado que cada pregunta tiene 5 posibles respuestas y que del análisis global de las respuestas de cada opción permite observar una agrupación de respuestas hacia posiciones claramente positivas o claramente negativas, se realizó la agrupación de las 5 opciones de respuestas en dos respuestas categóricas agrupadas como sigue:

Las respuestas con valores 1 (ninguno) y 2(escaso) se agruparon en valor A (bajo). Las respuestas con valores 3 (medio), 4 (alto) y 5 (muy alto) se agruparon en el valor B (alto). Las respuestas en blanco se agruparon en valor nulo.

IV.1.1 Análisis por Áreas de la Encuesta.

En todas las preguntas de la encuesta respondieron un total de 209 Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente y un total de 197 Directivos. Según el nivel asistencial respondieron 214 encuestados de Atención Primaria y 192 del Hospital. A Estas cifras se refieren los porcentajes de cada pregunta.

IV.1.1.1 IMPLANTACIÓN

Área 1 Cultura de Seguridad en la Institución

Pregunta 1.1 Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA)

IMPLANTACIÓN

Tabla 1 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	2	1	0,96%	0,51%
Baja	120	97	57,42%	49,24%
Alta	87	99	41,63%	50,25%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 120 (57.42%) consideraron una implantación nula o escasa, 87 (41.63%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (0.96%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 97 (49.24%) consideraron una implantación nula o escasa, 99 (50.25%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 1 (0.51%) no respondió a la pregunta.

Tabla 2 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	1	2	0,47%	1,04%
Baja	153	64	71,50%	33,33%
Alta	60	126	28,04%	65,63%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 153 (71.50%) consideraron una implantación nula o escasa, 60 (28.04%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 1 (0.47%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 64 (33.33%) consideraron una implantación nula o escasa, 126 (65.63%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (1.04%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.2 Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.

IMPLANTACIÓN

Tabla 3 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	5	2	2,39%	1,02%
Baja	116	99	55,50%	50,25%
Alta	88	96	42,11%	48,73%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 116 (55.50%) consideraron una implantación nula o escasa, 88 (42.11%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.39%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 99 (50.25%) consideraron una implantación nula o escasa, 96 (48.73%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (1.02%) no respondió a la pregunta.

Tabla 4 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	4	3	1,87%	1,56%
Baja	140	75	65,42%	39,06%
Alta	70	114	32,71%	59,38%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 140 (65.42%) consideraron una implantación nula o escasa, 70 (32.71%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (1.87%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 75 (39.06%) consideraron una implantación nula o escasa, 114 (59.38%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.56%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.3 Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (Cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo)

IMPLANTACIÓN

Tabla 5 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	3	3	1,44%	1,52%
Baja	107	117	51,20%	59,39%
Alta	99	77	47,37%	39,09%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 107 (51.20%) consideraron una implantación nula o escasa, 99 (47.37%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.44%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 117 (59.39%) consideraron una implantación nula o escasa, 77 (39.09%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.52%) no respondió a la pregunta.

Tabla 6 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	2	4	0,93%	2,08%
Baja	119	105	55,61%	54,69%
Alta	93	83	43,46%	43,23%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 119 (55.61%) consideraron una implantación nula o escasa, 93 (43.46%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (0.93%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 105 (54.69%) consideraron una implantación nula o escasa, 83 (43.23%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (2.08%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.4 Contamos con un plan de formación anual en Seguridad del Paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos)

IMPLANTACIÓN

Tabla 7 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	6	3	2,87%	1,52%
Baja	42	46	20,10%	23,35%
Alta	161	148	77,03%	75,13%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 42 (20.10%) consideraron una implantación nula o escasa, 161 (77.03%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (2.87%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 46 (23.35%) consideraron una implantación nula o escasa, 148 (75.13%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.52%) no respondió a la pregunta.

Tabla 8 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	4	5	1,87%	2,60%
Baja	46	42	21,50%	21,88%
Alta	164	145	76,64%	75,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 46 (21.50%) consideraron una implantación nula o escasa, 164 (76.64%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (1.87%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 42 (21.88%) consideraron una implantación nula o escasa, 145 (75.52%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.60%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.5 El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.

IMPLANTACIÓN

Tabla 9 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.5

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	42	34	20,10%	17,26%
Baja	76	77	36,36%	39,09%
Alta	91	86	43,54%	43,65%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 76 (36.36%) consideraron una implantación nula o escasa, 91 (43.54%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 42 (20.10%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 77 (39.09%) consideraron una implantación nula o escasa, 86 (43.65%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 34 (17.26%) no respondió a la pregunta.

Tabla 10 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	55	21	25,70%	10,94%
Baja	79	74	36,92%	38,54%
Alta	80	97	37,38%	50,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 79 (36.92%) consideraron una implantación nula o escasa, 80 (37.38%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 55 (25.70%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 74 (38.54%) consideraron una implantación nula o escasa, 97 (50.52%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 21 (10.94%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.6 Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día) y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

IMPLANTACIÓN

Tabla 11 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	5	4	2,39%	2,03%
Baja	66	69	31,58%	35,03%
Alta	138	124	66,03%	62,94%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 66 (31.58%) consideraron una implantación nula o escasa, 138 (66.03%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.39%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 69 (35.03%) consideraron una implantación nula o escasa, 124 (62.94%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (2.03%) no respondió a la pregunta.

Tabla 12 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	2	7	0,93%	3,65%
Baja	76	59	35,51%	30,73%
Alta	136	126	63,55%	65,63%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 76 (35.51%) consideraron una implantación nula o escasa, 136 (63.55%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (0.93%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 59 (30.73%) consideraron una implantación nula o escasa, 126 (65.63%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 7 (3.65%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.7 Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.

IMPLANTACIÓN

Tabla 13 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	4	1	1,91%	0,51%
Baja	48	28	22,97%	14,21%
Alta	157	168	75,12%	85,28%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 48 (22.97%) consideraron una implantación nula o escasa, 157 (75.12%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (1.91%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 28 (14.21%) consideraron una implantación nula o escasa, 168 (85.28%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 1 (0.51%) no respondió a la pregunta.

Tabla 14 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	3	2	1,40%	1,04%
Baja	62	14	28,97%	7,29%
Alta	149	176	69,63%	91,67%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 62 (28.97%) consideraron una implantación nula o escasa, 149 (69.63%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.40%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 14 (7.29%) consideraron una implantación nula o escasa, 176 (91.67%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (1.04%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.

IMPLANTACIÓN

Tabla 15 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	10	7	4,78%	3,55%
Baja	55	42	26,32%	21,32%
Alta	144	148	68,90%	75,13%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 55 (26.32%) consideraron una implantación nula o escasa, 144 (68.90%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (4.78%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 42 (21.32%) consideraron una implantación nula o escasa, 148 (75.13%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 7 (3.55%) no respondió a la pregunta.

Tabla 16 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	11	6	5,14%	3,13%
Baja	79	18	36,92%	9,38%
Alta	124	168	57,94%	87,50%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 79 (36.92%) consideraron una implantación nula o escasa, 124 (57.94%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 11 (5.14%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 18 (9.38%) consideraron una implantación nula o escasa, 168 (87.50%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (3.13%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.9 Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.

IMPLANTACIÓN

Tabla 17 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.9

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	5	1	2,39%	0,51%
Baja	36	28	17,22%	14,21%
Alta	168	168	80,38%	85,28%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 36 (17.22%) consideraron una implantación nula o escasa, 168 (80.38%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.39%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 28 (14.21%) consideraron una implantación nula o escasa, 168 (85.28%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 1 (0.51%) no respondió a la pregunta.

Tabla 18 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.9

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	3	3	1,40%	1,56%
Baja	49	15	22,90%	7,81%
Alta	162	174	75,70%	90,63%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 49 (22.90%) consideraron una implantación nula o escasa, 162 (75.70%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.40%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 15 (7.81%) consideraron una implantación nula o escasa, 174 (90.63%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.56%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.10 Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.

IMPLANTACIÓN

Tabla 19 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.10

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	5	3	2,39%	1,52%
Baja	78	66	37,32%	33,50%
Alta	126	128	60,29%	64,97%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 78 (37.32%) consideraron una implantación nula o escasa, 126 (60.29%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.39%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 66 (33.50%) consideraron una implantación nula o escasa, 128 (64.97%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.52%) no respondió a la pregunta.

Tabla 20 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.10

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	4	4	1,87%	2,08%
Baja	108	36	50,47%	18,75%
Alta	102	152	47,66%	79,17%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 108 (50.47%) consideraron una implantación nula o escasa, 102 (47.66%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (1.87%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 36 (18.75%) consideraron una implantación nula o escasa, 152 (79.17%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (2.08%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.11 Nuestra política en materia de Seguridad del Paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error

IMPLANTACIÓN

Tabla 21 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.11

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	9	4	4,31%	2,03%
Baja	83	79	39,71%	40,10%
Alta	117	114	55,98%	57,87%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 83 (39.71%) consideraron una implantación nula o escasa, 117 (55.98%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.31%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 79 (40.10%) consideraron una implantación nula o escasa, 114 (57.87%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (2.03%) no respondió a la pregunta.

Tabla 22 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.11

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	10	3	4,67%	1,56%
Baja	89	73	41,59%	38,02%
Alta	115	116	53,74%	60,42%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 89 (41.59%) consideraron una implantación nula o escasa, 115 (53.74%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (4.67%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 73 (38.02%) consideraron una implantación nula o escasa, 116 (60.42%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.56%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.12 El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes (hospitalización, urgencias, área quirúrgica o atención ambulatoria) a partir de las fuentes de información de que disponemos (sistema de notificación de incidentes y EA, CMBD, EPINE, ...) y compartimos las conclusiones con las Comisiones Asistenciales, Calidad y Seguridad y Docencia.

IMPLANTACIÓN

Tabla 23 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.12

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	7	2	3,35%	1,02%
Baja	102	100	48,80%	50,76%
Alta	100	95	47,85%	48,22%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 102 (48.80%) consideraron una implantación nula o escasa, 100 (47.85%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 7 (3.35%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 100 (50.76%) consideraron una implantación nula o escasa, 95 (48.22%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (1.02%) no respondió a la pregunta.

Tabla 24 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.12

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	5	4	2,34%	2,08%
Baja	120	82	56,07%	42,71%
Alta	89	106	41,59%	55,21%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 120 (56.07%) consideraron una implantación nula o escasa, 89 (41.59%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.34%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 82 (42.71%) consideraron una implantación nula o escasa, 106 (55.21%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (2.08%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.13 Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos tres veces al año.

IMPLANTACIÓN

Tabla 25 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 1.13

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	4	4	1,91%	2,03%
Baja	110	115	52,63%	58,38%
Alta	95	78	45,45%	39,59%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 110 (52.63%) consideraron una implantación nula o escasa, 95 (45.45%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (1.91%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 115 (58.38%) consideraron una implantación nula o escasa, 78 (39.59%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (2.03%) no respondió a la pregunta.

Tabla 26 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 1.13

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	3	5	1,40%	2,60%
Baja	134	91	62,62%	47,40%
Alta	77	96	35,98%	50,00%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 134 (62.62%) consideraron una implantación nula o escasa, 77 (35.98%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.40%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 91 (47.40%) consideraron una implantación nula o escasa, 96 (50.00%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.60%) no respondieron a la pregunta.

Área 2 Plan de Crisis en caso de un EA grave.

Pregunta 2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.

IMPLANTACIÓN

Tabla 27 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	8	2	3,83%	1,02%
Baja	117	119	55,98%	60,41%
Alta	84	76	40,19%	38,58%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 117 (55.98%) consideraron una implantación nula o escasa, 84 (40.19%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (3.83%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 119 (60.41%) consideraron una implantación nula o escasa, 76 (38.58%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 2 (1.02%) no respondió a la pregunta.

Tabla 28 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	5	5	2,34%	2,60%
Baja	139	97	64,95%	50,52%
Alta	70	90	32,71%	46,88%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 139 (64.95%) consideraron una implantación nula o escasa, 70 (32.71%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.34%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 97 (50.52%) consideraron una implantación nula o escasa, 90 (46.88%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.60%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 2.2 En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a otros clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.

IMPLANTACIÓN

Tabla 29 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	7	6	3,35%	3,05%
Baja	96	76	45,93%	38,58%
Alta	106	115	50,72%	58,38%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 96 (45.93%) consideraron una implantación nula o escasa, 106 (50.72%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 7 (3.35%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 76 (38.58%) consideraron una implantación nula o escasa, 115 (58.38%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (3.05%) no respondió a la pregunta.

Tabla 30 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	7	6	3,27%	3,13%
Baja	108	64	50,47%	33,33%
Alta	99	122	46,26%	63,54%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 108 (50.47%) consideraron una implantación nula o escasa, 99 (46.26%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 7 (3.27%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 64 (33.33%) consideraron una implantación nula o escasa, 122 (63.54%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (3.13%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 2.3 Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.

IMPLANTACIÓN

Tabla 31 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	8	5	3,83%	2,54%
Baja	74	64	35,41%	32,49%
Alta	127	128	60,77%	64,97%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 74 (35.41%) consideraron una implantación nula o escasa, 127 (60.77%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (3.83%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 64 (32.49%) consideraron una implantación nula o escasa, 128 (64.97%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.54%) no respondió a la pregunta.

Tabla 32 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	8	5	3,74%	2,60%
Baja	82	56	38,32%	29,17%
Alta	124	131	57,94%	68,23%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 82 (38.32%) consideraron una implantación nula o escasa, 124 (57.94%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (3.74%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 56 (29.17%) consideraron una implantación nula o escasa, 131 (68.23%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.60%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 2.4 En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.

IMPLANTACIÓN

Tabla 33 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 2.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	8	5	3,83%	2,54%
Baja	77	51	36,84%	25,89%
Alta	124	141	59,33%	71,57%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 77 (36.84%) consideraron una implantación nula o escasa, 124 (59.33%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (3.83%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 51 (25.89%) consideraron una implantación nula o escasa, 141 (71.57%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.54%) no respondió a la pregunta.

Tabla 34 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 2.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	7	6	3,27%	3,13%
Baja	92	36	42,99%	18,75%
Alta	115	150	53,74%	78,13%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 92 (42.99%) consideraron una implantación nula o escasa, 115 (53.74%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 7 (3.27%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 36 (18.75%) consideraron una implantación nula o escasa, 150 (78.13%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (3.13%) no respondieron a la pregunta.

Área 3 Comunicación y Transparencia con paciente y su familia.

Pregunta 3.1 Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

IMPLANTACIÓN

Tabla 35 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	8	3	3,83%	1,52%
Baja	117	124	55,98%	62,94%
Alta	84	70	40,19%	35,53%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad que respondieron fueron 209. De ellos 117 (55.98%) consideraron una implantación nula o escasa, 84 (40.19%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (3.83%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores que respondieron fueron 197. De ellos 124 (62.94%) consideraron una implantación nula o escasa, 70 (35.53%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 3 (1.52%) no respondió a la pregunta.

Tabla 36 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	6	5	2,80%	2,60%
Baja	135	106	63,08%	55,21%
Alta	73	81	34,11%	42,19%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 135 (63.08%) consideraron una implantación nula o escasa, 73 (34.11%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (2.80%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 116 (55.21%) consideraron una implantación nula o escasa, 81 (42.19%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.60%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.2 Esta acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.

IMPLANTACIÓN

Tabla 37 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	12	5	5,74%	2,54%
Baja	151	147	72,25%	74,62%
Alta	46	45	22,01%	22,84%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 152 (72.25%) consideraron una implantación nula o escasa, 46 (22.01%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 12 (5.74%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 147 (74.62%) consideraron una implantación nula o escasa, 45 (22.84%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 5 (2.54%) no respondió a la pregunta.

Tabla 38 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	8	9	3,74%	4,69%
Baja	177	121	82,71%	63,02%
Alta	29	62	13,55%	32,29%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 177 (82.71%) consideraron una implantación nula o escasa, 29 (13.55%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (3.74%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 121 (63.02%) consideraron una implantación nula o escasa, 62 (32.29%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.69%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo cuándo y a quien informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA

IMPLANTACIÓN

Tabla 39 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	19	10	9,09%	5,08%
Baja	146	147	69,86%	74,62%
Alta	44	40	21,05%	20,30%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 146 (69.86%) consideraron una implantación nula o escasa, 44 (21.05%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 19 (9.09%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 147 (74.62%) consideraron una implantación nula o escasa, 40 (20.30%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (5.08%) no respondió a la pregunta.

Tabla 40 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	20	9	9,35%	4,69%
Baja	150	143	70,09%	74,48%
Alta	44	40	20,56%	20,83%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 150 (70.09%) consideraron una implantación nula o escasa, 44 (20.56%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (9.35%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 143 (74.48%) consideraron una implantación nula o escasa, 40 (20.83%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.69%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.4 El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.

IMPLANTACIÓN

Tabla 41 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	28	17	13,40%	8,63%
Baja	76	97	36,36%	49,24%
Alta	105	83	50,24%	42,13%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 76 (36.36%) consideraron una implantación nula o escasa, 105 (50.24%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 28 (13.40%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 97 (49.24%) consideraron una implantación nula o escasa, 83 (42.13%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 17 (8.63%) no respondió a la pregunta.

Tabla 42 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	17	28	7,94%	14,58%
Baja	53	120	24,77%	62,50%
Alta	144	44	67,29%	22,92%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 53 (24.77%) consideraron una implantación nula o escasa, 144 (67.29%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 17 (7.94%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 120 (62.50%) consideraron una implantación nula o escasa, 44 (22.92%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 28 (14.58%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.5 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.

IMPLANTACIÓN

Tabla 43 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.5

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	19	11	9,09%	5,58%
Baja	96	71	45,93%	36,04%
Alta	94	115	44,98%	58,38%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 96 (45.93%) consideraron una implantación nula o escasa, 94 (44.98%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 19 (9.09%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 71 (36.04%) consideraron una implantación nula o escasa, 115 (58.38%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 11 (5.58%) no respondió a la pregunta.

Tabla 44 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	18	12	8,41%	6,25%
Baja	128	39	59,81%	20,31%
Alta	68	141	31,78%	73,44%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 128 (59.81%) consideraron una implantación nula o escasa, 68 (31.78%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 18 (8.41%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 34 (20.31%) consideraron una implantación nula o escasa, 141 (73.44%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 12 (6.25%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.6 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.

IMPLANTACIÓN

Tabla 45 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	15	9	7,18%	4,57%
Baja	81	81	38,76%	41,12%
Alta	113	107	54,07%	54,31%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 81 (38.76%) consideraron una implantación nula o escasa, 113 (54.07%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 15 (7.18%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 81 (41.12%) consideraron una implantación nula o escasa, 107 (54.31%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.57%) no respondió a la pregunta.

Tabla 46 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	11	13	5,14%	6,77%
Baja	77	85	35,98%	44,27%
Alta	126	94	58,88%	48,96%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 77 (35.98%) consideraron una implantación nula o escasa, 126 (58.88%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 11 (5.14%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 85 (44.27%) consideraron una implantación nula o escasa, 94 (48.96%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 13 (6.77%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.7 Siempre que suceda un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.

IMPLANTACIÓN

Tabla 47 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	11	8	5,26%	4,06%
Baja	93	72	44,50%	36,55%
Alta	105	117	50,24%	59,39%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 93 (44.50%) consideraron una implantación nula o escasa, 105 (50.24%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 11 (5.26%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 72 (36.55%) consideraron una implantación nula o escasa, 117 (59.39%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (4.06%) no respondió a la pregunta.

Tabla 48 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	11	8	5,14%	4,17%
Baja	111	54	51,87%	28,13%
Alta	92	130	42,99%	67,71%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 111 (51.87%) consideraron una implantación nula o escasa, 92 (42.99%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 11 (5.14%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 54 (28.13%) consideraron una implantación nula o escasa, 130 (67.71%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (4.17%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.8 el paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.

IMPLANTACIÓN

Tabla 49 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	20	13	9,57%	6,60%
Baja	102	101	48,80%	51,27%
Alta	87	83	41,63%	42,13%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 102 (48.80%) consideraron una implantación nula o escasa, 87 (41.63%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (9.57%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 101 (51.27%) consideraron una implantación nula o escasa, 83 (42.13%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 13 (6.60%) no respondió a la pregunta.

Tabla 50 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	23	10	10,75%	5,21%
Baja	118	85	55,14%	44,27%
Alta	73	97	34,11%	50,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 118 (55.14%) consideraron una implantación nula o escasa, 73 (34.11%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 23 (10.75%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 85 (44.27%) consideraron una implantación nula o escasa, 97 (50.52%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (5.21%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.9 Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.

IMPLANTACIÓN

Tabla 51 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.9

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	20	14	9,57%	7,11%
Baja	123	99	58,85%	50,25%
Alta	66	84	31,58%	42,64%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 123 (58.85%) consideraron una implantación nula o escasa, 66 (31.58%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (9.57%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 99 (50.25%) consideraron una implantación nula o escasa, 84 (42.64%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 14 (7.11%) no respondió a la pregunta.

Tabla 52 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.9

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	20	14	9,35%	7,29%
Baja	141	81	65,89%	42,19%
Alta	53	97	24,77%	50,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 141 (65.89%) consideraron una implantación nula o escasa, 53 (24.77%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (9.35%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 81 (42.19%) consideraron una implantación nula o escasa, 97 (50.52%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 14 (7.29%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.10 El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.

IMPLANTACIÓN

Tabla 53 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.10

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	19	10	9,09%	5,08%
Baja	120	129	57,42%	65,48%
Alta	70	58	33,49%	29,44%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 120 (57.42%) consideraron una implantación nula o escasa, 70 (33.49%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 19 (9.09%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 129 (65.48%) consideraron una implantación nula o escasa, 58 (29.44%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (5.08%) no respondió a la pregunta.

Tabla 54 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.10

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	19	10	8,88%	5,21%
Baja	108	141	50,47%	73,44%
Alta	87	41	40,65%	21,35%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 108 (50.47%) consideraron una implantación nula o escasa, 87 (40.65%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 19 (8.88%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 141 (73.44%) consideraron una implantación nula o escasa, 41 (21.35%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (5.21%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.11 Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.

IMPLANTACIÓN

Tabla 55 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 3.11

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	137	86	65,55%	43,65%
Baja	25	56	11,96%	28,43%
Alta	47	55	22,49%	27,92%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 25 (11.96%) consideraron una implantación nula o escasa, 47 (22.49%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 137 (65.55%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 56 (28.43%) consideraron una implantación nula o escasa, 55 (27.92%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 86 (43.65%) no respondió a la pregunta.

Tabla 56 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 3.11

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	214	9	100,00%	4,69%
Baja	0	81	0,00%	49,19%
Alta	0	102	0,00%	53,13%
Total	214	111	100,00%	57,81%

De los profesionales de Atención Primaria, los 214 (100%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 81 (42.19%) consideraron una implantación nula o escasa, 102 (53.13%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.69%) no respondieron a la pregunta.

Área 4 Atención a Segundas Víctimas (Profesionales).

Pregunta 4.1 Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.

IMPLANTACIÓN

Tabla 57 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	28	0	0,00%	0,00%
Baja	54	0	0,00%	0,00%
Alta	127	197	0,00%	100,00%
Total	209	197	0,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 54 (25.84%) consideraron una implantación nula o escasa, 127 (60.77%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 28 (13.40%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 54 (27.41%) consideraron una implantación nula o escasa, 125 (63.45%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 18 (9.14%) no respondió a la pregunta.

Tabla 58 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	25	21	11,68%	10,94%
Baja	57	51	26,64%	26,56%
Alta	132	120	61,68%	62,50%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 57 (25.64%) consideraron una implantación nula o escasa, 132 (61.68%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 25 (11.68%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 51 (26.56%) consideraron una implantación nula o escasa, 120 (62.50%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 21 (10.94%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.2 Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las Segundas Víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar, qué y cómo ha sucedido.

IMPLANTACIÓN

Tabla 59 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	16	8	7,66%	4,06%
Baja	157	151	75,12%	76,65%
Alta	36	38	17,22%	19,29%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 157 (75.12%) consideraron una implantación nula o escasa, 36 (17.22%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 16 (7.76%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 151 (76.65%) consideraron una implantación nula o escasa, 38 (19.29%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (4.06%) no respondió a la pregunta.

Tabla 60 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	12	12	5,61%	6,25%
Baja	161	147	75,23%	76,56%
Alta	41	33	19,16%	17,19%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 161 (75.23%) consideraron una implantación nula o escasa, 41 (19.16%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 12 (5.61%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 147 (76.56%) consideraron una implantación nula o escasa, 33 (17.19%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 12 (6.25%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.3 A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las Segundas Víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y muchos no son prevenibles.

IMPLANTACIÓN

Tabla 61 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	23	24	11,00%	12,18%
Baja	128	122	61,24%	61,93%
Alta	58	51	27,75%	25,89%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 128 (61.24%) consideraron una implantación nula o escasa, 58 (27.75%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 23 (11.00%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 122 (61.93%) consideraron una implantación nula o escasa, 51 (25.89%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 24 (12.18%) no respondió a la pregunta.

Tabla 62 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	21	26	9,81%	13,54%
Baja	135	115	63,08%	59,90%
Alta	58	51	27,10%	26,56%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 135 (63.08%) consideraron una implantación nula o escasa, 58 (27.10%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 21 (9.81%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 115 (59.90%) consideraron una implantación nula o escasa, 51 (26.56%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 26 (13.54%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.

IMPLANTACIÓN

Tabla 63 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	18	6	8,61%	3,05%
Baja	144	136	68,90%	69,04%
Alta	47	55	22,49%	27,92%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 144 (68.90%) consideraron una implantación nula o escasa, 47 (22.49%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 18 (8.61%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 136 (69.04%) consideraron una implantación nula o escasa, 55 (27.92%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (3.05%) no respondió a la pregunta.

Tabla 64 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	16	8	7,48%	4,17%
Baja	155	125	72,43%	65,10%
Alta	43	59	20,09%	30,73%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 155 (72.43%) consideraron una implantación nula o escasa, 43 (20.09%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 16 (7.48%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 125 (65.10%) consideraron una implantación nula o escasa, 59 (30.73%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (4.17%) no respondieron a la pregunta

Pregunta 4.5 Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.

IMPLANTACIÓN

Tabla 65 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.5

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	16	8	7,66%	4,06%
Baja	102	104	48,80%	52,79%
Alta	91	85	43,54%	43,15%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 102 (48.80%) consideraron una implantación nula o escasa, 91 (43.54%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 16 (7.66%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 104 (52.79%) consideraron una implantación nula o escasa, 85 (43.15%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 8 (4.06%) no respondió a la pregunta.

Tabla 66 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	17	7	7,94%	3,65%
Baja	108	98	50,47%	51,04%
Alta	89	87	41,59%	45,31%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 108 (50.47%) consideraron una implantación nula o escasa, 89 (41.59%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 17 (7.94%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 98 (51.04%) consideraron una implantación nula o escasa, 87 (41.35%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 7 (3.65%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.6 La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.

IMPLANTACIÓN

Tabla 67 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	14	9	6,70%	4,57%
Baja	40	33	19,14%	16,75%
Alta	155	155	74,16%	78,68%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 40 (19.14%) consideraron una implantación nula o escasa, 155 (74.16%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 14 (6.70%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 33 (16.75%) consideraron una implantación nula o escasa, 155 (78.68%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.57%) no respondió a la pregunta.

Tabla 68 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	14	9	6,54%	4,69%
Baja	38	35	17,76%	18,23%
Alta	162	148	75,70%	77,08%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 38 (17.76%) consideraron una implantación nula o escasa, 162 (75.70%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 14 (6.54%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 35 (18.23%) consideraron una implantación nula o escasa, 148 (77.08%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.69%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.7 Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.

IMPLANTACIÓN

Tabla 69 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	18	13	8,61%	6,60%
Baja	85	62	40,67%	31,47%
Alta	106	122	50,72%	61,93%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 85 (40.67%) consideraron una implantación nula o escasa, 106 (50.72%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 18 (8.61%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 62 (31.47%) consideraron una implantación nula o escasa, 122 (61.93%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 13 (6.60%) no respondió a la pregunta.

Tabla 70 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	20	11	9,35%	5,73%
Baja	85	62	39,72%	32,29%
Alta	109	119	50,93%	61,98%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 85 (39.72%) consideraron una implantación nula o escasa, 109 (50.93%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (9.35%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 62 (32.29%) consideraron una implantación nula o escasa, 119 (61.98%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 11 (5.73%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.8 Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.

IMPLANTACIÓN

Tabla 71 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 4.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	17	9	8,13%	4,57%
Baja	160	166	76,56%	84,26%
Alta	32	22	15,31%	11,17%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 160 (76.56%) consideraron una implantación nula o escasa, 32 (15.31%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 17 (8.13%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 166 (84.26%) consideraron una implantación nula o escasa, 22 (11.17%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.57%) no respondió a la pregunta.

Tabla 72 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 4.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	15	11	7,01%	5,73%
Baja	172	154	80,37%	80,21%
Alta	27	27	12,62%	14,06%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 172 (80.37%) consideraron una implantación nula o escasa, 27 (12.62%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 15 (7.01%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 154 (80.21%) consideraron una implantación nula o escasa, 27 (14.06%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 11 (5.73%) no respondieron a la pregunta.

Área 5 Comunicación e imagen institucional.

Pregunta 5.1 Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.

IMPLANTACIÓN

Tabla 73 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	10	6	4,78%	3,05%
Baja	26	19	12,44%	9,64%
Alta	173	172	82,78%	87,31%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 26 (12.44%) consideraron una implantación nula o escasa, 173 (82.78%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (4.78%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 19 (9.64%) consideraron una implantación nula o escasa, 172 (87.31%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 6 (3.05%) no respondió a la pregunta.

Tabla 74 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	12	4	5,61%	2,08%
Baja	28	17	13,08%	8,85%
Alta	174	171	81,31%	89,06%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 28 (13.08%) consideraron una implantación nula o escasa, 174 (81.31%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 12 (5.61%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 17 (8.85%) consideraron una implantación nula o escasa, 171 (89.06%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 4 (2.08%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.2 No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.

IMPLANTACIÓN

Tabla 75 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	30	10	14,35%	5,08%
Baja	22	15	10,53%	7,61%
Alta	157	172	75,12%	87,31%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 22 (10.53%) consideraron una implantación nula o escasa, 157 (75.12%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 30 (14.35%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 15 (7.61%) consideraron una implantación nula o escasa, 172 (87.31%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 10 (5.08%) no respondió a la pregunta.

Tabla 76 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	27	13	12,62%	6,77%
Baja	27	10	12,62%	5,21%
Alta	160	169	74,77%	88,02%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 27 (12.62%) consideraron una implantación nula o escasa, 160 (74.77%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 27 (12.62%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 10 (5.21%) consideraron una implantación nula o escasa, 169 (88.02%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 13 (6.67%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.3 El gabinete de prensa del hospital (o concertado) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.

IMPLANTACIÓN

Tabla 77 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	47	22	22,49%	11,17%
Baja	73	55	34,93%	27,92%
Alta	89	120	42,58%	60,91%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 73 (34.93%) consideraron una implantación nula o escasa, 89 (42.58%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 47 (22.49%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 55 (27.92%) consideraron una implantación nula o escasa, 120 (60.91%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 22 (11.17%) no respondió a la pregunta.

Tabla 78 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	42	27	19,63%	14,06%
Baja	76	52	35,51%	27,08%
Alta	96	113	44,86%	58,85%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 76 (35.51%) consideraron una implantación nula o escasa, 96 (44.86%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 42 (19.63%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 52 (27.08%) consideraron una implantación nula o escasa, 113 (58.85%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 27 (14.06%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.4 El gabinete de prensa del hospital (o concertado) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.

IMPLANTACIÓN

Tabla 79 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	49	28	23,44%	14,21%
Baja	83	65	39,71%	32,99%
Alta	77	104	36,84%	52,79%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 83 (39.71%) consideraron una implantación nula o escasa, 77 (36.84%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 49 (23.44%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 65 (32.99%) consideraron una implantación nula o escasa, 104 (52.79%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 28 (14.21%) no respondió a la pregunta.

Tabla 80 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	52	25	24,30%	13,02%
Baja	85	63	39,72%	32,81%
Alta	77	104	35,98%	54,17%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 85 (39.72%) consideraron una implantación nula o escasa, 77 (35.98%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 52 (24.30%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 63 (32.81%) consideraron una implantación nula o escasa, 104 (54.17%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 25 (13.02%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.5 Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.

IMPLANTACIÓN

Tabla 81 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.5

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	47	25	22,49%	12,69%
Baja	71	51	33,97%	25,89%
Alta	91	121	43,54%	61,42%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 71 (33.97%) consideraron una implantación nula o escasa, 91 (43.54%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 47 (22.49%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 51 (25.89%) consideraron una implantación nula o escasa, 121 (61.42%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 25 (12.69%) no respondió a la pregunta.

Tabla 82 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	45	27	21,03%	14,06%
Baja	73	49	34,11%	25,52%
Alta	96	116	44,86%	60,42%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 73 (34.11%) consideraron una implantación nula o escasa, 96 (44.86%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 45 (21.03%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 49 (25.52%) consideraron una implantación nula o escasa, 116 (60.42%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 27 (14.06%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.6 Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.

IMPLANTACIÓN

Tabla 83 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	37	20	17,70%	10,15%
Baja	80	84	38,28%	42,64%
Alta	92	93	44,02%	47,21%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 80 (38.28%) consideraron una implantación nula o escasa, 92 (44.02%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 37 (17.70%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 84 (42.64%) consideraron una implantación nula o escasa, 93 (47.21%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (10.15%) no respondió a la pregunta.

Tabla 84 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	34	23	15,89%	11,98%
Baja	70	94	32,71%	48,96%
Alta	110	75	51,40%	39,06%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 70 (32.71%) consideraron una implantación nula o escasa, 110 (51.40%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 34 (15.89%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 94 (48.96%) consideraron una implantación nula o escasa, 75 (39.06%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 23 (11.98%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.

IMPLANTACIÓN

Tabla 85 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	32	20	15,31%	10,15%
Baja	113	113	54,07%	57,36%
Alta	64	64	30,62%	32,49%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 113 (54.07%) consideraron una implantación nula o escasa, 64 (30.62%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 32 (15.31%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 113 (57.36%) consideraron una implantación nula o escasa, 64 (32.49%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (10.15%) no respondió a la pregunta.

Tabla 86 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	34	18	15,89%	9,38%
Baja	116	110	54,21%	57,29%
Alta	64	64	29,91%	33,33%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 116 (54.21%) consideraron una implantación nula o escasa, 64 (29.91%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 34 (15.89%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 110 (57.29%) consideraron una implantación nula o escasa, 64 (33.33%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 18 (9.38%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.8 Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

IMPLANTACIÓN

Tabla 87 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	20	9	9,57%	4,57%
Baja	138	131	66,03%	66,50%
Alta	51	57	24,40%	28,93%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 138 (66.03%) consideraron una implantación nula o escasa, 51 (24.40%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (9.57%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 131 (66.50%) consideraron una implantación nula o escasa, 57 (28.93%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.57%) no respondió a la pregunta.

Tabla 88 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	20	9	9,35%	4,69%
Baja	143	126	66,82%	65,63%
Alta	51	57	23,83%	29,69%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 143 (66.82%) consideraron una implantación nula o escasa, 51 (43.83%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 20 (9.35%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 126 (65.63%) consideraron una implantación nula o escasa, 57 (29.69%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 9 (4.69%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.9 Se ofrece formación a los residentes de todas las especialidades para que sepan cómo actuar en caso de EA.

IMPLANTACIÓN

Tabla 89 Frecuencias implantación Perfil Profesional pregunta 5.9

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	39	37	18,66%	18,78%
Baja	119	108	56,94%	54,82%
Alta	51	52	24,40%	26,40%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 119 (56.94%) consideraron una implantación nula o escasa, 51 (24.40%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 39 (18.66%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 108 (54.82%) consideraron una implantación nula o escasa, 52 (26.40%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 37 (18.78%) no respondió a la pregunta.

Tabla 90 Frecuencias implantación Nivel Asistencial pregunta 5.9

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	51	25	23,83%	13,02%
Baja	113	114	52,80%	59,38%
Alta	50	53	23,36%	27,60%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 113 (52.80%) consideraron una implantación nula o escasa, 50 (23.36%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 51 (23.83%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 114 (59.38%) consideraron una implantación nula o escasa, 53 (27.60%) consideraron una implantación media alta o muy alta y 25 (13.02%) no respondieron a la pregunta.

IV.1.1.2 UTILIDAD

Área 1 Cultura de Seguridad en la Institución

Pregunta 1.1 Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA)

UTILIDAD

Tabla 91 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	9	5	4,31%	2,54%
Baja	37	31	17,70%	15,74%
Alta	163	161	77,99%	81,73%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 37 (17.70%) consideraron una utilidad nula o escasa, 163 (77.99%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 9 (4.31%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 31 (15.74%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (81.73%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 5 (2.54%) no respondió a la pregunta.

Tabla 92 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	12	2	5,61%	1,04%
Baja	42	26	19,63%	13,54%
Alta	160	164	74,77%	85,42%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 42(19.63%) consideraron una utilidad nula o escasa, 160 (74.77%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (5.61%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 26 (13.54%) consideraron una utilidad nula o escasa, 164 (85.42%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 2 (1.04%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.2 Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.

UTILIDAD

Tabla 93 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	11	5	5,26%	2,54%
Baja	38	35	18,18%	17,77%
Alta	160	157	76,56%	79,70%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 38 (18.18%) consideraron una utilidad nula o escasa, 160 (76.56%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11 (5.26%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 35 (17.77%) consideraron una utilidad nula o escasa, 157 (79.70%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 5 (2.54%) no respondió a la pregunta.

Tabla 94 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	13	3	6,07%	1,56%
Baja	43	30	20,09%	15,63%
Alta	158	159	73,83%	82,81%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 43 (20.09%) consideraron una utilidad nula o escasa, 158 (73.83%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.07%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 30 (15.63%) consideraron una utilidad nula o escasa, 159 (82.81%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 3 (1.56%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.3 Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (Cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo)

UTILIDAD

Tabla 95 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	7	7	3,35%	3,55%
Baja	41	52	19,62%	26,40%
Alta	161	138	77,03%	70,05%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 41 (19.62%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (77.03%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.35%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 52 (26.40%) consideraron una utilidad nula o escasa, 138 (70.05%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.55%) no respondió a la pregunta.

Tabla 96 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	8	6	3,74%	3,13%
Baja	43	50	20,09%	26,04%
Alta	163	136	76,17%	70,83%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 43 (20.09%) consideraron una utilidad nula o escasa, 163 (76.17%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 8 (3.74%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 50 (26.04%) consideraron una utilidad nula o escasa, 136 (70.83%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.13%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.4 Contamos con un plan de formación anual en Seguridad del Paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos)

UTILIDAD

Tabla 97 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	9	4	4,31%	2,03%
Baja	22	26	10,53%	13,20%
Alta	178	167	85,17%	84,77%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 22 (10.53%) consideraron una utilidad nula o escasa, 178 (85.17%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 9 (4.31%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 26 (13.20%) consideraron una utilidad nula o escasa, 167 (84.77%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 4 (2.03%) no respondió a la pregunta.

Tabla 98 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	8	5	3,74%	2,60%
Baja	22	26	10,28%	13,54%
Alta	184	161	85,98%	83,85%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 22 (10.28%) consideraron una utilidad nula o escasa, 184 (85.98%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 8 (3.74%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 26 (13.54%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (83.85%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 5 (2.60%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.5 El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.

UTILIDAD

Tabla 99 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.5

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	40	33	19,14%	16,75%
Baja	40	39	19,14%	19,80%
Alta	129	125	61,72%	63,45%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 40 (19.14%) consideraron una utilidad nula o escasa, 129 (61.72%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 40 (19.14%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 39 (19.80%) consideraron una utilidad nula o escasa, 125 (63.45%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 33 (16.75%) no respondió a la pregunta.

Tabla 100 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	52	21	24,30%	10,94%
Baja	43	36	20,09%	18,75%
Alta	119	135	55,61%	70,31%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 43 (20.09%) consideraron una utilidad nula o escasa, 119 (55.61%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 52 (24.30%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 36 (18.75%) consideraron una utilidad nula o escasa, 135 (70.31%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 21 (10.94%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.6 Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día) y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

UTILIDAD

Tabla 101 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	7	6	3,35%	3,05%
Baja	28	23	13,40%	11,68%
Alta	174	168	83,25%	85,28%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 28 (13.40%) consideraron una utilidad nula o escasa, 174 (83.25%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.35%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 23 (11.68%) consideraron una utilidad nula o escasa, 168 (85.28%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.05%) no respondió a la pregunta.

Tabla 102 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	7	6	3,27%	3,13%
Baja	28	23	13,08%	11,98%
Alta	179	163	83,64%	84,90%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 28 (13.08%) consideraron una utilidad nula o escasa, 179 (83.64%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.27%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 23 (11.98%) consideraron una utilidad nula o escasa, 163 (84.90%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.13%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.7 Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.

UTILIDAD

Tabla 103 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	8	2	3,83%	1,02%
Baja	32	17	15,31%	8,63%
Alta	169	178	80,86%	90,36%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 32 (15.31%) consideraron una utilidad nula o escasa, 169 (80.86%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 8 (3.83%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 17 (8.63%) consideraron una utilidad nula o escasa, 178 (90.36%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 2 (1.02%) no respondió a la pregunta.

Tabla 104 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	7	3	3,27%	1,56%
Baja	30	19	14,02%	9,90%
Alta	177	170	82,71%	88,54%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 30 (14.02%) consideraron una utilidad nula o escasa, 177 (82.71%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.27%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 19 (9.90%) consideraron una utilidad nula o escasa, 170 (88.54%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 3 (1.56%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.

UTILIDAD

Tabla 105 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	13	10	6,22%	5,08%
Baja	26	22	12,44%	11,17%
Alta	170	165	81,34%	83,76%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 26 (12.44%) consideraron una utilidad nula o escasa, 170 (81.34%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.22%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 22 (11.17%) consideraron una utilidad nula o escasa, 165 (83.76%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 10 (5.08%) no respondió a la pregunta.

Tabla 106 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	16	7	7,48%	3,65%
Baja	38	10	17,76%	5,21%
Alta	160	175	74,77%	91,15%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 38 (17.76%) consideraron una utilidad nula o escasa, 160 (74.77%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 16 (7.48%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 10 (5.21%) consideraron una utilidad nula o escasa, 175 (91.15%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.65%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.9 Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.

UTILIDAD

Tabla 107 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.9

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	6	2	2,87%	1,02%
Baja	28	23	13,40%	11,68%
Alta	175	172	83,73%	87,31%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 28 (13.40%) consideraron una utilidad nula o escasa, 175 (83.73%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (2.87%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 23 (11.68%) consideraron una utilidad nula o escasa, 172 (83.31%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 2 (1.02%) no respondió a la pregunta.

Tabla 108 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.9

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	6	2	2,80%	1,04%
Baja	33	18	15,42%	9,38%
Alta	175	172	81,78%	89,58%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 33 (15.42%) consideraron una utilidad nula o escasa, 175 (81.78%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (2.80%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 18 (9.38%) consideraron una utilidad nula o escasa, 172 (89.58%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 2 (1.04%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.10 Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.

UTILIDAD

Tabla 109 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.10

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	11	6	5,26%	3,05%
Baja	42	24	20,10%	12,18%
Alta	156	167	74,64%	84,77%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 42 (20.10%) consideraron una utilidad nula o escasa, 156 (74.64%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11 (5.26%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 24 (12.18%) consideraron una utilidad nula o escasa, 167 (84.77%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.05%) no respondió a la pregunta.

Tabla 110 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.10

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	13	4	6,07%	2,08%
Baja	45	21	21,03%	10,94%
Alta	156	167	72,90%	86,98%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 45 (21.03%) consideraron una utilidad nula o escasa, 156 (72.90%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.07%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 21 (10.94%) consideraron una utilidad nula o escasa, 167 (86.98%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 4 (2.08%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.11 Nuestra política en materia de Seguridad del Paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error

UTILIDAD

Tabla 111 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.11

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	10	6	4,78%	3,05%
Baja	40	42	19,14%	21,32%
Alta	159	149	76,08%	75,63%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 40 (19.14%) consideraron una utilidad nula o escasa, 159 (76.08%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 10 (4.78%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 42 (21.32%) consideraron una utilidad nula o escasa, 149 (75.63%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.05%) no respondió a la pregunta.

Tabla 112 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.11

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	13	3	6,07%	1,56%
Baja	40	42	18,69%	21,88%
Alta	161	147	75,23%	76,56%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 40 (18.69%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (75.23%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.07%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 42 (21.88%) consideraron una utilidad nula o escasa, 147 (76.56%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 3 (1.56%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.12 El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes (hospitalización, urgencias, área quirúrgica o atención ambulatoria) a partir de las fuentes de información de que disponemos (sistema de notificación de incidentes y EA, CMBD, EPINE, ...) y compartimos las conclusiones con las Comisiones Asistenciales, Calidad y Seguridad y Docencia.

UTILIDAD

Tabla 113 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.12

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	11	6	5,26%	3,05%
Baja	41	31	19,62%	15,74%
Alta	157	160	75,12%	81,22%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 41 (19.62%) consideraron una utilidad nula o escasa, 157 (75.12%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11 (5.26%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 31 (15.74%) consideraron una utilidad nula o escasa, 160 (81.22%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.05%) no respondió a la pregunta.

Tabla 114 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.12

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	13	4	6,07%	2,08%
Baja	40	32	18,69%	16,67%
Alta	161	156	75,23%	81,25%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 40 (18.69%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (75.23%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.07%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 32 (16.67%) consideraron una utilidad nula o escasa, 156 (81.25%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 4 (2.08%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 1.13 Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos tres veces al año.

UTILIDAD

Tabla 115 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 1.13

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	8	7	3,83%	3,55%
Baja	43	40	20,57%	20,30%
Alta	158	150	75,60%	76,14%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 43 (20.57%) consideraron una utilidad nula o escasa, 158 (75.60%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 8 (3.83%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 40 (20.30%) consideraron una utilidad nula o escasa, 150 (76.14%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.55%) no respondió a la pregunta.

Tabla 116 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 1.13

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	10	5	4,67%	2,60%
Baja	49	34	22,90%	17,71%
Alta	155	153	72,43%	79,69%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 49 (22.90%) consideraron una utilidad nula o escasa, 155 (72.43%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 10 (4.67%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 34 (17.71%) consideraron una utilidad nula o escasa, 153 (79.69%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 5 (2.60%) no respondieron a la pregunta.

Área 2 Plan de Crisis en caso de un EA grave.

Pregunta 2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.

UTILIDAD

Tabla 117 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	12	5	5,74%	2,54%
Baja	36	39	17,22%	19,80%
Alta	161	153	77,03%	77,66%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 36 (17.22%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (77.03%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (5.74%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 39 (19.80%) consideraron una utilidad nula o escasa, 153 (77.66%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 5 (2.54%) no respondió a la pregunta.

Tabla 118 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	11	6	5,14%	3,13%
Baja	44	31	20,56%	16,15%
Alta	159	155	74,30%	80,73%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 44 (20.56%) consideraron una utilidad nula o escasa, 159 (74.30%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11 (5.14%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 31 (16.15%) consideraron una utilidad nula o escasa, 155 (80.73%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.13%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 2.2 En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a otros clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.

UTILIDAD

Tabla 119 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	9	10	4,31%	5,08%
Baja	37	33	17,70%	16,75%
Alta	163	154	77,99%	78,17%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 37 (17.70%) consideraron una utilidad nula o escasa, 163 (77.99%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 9 (4.31%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 33 (16.75%) consideraron una utilidad nula o escasa, 154 (78.17%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 10 (5.08%) no respondió a la pregunta.

Tabla 120 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	12	7	5,61%	3,65%
Baja	39	31	18,22%	16,15%
Alta	163	154	76,17%	80,21%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 39 (18.22%) consideraron una utilidad nula o escasa, 163 (76.17%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (5.61%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 31 (16.15%) consideraron una utilidad nula o escasa, 154 (80.21%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.65%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 2.3 Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.

UTILIDAD

Tabla 121 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	13	9	6,22%	4,57%
Baja	27	31	12,92%	15,74%
Alta	169	157	80,86%	79,70%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 27 (12.92%) consideraron una utilidad nula o escasa, 169 (80.86%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.22%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 31 (15.74%) consideraron una utilidad nula o escasa, 157 (79.70%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 9 (4.57%) no respondió a la pregunta.

Tabla 122 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	13	9	6,07%	4,69%
Baja	34	24	15,89%	12,50%
Alta	167	159	78,04%	82,81%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 34 (15.89%) consideraron una utilidad nula o escasa, 167 (78.04%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.07%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 24 (12.50%) consideraron una utilidad nula o escasa, 159 (82.81%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 9 (4.69%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 2.4 En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.

UTILIDAD

Tabla 123 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 2.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	11	8	5,26%	4,06%
Baja	29	21	13,88%	10,66%
Alta	169	168	80,86%	85,28%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 29 (13.88%) consideraron una utilidad nula o escasa, 169 (80.86%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11(5.26%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 21 (10.66%) consideraron una utilidad nula o escasa, 168 (85.28%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 8 (4.06%) no respondió a la pregunta.

Tabla 124 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 2.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	13	6	6,07%	3,13%
Baja	32	18	14,95%	9,38%
Alta	169	168	78,97%	87,50%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 32 (14.95%) consideraron una utilidad nula o escasa, 169 (78.97%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.07%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 18 (9.38%) consideraron una utilidad nula o escasa, 168 (87.50%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 6 (3.13%) no respondieron a la pregunta.

Área 3 Comunicación y Transparencia con paciente y su familia.

Pregunta 3.1 Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

UTILIDAD

Tabla 125 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	15	8	7,18%	4,06%
Baja	37	42	17,70%	21,32%
Alta	157	147	75,12%	74,62%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 37 (17.70%) consideraron una utilidad nula o escasa, 157 (75.12%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 15 (7.18%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 42 (21.32%) consideraron una utilidad nula o escasa, 147 (74.62%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 8 (4.06%) no respondió a la pregunta.

Tabla 126 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	16	7	7,48%	3,65%
Baja	44	35	20,56%	18,23%
Alta	154	150	71,96%	78,13%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria que respondieron 44 (26.56%) consideraron una utilidad nula o escasa, 154 (71.96%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 16 (7.48%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 35 (18.23%) consideraron una utilidad nula o escasa, 150 (78.13%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 7 (3.65%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.2 Esta acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.

UTILIDAD

Tabla 127 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	16	12	7,66%	6,09%
Baja	51	49	24,40%	24,87%
Alta	142	136	67,94%	69,04%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 51 (24.40%) consideraron una utilidad nula o escasa, 142 (67.94%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 16 (7.66%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 49 (24.87%) consideraron una utilidad nula o escasa, 136 (69.04%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (6.09%) no respondió a la pregunta.

Tabla 128 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	17	11	7,94%	5,73%
Baja	58	42	27,10%	21,88%
Alta	139	139	64,95%	72,40%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 58 (22.10%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (64.95%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 17 (7.94%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 42 (21.88%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (72.40%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11 (5.73%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo cuándo y a quien informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

UTILIDAD

Tabla 129 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	24	14	11,48%	7,11%
Baja	46	48	22,01%	24,37%
Alta	139	135	66,51%	68,53%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 46 (22.01%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (66.51%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 24 (11.48%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 48 (24.37%) consideraron una utilidad nula o escasa, 135 (78.53%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 14 (37.11%) no respondió a la pregunta.

Tabla 130 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	27	11	12,62%	5,73%
Baja	42	52	19,63%	27,08%
Alta	145	129	67,76%	67,19%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 42 (19.63%) consideraron una utilidad nula o escasa, 145 (67.76%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (12.62%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 52 (27.08%) consideraron una utilidad nula o escasa, 129 (67.19%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11 (5.73%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.4 El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.

UTILIDAD

Tabla 131 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	31	18	14,83%	9,14%
Baja	39	39	18,66%	19,80%
Alta	139	140	66,51%	71,07%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 39 (18.66%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (16.51%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 31 (14.83%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 39 (19.80%) consideraron una utilidad nula o escasa, 140 (71.07%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 18 (9.14%) no respondió a la pregunta.

Tabla 132 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	23	26	10,75%	13,54%
Baja	30	48	14,02%	25,00%
Alta	161	118	75,23%	61,46%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 30 (14.02%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (75.23%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (10.75%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 48 (25.00%) consideraron una utilidad nula o escasa, 118 (61.46%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 26 (13.54%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.5 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.

UTILIDAD

Tabla 133 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.5

	Coordinadores	Directore	Coordinadores	Directores
No respuesta	23	20	11,00%	10,15%
Baja	41	36	19,62%	18,27%
Alta	145	141	69,38%	71,57%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 41 (19.62%) consideraron una utilidad nula o escasa, 145 (69.38%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (11.00%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 36 (18.27%) consideraron una utilidad nula o escasa, 141 (71.57%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 20 (10.15%) no respondió a la pregunta.

Tabla 134 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	23	20	10,75%	10,42%
Baja	50	27	23,36%	14,06%
Alta	141	145	65,89%	75,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 50 (23.36%) consideraron una utilidad nula o escasa, 141 (65.89%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (10.75%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 27 (14.06%) consideraron una utilidad nula o escasa, 145 (75.52%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 20 (10.42%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.6 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.

UTILIDAD

Tabla 135 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	20	13	9,57%	6,60%
Baja	31	32	14,83%	16,24%
Alta	158	152	75,60%	77,16%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 31 (14.83%) consideraron una utilidad nula o escasa, 158 (75.60%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 20 (9.57%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores que 32 (16.24%) consideraron una utilidad nula o escasa, 152 (77.16%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.60%) no respondió a la pregunta.

Tabla 136 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	18	15	8,41%	7,81%
Baja	26	37	12,15%	19,27%
Alta	170	140	79,44%	72,92%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 26 (12.15%) consideraron una utilidad nula o escasa, 170 (79.44%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 18 (8.41%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 37 (19.27%) consideraron una utilidad nula o escasa, 140 (72.92%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 15 (7.81%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.7 Siempre que suceda un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.

UTILIDAD

Tabla 137 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	16	14	7,66%	7,11%
Baja	32	27	15,31%	13,71%
Alta	161	156	77,03%	79,19%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 32 (15.31%) consideraron una utilidad nula o escasa, 161 (77.03%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 16 (7.66%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 27 (13.71%) consideraron una utilidad nula o escasa, 156 (79.19%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 14 (7.11%) no respondió a la pregunta.

Tabla 138 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	18	12	8,41%	6,25%
Baja	37	22	17,29%	11,46%
Alta	159	158	74,30%	82,29%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 37 (17.29%) consideraron una utilidad nula o escasa, 159 (74.30%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 18 (8.41%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 22 (11.46%) consideraron una utilidad nula o escasa, 158 (82.29%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (6.25%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.8 el paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.

UTILIDAD

Tabla 139 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	27	18	12,92%	9,14%
Baja	42	43	20,10%	21,83%
Alta	140	136	66,99%	69,04%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad que respondieron fueron 209. De ellos 42 (20.10%) consideraron una utilidad nula o escasa, 140 (66.99%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (12.92%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores que respondieron fueron 197. De ellos 43 (21.83%) consideraron una utilidad nula o escasa, 136 (69.04%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 18 (9.14%) no respondió a la pregunta.

Tabla 140 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	32	13	14,95%	6,77%
Baja	52	33	24,30%	17,19%
Alta	130	146	60,75%	76,04%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 52 (24.30%) consideraron una utilidad nula o escasa, 130 (60.75%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 32 (14.95%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 33 (17.19%) consideraron una utilidad nula o escasa, 146 (76.04%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.77%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.9 Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.

UTILIDAD

Tabla 141 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.9

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	23	21	11,00%	10,66%
Baja	49	44	23,44%	22,34%
Alta	137	132	65,55%	67,01%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 49 (23.44%) consideraron una utilidad nula o escasa, 137 (65.55%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (11.00%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 44 (22.34%) consideraron una utilidad nula o escasa, 132 (67.01%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 21 (10.66%) no respondió a la pregunta.

Tabla 142 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.9

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	26	18	12,15%	9,38%
Baja	58	35	27,10%	18,23%
Alta	130	139	60,75%	72,40%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 58 (27.10%) consideraron una utilidad nula o escasa, 130 (60.75%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 26 (12.15%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 35 (18.23%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (72.40%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 18 (9.38%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.10 El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.

UTILIDAD

Tabla 143 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.10

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	21	15	10,05%	7,61%
Baja	57	57	27,27%	28,93%
Alta	131	125	62,68%	63,45%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 57 (27.27%) consideraron una utilidad nula o escasa, 131 (62.68%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 21 (10.05%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 57 (28.93%) consideraron una utilidad nula o escasa, 125 (63.45%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 15 (7.61%) no respondió a la pregunta.

Tabla 144 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.10

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	22	14	10,28%	7,29%
Baja	49	65	22,90%	33,85%
Alta	143	113	66,82%	58,85%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 49 (22.90%) consideraron una utilidad nula o escasa, 143 (66.82%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (10.28%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 65 (33.85%) consideraron una utilidad nula o escasa, 113 (58.85%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 14 (7.29%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 3.11 Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.

UTILIDAD

Tabla 145 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 3.11

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	139	87	66,51%	44,16%
Baja	14	18	6,70%	9,14%
Alta	56	92	26,79%	46,70%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 14 (6.70%) consideraron una utilidad nula o escasa, 56 (26.79%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 139 (66.51%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 18 (9.14%) consideraron una utilidad nula o escasa, 92 (46.70%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 87 (44.16%) no respondió a la pregunta.

Tabla 146 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 3.11

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	214	12	100,00%	6,25%
Baja	0	148	0,00%	77,08%
Alta	0	0	0,00%	0,00%
Total	214	160	100,00%	83,33%

De los profesionales de Atención Primaria, los 214 (100%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 32 (16.67%) consideraron una utilidad nula o escasa, 148 (77.08%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (6.25%) no respondieron a la pregunta.

Área 4 Atención a Segundas Víctimas (Profesionales).

Pregunta 4.1 Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.

UTILIDAD

Tabla 147 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	27	22	12,92%	11,17%
Baja	25	22	11,96%	11,17%
Alta	157	153	75,12%	77,66%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 25 (11.96%) consideraron una utilidad nula o escasa, 157 (75.12%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (12.92%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 22 (11.17%) consideraron una utilidad nula o escasa, 153 (77.66%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (11.17%) no respondió a la pregunta.

Tabla 148 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	25	24	11,68%	12,50%
Baja	24	23	11,21%	11,98%
Alta	165	145	77,10%	75,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 24 (11.21%) consideraron una utilidad nula o escasa, 165 (77.10%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 25 (11.68%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 23 (11.98%) consideraron una utilidad nula o escasa, 145 (75.52%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 24 (12.50%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.2 Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las Segundas Víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar, qué y cómo ha sucedido.

UTILIDAD

Tabla 149 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	23	15	11,00%	7,61%
Baja	47	47	22,49%	23,86%
Alta	139	135	66,51%	68,53%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 47 (22.49%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (66.51%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (11.00%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 47 (23.86%) consideraron una utilidad nula o escasa, 135 (68.53%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 15 (7.61%) no respondió a la pregunta.

Tabla 150 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	21	17	9,81%	8,85%
Baja	42	52	19,63%	27,08%
Alta	151	123	70,56%	64,06%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 42 (19.63%) consideraron una utilidad nula o escasa, 151 (70.56%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 21 (9.81%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 52 (27.08%) consideraron una utilidad nula o escasa, 123 (64.06%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 17 (8.85%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.3 A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las Segundas Víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y muchos no son prevenibles.

UTILIDAD

Tabla 151 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	26	25	12,44%	12,69%
Baja	45	46	21,53%	23,35%
Alta	138	126	66,03%	63,96%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 45 (21.53%) consideraron una utilidad nula o escasa, 138 (66.03%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 26 (12.44%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 46 (23.35%) consideraron una utilidad nula o escasa, 126 (63.96%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 25 (12.69%) no respondió a la pregunta.

Tabla 152 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	25	26	11,68%	13,54%
Baja	42	49	19,63%	25,52%
Alta	147	117	68,69%	60,94%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 42 (19.63%) consideraron una utilidad nula o escasa, 147 (68.69%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 25 (11.68%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 49 (25.52%) consideraron una utilidad nula o escasa, 117 (60.94%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 26 (13.54%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.

UTILIDAD

Tabla 153 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	23	13	11,00%	6,60%
Baja	45	46	21,53%	23,35%
Alta	141	138	67,46%	70,05%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 45 (21.53%) consideraron una utilidad nula o escasa, 141 (67.46%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (11.00%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 46 (23.35%) consideraron una utilidad nula o escasa, 138 (70.05%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.60%) no respondió a la pregunta.

Tabla 154 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	22	14	10,28%	7,29%
Baja	48	43	22,43%	22,40%
Alta	144	135	67,29%	70,31%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 48 (22.43%) consideraron una utilidad nula o escasa, 144 (67.29%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (10.28%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 43 (22.40%) consideraron una utilidad nula o escasa, 135 (70.31%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 14 (7.29%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.5 Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.

UTILIDAD

Tabla 155 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.5

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	21	12	10,05%	6,09%
Baja	36	34	17,22%	17,26%
Alta	152	151	72,73%	76,65%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 36 (17.22%) consideraron una utilidad nula o escasa, 152 (72.73%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 21 (10.05%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 34 (17.26%) consideraron una utilidad nula o escasa, 151 (76.65%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (6.09%) no respondió a la pregunta.

Tabla 156 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	22	11	10,28%	5,73%
Baja	33	37	15,42%	19,27%
Alta	159	144	74,30%	75,00%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 33 (15.42%) consideraron una utilidad nula o escasa, 159 (74.30%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (10.28%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 37 (19.27%) consideraron una utilidad nula o escasa, 144 (75.00%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 11 (5.73%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.6 La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.

UTILIDAD

Tabla 157 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	20	12	9,57%	6,09%
Baja	15	10	7,18%	5,08%
Alta	174	175	83,25%	88,83%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 15 (7.18%) consideraron una utilidad nula o escasa, 174 (83.25%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 20 (9.57%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 10 (5.08%) consideraron una utilidad nula o escasa, 175 (88.83%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 12 (6.09%) no respondió a la pregunta.

Tabla 158 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	22	10	10,28%	5,21%
Baja	11	14	5,14%	7,29%
Alta	181	168	84,58%	87,50%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 11 (5.14%) consideraron una utilidad nula o escasa, 181 (84.58%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (10.28%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital que respondieron fueron 192. De ellos 14 (7.29%) consideraron una utilidad nula o escasa, 168 (87.50%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 10 (5.21%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.7 Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.

UTILIDAD

Tabla 159 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	22	18	10,53%	9,14%
Baja	33	23	15,79%	11,68%
Alta	154	156	73,68%	79,19%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 33 (15.79%) consideraron una utilidad nula o escasa, 154 (73.68%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (10.53%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 23 (11.68%) consideraron una utilidad nula o escasa, 156 (79.19%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 18 (9.14%) no respondió a la pregunta.

Tabla 160 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	25	15	11,68%	7,81%
Baja	30	26	14,02%	13,54%
Alta	159	151	74,30%	78,65%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 30 (14.02%) consideraron una utilidad nula o escasa, 159 (74.30%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 25 (11.68%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 26 (13.54%) consideraron una utilidad nula o escasa, 151 (78.65%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 15 (7.81%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 4.8 Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.

UTILIDAD

Tabla 161 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 4.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	23	17	11,00%	8,63%
Baja	49	58	23,44%	29,44%
Alta	137	122	65,55%	61,93%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 49 (23.44%) consideraron una utilidad nula o escasa, 137 (65.55%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (11.00%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 58 (29.44%) consideraron una utilidad nula o escasa, 122 (61.93%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 17 (8.63%) no respondió a la pregunta.

Tabla 162 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 4.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	22	18	10,28%	9,38%
Baja	54	53	25,23%	27,60%
Alta	138	121	64,49%	63,02%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 54 (25.23%) consideraron una utilidad nula o escasa, 138 (64.49%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (10.28%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 53 (27.60%) consideraron una utilidad nula o escasa, 121 (63.02%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 18 (9.38%) no respondieron a la pregunta.

Área 5 Comunicación e imagen institucional.

Pregunta 5.1 Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.

UTILIDAD

Tabla 163 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.1

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	16	10	7,66%	5,08%
Baja	8	10	3,83%	5,08%
Alta	185	177	88,52%	89,85%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 8 (3.83%) consideraron una utilidad nula o escasa, 185 (88.52%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 16 (7.66%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 10 (5.08%) consideraron una utilidad nula o escasa, 177 (89.85%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 10 (5.08%) no respondió a la pregunta.

Tabla 164 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.1

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	16	10	7,48%	5,21%
Baja	15	3	7,01%	1,56%
Alta	183	179	85,51%	93,23%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 15 (7.01%) consideraron una utilidad nula o escasa, 183 (85.51%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 16 (7.48%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 3 (1.56%) consideraron una utilidad nula o escasa, 179 (93.23%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 10 (5.21%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.2 No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.

UTILIDAD

Tabla 165 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.2

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	27	13	12,92%	6,60%
Baja	12	9	5,74%	4,57%
Alta	170	175	81,34%	88,83%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 12 (5.74%) consideraron una utilidad nula o escasa, 170 (81.34%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (12.92%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 9 (4.57%) consideraron una utilidad nula o escasa, 175 (88.83%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 13 (6.60%) no respondió a la pregunta.

Tabla 166 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.2

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	26	14	12,15%	7,29%
Baja	16	5	7,48%	2,60%
Alta	172	173	80,37%	90,10%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 16 (7.48%) consideraron una utilidad nula o escasa, 172 (80.37%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 26 (12.15%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 5 (2.6%) consideraron una utilidad nula o escasa, 173 (90.10%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 14 (7.29%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.3 El gabinete de prensa del hospital (o concertado) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.

UTILIDAD

Tabla 167 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.3

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	44	22	21,05%	11,17%
Baja	28	24	13,40%	12,18%
Alta	137	151	65,55%	76,65%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 28 (13.40%) consideraron una utilidad nula o escasa, 137 (65.55%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 44 (21.05%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 24 (12.18%) consideraron una utilidad nula o escasa, 151 (76.65%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (11.17%) no respondió a la pregunta.

Tabla 168 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.3

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	39	27	18,22%	14,06%
Baja	32	20	14,95%	10,42%
Alta	143	145	66,82%	75,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 32 (14.95%) consideraron una utilidad nula o escasa, 143 (66.82%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 39 (18.22%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 20 (10.42%) consideraron una utilidad nula o escasa, 145 (75.52%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (14.06%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.4 El gabinete de prensa del hospital (o concertado) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.

UTILIDAD

Tabla 169 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.4

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	47	27	22,49%	13,71%
Baja	39	31	18,66%	15,74%
Alta	123	139	58,85%	70,56%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 39 (18.66%) consideraron una utilidad nula o escasa, 123 (58.85%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 47 (22.49%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 31 (15.74%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (70.56%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (13.71%) no respondió a la pregunta.

Tabla 170 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.4

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	47	27	21,96%	14,06%
Baja	42	28	19,63%	14,58%
Alta	125	137	58,41%	71,35%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 42 (19.63%) consideraron una utilidad nula o escasa, 125 (58.41%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 47 (21.96%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 28 (14.58%) consideraron una utilidad nula o escasa, 137 (71.35%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (14.06%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.5 Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.

UTILIDAD

Tabla 171 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.5

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	46	23	22,01%	11,68%
Baja	28	23	13,40%	11,68%
Alta	135	151	64,59%	76,65%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 28 (13.40%) consideraron una utilidad nula o escasa, 135 (64.59%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 46 (22.01%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 23 (11.68%) consideraron una utilidad nula o escasa, 151 (76.65%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (11.68%) no respondió a la pregunta.

Tabla 172 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.5

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	43	26	20,09%	13,54%
Baja	30	21	14,02%	10,94%
Alta	141	145	65,89%	75,52%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 30 (14.02%) consideraron una utilidad nula o escasa, 141 (65.89%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 43 (20.09%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 21 (10.94%) consideraron una utilidad nula o escasa, 145 (75.52%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 26 (13.54%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.6 Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.

UTILIDAD

Tabla 173 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.6

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	33	24	15,79%	12,18%
Baja	27	30	12,92%	15,23%
Alta	149	143	71,29%	72,59%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 27 (12.92%) consideraron una utilidad nula o escasa, 149 (71.29%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 33 (15.79%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 30 (15.23%) consideraron una utilidad nula o escasa, 143 (72.59%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 24 (12.18%) no respondió a la pregunta.

Tabla 174 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.6

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	35	22	16,36%	11,46%
Baja	25	32	11,68%	16,67%
Alta	154	138	71,96%	71,88%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 25 (11.68%) consideraron una utilidad nula o escasa, 154 (71.96%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 35 (16.36%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 32 (16.67%) consideraron una utilidad nula o escasa, 138 (71.88%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 22 (11.46%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.

UTILIDAD

Tabla 175 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.7

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	32	23	15,31%	11,68%
Baja	35	45	16,75%	22,84%
Alta	142	129	67,94%	65,48%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 35 (16.75%) consideraron una utilidad nula o escasa, 142 (67.94%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 32 (15.31%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 45 (22.84%) consideraron una utilidad nula o escasa, 129 (65.48%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 23 (11.68%) no respondió a la pregunta.

Tabla 176 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.7

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	36	19	16,82%	9,90%
Baja	39	41	18,22%	21,35%
Alta	139	132	64,95%	68,75%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 39 (18.22%) consideraron una utilidad nula o escasa, 139 (64.95%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 36 (16.82%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 41 (21.35%) consideraron una utilidad nula o escasa, 132 (68.75%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 19 (9.90%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.8 Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

UTILIDAD

Tabla 177 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.8

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	24	17	11,48%	8,63%
Baja	47	49	22,49%	24,87%
Alta	138	131	66,03%	66,50%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 47 (22.49%) consideraron una utilidad nula o escasa, 138 (66.03%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 24 (11.48%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 49 (24.87%) consideraron una utilidad nula o escasa, 131 (66.50%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 17 (8.63%) no respondió a la pregunta.

Tabla 178 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.8

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	27	14	12,62%	7,29%
Baja	50	46	23,36%	23,96%
Alta	137	132	64,02%	68,75%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 50 (23.36%) consideraron una utilidad nula o escasa, 137 (64.02%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 27 (12.62%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital 46 (23.96%) consideraron una utilidad nula o escasa, 132 (68.75%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 14 (7.29%) no respondieron a la pregunta.

Pregunta 5.9 Se ofrece formación a los residentes de todas las especialidades para que sepan cómo actuar en caso de EA.

UTILIDAD

Tabla 179 Frecuencias utilidad Perfil Profesional pregunta 5.9

	Coordinadores	Directores	Coordinadores	Directores
No respuesta	39	39	18,66%	19,80%
Baja	40	41	19,14%	20,81%
Alta	130	117	62,20%	59,39%
Total	209	197	100,00%	100,00%

De los Coordinadores de Calidad 40 (19.14%) consideraron una utilidad nula o escasa, 130 (62.20%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 39 (18.66%) no respondieron a la pregunta.

De los Directores 41 (20.85%) consideraron una utilidad nula o escasa, 117 (59.39%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 39 (19.80%) no respondió a la pregunta.

Tabla 180 Frecuencias utilidad Nivel Asistencial pregunta 5.9

	Atención Primaria	Hospital	Atención Primaria	Hospital
No respuesta	52	26	24,30%	13,54%
Baja	40	41	18,69%	21,35%
Alta	122	125	57,01%	65,10%
Total	214	192	100,00%	100,00%

De los profesionales de Atención Primaria 40 (18.69%) consideraron una utilidad nula o escasa, 122 (57.01%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 52 (24.30%) no respondieron a la pregunta.

De los profesionales de Hospital que respondieron fueron 192. De ellos 41 (21.35%) consideraron una utilidad nula o escasa, 125 (65.10%) consideraron una utilidad media alta o muy alta y 26 (13.54%) no respondieron a la pregunta.

Al final de la encuesta se dio opción para realizar por escrito una sugerencia. Recogemos en el Anexo VIII.12 la [recopilación de las sugerencias aportadas en texto libre por los participantes en la encuesta](#).

IV.1.2 Análisis de las intervenciones según la utilidad percibida.

Teniendo en cuenta la UTILIDAD a continuación ordenamos las intervenciones para prevenir y paliar los efectos de los EA en las segundas y terceras víctimas por su mayor o menor grado de utilidad percibida teniendo en cuenta el número total de encuestados. N=406 (62).

Tabla 181 Intervenciones percibidas como más útiles

	Ninguna a baja	Moderado	Alto a Muy Alto
Intervenciones con las puntuaciones más altas de Utilidad			
5.1 Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.	4.7%	11.3%	84.0%
5.2 No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	5.8%	10.9%	83.3%
4.6 La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	6.7%	16.8%	76.4%
1.7 Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	12.4%	15.7%	72.0%
1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	12.5%	15.9%	71.6%
1.9 Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.	12.8%	18.6%	68.6%
2.4 En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.	13.0%	15.2%	71.9%
4.1 Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.	13.1%	13.4%	73.3%

Intervenciones consideradas de mayor utilidad

A la *Pregunta 5.1 Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático*. El 4.7% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 11.3% utilidad media y el 84% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 5.2 No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados*. El 5.8% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 10.9% utilidad media y el 83.3% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 4.6 La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales*. El 6.7% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 16.8% utilidad media y el 76.4% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 1.7 Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes*. El 12.4% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 15.7% utilidad media y el 72.0% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica*. El 12.5% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 15.9% utilidad media y el 71.6% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 1.9 Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales*. El 12.8% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 18.6% utilidad media y el 68.6% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 2.4 En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro*. El 13.0% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 15.2% utilidad media y el 71.9% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 4.1 Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional*. El 13.1% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 13.4% utilidad media y el 73.3% responden utilidad alta o muy alta.

Tabla 182 Intervenciones percibidas como menos útiles

	Ningun a a baja	Moderado	Alto a muy alto
Intervenciones con las puntuaciones más bajas de utilidad.			
3.10 El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	30.9%	22.2%	47.0%
5.8 Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	26.3%	16.2%	57.5%
4.3 A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	25.7%	19.7%	54.6%
4.2 Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	25.6%	13.6%	60.9%
3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	25.5%	18.5%	56.0%
4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	24.6%	14.6%	60.8%
5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	22.8%	23.1%	54.1%
3.5 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	21.2%	18.7%	60.1%

Intervenciones consideradas de menor utilidad

A la *Pregunta 3.10 El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.* El 30.9% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 22.2% utilidad media y el 47.0% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 5.8 Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.* El 26.3% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 16.2% utilidad media y el 57.5% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 4.3 A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.* El 25.7% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 19.7% utilidad media y el 54.6% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 4.2 Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.* El 25.6% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 13.6% utilidad media y el 60.9% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.* El 25.5% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 18.5% utilidad media y el 56.0% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.* El 24.6% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 14.6% utilidad media y el 60.8% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.* El 22.8% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 23.1% utilidad media y el 54.1% responden utilidad alta o muy alta.

A la *Pregunta 3.5 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.* El 21.2% de los encuestados responden ninguna o escasa utilidad, el 18.7% utilidad media y el 60.1% responden utilidad alta o muy alta.

IV.1.2 Análisis de las intervenciones según la implantación percibida.

Teniendo en cuenta la IMPLANTACIÓN a continuación ordenamos las intervenciones para prevenir y paliar los efectos de los EA en las segundas y terceras víctimas por su mayor o menor grado de implantación percibida. (62)

Tabla 183 Intervenciones percibidas como menos implantadas.

Intervenciones con la menor Implantación	Hospital (N=192)	Atención Primaria (N=214)
	Ninguna a Moderada	Ninguna a Moderada
4.8 Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.	70.2%	65.8%
4.2 Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	70.6%	61.4%
3.4 El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	60.4%	
3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	59.0%	60.3%
4.3 A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	55.4%	49.2%
5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	45.4%	45.0%

4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	44.6%	54.5%
3.10 El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	44.5%	31.8%
5.8 Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	43.2%	47.9%
5.9 Se ofrece formación a los residentes de todas las especialidades para que sepan cómo actuar en caso de EA.	38.9%	43.6%
3.2 Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	36.1%	62.6%
2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	34.8%	42.6%
3.1 Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	34.2%	43.3%
3.6 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	ns	30.7%
3.9 Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	ns	49.5%

1.1 Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).	ns	36.2%
3.8 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	ns	36.6%
1.2 Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.	ns	35.7%
5.4 El gabinete de prensa del hospital (o concertado) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.	ns	35.2%
2.2 En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	ns	33.8%
5.5 Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.	ns	32.0%
3.7 Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	ns	31.5%
5.3 El gabinete de prensa del hospital (o concertado) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	ns	31.4%
4.5 Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	ns	31.0%

Lista en la que se reflejan las intervenciones en las que los directores y / o coordinadores de calidad y seguridad dieron calificaciones muy bajas de implantación.

El orden de la lista de intervenciones refleja las puntuaciones del personal de hospital.

ns= no significativa

Intervenciones consideradas de menor implantación

A la *Pregunta 4.8 Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA*. Se responde ninguno a medio en el 70.2% en el caso del hospital y con un 65.8% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 4.2 Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido*. Se responde ninguno a medio en el 70.6% en el caso del hospital y con un 61.4% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.4 El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente*. Se responde ninguno a medio en el 60.4% en el caso del hospital.

A la *Pregunta 3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA*. Se responde ninguno a medio en el 59.0% en el caso del hospital y con un 60.3% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 4.3 A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles*. Se responde ninguno a medio en el 55.4% en el caso del hospital y con un 49.2% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes*. Se responde ninguno a medio en el 45.4% en el caso del hospital y con un 45.0% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima*. Se responde ninguno a medio en el 44.6% en el caso del hospital y con un 54.5% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.10 El paciente o algún familiar pueden participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder*. Se responde ninguno a medio en el 44.5% en el caso del hospital y con un 31.8% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 5.8 Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA*. Se responde ninguno a medio en el 43.2% en el caso del hospital y con un 47.9% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 5.9 Se ofrece formación a los residentes para que sepan cómo actuar en caso de EA*. Se responde ninguno a medio en el 38.9% en el caso del hospital y con un 43.6% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.3 Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA*. Se responde ninguno a medio en el 36.1% en el caso del hospital y con un 62.6% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes*. Se responde ninguno a medio en el 34.8% en el caso del hospital y con un 42.6% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.1 Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA*. Se responde ninguno a medio en el 34.2% en el caso del hospital y con un 43.3% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.6 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el centro*. Se responde con un 30.7% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.9 Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA*. Se responde con un 49.5 % en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 1.1 Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA)*. Se responde con un 36.2 % en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.8 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas*. Se responde con un 36.6 % en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 1.2 Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA*. Se responde con un 35.7% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 5.4 El gabinete de prensa procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático*. Se responde con un 35.2% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 2.2 En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del centro junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario*. Se responde con un 33.8% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 5.5 Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios*. Se responde con un 32.0% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 3.7 Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.* Se responde con un 31.5% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 5.3 El gabinete de prensa elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.* Se responde con un 31.4% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 4.5 Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.* Se responde con un 31.0% en el caso de la atención primaria.

Tabla 184 Intervenciones percibidas como más implantadas

Intervenciones con la mayor Implantación	Hospital (N=192)	Atención Primaria (N214)
	Alta a Muy alta	Alta a Muy alta
1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	46.8%	ns
5.2 No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	43.6%	33.2%
1.7 Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	38.9%	ns
3.5 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	36.7%	ns
5.1 Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.	31.4%	ns

Lista en la que se reflejan las intervenciones en las que los directores y / o coordinadores de calidad y seguridad dieron calificaciones muy altas de implantación.

El orden de la lista de intervenciones refleja las puntuaciones del personal de hospital.

ns= no significativa

Intervenciones consideradas de mayor Implantación

A la *Pregunta 1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.* Responde alto o muy alto en un 46.8 % en el caso del hospital.

A la *Pregunta 5.2 No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.* Se responde de alto a muy alto en el 43.6% en el caso del hospital y con un 33.2% en el caso de la atención primaria.

A la *Pregunta 1.7 Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.* Se responde de alto a muy alto en un 38.9% en el caso del hospital.

A la *Pregunta 3.5 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.* Se responde de alto a muy alto en el 36.7% en el caso del hospital.

A la *Pregunta 5.1 Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.* Se responde con un 31.4% en el caso del hospital.

IV.2 Diferencias entre Perfiles Profesionales.

Comparamos las diferencias entre Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente y Directivos, en relación a aquellos que han valorado la IMPLANTACIÓN o la UTILIDAD de las intervenciones como baja (respuestas ninguna y escasa) frente a alta (respuestas media, alta y muy alta).

Se exponen en las siguientes tablas sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Se analizaron todas las preguntas de la encuesta mediante la comparación de las Proporciones tanto con el Test estadístico de Chi-cuadrado como comparando las proporciones de columna con la Prueba Z. Comparabamos 2 variables categóricas.

IV.2.1 IMPLANTACIÓN

Área 1 de la encuesta: Cultura de Seguridad en la institución.

A nivel de Atención Primaria:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito de Atención Primaria.

Las preguntas 1.1, 1.2, 1.3, 1.12 y 1.13 tienen una baja implantación en ambos perfiles profesionales.

Las preguntas 1.4, 1.7, 1.8, 1.9 y 1.11 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

Las preguntas 1.5, 1.6 y 1.10 tienen diferencias en las proporciones de respuestas no estadísticamente significativas.

A nivel de Hospital:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 1.3, en la 1.5 y en la 1.6. En las 3 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta (Tabla185)

Las preguntas 1.1, 1.2, 1.4, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11 y 1.12 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

La pregunta 1.13 tiene diferencias en las proporciones de respuestas no estadísticamente significativas.

Tabla 185 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 1 de la encuesta

Hospital	Preg. 1.3 *	Chi-cuadrado	6,274
		gl	1
		sig	0,012
	Preg. 1.5 *	Chi-cuadrado	4,437
		gl	1
		sig	0,035
	Preg. 1.6 *	Chi-cuadrado	4,517
		gl	1
		sig	0,034

*1.3.- Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).

*1.5.- El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.

*1.6.- Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día) y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

Área 2 de la Encuesta: Plan de Crisis en Caso de un EA grave.

A nivel de Atención Primaria:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 2.2 y en la 2.3. En las 2 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta. (Tabla 186)

La pregunta 2.2 tiene una baja implantación en ambos perfiles profesionales.

La pregunta 2.4 tiene una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

A nivel de Hospital:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 2.1 y en la 2.3. En las 2 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja. (Tabla 186)

Las preguntas 2.2 y 2.4 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

Tabla 186 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 2 de la encuesta

Atención Primaria	Preg. 2.2*	Chi-cuadrado	6,236
		gl	1
		sig	0,013
	Preg. 2.3 *	Chi-cuadrado	10,031
		gl	1
		sig	0,002
Hospital	Preg. 2.1 *	Chi-cuadrado	7,890
		gl	1
		sig	0,005
	Preg. 2.3 *	Chi-cuadrado	9,496
		gl	1
		sig	0,002
		sig	0,001

*2.1.- Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.

*2.2.- En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.

*2 3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.

Área 3 de la Encuesta: Comunicación y Transparencia con el Paciente y su Familia.

A nivel de Atención Primaria:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 3.2, en la 3.3, en la 3.4, en la 3.6, en la 3.7, en la 3.8 y en la 3.9. En las 7 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta. (Tabla 187)

Las preguntas 3.1, 3.5 y 3.10 tienen una baja implantación en ambos perfiles profesionales.

La pregunta 3.11 no obtuvo ninguna respuesta.

A nivel de Hospital:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 3.1, en la 3.2, en la 3.3, en la 3.4, en la 3.6, en la 3.7, en la 3.8 y en la 3.11. En las 8 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja. (Tabla 187)

La pregunta 3.10 tiene una baja implantación en ambos perfiles profesionales.

Las preguntas 3.5 y 3.9 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

Tabla 187 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 3 de la encuesta

Atención Primaria	Preg. 3.2 *	Chi-cuadrado	5,563
		gl	1
		sig	0,018
	Preg. 3.3 *	Chi-cuadrado	10,017
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 3.4 *	Chi-cuadrado	9,202
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 3.6 *	Chi-cuadrado	4,727
		gl	1
		sig	0,030
	Preg. 3.7 *	Chi-cuadrado	7,824
		gl	1
		sig	0,005
	Preg. 3.8 *	Chi-cuadrado	4,216
		gl	1
		sig	0,040
	Preg. 3.9 *	Chi-cuadrado	7,392
		gl	1
		Sig	0,007

Hospital	Preg. 3.1 *	Chi-cuadrado	6,383
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.2 *	Chi-cuadrado	10,161
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 3.3 *	Chi-cuadrado	14,800
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.4 *	Chi-cuadrado	16,169
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.6 *	Chi-cuadrado	4,221
		gl	1
		sig	0,040
	Preg. 3.7 *	Chi-cuadrado	4,519
		gl	1
		sig	0,034
Preg. 3.8 *	Chi-cuadrado	10,425	
	gl	1	
	sig	0,001	
Preg. 3.11 *	Chi-cuadrado	4,379	
	gl	1	
	sig	0,036	

* 3.1.- Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

* 3.2.- Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.

* 3.3.- Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

* 3.4.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.

* 3.6.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.

* 3.7.- Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.

* 3.8.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.

* 3.9.- Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.

* 3.11.- Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.

Área 4 de la Encuesta: Atención a Segundas Víctimas.

A nivel de Atención Primaria:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 4.2, en la 4.4, en la 4.5, en la 4.6 y en la 4.7. En las 5 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta. (Tabla 188)

Las preguntas 4.1, 4.3 y 4.8 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

A nivel de Hospital:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 4.2, en la 4.3, en la 4.5 y en la 4.8. En las 4 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja. (Tabla 188)

La pregunta 4.4 tiene una baja implantación en ambos perfiles profesionales.

Las preguntas 4.1, 4.6 y 4.7 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

Tabla 188 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 4 de la encuesta

Atención Primaria	Preg. 4.2 *	Chi-cuadrado	12,193
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 4.4 *	Chi-cuadrado	3,905
		gl	1
		sig	0,048
	Preg. 4.5 *	Chi-cuadrado	5,807
		gl	1
		sig	0,016
	Preg. 4.6 *	Chi-cuadrado	8,351
		gl	1
		sig	0,004
	Preg. 4.7 *	Chi-cuadrado	6,052
		gl	1
		sig	0,014
Hospital	Preg. 4.2 *	Chi-cuadrado	9,901
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 4.3 *	Chi-cuadrado	6,466
		gl	1
		sig	0,011
	Preg. 4.5 *	Chi-cuadrado	10,341
		gl	1
		sig	0,001

	Preg. 4.8 *	Chi-cuadrado	12,397
		gl	1
		sig	0,000

* 4.2.- Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.

* 4.3.- A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.

* 4.4.- Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.

* 4.5.- Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.

* 4.6.- La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.

* 4.7.- Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.

* 4.8.- Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.

Área 5 de la Encuesta: Comunicación en Imagen Institucional.

A nivel de Atención Primaria:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 5.3, en la 5.4, en la 5.5, en la 5.6, en la 5.8 y en la 5.9. En las 6 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta. (Tabla 189)

La pregunta 5.7 tiene una baja implantación en ambos perfiles profesionales.

Las preguntas 5.1 y 5.2 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

A nivel de Hospital:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 5.6 y en la 5.8. En las 2 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja. (Tabla 189)

Las preguntas 5.7 y 5.9 tienen una baja implantación en ambos perfiles profesionales.

Las preguntas 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 y 5.5 tienen una alta implantación en ambos perfiles profesionales.

Tabla 189 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 5 de la encuesta

Atención Primaria	Preg. 5.3 *	Chi-cuadrado	13,160
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.4 *	Chi-cuadrado	13,862
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.5 *	Chi-cuadrado	8,168
		gl	1
		sig	0,004
	Preg. 5.6 *	Chi-cuadrado	10,165
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 5.8 *	Chi-cuadrado	12,861
		gl	1
		sig	0,000
Preg. 5.9 *	Chi-cuadrado	3,918	
	gl	1	
	sig	0,048	

Hospital	Preg. 5.6 *	Chi-cuadrado	7,887
		gl	1
		sig	0,005
	Preg. 5.8 *	Chi-cuadrado	7,849
		gl	1
		sig	0,005

* 5.1.- Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.

* 5.2.- No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.

* 5.3.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.

* 5.4.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.

* 5.5.- Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.

* 5.6.- Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.

* 5.7.- Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.

* 5.8.- Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

* 5.9.- Se ofrece formación a los residentes de todas las especialidades para que sepan cómo actuar en caso de EA.

IV.2.2 UTILIDAD

Comparación entre Coordinadores y Directivos.

Se exponen en tabla sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Tabla 190 Comparación de Perfiles Profesionales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Utilidad de las 5 áreas

Hospital	Preg. 1.10 *	Chi-cuadrado	4,777
		gl	1
		sig	0,029
	Preg. 2.3 *	Chi-cuadrado	6,213
		gl	1
		sig	0,013
Atención Primaria	Preg. 3.4 *	Chi-cuadrado	4,265
		gl	1
		sig	0,039

* 1.10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.

* 2.3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.

* 3.4.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.

Área 1 de la encuesta: Cultura de Seguridad en la institución.

A nivel de Atención Primaria:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito de Atención Primaria.

Las preguntas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9 1.11, 1.12 y 1.13 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

A nivel de Hospital:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 1.10. En la pregunta los coordinadores de calidad valoran la utilidad como baja y los directores como alta. (Tabla 190)

Las preguntas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.11, 1.12 y 1.13 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

Área 2 de la Encuesta: Plan de Crisis en Caso de un EA grave.

A nivel de Atención Primaria:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito de Atención Primaria.

Las preguntas 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

A nivel de Hospital:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 2.3. En la pregunta los coordinadores de calidad valoran la utilidad como alta y los directores como baja. (Tabla 190)

Las preguntas 2.1, 2.2 y 2.4 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

Área 3 de la Encuesta: Comunicación y Transparencia con el Paciente y su Familia.

A nivel de Atención Primaria:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 3.4. En la pregunta los coordinadores de calidad valoran la utilidad como baja y los directores como alta. (Tabla 190)

Las preguntas 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 y 3.10 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

La pregunta 3.11 no obtuvo ninguna respuesta.

A nivel de Hospital:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito del Hospital.

Las preguntas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10 y 3.11 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

Área 4 de la Encuesta: Atención a Segundas Víctimas.

A nivel de Atención Primaria:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito de Atención Primaria.

Las preguntas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

A nivel de Hospital:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito del Hospital.

Las preguntas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

Área 5 de la Encuesta: Comunicación en Imagen Institucional.

A nivel de Atención Primaria:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito de Atención Primaria.

Las preguntas 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8 y 5.9 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

A nivel de Hospital:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en el ámbito del Hospital.

Las preguntas 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8 y 5.9 tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

IV.3 Diferencias entre Niveles Asistenciales.

Comparamos las diferencias entre Atención Primaria y Hospital, en relación a aquellos que han valorado la IMPLANTACIÓN o la UTILIDAD de las intervenciones como baja (respuestas ninguna y escasa) frente a alta (respuestas media, alta y muy alta).

Se exponen en las siguientes tablas sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Se analizaron todas las preguntas de la encuesta mediante la comparación de las Proporciones tanto con el Test estadístico de Chi-cuadrado como comparando las proporciones de columna con la Prueba Z. Comparabamos 2 variables categóricas.

IV.3.1 IMPLANTACIÓN

Área 1 de la encuesta: Cultura de Seguridad en la institución.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 1.1, en la 1.2, en la 1.5, en la 1.6, en la 1.7, en la 1.8, en la 1.9, en la 1.10, en la 1.11 y en la 1.13. En las 10 preguntas la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 191)

La pregunta 1.4 tiene una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

Las preguntas 1.3 y 1.12 tienen diferencias en las proporciones de respuestas no estadísticamente significativas.

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 1.1, en la 1.2, en la 1.7, en la 1.8, en la 1.9, en la 1.10, en la 1.12 y en la 1.13. En las 8 preguntas la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 191)

La pregunta 1.3 tiene una baja implantación en ambos niveles asistenciales.

Las preguntas 1.4, 1.5, 1.6 y 1.11 tienen una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

Tabla 191 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 1 de la encuesta

Coordinadores de Calidad	Preg. 1.1 *	Chi-cuadrado	34,332
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.2 *	Chi-cuadrado	26,770
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.5 *	Chi-cuadrado	6,825
		gl	1
		sig	0,009
	Preg. 1.6 *	Chi-cuadrado	4,668
		gl	1
		sig	0,031
	Preg. 1.7 *	Chi-cuadrado	16,223
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.8 *	Chi-cuadrado	12,315
		gl	1
		sig	0,000
Preg. 1.9 *	Chi-cuadrado	5,641	
	gl	1	
	sig	0,018	
Preg. 1.10 *	Chi-cuadrado	12,173	
	gl	1	
	sig	0,000	
Preg. 1.11 *	Chi-cuadrado	5,801	
	gl	1	
	sig	0,016	
Preg. 1.13 *	Chi-cuadrado	7,225	
	gl	1	
	sig	0,007	
Directores	Preg. 1.1 *	Chi-cuadrado	22,610
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.2 *	Chi-cuadrado	5,242
		gl	1
		sig	0,022
	Preg. 1.7 *	Chi-cuadrado	11,756
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 1.8 *	Chi-cuadrado	34,412
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.9 *	Chi-cuadrado	11,756
		gl	1
		sig	0,001

Directores	Preg. 1.10 *	Chi-cuadrado	35,697
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.12 *	Chi-cuadrado	5,322
		gl	1
		sig	0,021
	Preg. 1.13 *	Chi-cuadrado	4,008
		gl	1
		sig	0,045

* 1.1.- Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).

* 1.2.- Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.

* 1.5.- El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.

* 1.6.- Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día) y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

* 1.7.- Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.

* 1.8.- Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.

* 1.9.- Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.

* 1.10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.

* 1.11.- Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.

* 1.12.- El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes (hospitalización, urgencias, área quirúrgica o atención ambulatoria) a partir de las fuentes de información de que disponemos (sistema de notificación de incidentes y EA, CMBD, EPINE...) y compartimos las conclusiones con las Comisiones asistenciales, calidad y seguridad y docencia.

* 1.13.- Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos 3 veces al año.

Área 2 de la Encuesta: Plan de Crisis en Caso de un EA grave.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

En Los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 2.1, en la 2.2, en la 2.3 y en la 2.4. En las 4 preguntas la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 192)

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 2.4. En la pregunta la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 192)

La pregunta 2.1 tiene una baja implantación en ambos niveles asistenciales.

Las preguntas 2.2 y 2.3 tienen una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

Tabla 192 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 2 de la encuesta

Coordinadores	Preg 2.1 *	Chi-cuadrado	17,417
		gl	1
		sig	0,000
	Preg 2.2 *	Chi-cuadrado	18,235
		gl	1
		sig	0,000
	Preg 2.3 *	Chi-cuadrado	19,523
		gl	1
		sig	0,000
	Preg 2.4 *	Chi-cuadrado	13,799
		gl	1
		sig	0,000
Directores	Preg 2.4 *	Chi-cuadrado	10,443
		gl	1
		sig	0,001

* 2.1.- Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.

* 2.2.- En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.

* 2.3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.

* 2.4.- En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, et c.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.

Área 3 de la Encuesta: Comunicación y Transparencia con el Paciente y su Familia.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 3.1, en la 3.2, en la 3.3, en la 3.4, en la 3.5, en la 3.7, en la 3.8 y en la 3.9. En las 8 preguntas la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 193)

La pregunta 3.10 tiene una baja implantación en ambos niveles asistenciales.

La pregunta 3.6 tiene una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

La pregunta 3.11 no obtuvo ninguna respuesta en atención primaria y tiene una alta implantación en hospital.

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 3.3, en la 3.4, en la 3.5, en la 3.6 y en la 3.10. En las preguntas 3.3, 3.4 3.6 y 3.10 la atención primaria valora la implantación como alta y el hospital como baja. En la pregunta 3.5 la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 193)

Las preguntas 3.1, 3.2 y 3.8, tienen una baja implantación en ambos niveles asistenciales.

La pregunta 3.7 tiene una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

La pregunta 3.9 tiene diferencias en las proporciones de respuestas no estadísticamente significativas.

La pregunta 3.11 no obtuvo ninguna respuesta en atención primaria y tiene una baja implantación en hospital.

Tabla 193 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 3 de la encuesta

Coordinadores	Preg. 3.1 *	Chi-cuadrado	18,573
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.2 *	Chi-cuadrado	37,342
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.3 *	Chi-cuadrado	11,544
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 3.4 *	Chi-cuadrado	7,302
		gl	1
		sig	0,007
	Preg. 3.5 *	Chi-cuadrado	47,068
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.7 *	Chi-cuadrado	32,409
		gl	1
		sig	0,000
Preg. 3.8 *	Chi-cuadrado	22,709	
	gl	1	
	sig	0,000	
Preg. 3.9 *	Chi-cuadrado	29,388	
	gl	1	
	sig	0,000	
Directivos	Preg. 3.3 *	Chi-cuadrado	13,126
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.4 *	Chi-cuadrado	84,854
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.5 *	Chi-cuadrado	22,874
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.6 *	Chi-cuadrado	11,670
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 3.10 *	Chi-cuadrado	20,566
		gl	1
		sig	0,000

* 3.1.- Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

* 3.2.- Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.

- * 3.3.- Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.
- * 3.4.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.
- * 3.5.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.
- * 3.6.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.
- * 3.7.- Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.
- * 3.8.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.
- * 3.9.- Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.
- * 3.10.- El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.

Área 4 de la Encuesta: Atención a Segundas Víctimas.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 4.2, en la 4.3, en la 4.4, en la 4.5, en la 4.6, en la 4.7 y en la 4.8. En las 7 preguntas la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 194)

La pregunta 4.1 tiene una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 4.2, en la 4.3, en la 4.5, en la 4.6 y en la 4.8. En las 5 preguntas la atención primaria valora la implantación como alta y el hospital como baja. (Tabla 194)

La pregunta 4.4 tiene una baja implantación en ambos niveles asistenciales.

Las preguntas 4.1 y 4.7 tienen una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

Tabla 194 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 4 de la encuesta

Coordinadores	Preg. 4.2 *	Chi-cuadrado	8,834	
		gl	1	
		sig	0,003	
	Preg. 4.3 *	Chi-cuadrado	5,492	
		gl	1	
		sig	0,019	
	Preg. 4.4 *	Chi-cuadrado	9,760	
		gl	1	
		sig	0,002	
	Preg. 4.5 *	Chi-cuadrado	9,897	
		gl	1	
		sig	0,002	
	Preg. 4.6 *	Chi-cuadrado	4,793	
		gl	1	
		sig	0,029	
	Preg. 4.7 *	Chi-cuadrado	5,032	
		gl	1	
		sig	0,025	
	Preg. 4.8 *	Chi-cuadrado	7,840	
		gl	1	
		sig	0,005	
	Directivos	Preg. 4.2 *	Chi-cuadrado	13,266
			gl	1
			sig	0,000
Preg. 4.3 *		Chi-cuadrado	4,345	
		gl	1	
		sig	0,037	

Directivos	Preg. 4.5 *	Chi-cuadrado	6,205
		gl	1
		sig	0,013
	Preg. 4.6 *	Chi-cuadrado	6,779
		gl	1
		sig	0,009
	Preg. 4.8 *	Chi-cuadrado	4,778
		gl	1
		sig	0,029

* 4.2.- Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.

* 4.3.- A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.

* 4.4.- Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.

* 4.5.- Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.

* 4.6.- La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.

* 4.7.- Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.

* 4.8.- Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.

Área 5 de la Encuesta: Comunicación en Imagen Institucional.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 5.2, en la 5.3, en la 5.4, en la 5.5 y en la 5.8. En las 5 preguntas la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. (Tabla 195)

Las preguntas 5.7 y 5.9 tienen una baja implantación en ambos niveles asistenciales.

Las preguntas 5.1 y 5.6 tienen una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 5.6 y en la 5.8. En las 2 preguntas la atención primaria valora la implantación como alta y el hospital como baja. (Tabla 195)

Las preguntas 5.7 y 5.9 tienen una baja implantación en ambos niveles asistenciales.

Las preguntas 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 y 5.5 tienen una alta implantación en ambos niveles asistenciales.

Tabla 195 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Área 5 de la encuesta

Coordinadores	Preg. 5.2	Chi-cuadrado	5,068
		gl	1
		sig	0,024
	Preg. 5.3	Chi-cuadrado	12,259
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.4	Chi-cuadrado	15,471
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.5	Chi-cuadrado	7,519
		gl	1
		sig	0,006
Preg. 5.8	Chi-cuadrado	15,247	
	gl	1	
	sig	0,000	
Directivos	Preg. 5.6	Chi-cuadrado	26,619
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.8	Chi-cuadrado	6,100
		gl	1
		sig	0,014

* 5.2.- No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.

* 5.3.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.

* 5.4.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.

* 5.5.- Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.

* 5.6.- Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.

* 5.8.- Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.

IV.3.2 UTILIDAD

Comparación entre Atención Primaria y Hospital.

Se exponen en tabla sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Tabla 196 Comparación de Niveles Asistenciales: Preguntas con diferencias estadísticamente significativas en Utilidad de las 5 áreas

Coordinadores	Preg. 2.3 *	Chi-cuadrado	6,740
		gl	1
		sig	0,009
	Preg. 3.8*	Chi-cuadrado	5,665
		gl	1
		sig	0,017
Directivos	Preg. 1.8 *	Chi-cuadrado	17,003
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.10 *	Chi-cuadrado	7,579
		gl	1
		sig	0,006
	Preg. 3.4 *	Chi-cuadrado	12,783
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.5 *	Chi-cuadrado	5,073
		gl	1
		sig	0,024
	Preg. 3.9 *	Chi-cuadrado	4,513
		gl	1
		sig	0,034
	Preg. 5.6 *	Chi-cuadrado	5,604
		gl	1
		sig	0,018

* 1.8.- Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.

* 1.10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.

* 2.3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.

* 3.4.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.

* 3.5.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.

* 3.8.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.

* 3.9.- Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.

* 5.6.- Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.

Área 1 de la encuesta: Cultura de Seguridad en la institución.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en los Coordinadores de Calidad.

Las preguntas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12 y 1.13 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 1.8 y en la 1.10. En las 2 preguntas la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta. (Tabla 196)

Las preguntas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.9, 1.11, 1.12 y 1.13 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

Área 2 de la Encuesta: Plan de Crisis en Caso de un EA grave.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

En Los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 2.3. En la pregunta la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta. (Tabla 196)

Las preguntas 2.1, 2.2, y 2.4 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

A nivel de Directivos:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en los Directivos.

Las preguntas 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

Área 3 de la Encuesta: Comunicación y Transparencia con el Paciente y su Familia.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 3.8. En la pregunta la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta. (Tabla 196)

Las preguntas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.9 y 3.10 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

La pregunta 3.11 no obtuvo ninguna respuesta en atención primaria y tiene una alta utilidad en hospital.

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 3.4, en la 3.5 y en la 3.9. En la pregunta 3.4 la atención primaria valora la utilidad como alta y el hospital como baja. En las preguntas 3.5 y 3.9 la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta. (Tabla 196)

Las preguntas 3.1, 3.2, 3.3, 3.6, 3.7, 3.8 y 3.10 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

La pregunta 3.11 no obtuvo ninguna respuesta en atención primaria y tiene una alta utilidad en hospital.

Área 4 de la Encuesta: Atención a Segundas Víctimas.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en los Coordinadores de Calidad.

Las preguntas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

A nivel de Directivos:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en los Directivos

Las preguntas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

Área 5 de la Encuesta: Comunicación en Imagen Institucional.

A nivel de Coordinadores de Calidad:

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en los Coordinadores de Calidad.

Las preguntas 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7 y 5.8 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

A nivel de Directivos:

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 5.6. En la pregunta la atención primaria valora la utilidad como alta y el hospital como baja. (Tabla 196)

Las preguntas 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.7, 5.8 y 5.9 tienen una alta utilidad en ambos niveles asistenciales.

IV.4 Índice sintético áreas de la encuesta

Los investigadores diseñaron un valor sintético para cada una de las áreas de la encuesta, con un valor máximo de 5, que se obtuvo de la media aritmética del número de preguntas. Cada area tuvo el mismo peso en la encuesta a pesar de tener distinto número de preguntas. Dado que la encuesta consta de 5 áreas, la puntuación global de la misma fue 25.

Se utilizaron pruebas T de Student para muestras independientes para comparar las puntuaciones en las cinco áreas entre directivos y coordinadores de calidad-seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta las respuestas de las cinco áreas en el que se agrupan las intervenciones, hubo diferencias entre el hospital y los profesionales de atención primaria (tanto directores como coordinadores de calidad) para N=406 En cada área las valoraciones van de 1 a 5, P Corresponde al resultado del estadístico T-test para muestras independientes.

Tabla 197 Implantación y Utilidad de las intervenciones para prevenir el impacto de los EA en las Segundas y Terceras Víctimas comparando Atención Primaria y Hospital.

Dimensiones	Implantación			Utilidad		
	Atención Primaria	Hospital	P*= P	Atención Primaria	Hospital	P*= P
Cultura de Seguridad	2.6	3.2	0.001	3.5	3.7	ns
Plan de crisis	2.5	3.1	0.001	3.6	3.8	0.05
Comunicación abierta con el paciente y su familia	2.2	2.5	0.002	3.4	3.4	ns
Atención a Segundas Víctimas	2.3	2.5	0.022	3.6	3.6	ns
Comunicación e Imagen Institucional	2.7	2.9	0.01	3.6	3.7	ns

Comparación de las respuestas de profesionales de Hospital y de Atención Primaria (en ambos grupos se han considerado tanto directivos como coordinadores de calidad)

N=406

En cada dimensión la puntuación puede ir de 1 a 5.

*P referida al test de la T de Student para muestras independientes

En el área 1 Cultura de Seguridad en la Institución, la implantación es valorada con una puntuación de 2.6 por Atención Primaria y con un 3.2 por el Hospital con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.5 por Atención Primaria y con un 3.7 por el Hospital con una p no significativa.

En el área 2 Plan de crisis en caso de un EA grave, la implantación es valorada con una puntuación de 2.5 por Atención Primaria y con un 3.1 por el Hospital con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Atención Primaria y con un 3.8 por el Hospital con una $p=0.05$.

En el área 3 Comunicación y transparencia con el paciente y su familia, la implantación es valorada con una puntuación de 2.2 por Atención Primaria y con un 2.5 por el Hospital con una $p=0.002$ y la utilidad es valorada con un 3.4 por Atención Primaria y con un 3.4 por el Hospital con una p =no significativa.

En el área 4 Atención a segundas víctimas, la implantación es valorada con una puntuación de 2.3 por Atención Primaria y con un 2.5 por el Hospital con una $p=0.022$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Atención Primaria y con un 3.6 por el Hospital con una p =no significativa.

En el área 5 Comunicación e imagen institucional, la implantación es valorada con una puntuación de 2.7 por Atención Primaria y con un 2.9 por el Hospital con una $p=0.01$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Atención Primaria y con un 3.7 por el Hospital con una p =no significativa.

Asimismo, teniendo en cuenta las respuestas de las cinco dimensiones en el que se agrupan las intervenciones, hubo diferencias entre directores y coordinadores de calidad.

Tabla 198 Implantación y Utilidad de las intervenciones para prevenir el impacto de los EA en las Segundas y Terceras Víctimas comparando directores y coordinadores de calidad

HOSPITAL						
	Implantación				Utilidad	
Dimensiones	Directores	Coordinadores	P*= ns	Directores	Coordinadores	P*= ns
Cultura de Seguridad	3.1	3.3	ns	3.7	3.6	ns
Plan de crisis	2.9	3.3	0.016	3.7	3.9	ns
Comunicación abierta con el paciente y su familia	2.2	2.8	0.001	3.4	3.5	ns
Atención a Segundas Víctimas	2.3	2.7	0.001	3.5	3.7	ns
Comunicación e Imagen Institucional	2.8	3.1	0.024	3.7	3.8	ns

Comparación de las respuestas de directivos y de coordinadores de calidad

N=192

En cada dimensión la puntuación puede ir de 1 a 5.

*P referida al test de la T de Student para muestras independientes

Analizamos primero lo que ocurre en Hospitales, para una N=192 y con valoraciones para cada dimensión de 1 a 5. P corresponde al resultado del estadístico T-test para muestras independientes.

En el área Cultura de Seguridad en la Institución, explorada por la parte 1 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 3.1 por Directores y con un 3.3 por Coordinadores de Calidad con una p=no significativa y la utilidad es valorada con un 3.7 por Directores y con un 3.6 por los Coordinadores de Calidad con una p no significativa.

En el área de si existe un plan de crisis en caso de un EA grave, explorada por la parte 2 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.9 por Directores y con un 3.3 por Coordinadores de Calidad con una p=0.016 y la utilidad es valorada con un 3.7 por Directores y con un 3.9 por el Coordinadores de Calidad con una p no significativa.

En el área donde valoramos si hay comunicación y transparencia con el paciente y su familia, explorada por la parte 3 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.2 por Directores y con un 2.8 por Coordinadores de Calidad con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.4 por Directores y con un 3.5 por Coordinadores de Calidad con una $p=no$ significativa.

En el área atención a segundas víctimas, explorada por la parte 4 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.3 por Directores y con un 2.7 por Coordinadores de Calidad con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.5 por Directores y con un 3.7 por Coordinadores de Calidad con una $p=no$ significativa.

En el área comunicación e imagen institucional, explorada por la parte 5 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.8 por Directores y con un 3.1 por Coordinadores de Calidad con una $p=0.024$ y la utilidad es valorada con un 3.7 por Directores y con un 3.8 por Coordinadores de Calidad con una $p=no$ significativa.

Implantación y Utilidad de las intervenciones para prevenir el impacto de los EA en las Segundas y Terceras Víctimas comparando directores y coordinadores de calidad

Tabla 199 Implantación y Utilidad de las intervenciones para prevenir el impacto de los EA en las Segundas y Terceras Víctimas comparando directores y coordinadores de calidad

ATENCIÓN PRIMARIA						
Dimensiones	Implantación			Utilidad		
	Directores	Coordinadores	P*=	Directores	Coordinadores	P*=
Cultura de Seguridad	2.7	2.6	ns	3.5	3.5	ns
Plan de Crisis	2.4	2.7	0.035	3.6	3.5	ns
Comunicación abierta con el paciente y su familia	2.0	2.5	0.001	3.4	3.4	ns
Atención a Segundas Víctimas	2.2	2.5	0.005	3.6	3.5	ns
Comunicación e Imagen Institucional	2.4	3.0	0.001	3.6	3.6	ns

Comparación de las respuestas de directivos y de coordinadores de calidad

N=214

En cada dimensión la puntuación puede ir de 1 a 5.

*P referida al test de la T de Student para muestras independientes

Analizando lo que ocurre en Atención Primaria para una N=214, con valoraciones para cada dimensión las valoraciones van de 1 a 5. P corresponde al resultado del estadístico T-test para muestras independientes.

En el área Cultura de Seguridad en la Institución, explorada por la parte 1 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.7 por Directores y con un 2.6 por Coordinadores de Calidad con una p=no significativa y la utilidad es valorada con un 3.5 por Directores y con un 3.5 por los Coordinadores de Calidad con una p no significativa.

En el área de si existe un plan de crisis en caso de un EA grave, explorada por la parte 2 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.4 por Directores y con un 2.7 por Coordinadores de Calidad con una p=0.035 y la utilidad es valorada con un 3.6 por Directores y con un 3.5 por el Coordinadores de Calidad con una p no significativa.

En el área donde valoramos si hay comunicación y transparencia con el paciente y su familia, explorada por la parte 3 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2 por Directores y con un 2.5 por Coordinadores de Calidad con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.4 por Directores y con un 3.4 por Coordinadores de Calidad con una $p=no$ significativa.

En el área atención a segundas víctimas, explorada por la parte 4 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.2 por Directores y con un 2.5 por Coordinadores de Calidad con una $p=0.005$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Directores y con un 3.5 por Coordinadores de Calidad con una $p=no$ significativa.

En el área comunicación e imagen institucional, explorada por la parte 5 de la encuesta la implantación es valorada con una puntuación de 2.4 por Directores y con un 3 por Coordinadores de Calidad con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Directores y con un 3.6 por Coordinadores de Calidad con una $p=no$ significativa.

IV.5 Análisis multivariante.

Se utilizó un análisis de regresión logística condicional para identificar las diferencias en la Implantación y en la Utilidad percibida de las intervenciones, entre los tipos de profesionales.

Se hizo un cálculo para la implantación y otro para la utilidad del que se extrajeron las intervenciones con diferencias significativas entre perfiles profesionales.

Tras el mismo, podemos describir las intervenciones para prevenir y paliar el efecto de los EA en las segundas y terceras víctimas en las que directivos y coordinadores de seguridad difieren en sus puntos de vista sobre su grado de implantación y utilidad real en sus instituciones sanitarias.

Nos referimos a la Odds Ratio como OR y consideramos 1 al Directivo y 0 al coordinador de seguridad del paciente. Con un intervalo de confianza de 95%.

IV.5.1 IMPLANTACIÓN

Tabla 200 Intervenciones para prevenir el impacto de los Eventos Adversos en Segundas y Terceras Víctimas

	OR	IC de 95%OR	
		Bajo	Alto
1.3 Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la Seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).	0.2	0.1	0.6
1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	3.2	1.6	6.3
2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	0.4	0.2	0.8
3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	0.5	0.2	1.0
3.8 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	0.4	0.2	0.9
4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	3.6	1.4	9.4
4.5 Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	0.5	0.2	0.9
5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	2.5	1.2	5.2

Los datos representan las diferencias entre Directores y Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente a nivel de la implantación de las medidas expuestas.

Directores = 1, Coordinadores= 0 OR Odds Ratio

La implantación de la *Pregunta 1.3 Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo)*. Con OR 0,2 con IC (0,1-0,6) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica*. Con OR 3,2 con IC (1,6-6,3) es mejor valorada por los coordinadores de calidad que por los directores.

La implantación de la *Pregunta 2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes*. Con OR 0.4 con IC (0,2-0,8) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA*. Con OR 0.5 con IC (0,2-1,0) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 3.8 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas*. Con OR 0.4 con IC (0,2-0,9) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima*. Con OR 3.6 con IC (1.4-9.4) es mejor valorada por los coordinadores de calidad que por los directores.

La implantación de la *Pregunta 4.5 Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten*. Con OR 0.5 con IC (0,2-0,9) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes*. Con OR 2.5 con IC (1,2-5,2) es mejor valorada por los coordinadores de calidad que por los directores.

IV.5.2 UTILIDAD

Tabla 201 Intervenciones para prevenir el impacto de los Eventos Adversos en Segundas y Terceras Víctimas

	OR	IC de 95% OR	
		Bajo	Alto
1.10 Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.	2.2	1.1	4.3
3.10 El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	1.9	1.1	3.4
2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	0.3	0.1	0.6

Los datos representan las diferencias entre Directores y Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente a nivel de la implantación de las medidas expuestas.

Directores = 1, Coordinadores= 0 OR Odds Ratio

Al analizar la utilidad, en la *pregunta 1.10 Los coordinadores de seguridad consideraron de mayor utilidad que los directores que se analizara periódicamente la tasa de notificación voluntaria de EA.* (Odds Ratio 2.2, IC 95% 1.1-4.3) y lo mismo para la *pregunta 3.10, Los pacientes (o sus familiares) que habían sufrido un EA participaran en el análisis causa-raíz para determinar sus causas y evitarlo en el futuro.* (Odds Ratio 1.9, IC95% 1.1-3.4).

En cambio, los directores consideraron mucho más útil que los coordinadores de seguridad la *pregunta 2.1, Definir un plan de crisis para afrontar la ocurrencia de un EA con consecuencias graves para un paciente.* (Odds Ratio 0.3, IC95% 0.1-0.6).

V. Discusión

V. Discusión

V.1 Sesgos y limitaciones

Nuestro estudio se enmarca en un proyecto nacional para el estudio del fenómeno de las segundas y terceras víctimas, financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y por Fondos FEDER. Esta circunstancia nos marcó las directrices en las que planteamos las líneas del estudio. En este sentido, faltan datos socio-demográficos que no han sido recogidos en la encuesta. Nos interesa la opinión de Directores y Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente por su perfil profesional y no por su edad, sexo u otros datos demográficos que no son objeto de estudio en este proyecto.

Otro aspecto a considerar es que tal como están recogidos los datos, no permiten el análisis por CCAA. En cualquier caso, permite evidenciar y tomar conciencia de un problema, tal y como se hizo en los estudios APEAS y ENEAS, que no fueron representativos a nivel autonómico, sino que facilitaron un diagnóstico de los EA a nivel de SNS. Sería interesante en un futuro poder tener resultados de intervenciones por CCAA de tal manera que puedan compartirse las buenas prácticas.

La encuesta con la que se ha realizado el estudio no es una encuesta validada. Esto puede limitar la validez de los resultados obtenidos y a su vez la extrapolación de los mismos a otras poblaciones. No obstante, creemos que la encuesta recoge todo el conocimiento en las segundas víctimas hasta el momento y todas las encuestas y listas utilizadas y publicadas hasta la fecha por los distintos organismos e instituciones nacionales e internacionales que han tratado esta cuestión.

La muestra “de oportunidad” fue la forma más pertinente de realizar el estudio, pero lleva implícito un sesgo relacionado con la autoselección de participantes, ya que es probable que los que responden ya sean más sensibles a la Cultura de SP.

Toda la participación se realizó sobre la base de la voluntariedad de los profesionales por lo que la colaboración de las instituciones promoviendo el estudio fue crucial. En este sentido, existió un compromiso importante por parte de los equipos directivos para apoyar el estudio.

En la fase de encuesta hubo dificultades para alcanzar el tamaño muestral indicado por lo que se realizaron hasta 3 recuerdos.

Se ha supuesto que todos los integrantes del equipo directivo informarían de la misma manera. La tasa de respuesta entre los directivos de hospitales fue inferior a la deseable. No podemos conocer si quienes no respondieron fue por falta de interés en el estudio o por no poder informar de actuaciones para prevenir o paliar los efectos de los EA en las segundas y terceras víctimas.

No estaban completamente definidos los criterios de inclusión y de exclusión de los destinatarios de la encuesta, esto fue debido a que hay distintos organigramas en cada

servicio de salud y distintos coordinadores de calidad, en cada CCAA e incluso en cada región. Se han dado unos criterios de inclusión generales para la selección de la muestra a la que se dirigió la encuesta, pero cada referente de SP ha valorado cual era la realidad de su CCAA.

Este estudio no aborda el asesoramiento legal en caso de EA. Aunque es una cuestión importante en el tratamiento a las segundas víctimas el estudio no profundiza en ello. Si que aborda mediante preguntas el anonimato de los sistemas de notificación, para que no sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en un EA, y pregunta si la póliza de seguros ofrece, desde el primer momento tras un EA con consecuencias graves, asesoramiento legal al profesional.

V.2 Resultados más destacables

El estudio refleja la opinión de una gran parte de los directivos y del staff técnico de dirección de 8 de las 17 Comunidades Autónomas de España (Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y el País Vasco). Estos 8 servicios de salud prestan atención sanitaria al 76% de la población española y las CCAA correspondientes representaron el 78% del PIB de España según datos de 2013(63).

Los hospitales invitados a participar en el estudio sumaron el 75% del total de las altas hospitalarias y las áreas de salud que participaron el 75% de las consultas en Atención Primaria del total realizadas en 2012, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España (64,65).

En este estudio la meta fue comprobar que hacen las Organizaciones Sanitarias Españolas para apoyar a las segundas víctimas y en qué grado hay desarrollados protocolos para el soporte de las víctimas de EA, que, además, ayuden a las segundas víctimas a afrontar las consecuencias profesionales de los EA.

Las consecuencias de los EA sobre las instituciones (terceras víctimas) fue planteado por primera vez por Denham (23) en 2007 y, aunque ha sido muy poco estudiado, contamos con pruebas de la relación entre percepción de seguridad y prestigio del hospital (73). Este estudio valora también la repercusión que hay sobre la institución cuando sucede un EA.

La encuesta analizaba dos facetas en cada pregunta planteada, en primer lugar, la Implantación: valorar cual es el grado de implantación de la intervención en el centro, institución o ámbito del encuestado. En segundo lugar, la Utilidad: Valorar el grado de utilidad práctica de la intervención en el centro, institución o ámbito del encuestado para paliar los efectos de los EA en los profesionales o en la institución o para mejorar las relaciones con los pacientes que han sufrido un EA.

Aunque la mayoría de las intervenciones para prevenir o mitigar los efectos de los EA en las segundas y terceras víctimas se han considerado útiles por los directivos y por los coordinadores de seguridad del paciente de las instituciones sanitarias españolas, precisamente los responsables de impulsar y llevarlas a la práctica, su nivel de implantación hasta ahora es muy bajo. Dado que en los estudios se ha puesto de manifiesto que, al menos, 1 de cada 3 profesionales sanitarios se ven involucrados en algún EA, los directivos y los responsables de seguridad de las instituciones sanitarias debieran ser no solo conscientes de estas cifras sino, además, actuar para ofrecer un entorno que ofrezca comprensión, apoyo y ayuda profesional (74,75). Estos resultados ponen de manifiesto que no existen planes ni recursos ideados para atender a las segundas víctimas y que toda la política de las instituciones en esta dirección se centra únicamente en la disponibilidad de una póliza de responsabilidad civil.

En atención primaria existe una menor implantación de intervenciones de soporte a las segundas víctimas, por lo que estas están más desprotegidas que en los hospitales. El hecho de que la frecuencia y gravedad de los EA en este primer nivel asistencial sea menor al de los EA del hospital (76, 77) no justifica este resultado. Cuanto más complejo es el paciente de Atención Primaria más frecuentes y graves pueden ser estos incidentes y EA. A este fenómeno pueden contribuir múltiples factores como las altas más precoces desde el hospital, la polimedicación de los pacientes, el envejecimiento de la población con cupos de Atención Primaria cada vez con una edad media más avanzada, con la carga asistencial que esto supone (78).

El hecho de que actualmente no haya estudios sobre segundas víctimas en AP hace que las segundas víctimas en AP estén más ocultas, mientras que en el Hospital están más visibles.

Hay más cultura de seguridad en el Hospital que en atención primaria. En el Hospital desde hace décadas se han desarrollado estrategias de mejora desde las comisiones de calidad y desde los servicios de Medicina Preventiva. El desarrollo de planes como Bacteriemia cero, Identificación inequívoca del paciente, Higiene de Manos, Uso seguro del Medicamento y otros han contribuido a crear una Cultura de Seguridad en los profesionales que trabajan en ese ámbito. Al estar el Hospital concentrado en uno o varios edificios cercanos o en el mismo complejo, cualquier plan o estrategia de mejora de la Calidad y Seguridad llega con facilidad a gran parte de los servicios de dicho hospital, dichos servicios a su vez están compuestos por equipos de profesionales divididos en distintos estamentos, pero en los que está presente en su gran mayoría la realidad de un trabajo en equipo. En atención primaria la dispersión y, a veces, el aislamiento en las consultas, hacen que los profesionales trabajen de manera más individual en su propia consulta y al no tener en la práctica un trabajo en equipo, las estrategias de mejora de la calidad y la seguridad del paciente son más difíciles de implementar porque deben hacerse a título individual y por tanto esto se traduce en una menor cultura de seguridad del paciente.

Por otra parte, en el hospital al aparecer más EA graves que en atención primaria, estos tienen un efecto mediático y ante ellos hay que tener una respuesta agil y son vividos como un conflicto de gestión, por lo que se buscan soluciones ante ellos. Todo esto impulsa la implantación de estrategias de mejora y, de nuevo, la percepción de una implantación y de una utilidad alta al referirnos a la Cultura de Seguridad en la institución.

El desarrollo e implantación de intervenciones para prevenir las consecuencias de EA en los profesionales reduciría su vulnerabilidad y el número de segundas víctimas, y podría tener un impacto económico directo en términos de una menor pérdida de días de trabajo, así como del gasto sanitario asociado a la inseguridad en las decisiones clínicas tras la ocurrencia de un EA. (42,43,54). También contribuiría a reducir la pérdida de profesionales que abandonan la profesión tras años de ejercicio a raíz de un EA (42). A ello hay que sumar los costes intangibles en términos de pérdida de reputación y de imagen social de las instituciones sanitarias.

Además, tal y como se ha evidenciado en este estudio, es valorado como útil el que las instituciones sanitarias propongan pautas para un comportamiento ético con los pacientes que sufren un EA, ya que es una medida considerada como poco implantada, tanto en hospitales como en atención primaria, tal y como se ha señalado en otros estudios (79). No se sabe, a tenor de estos datos, ni quién, ni cómo, ni cuándo informar al paciente que ha sufrido un EA. El comportamiento ético con los pacientes contribuye a reducir los procesos judiciales e incrementa la confianza de los pacientes en las instituciones y sus profesionales. (79,80).

Todas estas intervenciones requieren un cambio de cultura en las organizaciones sanitarias, tal y como ya se ha sugerido. (81)

Estos resultados ponen de manifiesto la extensión de los sistemas de notificación en hospitales que obedece a decisiones de las autoridades sanitarias de los servicios de salud, pero que pese a ello no se logra sistematizar el análisis de las causas de los EA que ocurren en los centros. También las carencias en atención primaria tanto de sistemas de notificación como del análisis sistemático de las causas de los EA.

La práctica totalidad de las instituciones sanitarias han informado que no cuentan con un plan de crisis para activarlo en caso de que ocurra un EA con consecuencias graves para uno o varios pacientes. El plan de actuación se limita a respetar la intimidad de pacientes y profesionales involucrados en EA. Tampoco se han adoptado precauciones para que a la hora de indagar sobre las causas del EA, por ejemplo, mediante un análisis causa-raíz, se actúe de forma correcta respetando la seguridad jurídica de los profesionales (44).

Dentro de la muestra, las posiciones más técnicas (coordinadores de calidad y seguridad) son más similares en atención primaria y en hospital. No hay que olvidar que en muchos sectores sanitarios esta figura es única para los dos niveles asistenciales. Las posiciones directivas son más dispares entre atención primaria y hospital. En atención primaria el directivo tiene menos capacidad de decisión y menos presupuesto asignado que el director de hospital, por lo que su perfil en la encuesta es distinto al de este último. El hecho de que al comparar a ambos haya diferencias estadísticamente significativas y no se deban al azar nos indica que hay variedad en la percepción.

En el **Área 1 de la encuesta**: Cultura de seguridad en la institución, que tiene 13 preguntas, el 36% de los participantes informaron de que no se están realizando estudios periódicos para evaluar la tasa de AE en su organización (pregunta 1.1). El 36% reconoció que no hubo seguimiento de la efectividad de las medidas que se ponen en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA (pregunta 1.2) y la cuarta parte afirmó que no se proporcionó formación sobre seguridad del paciente a los residentes (pregunta 1.5) y no había control sobre la cultura de la seguridad entre el personal (pregunta 1.3).

En el Área 1 de la encuesta hay diferencias en las siguientes preguntas:

Teniendo en cuenta la comparación entre perfiles profesionales hemos recogido los siguientes resultados significativos.

Analizando la **implantación**:

En la mayoría de las preguntas se valora una baja implantación en tanto en coordinadores como en directivos.

Encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 1.3, en la 1.5 y en la 1.6. (1.3.- Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).1.5.- El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.1.6.- Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día) y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.)

En las 3 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta.

Analizando la **utilidad**:

Hay diferencias en las preguntas:

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 1.10. 1.10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación. En la pregunta los coordinadores de calidad valoran la utilidad como baja y los directores como alta.

En el resto de preguntas tanto en Hospital como en Atención Primaria la utilidad es percibida como alta.

Teniendo en cuenta la comparación entre niveles asistenciales hemos recogido los siguientes resultados:

Analizando la **implantación**:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en las 10 de las 13 preguntas del área, donde la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta. En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 8 preguntas y de Nuevo la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta.

El Índice Sintético para el área 1 Cultura de Seguridad en la Institución, la implantación es valorada con una puntuación de 2.6 por Atención Primaria y con un 3.2 por el Hospital con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.5 por Atención Primaria y con un 3.7 por el Hospital con una p no significativa, por lo que es congruente con los datos de tendencia obtenidos en las preguntas individuales, reflejando que existe una mayor cultura en hospital que en atención primaria. Si bien en cuanto a la utilidad todas las intervenciones son valoradas positivamente por los dos niveles.

Analizando la **utilidad**:

Todas las preguntas son valoradas con una alta utilidad percibida en ambos niveles, salvo la pregunta 1.8.- Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica. Y la 1.10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación. Donde la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta.

El Índice sintético del área 1 Cultura de Seguridad en la Institución, la implantación es valorada con una puntuación de 2.6 por Atención Primaria y con un 3.2 por el Hospital con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.5 por Atención Primaria y con un 3.7 por el Hospital con una p no significativa. Por lo que confirma los datos de los resultados.

En el **Área 2 de la encuesta** Al describir las intervenciones para terceras víctimas observamos que: En las respuestas a la dimensión "Crisis gestión de planes"(pregunta 2.1 de la encuesta), el 35% del hospital y el 43% de los profesionales de atención primaria informaron de que no había plan de crisis ante un EA con consecuencias graves en su organización, además, en el ámbito de la atención primaria, ningún comité de crisis (pregunta 2.2 de la encuesta) se había establecido para tal EA con efectos graves en el 34% de los casos.

En el Área 2 de la encuesta hay diferencias en las preguntas:

Teniendo en cuenta la comparación entre perfiles profesionales hemos recogido los siguientes resultados significativos.

Analizando la **implantación**:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 2.2 y en la 2.3. (2.2.- En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.2 3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.)En las 2 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta.

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 2.1 y en la 2.3. (2.1.- Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.2 3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.) En las 2 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja.

Analizando la **utilidad**:

Son valoradas con alta utilidad todas las preguntas salvo la 2.2 en hospital donde los coordinadores de calidad valoran la utilidad como alta y los directores como baja.

Teniendo en cuenta la comparación entre niveles asistenciales hemos recogido los siguientes resultados:

Analizando la **implantación**:

La atención primaria valora en las 4 preguntas la implantación como baja y el hospital como alta.

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 2.4. En la pregunta la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta.

Analizando la **utilidad**:

En Los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 2.3. En la pregunta la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las proporciones de las respuestas en los Directivos

En el área 2 Plan de crisis en caso de un EA grave, la implantación es valorada con una puntuación de 2.5 por Atención Primaria y con un 3.1 por el Hospital con una $p=0.001$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Atención Primaria y con un 3.8 por el Hospital con una $p=0.05$.

En el **Área 3 de la encuesta** "La comunicación y transparencia con el paciente y su familia " del 30 al 60% de los participantes consideró que 8 de las 10 intervenciones propuestas no se habían aplicado en absoluto en sus organizaciones.

En el Área 3 de la encuesta hay diferencias en las preguntas:

Teniendo en cuenta la comparación entre perfiles profesionales hemos recogido los siguientes resultados significativos.

Analizando la **implantación**:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 7 preguntas en las que los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta.

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 8 preguntas en las que los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja.

Analizando la **utilidad**:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 3.4. En la pregunta los coordinadores de calidad valoran la utilidad como baja y los directores como alta.

En el resto de preguntas y en el Hospital la utilidad se considera alta.

Teniendo en cuenta la comparación entre niveles asistenciales hemos recogido los siguientes resultados:

Analizando la **implantación**:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 8 preguntas la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta.

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 5 preguntas. En las preguntas 3.3, 3.4 3.6 y 3.10 la atención primaria valora la implantación como alta y el hospital como baja. En la pregunta 3.5 la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta

Analizando la **utilidad**:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la 3.8. En la pregunta la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta.

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 3.4, en la 3.5 y en la 3.9. En la pregunta 3.4 la atención primaria valora la utilidad como alta y el hospital como baja. En las preguntas 3.5 y 3.9 la atención primaria valora la utilidad como baja y el hospital como alta.

En el área 3 Comunicación y transparencia con el paciente y su familia, la implantación es valorada con una puntuación de 2.2 por Atención Primaria y con un 2.5 por el Hospital con una $p=0.002$ y la utilidad es valorada con un 3.4 por Atención Primaria y con un 3.4 por el Hospital con una p =no significativa.

Las medidas relacionadas con el **Área 4 de la encuesta** "Atención a segundas víctimas" mostraron la menor cobertura en las organizaciones encuestadas.

El 71 y el 61% de los participantes del hospital y la atención primaria, respectivamente, informaron que no había protocolo en el lugar para tratar la segunda víctima. (en sus respuestas a la pregunta 4.2)

El 70 y el 66% de los participantes del hospital y la atención primaria, respectivamente, diciendo que no había un programa para guiar, aconsejar, apoyar y ayudar a las víctimas de segunda en su organización. (en sus respuestas a la pregunta 4.8)

Además, en muchos casos (45 y 55% de los participantes del hospital y la atención primaria, respectivamente) ningún miembro del personal fue asignado como persona de contacto para los profesionales que intervienen en un EA. (a esta Pregunta se refiere la pregunta 4.4)

En el Área 4 de la encuesta hay diferencias en las preguntas:

Teniendo en cuenta la comparación entre perfiles profesionales hemos recogido los siguientes resultados significativos.

Analizando la **implantación**:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 5 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta.

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 4 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja.

Analizando la **utilidad**:

Todas las preguntas tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

Teniendo en cuenta la comparación entre niveles asistenciales hemos recogido los siguientes resultados:

Analizando la **implantación**:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 7 preguntas donde la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta.

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 5 preguntas donde la atención primaria valora la implantación como alta y el hospital como baja.

Analizando la **utilidad**:

Hay una alta utilidad en todas las preguntas y en ambos niveles.

En el área 4 Atención a segundas víctimas, la implantación es valorada con una puntuación de 2.3 por Atención Primaria y con un 2.5 por el Hospital con una $p=0.022$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Atención Primaria y con un 3.6 por el Hospital con una $p=no$ significativa.

En el **Área 5 de la encuesta** que se refiere a "comunicación e imagen institucional" 30-60% de los directivos y coordinadores de seguridad describe que 6 de 9 de las intervenciones propuestas no se habían aplicado en absoluto en sus organizaciones.

En el Área 5 de la encuesta hay diferencias en las preguntas:

Teniendo en cuenta la comparación entre perfiles profesionales hemos recogido los siguientes resultados significativos.

Analizando la **implantación**:

En Atención Primaria encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 6 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como baja y los directores como alta.

En el ámbito del Hospital encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 5.6 y en la 5.8. En las 2 preguntas los coordinadores de calidad valoran la implantación como alta y los directores como baja.

Analizando la **utilidad**:

Todas las preguntas tienen una alta utilidad en ambos perfiles profesionales.

Teniendo en cuenta la comparación entre niveles asistenciales hemos recogido los siguientes resultados:

Analizando la **implantación**:

En los Coordinadores de Calidad encontramos una diferencia estadísticamente significativa en 5 preguntas, la atención primaria valora la implantación como baja y el hospital como alta

En los Directivos encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 5.6 y en la 5.8. En las 2 preguntas la atención primaria valora la implantación como alta y el hospital como baja.

Analizando la [utilidad](#):

Hay una alta utilidad en todas las preguntas y en ambos niveles, salvo en los Directivos donde encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 5.6. En la pregunta la atención primaria valora la utilidad como alta y el hospital como baja.

En el Área 5 de la encuesta Comunicación e imagen institucional, la implantación es valorada con una puntuación de 2.7 por Atención Primaria y con un 2.9 por el Hospital con una $p=0.01$ y la utilidad es valorada con un 3.6 por Atención Primaria y con un 3.7 por el Hospital con una p =no significativa

Teniendo en cuenta el análisis de regresión logística condicional se encuentran diferencias en la **implantación** en las siguientes preguntas:

La implantación de la *Pregunta 1.8 Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica*. Con OR 3,2 con IC (1,6-6,3) es mejor valorada por los coordinadores de calidad que por los directores.

La implantación de la *Pregunta 2.1 Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes*. Con OR 0.4 con IC (0,2-0,8) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 3.3 Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA*. Con OR 0.5 con IC (0,2-1,0) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 4.4 Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima*. Con OR 3.6 con IC (1.4-9.4) es mejor valorada por los coordinadores de calidad que por los directores.

La implantación de la *Pregunta 5.7 Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes*. Con OR 2.5 con IC (1,2-5,2) es mejor valorada por los coordinadores de calidad que por los directores

La implantación de la *Pregunta 1.3 Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo)*. Con OR 0,2 con IC (0,1-0,6) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 3.8 El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas*. Con OR 0.4 con IC (0,2-0,9) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

La implantación de la *Pregunta 4.5 Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten*. Con OR 0.5 con IC (0,2-0,9) es valorada mejor por los directores que por los coordinadores de calidad.

Se encuentran diferencias en la **utilidad** en las siguientes preguntas:

En la *pregunta 1.10 Los coordinadores de seguridad consideraron de mayor utilidad que los directores que se analizara periódicamente la tasa de notificación voluntaria de EA.* (Odds Ratio 2.2, IC 95% 1.1-4.3) y lo mismo para la *pregunta 3.10, Los pacientes (o sus familiares) que habían sufrido un EA participaron en el análisis causa-raíz para determinar sus causas y evitarlo en el futuro.* (Odds Ratio 1.9, IC95% 1.1-3.4).

En cambio, los directores consideraron mucho más útil que los coordinadores de seguridad la *pregunta 2.1, Definir un plan de crisis para afrontar la ocurrencia de un EA con consecuencias graves para un paciente.* (Odds Ratio 0.3, IC95% 0.1-0.6).

En este momento no hay un perfil único de los directivos y coordinadores de calidad españoles. La heterogeneidad entre los Directivos y Coordinadores de Calidad de las distintas CCAA, de sus perfiles y de sus funciones en algunos casos hace preguntarse si es necesaria la Profesionalización de Directivos.

Se define el buen directivo como aquel que posee los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes pertinentes, y que, además, logra resultados a través de sus colaboradores, en condiciones de eficiencia y se siente satisfecho y reconocido.

No basta con que sean buenos técnicos, ejecutores o gestores, que lo han de ser, sino que también han de saber gobernar *sensu stricto*, servir, diseñar y dirigir proyectos y programas, trabajar por presupuestos, usar el control económico-financiero, manejar indicadores asistenciales y económicos, evaluar las políticas públicas y de las empresas, negociar, elegir socios, dirigir la comunicación, etc.

Hoy la imagen pública y profesional de los directivos de la salud está bien consolidada, aunque, al existir cierta arbitrariedad en su designación, perjudica a su imagen, al estar ausentes el prestigio profesional y la debida formación. Además, son considerados, en muchos casos, como cargos políticos. En algunos casos se ha calificado de intrusismo profesional su elección, existiendo una excesiva dependencia de los ciclos políticos, lo que genera nulas perspectivas de estabilidad y de carrera profesional reconocidas. En muchos casos la evaluación del trabajo no se hace en razón a los resultados, sino a partir de criterios en exceso subjetivos.

La formación específica que han de tener los directivos es dispersa, y no existen organismos verificadores de la misma, hay mucha variabilidad en el contenido de los programas formativos

SEDISA, Sociedad Española de Directivos de la Salud hizo un Informe sobre Profesionalización de los Directivos de la Salud en 2013 (82) donde describió cual era el perfil de los directivos, propuso un modelo consensuado de directivo sanitario y planteó la necesidad de poner en marcha un plan de carrera profesional para directivos, bien por la vía curricular o de la acreditación profesional.

La pregunta 1.8 de la encuesta hace referencia a la seguridad Jurídica de la Notificación de Eventos Adversos. Y por las revisiones de expertos consultadas en estos momentos no la hay. (83)

En el año 2009 la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social publicó un informe elaborado por C. M. Romeo Casabona y A. Urruela Mora, "El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales", donde se describió la situación actual del profesional sanitario y de los profesionales directivos y técnicos al declarar un incidente o EA y al analizarlo posteriormente con las herramientas oportunas. Ninguno de los dos profesionales estaba exento de responsabilidad jurídica, y en la situación de un proceso judicial abierto por el EA, lo declarado en el Sistema de Notificación, puede usarse como prueba contra el profesional que declara y contra el que analiza el EA.

Esto disminuye la eficacia de la notificación ya que merma la confianza en el Sistema, que debería tener un carácter no punitivo y solo para el aprendizaje y estudio de acciones preventivas que deben presidir este sistema, la confidencialidad y el carácter anónimo de los datos suministrados (tanto los relativos a pacientes como a profesionales sanitarios implicados) y su no empleo con fines sancionadores. En países como Dinamarca y EEUU queda excluida la adopción de sanciones de naturaleza penal por parte de los tribunales por la declaración o el análisis de un EA.

Cabe tras el estudio reflexionar sobre “Open Disclosure” y formas de comunicación abierta con el paciente, aunque hay que considerar matices según contexto asistencial donde se implemente.

En muchos estados de EEUU se han adoptado leyes de disculpa “Say sorry” que permiten a los médicos expresar condolencia a un paciente en un resultado inesperado de los cuidados que proporcionan. Estas leyes protegen a los profesionales de la salud. El propósito de estas leyes es un intento de fomentar la transparencia y la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente y, al mismo tiempo, reducir el temor del médico hacer alguna declaración que más tarde podría ser visto como evidencia de negligencia médica. En estos estados la disculpa de un médico no puede ser utilizada como prueba de la responsabilidad en una demanda por negligencia. Además, un informe sobre la responsabilidad médica producida por la AMA (Asociación Médica Americana) confirma que los médicos que se disculpan por sus errores son favorecidos por poseer y mostrar responsabilidad.

Los siguientes treinta estados han adoptado leyes de disculpa para los médicos: Arizona, Colorado, Connecticut, Delaware, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Louisiana, Maine, Missouri, Montana, Nebraska, New Hampshire, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wyoming y el Distrito de Columbia.

Para que las leyes de disculpa protejan a un médico, se deben cumplir las siguientes afirmaciones: No debe haber negligencia médica involucrada, no se debe alegar mala conducta médica que dio lugar a los daños y perjuicios reclamados por el demandante, y el demandante no se lesiona en la medida reclamada.

Propuestas e iniciativas para reducir los eventos adversos en la práctica clínica.

En el Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) celebrado en Febrero de 2015 en Granada, se recogieron las propuestas que fueron surgiendo para prevenir eventos adversos, así como para aprender de ellos y detectar oportunidades de mejora cuando ya han sucedido. Posteriormente se elaboró un listado con las diferentes propuestas, que fue compartido, debatido on line, modificado y ampliado entre los participantes, mediante un instrumento informático para la elaboración de documentos colaborativos. En el proceso, las propuestas recopiladas se ordenaron, reestructuraron por temas y se eliminaron repeticiones.

El resultado es una lista donde se presentan las propuestas agrupadas según el nivel en el que han de aplicarse: para los políticos, legisladores y planificadores (la macroestructura), para la mesoestructura y aquellas que corresponden a los profesionales y a su actuación en la consulta y en los centros de salud (microestructura).

De las referidas a Macroestructura y dentro de ella a las modificaciones legislativas, destacan:

- Promover la notificación de los eventos adversos mediante una ley que garantice la confidencialidad de lo declarado a los sistemas de notificación.
- Establecimiento de sistemas de compensación sin culpa de los daños derivados de la atención sanitaria, en la línea del vigente en Nueva Zelanda.
- Promover la comunicación temprana de los profesionales con los pacientes afectados por un evento adverso, o con sus allegados, mediante una ley que garantice que la expresión de empatía o la solicitud de disculpas por parte de los profesionales no podrá ser utilizada contra ellos como si fuera una autoinculpación.

V.3 Comparación con otros estudios:

El estudio es el primero en España que describe la actuación en muchas Instituciones Sanitarias españolas para apoyar a las segundas víctimas y proteger el prestigio de las terceras víctimas.

Se han observado resultados similares en un estudio reciente llevado a cabo en una selección de hospitales belgas (84), donde los resultados evidenciaban que se reconocía el problema de las segundas víctimas de una forma clara, pero las dificultades provenían en el apoyo a las mismas, por lo que se pedía el desarrollo de estrategias en este campo.

En EEUU, se han hecho estudios para ver los resultados de la implantación del programa ForYou del Hospital Clínico de la Universidad de Missouri (UMHC). Es un estudio no comparable con el nuestro, ya que analiza la situación de las segundas víctimas tras varios años de desarrollo del programa. En el Johns Hopkins Hospital se hicieron encuestas a los profesionales poniendo de manifiesto hasta el 60% de los encuestados se reconocieron en algún momento de su práctica clínica como segundas víctimas, con lo que su percepción sobre la utilidad de las medidas es algo superior a la de nuestro estudio.

Tras revisar iniciativas diversas de instituciones sanitarias, procedentes sobre todo de los EEUU (Anexo VIII.4), llama la atención la escasa o nula atención que se presta a la evaluación de las intervenciones propuestas en las guías o recomendaciones accesibles en sus sedes electrónicas.

V.4 Valor del estudio

El principal valor de este estudio es acercar, difundir, sensibilizar y evaluar estos conceptos en una población clave para el propio Sistema de Salud: Sus Directores y Coordinadores de Calidad y Seguridad, ya que son ellos quienes pueden liderar e impulsar cambios en las organizaciones.

El Sistema Sanitario Español tiene una razonable cultura de Seguridad del Paciente, si bien la encuesta evidencia un escasísimo conocimiento del problema de las segundas y terceras víctimas cuando se produce un EA grave, así como una baja implantación de actividades y una unánime consideración sobre la utilidad de las intervenciones. Este hecho, que es generalizado se acentúa más en el primer nivel asistencial.

Al describir cual es la percepción en estos colectivos, identificamos cuales son las áreas de mejora en las que priorizar los esfuerzos para seguir trabajando en un Sistema Sanitario más seguro.

En el apartado siguiente describimos las acciones desarrolladas por el grupo de investigación a partir de los resultados de este estudio y de otro estudio paralelo que se ha realizado con la misma encuesta dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios asistenciales.

V.5 Acciones desarrolladas:

Posteriormente al estudio, el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras ha elaborado y difundido una serie de recomendaciones, procedimientos, materiales de apoyo y herramientas para profesionales e instituciones sanitarias, gestores sanitarios, coordinadores de seguridad, tanto de hospitales como de atención primaria, así como para pacientes, familiares y aseguradoras, para afrontar las consecuencias que los EA tienen en los profesionales (segundas víctimas) y en las instituciones (terceras víctimas) y prevenir el impacto que en la esfera personal, familiar y profesional tienen los EA en los profesionales.

Se ha publicado la **Guía de Recomendaciones** para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015 (60)

La guía incluye los siguientes instrumentos de apoyo

- Checklist de actuaciones recomendadas relacionadas con cultura de seguridad y política institucional.
- Checklist de actuaciones recomendadas en la atención del paciente que sufre un evento adverso.
- Checklist de actuaciones recomendadas para evitar que el evento adverso vuelva a producirse en el futuro.
- Checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar apoyo a la segunda víctima.
- Checklist de actuaciones recomendadas para dar una respuesta adecuada y a tiempo tras la ocurrencia de un evento adverso.
- Checklist de actuaciones recomendadas en el proceso de información franca al paciente o su familia.
- Checklist de actuaciones recomendadas para el análisis detallado del incidente.
- Checklist de actuaciones recomendadas para cuidar la reputación de los profesionales y de la institución.
- Descripción del perfil y formación del personal susceptible de formar parte del equipo de primera línea de ayuda a la segunda víctima.
- Algoritmo de apoyo a la segunda víctima.
- Algoritmo de decisión sobre quién debe llevar a cabo la comunicación franca al paciente.
- Algoritmo de información franca al paciente en caso de evento adverso con consecuencias graves.

- Por último, un listado de eventos centinela (NQF).

Así mismo, se ha diseñado y desarrollado una **aplicación móvil para iOS dirigida a directivos y responsables de calidad y seguridad** de centros hospitalarios y de atención primaria. Esta app pretende ser una herramienta de ayuda a la hora de mantener al día las acciones recomendadas internacionalmente en materia de seguridad del paciente. (85)

Por otra parte, se ha diseñado e implementado un **programa de intervención**, que incluye los siguientes elementos y contenidos:

- Módulo informativo

Información sobre frecuencia, causalidad, consecuencias, evitabilidad y otras características de los EA en AP y hospitales. Textos y figuras interactivas junto a tablas de datos para sensibilizar e informar a los profesionales, junto a un vídeo resumen explicativo.

- Módulo de intervención demostrativa

Descripción de las consecuencias de los EA en los profesionales (afectivas y emocionales, de toma de decisiones clínicas, de pérdida de autoestima y de prestigio profesional, de relación con otros profesionales, con la familia, implicaciones legales). Se aporta material digital con escenas simuladas de fallos de comunicación que ocasionan error de medicación y otras situaciones problemas identificadas en la literatura. En cada caso, el profesional se pregunta cómo pasó y describe cómo se siente.

- Recomendaciones para interactuar con paciente y sus familiares (Open Disclosure), cómo apoyar a un compañero/a segunda víctima, cómo afrontar personalmente la situación de verse involucrado en un EA. Cómo analizar las causas de los EA y consensuar barreras eficaces para evitarlos en el futuro. Aporta videos demostrativos además del diseño de contenidos interactivos en web.

Dirigido a facilitar al profesional cómo afrontar situaciones en las que el paciente sufre EA, analizar consecuencias y la mejor forma de interactuar con el paciente, otros profesionales, la institución y la familia, se incluyen ejercicios de autocomprobación. También ejemplos guiados de análisis causa-raíz para identificar causas y barreras de seguridad. Se incluyen, además, materiales digitales de diferentes situaciones problema como: incidentes para la seguridad que afectan a la confianza del profesional, aunque no hayan causado daño a ningún paciente, EA con consecuencias graves que ocasionan sintomatología ansiedad-depresión moderada y percepción de pérdida de eficacia y EA con consecuencias graves que ocasionan sintomatología ansiedad-depresión moderada y suponen afrontar demanda judicial. Cómo, cuándo y quién comunicar la ocurrencia de un EA, o cómo afrontar y distribuir tareas del equipo de trabajo para aplicar análisis causa-raíz.

V.6 Retos e Investigaciones futuras.

Futuros estudios deberían analizar si aquellas organizaciones sanitarias con una cultura de seguridad más sólida llevan a la práctica intervenciones dirigidas a apoyar a los profesionales que se ven afectados, a analizar las consecuencias de los EA que sufren los pacientes y a proteger la imagen social de las instituciones sanitarias donde ocurren esos EA.

Parece probable que las organizaciones de salud con culturas de seguridad más consolidadas estén más sensibilizadas con este tema y que el personal de dichas organizaciones responda más adecuadamente. Los datos de este estudio son una primera estimación sobre el estado real de las cosas.

Analizar lo que sucede en las poblaciones de directivos y coordinadores de calidad tras implantar las herramientas para el desarrollo de planes de segundas víctimas sería un punto de gran interés. Estimamos que contribuirían a mejorar la percepción de implantación y la ya de por sí alta percepción de utilidad.

VI. Conclusiones

VI. Conclusiones

1. La mayoría de instituciones sanitarias españolas carecen de un programa de atención a los profesionales sanitarios que se han visto involucrados en algún evento adverso grave. Así mismo son escasas las que tienen planes de actuación para proteger la reputación de la institución en tales casos.

Este hecho señala como prioridad el diseño e implementación de programas institucionales para afrontar y gestionar las crisis esperables ante dichas situaciones.

2. Al igual que ocurre al analizar la mayor parte de prácticas seguras, la valoración sobre grado de implantación de las medidas recomendadas y utilidad de las mismas, arrojaron valores diferentes.
3. Considerando los índices sintéticos, que reflejan por áreas las diferencias entre niveles asistenciales, podemos concluir que en cuanto a la implantación de intervenciones, directivos y coordinadores de hospitales perciben que disponen de intervenciones que mejoran la cultura de seguridad de pacientes y planes de crisis en caso de evento adverso grave, con una puntuación de 3 sobre 5. En cuanto a la comunicación abierta con el paciente y su familia, el plan de atención a segundas víctimas y la comunicación e imagen institucional los valores son inferiores a 3.

Las percepciones en atención primaria muestran una carencia de implantación del conjunto de intervenciones consideradas. Todas las áreas presentan valores inferiores a 3, siendo las diferencias significativas con los hospitales.

Cuando se considera la comunicación abierta con el paciente y su familia, la valoración de un plan de atención a segundas víctimas y un plan de comunicación e imagen institucional no existen diferencias de percepción en ambos niveles. Ambos, con valoraciones inferiores a 3, traducen una baja implantación de dichas intervenciones.

4. Cuando analizamos la utilidad de las intervenciones de las cinco áreas estudiadas a través de los índices sintéticos no se observan diferencias entre niveles asistenciales ni entre perfiles profesionales. Todos ellos presentan valores superiores a 3.

Este hecho traduce una necesidad sentida, por parte de los directivos y coordinadores de calidad de ambos niveles asistenciales, de promocionar y facilitar intervenciones que mejoren la seguridad del paciente y, en particular, las dirigidas a responder adecuadamente ante situaciones de crisis debidas a la aparición de un evento adverso grave.

5. Analizando la implementación de las intervenciones planteadas en las distintas áreas, las percibidas como deficitarias con mayor frecuencia fueron las siguientes: existencia de protocolos de información a pacientes y familiares que han sufrido un evento adverso grave y soporte legal y psicológico inmediato a los profesionales involucrados, procedimientos de análisis retrospectivo de los factores contribuyentes en la aparición de incidentes, planes de comunicación interna y externa y actividades formativas.

En la valoración de la utilidad, los aspectos mejor valorados fueron los siguientes: monitorización de la frecuencia y distribución de los eventos adversos, evaluación periódica de la cultura de la seguridad de la institución y actividades formativas.

6. Las estrategias nacionales y autonómicas para la mejora de la seguridad del paciente desarrolladas hasta ahora se han orientado fundamentalmente a hospitales. La percepción de los profesionales encuestados pone de manifiesto que existe un área de mejora para desarrollar intervenciones orientadas al primer nivel asistencial tanto en cuestiones generales de mejora de la seguridad como, particularmente, en el soporte a los profesionales involucrados en estos eventos.
7. Considerando las diferencias entre utilidad e implementación de las intervenciones entre quienes tienen un perfil directivo y quienes se centran en la coordinación de actividades de calidad y seguridad, no se observan diferencias en cuanto a percepción de la utilidad. Sin embargo, el grado de implementación es percibido de forma más crítica por los coordinadores.
8. Las actividades planteadas como necesarias tras la valoración de los resultados sobre implantación y utilidad de las diferentes medidas posibles han sido las siguientes.
 - Fomentar la formación en seguridad del paciente e innovar en sus métodos especialmente en el primer nivel asistencial.
 - Promover la elaboración de planes de crisis adaptables a las singularidades de cada centro o institución.
 - Fomentar la formación sobre como interactuar con los pacientes que sufren un evento adverso y facilitar información clara y honesta.
 - Facilitar instrumentos a directivos y coordinadores de calidad para elaborar una respuesta estructurada que permita restituir la imagen institucional

VII. Bibliografía

VII. Bibliografía

1. Crossing the quality chasm: a new system for the 21st century. Washington, D.C.; [Great Britain]: National Academy Press; 2001.
2. Saturno PJ. Seguridad del paciente. Marco conceptual. Enfoques y actividades. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Seguridad del paciente. Unidad Temática 33. 1ª Ed: Universidad de Murcia; 2008.
3. Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [Acceso 07/05/2013]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>.
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991; 324(6): 370-6.
5. Kohn LT, Corrigan 1, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.; [Great Britain]: National Academy Press; 2000.
6. Donaldson L, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. WA. 2006; 184: 69-72.
7. Forward Programme 2006-2007 World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2006.
8. Forward Programme 2008-2009 World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Consejo de Europa. La Seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13-15 de abril de 2005. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=I005439&Site=CM>.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo – Secretaría General de Sanidad – Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Madrid, Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf [Último acceso 8 noviembre 2015]
11. Ministerio de Sanidad y Consumo – Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud*. Madrid. Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf> [Último acceso 8 noviembre 2015]
12. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

13. WHO. World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Geneva: World Health Organization; 2008.
14. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Summary [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.
15. Organización Mundial de la Salud. *Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1* Ginebra; OMS; 2009.
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
[Último acceso 8 noviembre 2015]
16. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés J, García-Montero J, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:12-7.
17. Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:9-17.
18. ACSNI Study Group on Human Factors. Organising for Safety. Third Report to Health and Safety Commission. ACSNI Study Group on Human Factors, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. London: Health and Safety Commission; 1993.
19. Sherman H, Castro G, Fletcher M. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:2-8.
20. Runciman W, Hibbert P, Thomson R. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Intl Qual Health Care*. 2009; 21:18-26.
21. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*. 2000; 320: 726-7.
22. Brandom B, Callahan P, Micalizzi DN. What happens when things go wrong? *Pediatric Anesthesia*. 2011; 21(7): 730-6.
23. Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *Journal of Patient Safety*. 2007; 3(2): 107-19.
24. Hammer A, Emstmann N, Ommen O, Wirtz M, Manser T, Pfeiffer Y, et al. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M). *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:165.
25. European Society for Quality in Health Care [Acceso 07/05/2013]. Disponible en: <http://www.esqh.net/%5D>.
26. Schein E. Organizational culture and leadership. 1997 [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.tnellen.corn/ted/tc/schein.html%5D>.
27. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14(15):364-6.

28. Gaba DM, Singer Si, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*. 2003;45(2):173-85.
29. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(1):11-8.
30. Paine LA, Rosestein BJ, Sexton JB, Kent P, Holzmueller CG, Provonost PJ. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical center: a prospective cohort study. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):547-54.
31. MacDavitt K, Chou SS, Stone PW. Organizational climate and health care outcomes. *Jt Comm 1 Qual Patient Saf*. 2007;3301 Supp0:45-56.
32. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 2000;34(1):215-57.
33. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton 1B, Rowan KM, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int 1 Qual Health Care*. 2010;22(3):151-61.
34. Mardon RE, Khanna K, Sorra 1, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Patient Saf*. 2010;6(4):226-32.
35. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BM1 Qual Saf*. 2011;20(11):102-7.
36. Flin R, Burns C, Meams K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):109-15.
37. Leape LL. Institute of Healthcare Improvement. 2002. Disponible en : <http://www.ihl.org>.
38. Helmreich RL Cockpit management attitudes. *Hum Factors*. 1984;26(5):583-9.
39. Helmreich RL, Merritt A, Sherman P. The Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). Austin, TX: NASA/University of Texas/FAA; 1993.
40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020*. 2015. <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/> [Último acceso 8 noviembre 2015]
41. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad – Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad – Agencia de Calidad del SNS. *Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente, 2005-2011*. 2011. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf [Último acceso 8 noviembre 2015]

42. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J y Grupo de Trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma, Fundación MAPFRE*. 2013; 24(1): 54–60.

43. Seys D, Scott S, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50(5): 678–87.

44. White AA, Waterman A, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for healthcare leaders. *Journal of Clinical Outcomes Management*. 2008; 15(5): 240–7.

45. Gallagher TH, Waterman A, Garbutt J, Kapp J, Chan D, Dunagan C, Fraser V, Levinson W. US and Canadian Physicians' Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166: 1605-11.

46. Schwappach D, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly*. 2009; 139(1-2): 9-15.

47. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Quality & Safety in Health Care*. 2010; 19(6): 746–52.

48. Seys D, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott S, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*. 2013; 36(2): 135-62.

49. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig MM, Hahn-Cover K, Epperly KM, Hall LW. Caring for our own: Developing a systemwide second victim rapid response team. *Journal on Quality and Patient Safety*. 2010; 36(5): 233-40.

50. Scott SD, Hahn-Cover K. The Second Victim Phenomenon: A Silent Epidemic Within our Walls. In *Patient Safety: A Case-Based Comprehensive Guide*. Springer Publishing. Accepted.

51. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. Sharing the load: Rescuing the healer after trauma. *RN*. 2008; 71: 38-43.

52. Scott SD. The second victim phenomenon: A harsh reality of health care professions. *Patient Safety Network – Agency for Healthcare research and Quality – U.S. Department of Health and Human Services*. 2011.

<https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/102> [Último acceso 8 noviembre 2015]

53. Scott SD, Hirschinger LE, McCoig MM, Cox KR, Hahn-Cover K, Hall LW. *The second victim*. En: M.A. DeVita, K. Hillman, & R. Bellomo (eds). *Textbook of rapid response systems*. New York: Springer; 2011 (p 321-30).
54. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. How house officers cope with their mistakes. *The Western Journal of Medicine*. 1993; 159(5): 565–9.
55. Garbutt J, Waterman AD, Kapp JM, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. Lost opportunities: how physicians communicate about medical errors. *Health Affairs (Milwood)*. 2008; 27(1): 246–55.
56. Hu Y, Fix ML, Hevelone ND, Lipsitz SR, Greenberg CC, Weissman JS, et al. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Archives of Surgery*. 2012; 147(3): 212–7.
57. Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. *SEMERGEN*. 2011; 37(6): 280–6.
58. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007; 33(8): 467–76.
59. White AA, Gallagher TH. Medical error and disclosure. *Handbook of Clinical Neurology*. 2013; 118: 107-17.
60. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. *Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas*. 2015 ISBN: 978-84-608-2768-9
61. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research* 2015; 15:151
62. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Research*. 2015; 15: 341.
63. Instituto Nacional de Estadística de España. *España: Datos económicos y financieros*. <http://www.ine.es/fmi/nsdp.htm> [Último acceso 8 noviembre 2015]
64. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Sistema de información de Atención Primaria (SIAP)*. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm> [Último acceso 8 noviembre 2015].

65. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Información estadística de hospitals. Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada (SIAE)*.

66. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de abril de 1987. 91: 11379-83
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-9351 [Último acceso 8 noviembre 2015]

67. Ministerio de Sanidad y Política Social - Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. *Organización General de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas*. 2010.
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Organizacion_General_de_la_AP_2010.pdf [Último acceso 8 noviembre 2015]

68. Instituto Nacional de la Salud - Dirección General de Atención Primaria y Especializada – Subdirección General de Atención Especializada. *Plan de Calidad Atención Especializada, Memoria 1997*. 1998.
<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/memorias/pdf/calidad1997.pdf> [Último acceso 8 noviembre 2015]

69. Medical Indiced Trauma Support Services. *Tools for Building a Clinician and Staff Support Program*. 2010.
<http://www.mitsstools.org/tool-kit-for-staff-support-for-healthcare-organizations.html> [Último acceso 8 noviembre 2015]

70. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana. *Comité Ético de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana*.
<http://www.san.gva.es/web/dgfps/ceic-corporativo-de-atencion-primaria-de-la-comunitat-valenciana> [Último acceso 8 noviembre 2015]

71. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. *Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón*
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142598766123&language=es&pagename=HospitalFundacionHospitalAlcorcon%2FPage%2FHALC_listaIndice [Último acceso 8 noviembre 2015]

72. Iniciativa Strobe. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales.
http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STROBE_short_Spanish.pdf [Último acceso 8 noviembre 2015]

73. Mira JJ, Lorenzo S, Navarro I. Hospital reputation and perceptions of patient safety. *Medical Principles and Practice*. 2014; 23: 92-94.

74. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *British Medical Journal Quality & Safety*. 2012; 21: 267-270.
75. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brand J, Hall LW. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18:325–30.
76. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, et al. *What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event?* *Int J Qual Health Care*. 2011; 23:705–11.
77. Aranaz J, Aibar C, Limon R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*. 2012; 22(6): 921–5.
78. Brugos A, Lorenzo E, Juanenea M, Lezáun MJ, Guillén F, Fernández C. Una propuesta para el pago caputivo, a partir de edad, cronicidad y género, utilizando bases de datos administrativas. *Atención Primaria*. 2000; 25(1): 11-5.
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencin-primaria-27-articulo-una-propuesta-el-pago-capitivo-10985?referer=buscador>
79. López L, Weissman JS, Schneider E, et al. Disclosure of hospital adverse events and its association with patient's ratings of the quality of care. *Archives of Internal Medicine*. 2009; 169: 1888–94.
80. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 22: 371-379.
81. Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Quality & Safety in Health Care*. 2005; 14: 13–7.
82. SEDISA *Informe de SEDISA sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud*. 2013.
[http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/SEDISA_superdefinitivo_profesionalizacion\(1\)\(2\).pdf](http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/SEDISA_superdefinitivo_profesionalizacion(1)(2).pdf) [Último acceso 8 noviembre 2015]

83. Ministerio de Sanidad y Consumo – Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales*. Madrid. Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Establecimiento_Sistema_Nacional_Notificacion.pdf [Último acceso 8 noviembre 2015]

84. Van Gerven E, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Ferderico F, et al. *Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce*. *Pol Arch Med Wewn*. 2014; 124:313–20.

85. AppAndAbout S.L. Sitio de itunes - Agenda para la seguridad del paciente. apple. <https://itunes.apple.com/es/app/agenda-para-la-seguridad-del/id1008897674?l=en&mt=8> 2015. [Último acceso 8 noviembre 2015]

VIII. Anexos

VIII. Anexos

VIII Anexo 1 Grupo Calite

El Grupo Calité es un grupo de estudios para la implantación de la calidad en las organizaciones, Su ámbito de actuaciones se centra fundamentalmente en ofrecer formación y llevar a la práctica I+D en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, del Sistema de Educación Pública universitaria y no universitaria, en la gestión de calidad por las Administraciones Locales y en el apoyo a la introducción de sistemas de calidad en las organizaciones sin ánimo de lucro. Página web del grupo: <http://calite.umh.es/>

El grupo se compone de un equipo interdisciplinar de investigadores, entre los que hay médicos, psicólogos, enfermeros y diplomados en estadística.

Han participado en varios proyectos entre los que se encuentra el que nos ocupa: “Diseño de guías y herramientas para reducir el impacto que los eventos adversos también tienen en los profesionales sanitarios (segundas víctimas) de atención primaria y hospitales (proyecto coordinado)”

Web de referencia del proyecto: <http://calite.umh.es/segundas-victimas/>

Los investigadores de este proyecto son:

- Investigador principal: José Joaquín Mira Solves
- Investigador principal subproyecto coordinado: Susana Lorenzo Martínez
- Equipo de investigación: Carolina Rodrigo Pereira, Elene Oyarzabal Arbide, Guadalupe Olivera Cañadas, María Luisa Torijano Casalengua, Pedro Orbegozo Garate, Juan José Jurado Balbuena, Ana Jesús Bustinduy Bascaran, Ana Jesús González Zumeta, María Carmen Silvestre Busto, María Pilar Astier Peña, Álvaro García Vega, Lena Ferrús Estopa, Jesús María Palacio Lapuente, Julián Vitaller Burillo, Fuencisla Iglesias Alonso, Elena Zavala Aizpurua, Clara Crespillo Andújar, María Esther Renilla Sánchez, Antonio Ochando García, Sira Sanz Márquez, M^a Magdalena Martínez Piédrola, Isabel María Navarro Soler, Cristina Nebot Marzal, Emilio Ignacio García, Pastora Pérez Pérez, Roser Anglès Coll, Sara Guila Fidel Kinori, Araceli López Pérez, María Jesús Gutiérrez Jiménez.

El grupo ha participado en múltiples publicaciones a lo largo de los últimos años, tenemos una referencia detallada en el siguiente enlace: <http://calite.umh.es/publicaciones.asp>

Ponencias y conferencias en las que han intervenido miembros del grupo: <http://calite.umh.es/publicaciones.asp>

VIII Anexo 2. Funciones del Coordinador de Calidad

1. Asesorar al equipo directivo en el diseño del programa de calidad del Centro y su estrategia de implantación.
2. Impulsar la constitución y el funcionamiento de las Comisiones Clínicas (por lo menos las incluidas en el R.D. 521/87) y de la Comisión Central de Garantía de Calidad.
3. Colaborar con la Dirección Médica en la definición de los objetivos de las Comisiones Clínicas.
4. Dinamizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas, fomentando la participación de todos sus miembros y favoreciendo la eficacia de sus sesiones.
5. Colaborar con la Gerencia en el pacto de los objetivos de calidad con cada uno de los Servicios.
6. Diseñar el Plan de Seguimiento y evaluación de objetivos y colaborar con la Gerencia en el control de cumplimiento de los mismos, y elaborar la Memoria anual del Programa de Calidad.
7. Promover la participación de los profesionales en las actividades de mejora de la calidad desarrolladas en el Centro.
8. Facilitar apoyo logístico y metodológico a los profesionales que participen en las actividades de mejora de la calidad.
9. Organizar y llevar a cabo actividades docentes en mejora de la calidad.
10. Impulsar la realización de actividades tendentes a la mejora de la calidad, procurando la difusión interna y externa de las mismas.
11. Colaborar con la Junta Técnico Asistencial del Hospital en todos los temas relativos a la calidad asistencial, e informarla de las actividades desarrolladas en el Hospital.
12. Adecuar e implantar otras funciones que el servicio de salud marque de manera corporativa, en materia de calidad.

*(Funciones del Coordinador de Calidad. Presidencia Ejecutiva de INSALUD, abril de 1997)

VIII Anexo 3 Tablas MSSI

Centros de Salud por CCAA año 2013

Andalucía: 1503

Aragón: 989

Castilla la Mancha 1334

Castilla León 3909

Cataluña 1271

Valencia 860

Madrid 419

País Vasco 319

Áreas de Salud por CCAA año 2013

Andalucía: 33

Aragón: 8

Castilla León: 11

Castilla La Mancha: 8

Cataluña: 7

Comunidad Valenciana: 24

Madrid: 7

País Vasco: 10

Hospitales por CCAA año 2013



ESTADÍSTICA DE CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA : HOSPITALES . AÑO 2013 Tablas por comunidades autónomas

H.1. HOSPITALES SEGÚN DEPENDENCIA.

	Públicos-SNS	Privados	TOTAL
ANDALUCÍA	46	56	102
ARAGÓN	20	9	29
ASTURIAS	11	9	20
ILLES BALEARS	12	12	24
CANARIAS	14	22	36
CANTABRIA	5	3	8
CASTILLA Y LEÓN	16	20	36
CASTILLA-LA MANCHA	20	8	28
CATALUÑA	157	38	195
COMUNIDAD VALENCIANA	38	23	61
EXTREMADURA	10	10	20
GALICIA	19	18	37
MADRID	38	43	81
REGIÓN DE MURCIA	11	15	26
C. FORAL DE NAVARRA	6	5	11
PAÍS VASCO	22	19	41
LA RIOJA	6	1	7
CEUTA Y MELILLA	2	—	2
TOTAL	453	311	764

VIII Anexo 4. Recomendaciones, fuentes e iniciativas revisadas.

De EEUU

1. Institute for Healthcare Improvement
<http://www.ihp.org/resources/Pages/Publications/SupportingInvolvedHealthCareProfessionalsSecondVictims.aspx>
2. Agency for Healthcare Research and Quality
<http://www.ahrq.gov/news/newsroom/commentaries/second-victim-syndrome.html>
3. Medically Induced Trauma Support Services
<http://www.mitss.org>
4. Missouri Hospital
<http://www.muhealth.org/secondvictim>
5. Institute for Patient Safety Excellence at the University of Illinois at Chicago
http://www.cade.uic.edu/sphapps/SPHpub/R/New_Map/Abstract_Summary_t4.asp?pnbr='2010-03738'
6. Physicians Insurance (the Adverse Event Response Team [AVERT] Program)
<http://mikegreenstein.com/media/docs/Physicians-Insurance-Annual-Report-2010.pdf>
7. Kaiser Permanente (support for the patient care team)
<http://www.ihp.org/resources/Documents/KaiserPermanenteImplementationGuidelinesCommunicatingUnanticipatedOutcomesOct02.pdf>
8. Johns Hopkins Hospital
http://m.hopkinsmedicine.org/news/publications/dome/november_2010/the_second_victims
9. Brigham and Women's Hospital, Boston (peer support program)
http://www.brighamandwomens.org/medical_professionals/career/cpps/PeerSupport.aspx
10. National Quality Forum (Care of the Caregiver, an endorsed safe practice)
http://www.hfap.org/pdf/patient_safety.pdf

11. Massachusetts General Hospital (checklist for coaches supporting colleagues after AE)

http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/mgh_checklist_adverse-event-disclosure-guidelines.pdf

12. Washington University Hospital in St Louis

http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/wusm_disclosing_serious_unanticipated_adverse_events_guidelines_07_06_21_revised_08_03_18.pdf

De Reino Unido

Royal College of Physicians,

<http://www.rcplondon.ac.uk/what-we-do/patient-safety/second-victims>

De España

Universidad Miguel Hernández (checklist desarrollada por el grupo CALITÉ),

<http://calite.umh.es/segundas-victimas>

Mira et al. (62)

VIII Anexo 5 Modelo de encuestas usadas

VIII.5.1 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Hospitales

ESTUDIOS OPINIÓN



PI13/0473 - PI13/02120

CONSULTA A COORDINADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE HOSPITALES.

La práctica clínica no está exenta de riesgos. El estudio ENEAS en hospitales españoles determinó que la frecuencia de eventos adversos (EA) oscila alrededor del 10%, mientras que el estudio APEAS, en atención primaria, identificó que la frecuencia de EA oscila alrededor del 1,8%. Un cálculo conservador nos indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún EA para uno o más pacientes, son las denominadas segundas víctimas de los EA.

En este estudio coordinado entre distintas instituciones sanitarias pertenecientes a 8 comunidades autónomas y que es financiado por el FIS y por Fondos Feder, nos proponemos analizar esta situación y elaborar y proponer una serie de recomendaciones, procedimientos y materiales de apoyo para profesionales e instituciones sanitarias, tanto de hospitales como de atención primaria, para afrontar las consecuencias que los EA tienen en los profesionales (segundas víctimas) y en las instituciones (terceras víctimas).

Definimos evento adverso con consecuencias graves como: suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Esta definición incluye: fallos de la organización, diagnósticos incorrectos, errores de prescripción, de uso de medicación o de comunicación entre profesionales o con el paciente siempre que ocasionen un daño en el paciente difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario) o irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte).

Se considerará EA con independencia de que el suceso pudiera haberse evitado o sea inevitable.

A continuación encontrará una serie de intervenciones que le rogamos valore siguiendo estas instrucciones:

- Primero. GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO. En qué medida la intervención propuesta se ha logrado implantar en la totalidad de su centro/institución/ámbito (muy alto) o sólo de forma puntual como experiencia piloto (escaso). Si no está implantada pulse NINGUNO.

- Segundo. GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN. Indique por favor el grado de utilidad que la intervención ha tenido hasta ahora en su centro/institución/ámbito para paliar los efectos de los EA en los profesionales o en la institución o para mejorar las relaciones con los pacientes que han sufrido un EA. En caso de haber contestado en la primera columna NINGUNO, indique aquí el grado de utilidad que Vd. cree que tendría implantar la intervención en su centro/institución/ámbito.

Si lo desea, puede hacer sugerencias al equipo investigador al final de la encuesta. Por favor, no olvide responder a todas las preguntas.

Le recordamos que dado que esta encuesta es ANÓNIMA, NO SE PUEDEN GRABAR A MITAD LAS RESPUESTAS. Por tanto, le rogamos conteste una a una todas las preguntas cuando disponga de unos 30 minutos para responder.

Gracias por su colaboración.

Elementos a valorar:

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro hospital...		
5.- El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día) y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
11.- Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
12.- El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes (hospitalización, urgencias, área quirúrgica o atención ambulatoria) a partir de las fuentes de información de que disponemos (sistema de notificación de incidentes y EA, CMBD, EPINE,...) y compartimos las conclusiones con las Comisiones asistenciales, calidad y seguridad y docencia.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
13.- Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos 3 veces al año.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

2. PLAN DE CRISIS EN CASO DE EA GRAVE. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENE Y SU FAMILIA. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENE Y SU FAMILIA. En nuestro hospital...		
	<input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
10.- El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
11.- Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales). En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- Se ofrece formación a los residentes de todas las especialidades para que sepan cómo actuar en caso de EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

VIII.5.2 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Primaria

ESTUDIOS OPINIÓN

PI13/0473 - PI13/02120

CONSULTA A COORDINADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PRIMARIA.

La práctica clínica no está exenta de riesgos. El estudio ENEAS en hospitales españoles determinó que la frecuencia de eventos adversos (EA) oscila alrededor del 10%, mientras que el estudio APEAS, en atención primaria, identificó que la frecuencia de EA oscila alrededor del 1,8%. Un cálculo conservador nos indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún EA para uno o más pacientes, son las denominadas segundas víctimas de los EA.

En este estudio coordinado entre distintas instituciones sanitarias pertenecientes a 8 comunidades autónomas y que es financiado por el FIS y por Fondos Feder, nos proponemos analizar esta situación y elaborar y proponer una serie de recomendaciones, procedimientos y materiales de apoyo para profesionales e instituciones sanitarias, tanto de hospitales como de atención primaria, para afrontar las consecuencias que los EA tienen en los profesionales (segundas víctimas) y en las instituciones (terceras víctimas).

Definimos evento adverso con consecuencias graves como: suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Esta definición incluye: fallos de la organización, diagnósticos incorrectos, errores de prescripción, de uso de medicación o de comunicación entre profesionales o con el paciente siempre que ocasionen un daño en el paciente difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario) o irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte).

Se considerará EA con independencia de que el suceso pudiera haberse evitado o sea inevitable.

A continuación encontrará una serie de intervenciones que le rogamos valore siguiendo estas instrucciones:

- Primero. GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO. En qué medida la intervención propuesta se ha logrado implantar en la totalidad de su centro/institución/ámbito (muy alto) o sólo de forma puntual como experiencia piloto (escaso). Si no está implantada pulse NINGUNO.

- Segundo. GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN. Indique por favor el grado de utilidad que la intervención ha tenido hasta ahora en su centro/institución/ámbito para paliar los efectos de los EA en los profesionales o en la institución o para mejorar las relaciones con los pacientes que han sufrido un EA. En caso de haber contestado en la primera columna NINGUNO, indique aquí el grado de utilidad que Vd. cree que tendría implantar la intervención en su centro/institución/ámbito.

Si lo desea, puede hacer sugerencias al equipo investigador al final de la encuesta. Por favor, no olvide responder a todas las preguntas.

Le recordamos que dado que esta encuesta es ANÓNIMA, NO SE PUEDEN GRABAR A MITAD LAS RESPUESTAS. Por tanto, le rogamos conteste una a una todas las preguntas cuando disponga de unos 30 minutos para responder.

Gracias por su colaboración.

Elementos a valorar:

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta/ Question	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
	<input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> MUY ALTO
5.- El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
11.- Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
12.- El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes a partir de las fuentes de información de que disponemos y compartimos las conclusiones con las Comisiones asistenciales, calidad y seguridad y docencia.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
13.- Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos 3 veces al año.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

2. PLAN DE CRISIS EN CASO DE UN EA GRAVE. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del centro junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
	<input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el centro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
10.- Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales). En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en nuestros centros de salud.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSITUCIONAL. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- El gabinete de prensa elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- El gabinete de prensa procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del centro para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- Se ofrece formación a los residentes para que sepan cómo actuar en caso de EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

VIII.5.3 Consulta a Directivos y Staff de Hospitales

► CONSULTA:
ATENCIÓN ESPECIALIZADA

► 29/04/2014

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Objetivo

La práctica clínica no está exenta de riesgos. El estudio ENEAS en hospitales españoles determinó que la frecuencia de eventos adversos (EA) oscila alrededor del 10%, mientras que el estudio APEAS, en atención primaria, identificó que la frecuencia de EA oscila alrededor del 1,8%. Un cálculo conservador nos indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún EA para uno o más pacientes, son las denominadas segundas víctimas de los EA.

En este estudio coordinado entre distintas instituciones sanitarias pertenecientes a 8 comunidades autónomas y que es financiado por el FIS y por Fondos FEDER, nos proponemos analizar esta situación y elaborar y proponer una serie de recomendaciones, procedimientos y materiales de apoyo para profesionales e instituciones sanitarias, tanto de hospitales como de atención primaria, para afrontar las consecuencias que los EA tienen en los profesionales (segundas víctimas) y en las instituciones (terceras víctimas).

Definiciones

Definimos evento adverso con consecuencias graves como:

Suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Esta definición incluye:

- Fallos de la organización,
- Diagnósticos incorrectos,
- Errores de prescripción,
- Errores de uso de medicación o de comunicación entre profesionales o con el paciente, siempre que ocasionen un daño en el paciente difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o una consulta o ingreso hospitalario) o irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte).

Se considerará EA con independencia de que el suceso pudiera haberse evitado o sea inevitable.

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de intervenciones que le rogamos valore siguiendo estas instrucciones:

- VALORACIÓN DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO.

En qué medida la intervención propuesta se ha logrado implantar en la totalidad de su centro/institución/ámbito (muy alto) o sólo de forma puntual como experiencia piloto (escaso). Si no está implantada pulse NINGUNO.

- VALORACIÓN DEL GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN.

Indique por favor el grado de utilidad que la intervención ha tenido hasta ahora en su centro/institución/ámbito para paliar los efectos de los EA en los profesionales o en la institución o para mejorar las relaciones con los pacientes que han sufrido un EA. En caso de haber contestado en la primera columna NINGUNO, indique aquí el grado de utilidad que Vd. cree que tendría implantar la intervención en su centro/institución/ámbito.

Si lo desea, puede hacer sugerencias al equipo investigador al final de la encuesta.

Por favor, no olvide responder a todas las preguntas, sus respuestas serán totalmente confidenciales.

Le recordamos que dado que esta encuesta es ANÓNIMA, NO SE PUEDEN GRABAR A MITAD LAS RESPUESTAS. Por tanto, le rogamos conteste una a una todas las preguntas cuando disponga de unos 30 minutos para responder.

Gracias por su colaboración,

Susana Lorenzo Martínez

José Joaquín Mira Solves

CUESTIONARIO

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
1.- Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
2.- Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
3.- Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
4.- Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos).	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
5.- El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

CONSULTA PARA DIRECTIVOS Y STAFF DIRECTIVO DE HOSPITALES

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
6.- Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día) y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
7.- Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
8.- Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
9.- Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
11.- Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
12.- El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes (hospitalización, urgencias, área quirúrgica o atención ambulatoria) a partir de las fuentes de información de que disponemos (sistema de notificación de incidentes y EA, CMBD, EPINE,...) y compartimos las conclusiones con las Comisiones asistenciales, calidad y seguridad y docencia.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
13.- Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos 3 veces al año.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

CONSULTA PARA DIRECTIVOS Y STAFF DIRECTIVO DE HOSPITALES

2. PLAN DE CRISIS EN CASO DE UN EA GRAVE. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
1.- Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
2.- En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
4.- En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, et c.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
1.- Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
2.- Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
3.- Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
4.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
5.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
6.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
7.- Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
8.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
9.- Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
10.- El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
11.- Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales). En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
1.- Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
2.- Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
3.- A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

CONSULTA PARA DIRECTIVOS Y STAFF DIRECTIVO DE HOSPITALES

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales). En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
4.- Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
5.- Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
6.- La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
7.- Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
8.- Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
1.- Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
2.- No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
3.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
4.- El gabinete de prensa del hospital (o concertado) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
5.- Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

CONSULTA PARA DIRECTIVOS Y STAFF DIRECTIVO DE HOSPITALES

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL. En nuestro hospital...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/ INSTITUCIÓN/ ÁMBITO
6.- Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
7.- Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
8.- Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy
9.- Se ofrece formación a los residentes de todas las especialidades para que sepan cómo actuar en caso de EA.	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Escaso <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Muy

Usted desea hacer alguna sugerencia, aquí tiene el espacio para hacerlo

Página 13

VIII.5.4 Consulta a Directivos y Staff de Primaria

ESTUDIOS OPINIÓN



PI13/0473 - PI13/02120

CONSULTA A DIRECTIVOS Y STAFF DIRECTIVO DE PRIMARIA.

La práctica clínica no está exenta de riesgos. El estudio ENEAS en hospitales españoles determinó que la frecuencia de eventos adversos (EA) oscila alrededor del 10%, mientras que el estudio APEAS, en atención primaria, identificó que la frecuencia de EA oscila alrededor del 1,8%. Un cálculo conservador nos indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún EA para uno o más pacientes, son las denominadas segundas víctimas de los EA.

En este estudio coordinado entre distintas instituciones sanitarias pertenecientes a 8 comunidades autónomas y que es financiado por el FIS y por Fondos Feder, nos proponemos analizar esta situación y elaborar y proponer una serie de recomendaciones, procedimientos y materiales de apoyo para profesionales e instituciones sanitarias, tanto de hospitales como de atención primaria, para afrontar las consecuencias que los EA tienen en los profesionales (segundas víctimas) y en las instituciones (terceras víctimas).

Definimos evento adverso con consecuencias graves como: suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Esta definición incluye: fallos de la organización, diagnósticos incorrectos, errores de prescripción, de uso de medicación o de comunicación entre profesionales o con el paciente siempre que ocasionen un daño en el paciente difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto o prolongar el ingreso hospitalario) o irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte).

Se considerará EA con independencia de que el suceso pudiera haberse evitado o sea inevitable.

A continuación encontrará una serie de intervenciones que le rogamos valore siguiendo estas instrucciones:

- Primero. GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO. En qué medida la intervención propuesta se ha logrado implantar en la totalidad de su centro/institución/ámbito (muy alto) o sólo de forma puntual como experiencia piloto (escaso). Si no está implantada pulse NINGUNO.

- Segundo. GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN. Indique por favor el grado de utilidad que la intervención ha tenido hasta ahora en su centro/institución/ámbito para paliar los efectos de los EA en los profesionales o en la institución o para mejorar las relaciones con los pacientes que han sufrido un EA. En caso de haber contestado en la primera columna NINGUNO, indique aquí el grado de utilidad que Vd. cree que tendría implantar la intervención en su centro/institución/ámbito.

Si lo desea, puede hacer sugerencias al equipo investigador al final de la encuesta. Por favor, no olvide responder a todas las preguntas.

Le recordamos que dado que esta encuesta es ANÓNIMA, NO SE PUEDEN GRABAR A MITAD LAS RESPUESTAS. Por tanto, le rogamos conteste una a una todas las preguntas cuando disponga de unos 30 minutos para responder.

Gracias por su colaboración.

Elementos a valorar:

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta/ Question	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos).	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

1. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
5.- El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
10.- Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
11.- Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
12.- El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes a partir de las fuentes de información de que disponemos y compartimos las conclusiones con las Comisiones asistenciales, calidad y seguridad y docencia.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
13.- Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos 3 veces al año.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

2. PLAN DE CRISIS EN CASO DE UN EA GRAVE. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del centro junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
4.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el centro.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
10.- Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales). En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en nuestros centros de salud.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSITUCIONAL. En nuestro Departamento, área de salud, distrito o centro de salud...		
Pregunta	GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO	GRADO DE UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN EN SU CENTRO/INSTITUCIÓN/ÁMBITO
1.- Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
2.- No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
3.- El gabinete de prensa elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
4.- El gabinete de prensa procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
5.- Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
6.- Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del centro para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
7.- Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
8.- Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO
9.- Se ofrece formación a los residentes para que sepan cómo actuar en caso de EA.	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> ESCASO <input type="radio"/> MEDIO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/> MUY ALTO

VIII Anexo 6 Modelo de cartas usadas

VIII.6.1 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Hospitales

Buenos días, te remito información sobre un proyecto de investigación que se está desarrollando en la actualidad a nivel nacional y para el que nos solicitan la colaboración de los Coordinadores de Calidad, así como de los equipos directivos de SALUD. Si te parece adecuado, puedes participar en el mismo siguiendo las siguientes indicaciones.

Los eventos adversos (EA) provocan lesiones, daño o sufrimiento en los pacientes, pero también son causa de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales (segundas víctimas) que se ven involucrados en ellos.

El proyecto dispone de financiación del FIS y Fondos Feder y cuenta con la colaboración del Servicio Aragonés de Salud, con seguimiento desde la Gerencia del SALUD. Se evalúa la problemática de las segundas víctimas y se busca elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, con el propósito de mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

En esta primera fase del estudio se recoge información sobre qué se está haciendo actualmente y con qué resultados. Te rogamos que respondas a este cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la dirección <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=94H1WMJ7>. La clave de acceso al cuestionario es ARG.

El cuestionario recoge un conjunto de posibles intervenciones en las que se ha de valorar si la intervención que se sugiere está implantada en el centro y si sus resultados son positivos. Cualquier sugerencia que se desee realizar sobre el cuestionario se podrá efectuar al final del mismo, una vez valoradas todas las posibles intervenciones.

Por favor, ten en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, estas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor, si quieres participar, **responde antes del 4 de abril**.

Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Gracias por toda tu colaboración

Si contestas al cuestionario, el equipo coordinador del proyecto se pondrá en contacto directamente contigo desde la Universidad Miguel Hernández de Elche, en posteriores consultas. Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

VIII.6.2 Consulta a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Primaria

Buenos días, te remito información sobre un proyecto de investigación que se está desarrollando en la actualidad a nivel nacional y para el que nos solicitan la colaboración de los Coordinadores de Calidad así como de los equipos directivos de SALUD. Si te parece adecuado, puedes participar en el mismo siguiendo las siguientes indicaciones.

Los eventos adversos (EA) provocan lesiones, daño o sufrimiento en los pacientes pero también son causa de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales (segundas víctimas) que se ven involucrados en ellos.

El proyecto dispone de financiación del FIS y Fondos Feder y cuenta con la colaboración del Servicio Aragonés de Salud, con seguimiento desde la Gerencia del SALUD. Se evalúa la problemática de las segundas víctimas y se busca elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, con el propósito de mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

En esta primera fase del estudio se recoge información sobre qué se está haciendo actualmente y con qué resultados. Te rogamos que respondas a este cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la **dirección <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=RD7CMNAO>**. **La clave de acceso al cuestionario es ARG.**

El cuestionario recoge un conjunto de posibles intervenciones en las que se ha de valorar si la intervención que se sugiere está implantada en el centro y si sus resultados son positivos. Cualquier sugerencia que se desee realizar sobre el cuestionario se podrá efectuar al final del mismo, una vez valoradas todas las posibles intervenciones.

Por favor, ten en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, estas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor, si quieres participar, **responde antes del 4 de abril.**

Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Gracias por toda tu colaboración

Si contestas al cuestionario, el equipo coordinador del proyecto se pondrá en contacto directamente contigo desde la Universidad Miguel Hernández de Elche, en posteriores consultas. Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

VIII.6.3 Consulta a Directivos y Staff de Hospitales

Buenos días, te remito información sobre un proyecto de investigación que se está desarrollando en la actualidad a nivel nacional y para el que nos solicitan la colaboración de los Coordinadores de Calidad así como de los equipos directivos de SALUD. Si te parece adecuado, puedes participar en el mismo siguiendo las siguientes indicaciones.

Los eventos adversos (EA) provocan lesiones, daño o sufrimiento en los pacientes pero también son causa de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales (segundas víctimas) que se ven involucrados en ellos.

El proyecto dispone de financiación del FIS y Fondos Feder y cuenta con la colaboración del Servicio Aragonés de Salud, con seguimiento desde la Gerencia del SALUD. Se evalúa la problemática de las segundas víctimas y se busca elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, con el propósito de mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

En esta primera fase del estudio se recoge información sobre qué se está haciendo actualmente y con qué resultados. Te rogamos que un miembro del equipo directivo de tu hospital responda a este cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la dirección <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=KTD67ORJ>. La clave de acceso al cuestionario es ARG.

El cuestionario recoge un conjunto de posibles intervenciones en las que se ha de valorar si la intervención que se sugiere está implantada en el centro y si sus resultados son positivos. Cualquier sugerencia que se desee realizar sobre el cuestionario se podrá efectuar al final del mismo, una vez valoradas todas las posibles intervenciones.

Por favor, ten en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, estas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor, si quieres participar, **responde antes del 4 de abril**.

Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Gracias por toda tu colaboración

Si contestas al cuestionario, el equipo coordinador del proyecto se pondrá en contacto directamente contigo desde la Universidad Miguel Hernández de Elche, en posteriores consultas. Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

VIII.6.4 Consulta a Directivos y Staff de Primaria

Buenos días, te remito información sobre un proyecto de investigación que se está desarrollando en la actualidad a nivel nacional y para el que nos solicitan la colaboración de los Coordinadores de Calidad así como de los equipos directivos de SALUD. Si te parece adecuado, puedes participar en el mismo siguiendo las siguientes indicaciones.

Los eventos adversos (EA) provocan lesiones, daño o sufrimiento en los pacientes pero también son causa de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales (segundas víctimas) que se ven involucrados en ellos.

El proyecto dispone de financiación del FIS y Fondos Feder y cuenta con la colaboración del Servicio Aragonés de Salud, con seguimiento desde la Gerencia del SALUD. Se evalúa la problemática de las segundas víctimas y se busca elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, con el propósito de mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

En esta primera fase del estudio se recoge información sobre qué se está haciendo actualmente y con qué resultados. Te rogamos que un miembro del equipo directivo de la Gerencia de Atención Primaria responda a este cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la **dirección <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=YOIMDTHN>**. **La clave de acceso al cuestionario es ARG.**

El cuestionario recoge un conjunto de posibles intervenciones en las que se ha de valorar si la intervención que se sugiere está implantada en el centro y si sus resultados son positivos. Cualquier sugerencia que se desee realizar sobre el cuestionario se podrá efectuar al final del mismo, una vez valoradas todas las posibles intervenciones.

Por favor, ten en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, estas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor, si quieres participar, **responde antes del 4 de abril**.

Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Gracias por toda tu colaboración

Si contestas al cuestionario, el equipo coordinador del proyecto se pondrá en contacto directamente contigo desde la Universidad Miguel Hernández de Elche, en posteriores consultas. Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

VIII.6.5 Recuerdo a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Hospitales

Como sabe estamos realizando un estudio de alcance nacional con financiación del FIS y Fondos Feder para evaluar la problemática de las segundas víctimas con el propósito de elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, buscando mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

Por esta razón le invitamos hace una semana a participar en el estudio respondiendo a un cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la **dirección** <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=94H1WMJ7>. **La clave de acceso al cuestionario es ARG.**

Si ya ha contestado queremos agradecerle su colaboración. Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Si todavía no ha contestado, le rogamos que no olvide hacerlo. Recuerde que la clave solo funciona con letras mayúsculas.

Por favor, tenga en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, éstas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor responda antes del xxxxxxxx.

Gracias por toda su colaboración

Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

VIII.6.6 Recuerdo a Coordinadores de Calidad y Seguridad de Primaria

Como sabe estamos realizando un estudio de alcance nacional con financiación del FIS y Fondos Feder para evaluar la problemática de las segundas víctimas con el propósito de elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, buscando mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

Por esta razón le invitamos hace una semana a participar en el estudio respondiendo a un cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la **dirección** <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=RD7CMNAO>. **La clave de acceso al cuestionario es ARG.**

Si ya ha contestado queremos agradecerle su colaboración. Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Si todavía no ha contestado, le rogamos que no olvide hacerlo. Recuerde que la clave solo funciona con letras mayúsculas.

Por favor, tenga en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, éstas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor responda antes del xxxxxxxx.

Gracias por su colaboración

Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

VIII.6.7 Recuerdo a Directivos y Staff de Hospitales

Como sabe estamos realizando un estudio de alcance nacional con financiación del FIS y Fondos Feder para evaluar la problemática de las segundas víctimas con el propósito de elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, buscando mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

Por esta razón le invitamos hace una semana a participar en el estudio respondiendo a un cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la **dirección** <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=KTD67ORJ>. **La clave de acceso al cuestionario es ARG.**

Si ya ha contestado queremos agradecerle su colaboración. Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Si todavía no ha contestado, le rogamos que no olvide hacerlo. Recuerde que la clave solo funciona con letras mayúsculas.

Por favor, tenga en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, éstas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor responda antes del xxxxxxxx.

Gracias por su colaboración

Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

VIII.6.8 Recuerdo a Directivos y Staff de Primaria

Como sabe estamos realizando un estudio de alcance nacional con financiación del FIS y Fondos Feder para evaluar la problemática de las segundas víctimas con el propósito de elaborar recomendaciones y guías de actuación para las instituciones sanitarias, tanto hospitales como de atención primaria, buscando mitigar el daño que causan los eventos adversos en los profesionales y en la imagen de las instituciones sanitarias.

Por esta razón le invitamos hace una semana a participar en el estudio respondiendo a un cuestionario online pinchando en el link o acudiendo a la **dirección** <http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=YOIMDTHN>. **La clave de acceso al cuestionario es ARG.**

Si ya ha contestado queremos agradecerle su colaboración. Las conclusiones de este estudio serán volcadas en esta misma página web y servirán para elaborar recomendaciones y un paquete de herramientas útiles a nivel institucional y de los propios profesionales para facilitar el abordaje de este problema.

Si todavía no ha contestado, le rogamos que no olvide hacerlo. Recuerde que la clave solo funciona con letras mayúsculas.

Por favor, tenga en cuenta que para asegurar el anonimato de las respuestas, éstas NO pueden grabarse a mitad para seguir contestando en otro momento y deben contestarse de una sola vez. El tiempo requerido aproximado para contestar el cuestionario es de 25 min. Con la cumplimentación y envío electrónico de este cuestionario, manifiesta su consentimiento en participar en este estudio de segundas víctimas. Por favor responda antes del xxxxxxxx.

Gracias por su colaboración

Para cualquier duda sobre el cuestionario, procedimiento de respuesta o sobre el estudio se puede escribir a la dirección: calite@umh.es

CRISIS PLAN							
In our hospital/health district...	Usefulness			Implementation			
A crisis plan has been developed that sets out what to do in the event of a serious AE in one or more patients.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
In the event of serious AEs, we organize a crisis committee composed of managers of the organizations, clinicians and other healthcare and non-healthcare staff.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
When an EA with serious consequences for any patient occurs, we assure internal communication to avoid rumours. Our procedure assures that staff should have timely and reliable information of what has happened and how to avoid it in the future.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
For all serious AEs, we undertake an internal investigation (root cause analysis, London protocol, etc.) to determine what occurred, when, where, and how, and what were the causes, to avoid them in the future.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT

COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA							
In our hospital/health district...	Usefulness			Implementation			
We have a protocol for deciding who should tell patients (or their relatives) that an AE has occurred and what, when and how they should be told.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
It has been established what roles should be played by the directors of medical services and nursing, nurse supervisors, and the medical and nursing management in the event of an AE.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
It has been established who will interact with and inform the patient (or their relatives) that an AE has occurred.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
The protocol to inform patients that they have suffered an AE specifies that apologizing to the patient is important and necessary	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Patients who have suffered from serious AEs (or their relatives) can, if they wish, access their medical record.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
The organization offers psychological support to patients who have suffered serious AEs (or their relatives).	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Whenever there is a serious AE, we provide swift, clear, honest and complete information to the patients (or their relatives).	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Patients who have suffered from serious AEs (or their relatives) have an identified contact person and method of communication, in the days after the incident, to provide guidance	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT

and answer their questions.							
We launch the necessary processes to ensure that patients (or their relatives) receive appropriate compensation for harm caused by AEs.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Patients or their relatives may participate, at some point in the investigation of the incident, to clarify in detail what occurred and what to do to ensure that it does not happen again.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
We have the caution to follow up the patient who has suffered an AE for a few months to make sure that the consequences have been controlled.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT

SECOND VICTIMS SUPPORT							
In our hospital/health district...	Usefulness			Implementation			
After serious AEs, legal and professional advice is offered from the outset under the organization's insurance policy.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
A protocol has been developed on how to treat second victims of AEs (colleagues in the organization) to analyse what happened and how.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
When addressing feelings and emotions of second victims, the action plan takes into account that most AEs are due to latent errors and many are not preventable	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Health professionals who have been involved in a serious AE have access to a specialized professional in their own organization for support and as a contact person with whom to share their experience to cope with their feelings of blame, stress, and loss of confidence in their professional judgment, to reduce the impact of the AE on them as second victims.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Professionals involved with serious AEs are encouraged and systematically recommended to talk to peers and other colleagues to analyse what has happened and to alleviate the pressure they feel.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Management is always available to talk to second victims of AEs, respecting the rights and individual circumstances of these professionals.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
We are looking for involving second victim in the search of solutions so that the AE never occurs again.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
We have comprehensive programme to guide, counsel, support and help second victims to cope with feelings of blame, stress, and loss of confidence in their professional judgment, to reduce the impact of the AE on them.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT

COMUNICATION AND INSTITUTIONAL IMAGE							
In our hospital/health district...	Usefulness			Implementation			
When an AE attracts intense media coverage, we are very cautious and careful about what personal data are disclosed concerning patients and health professionals involved.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
We do not provide information to the media on an AE without first having analysed what has happened and talked to the professionals involved.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
The communication office issues a press release as quickly as possible, to ensure proactive disclosure and clearly explain what is known at all times regarding the AE.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
The communication office endeavours to be in regular contact with health journalists, to ensure that they are kept well informed about what has happened, in the event of AEs with extensive media coverage.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
We designate a spokesperson to be in charge of communication and media relations.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
When happened an AE with severe consequences for a patient with an inevitable media component, we report what has happened to the rest of the hospital to give them real information and avoid guesses.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
We have a communication plan ensuring that, in the months after news of medical errors in the organization, positive information about our care work is released to help to build trust in the organization and its staff.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Our training plan includes specific training on how to inform patients (or their relatives) that an AE has occurred.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT
Residents receive training on how to act in the event of an AE.	POOR	FAIR	GOOD	NOT YET	POOR	FAIR	EXCELENT

VIII Anexo 8 Lista de Responsables del proyecto en cada CCAA

- Andalucía: Pastora Pérez Pérez
- Comunidad Valenciana: José Joaquín Mira
- Madrid: Susana Lorenzo y Guadalupe Olivera
- Castilla La Mancha: Marisa Torijano y Fuencisla Iglesias
- Aragón: Pilar Astier
- Castilla y León: José Ángel Maderuelo
- País Vasco: Carmen Silvestre
- Cataluña: Lena Ferrús

VIII Anexo 9 Correo de Feed Back en Comunidad Autónoma de Aragón.

A la atención de Directores y Coordinadores de Calidad de Hospitales y Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud:

El año pasado se invitó a participar en una encuesta sobre Seguridad del Paciente y Segundas Víctimas, que formaba parte de un estudio nacional que investigaba la percepción sobre estas cuestiones.

Os enviamos 2 artículos con resultados de este estudio, así como la Guía para Atención a las Segundas Víctimas desarrollada por el grupo investigador.

Se ha desarrollado además una APP para directivos cuyo acceso para su descarga es el siguiente desde app store: Acceso APP:<https://appsto.re/es/k6Oi8.i>

En esta web podéis encontrar desarrollado un tutorial y Kit de autoayuda para Segundas Víctimas:

<http://www.segundasvictimas.es>

Esperamos que la información sea de vuestro interés y os agradecemos de nuevo la atención prestada y la colaboración participando en las encuestas.

Un saludo.

M Pilar Astier Peña y M Pilar Marcos Calvo en nombre del grupo de Investigación Calite de la Universidad Miguel Hernández de Alicante.

En el correo se adjuntaron:

- Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Services Research. (2015) 15:341
- Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Services Research (2015) 15:151
- Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. Mira JJ et al.2015, 50 p.

VIII Anexo 10 Tabla resultados Implantación

Área 1 Encuesta: Cultura de seguridad en la Institución

Tabla 202 Resultados Implantación Área 1

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
1.1. Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).	Ninguno	47	35,9%	30	36,6%	10	13,2%	16	14,0%
	Escaso	49	37,4%	27	32,9%	14	18,4%	24	21,1%
	Medio	19	14,5%	16	19,5%	23	30,3%	31	27,2%
	Alto	11	8,4%	6	7,3%	20	26,3%	34	29,8%
	Muy alto	5	3,8%	3	3,7%	9	11,8%	9	7,9%
1.2. Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.	Ninguno	46	35,7%	29	35,8%	8	10,7%	17	14,9%
	Escaso	45	34,9%	20	24,7%	17	22,7%	33	28,9%
	Medio	25	19,4%	25	30,9%	24	32,0%	38	33,3%
	Alto	12	9,3%	6	7,4%	24	32,0%	25	21,9%
	Muy alto	1	,8%	1	1,2%	2	2,7%	1	,9%
1.3. Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).	Ninguno	33	25,4%	22	26,8%	11	14,5%	24	21,4%
	Escaso	40	30,8%	24	29,3%	23	30,3%	47	42,0%
	Medio	36	27,7%	22	26,8%	22	28,9%	29	25,9%
	Alto	16	12,3%	13	15,9%	14	18,4%	10	8,9%
	Muy alto	5	3,8%	1	1,2%	6	7,9%	2	1,8%

1.4. Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos).	Ninguno	6	4,7%	10	12,3%	5	6,8%	12	10,6%
	Escaso	21	16,3%	9	11,1%	10	13,5%	15	13,3%
	Medio	44	34,1%	30	37,0%	20	27,0%	33	29,2%
	Alto	46	35,7%	24	29,6%	26	35,1%	42	37,2%
	Muy alto	12	9,3%	8	9,9%	13	17,6%	11	9,7%
1.5. El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.	Ninguno	28	29,2%	12	19,0%	10	14,1%	23	23,0%
	Escaso	24	25,0%	15	23,8%	14	19,7%	27	27,0%
	Medio	24	25,0%	14	22,2%	20	28,2%	21	21,0%
	Alto	17	17,7%	17	27,0%	21	29,6%	23	23,0%
	Muy alto	3	3,1%	5	7,9%	6	8,5%	6	6,0%
1.6. Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.	Ninguno	14	10,8%	11	13,4%	4	5,4%	14	12,6%
	Escaso	35	26,9%	16	19,5%	13	17,6%	28	25,2%
	Medio	46	35,4%	32	39,0%	30	40,5%	47	42,3%
	Alto	31	23,8%	23	28,0%	24	32,4%	17	15,3%
	Muy alto	4	3,1%	0	0,0%	3	4,1%	5	4,5%
1.7. Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	Ninguno	12	9,3%	7	8,5%	2	2,6%	1	,9%
	Escaso	30	23,3%	13	15,9%	4	5,3%	7	6,1%
	Medio	33	25,6%	27	32,9%	15	19,7%	21	18,4%
	Alto	30	23,3%	25	30,5%	27	35,5%	39	34,2%
	Muy alto	24	18,6%	10	12,2%	28	36,8%	46	40,4%

1.8. Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	Ninguno	22	17,7%	11	13,9%	4	5,3%	3	2,7%
	Escaso	23	18,5%	23	29,1%	6	8,0%	5	4,5%
	Medio	25	20,2%	13	16,5%	8	10,7%	3	2,7%
	Alto	28	22,6%	19	24,1%	31	41,3%	39	35,1%
	Muy alto	26	21,0%	13	16,5%	26	34,7%	61	55,0%
1.9. Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.	Ninguno	12	9,3%	4	4,9%	2	2,7%	0	0,0%
	Escaso	17	13,2%	16	19,5%	5	6,7%	8	7,0%
	Medio	36	27,9%	32	39,0%	16	21,3%	22	19,3%
	Alto	45	34,9%	23	28,0%	36	48,0%	52	45,6%
	Muy alto	19	14,7%	7	8,5%	16	21,3%	32	28,1%
1.10. Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.	Ninguno	26	20,2%	19	23,5%	3	4,0%	5	4,4%
	Escaso	35	27,1%	28	34,6%	14	18,7%	14	12,4%
	Medio	33	25,6%	22	27,2%	13	17,3%	18	15,9%
	Alto	20	15,5%	7	8,6%	31	41,3%	43	38,1%
	Muy alto	15	11,6%	5	6,2%	14	18,7%	33	29,2%
1.11. Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	Ninguno	22	17,6%	9	11,4%	4	5,3%	9	7,9%
	Escaso	38	30,4%	20	25,3%	19	25,3%	41	36,0%
	Medio	29	23,2%	28	35,4%	24	32,0%	39	34,2%
	Alto	29	23,2%	20	25,3%	26	34,7%	19	16,7%
	Muy alto	7	5,6%	2	2,5%	2	2,7%	6	5,3%

1.12. El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes a partir de las fuentes de información de que disponemos y compartimos las conclusiones con las Comisiones asistenciales, calidad y seguridad y docencia.	Ninguno	35	27,6%	17	20,7%	13	17,3%	15	13,3%
	Escaso	35	27,6%	33	40,2%	19	25,3%	35	31,0%
	Medio	30	23,6%	18	22,0%	20	26,7%	25	22,1%
	Alto	14	11,0%	10	12,2%	13	17,3%	29	25,7%
	Muy alto	13	10,2%	4	4,9%	10	13,3%	9	8,0%
1.13. Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos 3 veces al año.	Ninguno	33	25,4%	20	24,7%	13	17,3%	24	21,4%
	Escaso	46	35,4%	35	43,2%	18	24,0%	36	32,1%
	Medio	32	24,6%	13	16,0%	19	25,3%	22	19,6%
	Alto	13	10,0%	11	13,6%	19	25,3%	26	23,2%
	Muy alto	6	4,6%	2	2,5%	6	8,0%	4	3,6%

Área 2 Encuesta: Plan de Crisis en caso de un EA

Tabla 203 Resultados Implantación Área 2

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
2.1. Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	Ninguno	58	45,7%	31	37,8%	19	25,7%	46	40,7%
	Escaso	30	23,6%	20	24,4%	10	13,5%	22	19,5%
	Medio	19	15,0%	19	23,2%	19	25,7%	17	15,0%
	Alto	13	10,2%	10	12,2%	19	25,7%	17	15,0%
	Muy alto	7	5,5%	2	2,4%	7	9,5%	11	9,7%
2.2. En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del centro junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	Ninguno	50	39,4%	20	25,0%	13	17,3%	22	19,8%
	Escaso	25	19,7%	13	16,3%	8	10,7%	21	18,9%
	Medio	23	18,1%	18	22,5%	15	20,0%	31	27,9%
	Alto	23	18,1%	26	32,5%	25	33,3%	25	22,5%
	Muy alto	6	4,7%	3	3,8%	14	18,7%	12	10,8%
2.3. Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	Ninguno	27	21,4%	9	11,3%	6	8,0%	10	8,9%
	Escaso	34	27,0%	12	15,0%	7	9,3%	33	29,5%
	Medio	33	26,2%	27	33,8%	26	34,7%	30	26,8%
	Alto	27	21,4%	30	37,5%	27	36,0%	30	26,8%
	Muy alto	5	4,0%	2	2,5%	9	12,0%	9	8,0%

2.4. En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro.	Ninguno	27	21,3%	13	16,3%	4	5,4%	3	2,7%
	Escaso	34	26,8%	18	22,5%	12	16,2%	17	15,2%
	Medio	33	26,0%	20	25,0%	14	18,9%	33	29,5%
	Alto	20	15,7%	25	31,3%	22	29,7%	36	32,1%
	Muy alto	13	10,2%	4	5,0%	22	29,7%	23	20,5%

Área 3 Encuesta: Comunicación y Transparencia con el Paciente y su familia

Tabla 204 Resultados Implantación Área 3

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
3.1. Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	66	51,6%	24	30,0%	14	19,2%	50	43,9%
	Escaso	23	18,0%	22	27,5%	14	19,2%	28	24,6%
	Medio	20	15,6%	16	20,0%	22	30,1%	17	14,9%
	Alto	17	13,3%	17	21,3%	19	26,0%	16	14,0%
	Muy alto	2	1,6%	1	1,3%	4	5,5%	3	2,6%
3.2. Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	Ninguno	90	71,4%	39	48,8%	17	23,9%	49	43,8%
	Escaso	24	19,0%	24	30,0%	20	28,2%	35	31,3%
	Medio	9	7,1%	12	15,0%	13	18,3%	16	14,3%
	Alto	3	2,4%	5	6,3%	20	28,2%	10	8,9%
	Muy alto	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	2	1,8%
3.3. Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	83	69,7%	34	45,3%	29	40,8%	79	70,5%
	Escaso	18	15,1%	15	20,0%	16	22,5%	19	17,0%
	Medio	9	7,6%	17	22,7%	18	25,4%	10	8,9%
	Alto	8	6,7%	9	12,0%	8	11,3%	2	1,8%
	Muy alto	1	,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,8%
3.4. El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	Ninguno	27	22,9%	9	11,4%	27	42,9%	72	71,3%
	Escaso	14	11,9%	3	3,8%	8	12,7%	13	12,9%
	Medio	17	14,4%	11	13,9%	12	19,0%	10	9,9%
	Alto	39	33,1%	34	43,0%	13	20,6%	4	4,0%
	Muy alto	21	17,8%	22	27,8%	3	4,8%	2	2,0%

3.5. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	Ninguno	64	53,8%	28	36,4%	4	5,6%	16	14,7%
	Escaso	19	16,0%	17	22,1%	9	12,7%	10	9,2%
	Medio	15	12,6%	13	16,9%	6	8,5%	8	7,3%
	Alto	19	16,0%	15	19,5%	25	35,2%	36	33,0%
	Muy alto	2	1,7%	4	5,2%	27	38,0%	39	35,8%
3.6. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el centro.	Ninguno	19	15,4%	4	5,0%	13	18,3%	42	38,9%
	Escaso	35	28,5%	19	23,8%	14	19,7%	16	14,8%
	Medio	40	32,5%	26	32,5%	15	21,1%	13	12,0%
	Alto	27	22,0%	28	35,0%	19	26,8%	28	25,9%
	Muy alto	2	1,6%	3	3,8%	10	14,1%	9	8,3%
3.7. Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	Ninguno	46	36,8%	18	23,1%	3	4,1%	13	11,7%
	Escaso	32	25,6%	15	19,2%	12	16,4%	26	23,4%
	Medio	23	18,4%	22	28,2%	27	37,0%	38	34,2%
	Alto	21	16,8%	20	25,6%	22	30,1%	28	25,2%
	Muy alto	3	2,4%	3	3,8%	9	12,3%	6	5,4%
3.8. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	Ninguno	49	41,9%	21	28,4%	9	12,5%	33	30,0%
	Escaso	30	25,6%	18	24,3%	14	19,4%	29	26,4%
	Medio	24	20,5%	24	32,4%	21	29,2%	22	20,0%
	Alto	13	11,1%	10	13,5%	23	31,9%	23	20,9%
	Muy alto	1	,9%	1	1,4%	5	6,9%	3	2,7%
3.9. Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	70	59,3%	26	34,2%	8	11,3%	27	25,2%
	Escaso	24	20,3%	21	27,6%	21	29,6%	25	23,4%
	Medio	11	9,3%	13	17,1%	19	26,8%	28	26,2%
	Alto	12	10,2%	16	21,1%	20	28,2%	23	21,5%
	Muy alto	1	,8%	0	0,0%	3	4,2%	4	3,7%

3.10. El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	Ninguno	44	37,3%	18	23,4%	27	37,5%	54	49,1%
	Escaso	25	21,2%	21	27,3%	24	33,3%	36	32,7%
	Medio	31	26,3%	20	26,0%	11	15,3%	13	11,8%
	Alto	18	15,3%	17	22,1%	7	9,7%	6	5,5%
	Muy alto	0	0,0%	1	1,3%	3	4,2%	1	,9%
3.11. Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	Ninguno	0	0,0%	0	0,0%	7	9,7%	24	21,6%
	Escaso	0	0,0%	0	0,0%	18	25,0%	32	28,8%
	Medio	0	0,0%	0	0,0%	18	25,0%	24	21,6%
	Alto	0	0,0%	0	0,0%	22	30,6%	25	22,5%
	Muy alto	0	0,0%	0	0,0%	7	9,7%	6	5,4%

Área 4 Encuesta: Atención a Segundas Víctimas (profesionales)

Tabla 205 Resultados Implantación Área 4

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
4.1. Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.	Ninguno	19	17,0%	14	18,2%	9	13,0%	14	13,7%
	Escaso	16	14,3%	8	10,4%	10	14,5%	18	17,6%
	Medio	33	29,5%	16	20,8%	11	15,9%	15	14,7%
	Alto	35	31,3%	34	44,2%	23	33,3%	37	36,3%
	Muy alto	9	8,0%	5	6,5%	16	23,2%	18	17,6%
4.2. Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	Ninguno	82	67,2%	42	52,5%	40	56,3%	87	79,8%
	Escaso	25	20,5%	12	15,0%	10	14,1%	10	9,2%
	Medio	7	5,7%	19	23,8%	11	15,5%	6	5,5%
	Alto	7	5,7%	7	8,8%	8	11,3%	3	2,8%
	Muy alto	1	,8%	0	0,0%	2	2,8%	3	2,8%
4.3. A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	Ninguno	66	55,5%	29	39,2%	26	38,8%	66	66,7%
	Escaso	23	19,3%	17	23,0%	13	19,4%	10	10,1%
	Medio	18	15,1%	22	29,7%	14	20,9%	9	9,1%
	Alto	7	5,9%	6	8,1%	11	16,4%	12	12,1%
	Muy alto	5	4,2%	0	0,0%	3	4,5%	2	2,0%

4.4. Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	Ninguno	73	61,9%	35	43,8%	23	31,5%	59	53,2%
	Escaso	25	21,2%	22	27,5%	23	31,5%	20	18,0%
	Medio	13	11,0%	14	17,5%	16	21,9%	18	16,2%
	Alto	3	2,5%	8	10,0%	7	9,6%	9	8,1%
	Muy alto	4	3,4%	1	1,3%	4	5,5%	5	4,5%
4.5. Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	Ninguno	46	38,3%	15	19,5%	12	16,4%	39	34,8%
	Escaso	28	23,3%	19	24,7%	16	21,9%	31	27,7%
	Medio	26	21,7%	24	31,2%	20	27,4%	28	25,0%
	Alto	18	15,0%	18	23,4%	15	20,5%	12	10,7%
	Muy alto	2	1,7%	1	1,3%	10	13,7%	2	1,8%
4.6. La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	Ninguno	10	8,2%	4	5,1%	3	4,1%	9	8,2%
	Escaso	21	17,2%	3	3,8%	6	8,2%	17	15,5%
	Medio	31	25,4%	15	19,2%	9	12,3%	27	24,5%
	Alto	45	36,9%	44	56,4%	34	46,6%	41	37,3%
	Muy alto	15	12,3%	12	15,4%	21	28,8%	16	14,5%

4.7. Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en nuestros centros de salud.	Ninguno	29	24,6%	12	15,8%	11	15,1%	16	14,8%
	Escaso	31	26,3%	13	17,1%	14	19,2%	21	19,4%
	Medio	28	23,7%	21	27,6%	17	23,3%	31	28,7%
	Alto	27	22,9%	26	34,2%	23	31,5%	33	30,6%
	Muy alto	3	2,5%	4	5,3%	8	11,0%	7	6,5%
4.8. Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.	Ninguno	84	70,0%	47	59,5%	41	56,9%	86	78,9%
	Escaso	23	19,2%	18	22,8%	12	16,7%	15	13,8%
	Medio	10	8,3%	13	16,5%	5	6,9%	5	4,6%
	Alto	2	1,7%	1	1,3%	9	12,5%	1	,9%
	Muy alto	1	,8%	0	0,0%	5	6,9%	2	1,8%

Área 5 Encuesta: Comunicación e Imagen Institucional.

Tabla 206 Resultados Implantación Área 5

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	
5.1. Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.	Ninguno	9	7,3%	2	2,5%	0	0,0%	3	2,7%
	Escaso	11	8,9%	6	7,6%	6	7,9%	8	7,1%
	Medio	28	22,8%	11	13,9%	7	9,2%	13	11,6%
	Alto	54	43,9%	41	51,9%	36	47,4%	56	50,0%
	Muy alto	21	17,1%	19	24,1%	27	35,5%	32	28,6%
5.2. No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	Ninguno	12	11,2%	6	7,5%	2	2,8%	4	3,7%
	Escaso	6	5,6%	3	3,8%	2	2,8%	2	1,9%
	Medio	14	13,1%	9	11,3%	6	8,3%	15	14,0%
	Alto	43	40,2%	32	40,0%	26	36,1%	44	41,1%
	Muy alto	32	29,9%	30	37,5%	36	50,0%	42	39,3%
5.3. El gabinete de prensa elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	Ninguno	43	43,9%	11	14,9%	12	18,8%	18	17,8%
	Escaso	12	12,2%	10	13,5%	6	9,4%	16	15,8%
	Medio	16	16,3%	14	18,9%	12	18,8%	25	24,8%
	Alto	25	25,5%	28	37,8%	24	37,5%	27	26,7%
	Muy alto	2	2,0%	11	14,9%	10	15,6%	15	14,9%

5.4. El gabinete de prensa procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.	Ninguno	45	47,9%	12	17,6%	15	22,7%	23	22,8%
	Escaso	16	17,0%	12	17,6%	7	10,6%	18	17,8%
	Medio	16	17,0%	16	23,5%	13	19,7%	24	23,8%
	Alto	15	16,0%	22	32,4%	22	33,3%	26	25,7%
	Muy alto	2	2,1%	6	8,8%	9	13,6%	10	9,9%
5.5. Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.	Ninguno	39	40,2%	15	20,8%	11	16,9%	14	14,0%
	Escaso	12	12,4%	7	9,7%	9	13,8%	15	15,0%
	Medio	17	17,5%	10	13,9%	9	13,8%	19	19,0%
	Alto	26	26,8%	34	47,2%	23	35,4%	32	32,0%
	Muy alto	3	3,1%	6	8,3%	13	20,0%	20	20,0%
5.6. Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del centro para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	Ninguno	20	19,6%	10	12,8%	13	18,6%	32	32,3%
	Escaso	30	29,4%	10	12,8%	17	24,3%	32	32,3%
	Medio	30	29,4%	18	23,1%	18	25,7%	21	21,2%
	Alto	19	18,6%	35	44,9%	17	24,3%	12	12,1%
	Muy alto	3	2,9%	5	6,4%	5	7,1%	2	2,0%

5.7. Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	Ninguno	58	54,7%	23	31,1%	24	33,8%	55	53,4%
	Escaso	15	14,2%	20	27,0%	16	22,5%	15	14,6%
	Medio	17	16,0%	17	23,0%	12	16,9%	19	18,4%
	Alto	14	13,2%	13	17,6%	13	18,3%	9	8,7%
	Muy alto	2	1,9%	1	1,4%	6	8,5%	5	4,9%
5.8. Implantación. Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	68	58,1%	25	32,5%	20	27,8%	59	53,2%
	Escaso	29	24,8%	21	27,3%	21	29,2%	26	23,4%
	Medio	16	13,7%	24	31,2%	18	25,0%	20	18,0%
	Alto	4	3,4%	5	6,5%	10	13,9%	4	3,6%
	Muy alto	0	0,0%	2	2,6%	3	4,2%	2	1,8%
5.9. Implantación. Se ofrece formación a los residentes para que sepan cómo actuar en caso de EA.	Ninguno	49	49,0%	22	34,9%	24	34,3%	41	42,3%
	Escaso	26	26,0%	16	25,4%	20	28,6%	29	29,9%
	Medio	16	16,0%	21	33,3%	16	22,9%	16	16,5%
	Alto	7	7,0%	4	6,3%	7	10,0%	9	9,3%
	Muy alto	2	2,0%	0	0,0%	3	4,3%	2	2,1%

VIII Anexo 11 Tabla resultados Utilidad

Área 1 Encuesta: Cultura de seguridad en la Institución

Tabla 207 Resultados Utilidad Área 1

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital + ambos			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
1.1. Periódicamente se realizan estudios para determinar la frecuencia de eventos adversos (EA).	Ninguno	9	7,3%	8	10,3%	4	5,3%	5	4,4%
	Escaso	18	14,5%	7	9,0%	6	7,9%	11	9,6%
	Medio	26	21,0%	19	24,4%	23	30,3%	36	31,6%
	Alto	54	43,5%	36	46,2%	31	40,8%	45	39,5%
	Muy alto	17	13,7%	8	10,3%	12	15,8%	17	14,9%
1.2. Hacemos un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA.	Ninguno	9	7,3%	7	9,0%	3	4,0%	5	4,4%
	Escaso	17	13,8%	10	12,8%	9	12,0%	13	11,4%
	Medio	24	19,5%	18	23,1%	14	18,7%	23	20,2%
	Alto	56	45,5%	36	46,2%	38	50,7%	58	50,9%
	Muy alto	17	13,8%	7	9,0%	11	14,7%	15	13,2%
1.3. Periódicamente se realizan estudios sobre conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con la seguridad del paciente (cultura de seguridad) que compartimos entre los profesionales (incluyendo el equipo Directivo).	Ninguno	6	4,8%	6	7,5%	3	3,9%	6	5,5%
	Escaso	17	13,5%	14	17,5%	15	19,7%	26	23,6%
	Medio	29	23,0%	16	20,0%	20	26,3%	32	29,1%
	Alto	58	46,0%	37	46,3%	32	42,1%	37	33,6%
	Muy alto	16	12,7%	7	8,8%	6	7,9%	9	8,2%

1.4. Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos).	Ninguno	2	1,6%	3	3,8%	3	4,1%	4	3,5%
	Escaso	11	8,7%	6	7,5%	6	8,1%	13	11,5%
	Medio	32	25,4%	15	18,8%	11	14,9%	24	21,2%
	Alto	57	45,2%	44	55,0%	40	54,1%	52	46,0%
	Muy alto	24	19,0%	12	15,0%	14	18,9%	20	17,7%
1.5. El plan de formación para residentes de las distintas especialidades contempla objetivos y contenidos específicos en seguridad del paciente.	Ninguno	12	12,2%	7	10,9%	7	9,9%	8	8,0%
	Escaso	15	15,3%	9	14,1%	6	8,5%	15	15,0%
	Medio	18	18,4%	9	14,1%	16	22,5%	19	19,0%
	Alto	39	39,8%	28	43,8%	31	43,7%	45	45,0%
	Muy alto	14	14,3%	11	17,2%	11	15,5%	13	13,0%
1.6. Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora nuevo personal y contamos con un protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.	Ninguno	5	3,9%	2	2,5%	2	2,7%	4	3,6%
	Escaso	16	12,6%	5	6,3%	5	6,7%	12	10,8%
	Medio	28	22,0%	21	26,3%	20	26,7%	20	18,0%
	Alto	57	44,9%	41	51,3%	35	46,7%	45	40,5%
	Muy alto	21	16,5%	11	13,8%	13	17,3%	30	27,0%
1.7. Contamos con un sistema de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	Ninguno	4	3,2%	3	3,7%	2	2,7%	0	0,0%
	Escaso	18	14,3%	5	6,2%	8	10,7%	9	7,9%
	Medio	20	15,9%	15	18,5%	8	10,7%	19	16,7%
	Alto	45	35,7%	39	48,1%	31	41,3%	52	45,6%
	Muy alto	39	31,0%	19	23,5%	26	34,7%	34	29,8%

1.8. Nuestro sistema de notificación está organizado de tal forma que NO sea posible identificar a los profesionales que se hayan visto involucrados en el incidente o en el EA para garantizar su seguridad jurídica.	Ninguno	9	7,4%	4	5,2%	3	4,0%	1	,9%
	Escaso	11	9,1%	14	18,2%	3	4,0%	3	2,7%
	Medio	24	19,8%	14	18,2%	11	14,7%	12	10,9%
	Alto	43	35,5%	32	41,6%	36	48,0%	47	42,7%
	Muy alto	34	28,1%	13	16,9%	22	29,3%	47	42,7%
1.9. Promovemos entre los profesionales la notificación de incidentes y EA desde una cultura no punitiva que es comprendida, compartida y bien valorada entre los profesionales.	Ninguno	4	3,1%	2	2,5%	0	0,0%	0	0,0%
	Escaso	16	12,6%	11	13,6%	8	10,5%	10	8,8%
	Medio	24	18,9%	18	22,2%	13	17,1%	19	16,7%
	Alto	55	43,3%	34	42,0%	40	52,6%	42	36,8%
	Muy alto	28	22,0%	16	19,8%	15	19,7%	43	37,7%
1.10. Comprobamos periódicamente la tasa de notificación de incidentes y EA por parte de los profesionales para actuar si fuera necesario y promover la notificación.	Ninguno	7	5,7%	6	7,7%	2	2,7%	3	2,7%
	Escaso	22	17,9%	10	12,8%	11	14,7%	5	4,4%
	Medio	28	22,8%	16	20,5%	16	21,3%	25	22,1%
	Alto	41	33,3%	37	47,4%	31	41,3%	49	43,4%
	Muy alto	25	20,3%	9	11,5%	15	20,0%	31	27,4%
1.11. Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, expresando nuestras disculpas y si procede una compensación, reconociendo cuando así sea que se ha producido un	Ninguno	8	6,5%	5	6,5%	3	4,0%	4	3,5%
	Escaso	17	13,7%	10	13,0%	12	16,0%	23	20,2%
	Medio	24	19,4%	16	20,8%	15	20,0%	23	20,2%
	Alto	56	45,2%	38	49,4%	33	44,0%	49	43,0%
	Muy alto	19	15,3%	8	10,4%	12	16,0%	15	13,2%

1.12. El Equipo Directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes a partir de las fuentes de información de que disponemos y compartimos las conclusiones con las Comisiones asistenciales, calidad y seguridad y docencia.	Ninguno	11	8,9%	6	7,7%	5	6,7%	4	3,5%
	Escaso	15	12,2%	8	10,3%	10	13,3%	13	11,5%
	Medio	20	16,3%	20	25,6%	16	21,3%	23	20,4%
	Alto	52	42,3%	36	46,2%	32	42,7%	48	42,5%
	Muy alto	25	20,3%	8	10,3%	12	16,0%	25	22,1%
1.13. Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones clínicas en el Centro sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro, al menos 3 veces al año.	Ninguno	10	7,9%	6	7,7%	5	6,7%	9	8,0%
	Escaso	19	15,1%	14	17,9%	9	12,0%	11	9,8%
	Medio	23	18,3%	14	17,9%	18	24,0%	16	14,3%
	Alto	53	42,1%	34	43,6%	31	41,3%	57	50,9%
	Muy alto	21	16,7%	10	12,8%	12	16,0%	19	17,0%

Área 2 Encuesta: Plan de Crisis en caso de un EA

Tabla 208 Resultados Utilidad Área 2

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital + ambos			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	
2.1. Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	Ninguno	16	12,9%	11	13,9%	6	8,2%	14	12,4%
	Escaso	10	8,1%	7	8,9%	4	5,5%	7	6,2%
	Medio	15	12,1%	11	13,9%	15	20,5%	17	15,0%
	Alto	52	41,9%	40	50,6%	28	38,4%	47	41,6%
	Muy alto	31	25,0%	10	12,7%	20	27,4%	28	24,8%
2.2. En el caso de un EA con efectos graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del centro junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	Ninguno	14	11,2%	8	10,4%	6	8,0%	8	7,3%
	Escaso	11	8,8%	6	7,8%	6	8,0%	11	10,0%
	Medio	18	14,4%	10	13,0%	10	13,3%	18	16,4%
	Alto	58	46,4%	42	54,5%	35	46,7%	47	42,7%
	Muy alto	24	19,2%	11	14,3%	18	24,0%	26	23,6%
2.3. Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	Ninguno	10	8,1%	5	6,4%	1	1,4%	4	3,6%
	Escaso	13	10,6%	6	7,7%	3	4,1%	16	14,5%
	Medio	19	15,4%	13	16,7%	20	27,4%	14	12,7%
	Alto	54	43,9%	47	60,3%	30	41,1%	52	47,3%
	Muy alto	27	22,0%	7	9,0%	19	26,0%	24	21,8%

2.4. En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno (ACR, Protocolo de Londres, etc.) para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas para, además, evitar que suceda en el futuro	Ninguno	8	6,5%	6	7,7%	1	1,3%	3	2,7%
	Escaso	12	9,8%	6	7,7%	8	10,7%	6	5,4%
	Medio	15	12,2%	11	14,1%	10	13,3%	23	20,7%
	Alto	51	41,5%	41	52,6%	27	36,0%	45	40,5%
	Muy alto	37	30,1%	14	17,9%	29	38,7%	34	30,6%

Área 3 Encuesta: Comunicación y Transparencia con el Paciente y su familia

Tabla 209 Resultados Utilidad Área 3

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital + ambos			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	
3.1. Está acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	15	12,4%	7	9,1%	4	5,5%	16	14,3%
	Escaso	12	9,9%	10	13,0%	6	8,2%	9	8,0%
	Medio	22	18,2%	18	23,4%	18	24,7%	20	17,9%
	Alto	52	43,0%	38	49,4%	36	49,3%	47	42,0%
	Muy alto	20	16,5%	4	5,2%	9	12,3%	20	17,9%
3.2. Está acordado el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	Ninguno	21	17,5%	8	10,4%	3	4,1%	15	13,9%
	Escaso	15	12,5%	14	18,2%	12	16,4%	12	11,1%
	Medio	15	12,5%	18	23,4%	15	20,5%	20	18,5%
	Alto	48	40,0%	33	42,9%	36	49,3%	46	42,6%
	Muy alto	21	17,5%	4	5,2%	7	9,6%	15	13,9%
3.3. Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	20	17,7%	6	8,1%	9	12,5%	21	19,3%
	Escaso	8	7,1%	8	10,8%	9	12,5%	13	11,9%
	Medio	16	14,2%	19	25,7%	17	23,6%	16	14,7%
	Alto	54	47,8%	34	45,9%	30	41,7%	43	39,4%
	Muy alto	15	13,3%	7	9,5%	7	9,7%	16	14,7%
3.4. El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	Ninguno	11	9,6%	3	3,9%	8	12,5%	24	23,5%
	Escaso	12	10,5%	4	5,2%	8	12,5%	8	7,8%
	Medio	24	21,1%	21	27,3%	7	10,9%	13	12,7%
	Alto	47	41,2%	33	42,9%	30	46,9%	42	41,2%
	Muy alto	20	17,5%	16	20,8%	11	17,2%	15	14,7%
3.5. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA, con consecuencias graves, si lo desea, puede acceder a su historia clínica.	Ninguno	19	16,2%	12	16,2%	1	1,4%	7	6,8%
	Escaso	10	8,5%	9	12,2%	11	15,9%	8	7,8%
	Medio	22	18,8%	19	25,7%	7	10,1%	20	19,4%
	Alto	49	41,9%	26	35,1%	24	34,8%	37	35,9%
	Muy alto	17	14,5%	8	10,8%	26	37,7%	31	30,1%

3.6. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el centro.	Ninguno	6	5,1%	2	2,6%	5	7,0%	15	14,2%
	Escaso	11	9,3%	7	9,0%	9	12,7%	8	7,5%
	Medio	24	20,3%	17	21,8%	14	19,7%	19	17,9%
	Alto	57	48,3%	40	51,3%	28	39,4%	45	42,5%
	Muy alto	20	16,9%	12	15,4%	15	21,1%	19	17,9%
3.7. Siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecemos al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	Ninguno	10	8,3%	3	3,9%	2	2,7%	5	4,7%
	Escaso	14	11,7%	10	13,2%	6	8,2%	9	8,4%
	Medio	17	14,2%	17	22,4%	15	20,5%	22	20,6%
	Alto	60	50,0%	38	50,0%	29	39,7%	51	47,7%
	Muy alto	19	15,8%	8	10,5%	21	28,8%	20	18,7%
3.8. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	Ninguno	13	11,8%	9	12,5%	2	2,8%	10	9,3%
	Escaso	19	17,3%	11	15,3%	8	11,1%	13	12,1%
	Medio	22	20,0%	19	26,4%	13	18,1%	18	16,8%
	Alto	42	38,2%	26	36,1%	37	51,4%	49	45,8%
	Muy alto	14	12,7%	7	9,7%	12	16,7%	17	15,9%
3.9. Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	14	12,1%	8	11,1%	2	2,9%	8	7,7%
	Escaso	20	17,2%	16	22,2%	13	18,6%	12	11,5%
	Medio	28	24,1%	20	27,8%	18	25,7%	27	26,0%
	Alto	43	37,1%	25	34,7%	27	38,6%	45	43,3%
	Muy alto	11	9,5%	3	4,2%	10	14,3%	12	11,5%
3.10. El paciente o algún familiar puede participar, en algún momento de la investigación sobre el incidente, para aclarar con detalle qué ha podido pasar e identificar qué hacer para que no vuelva a suceder.	Ninguno	14	12,0%	8	10,7%	15	21,1%	15	14,0%
	Escaso	16	13,7%	11	14,7%	12	16,9%	23	21,5%
	Medio	20	17,1%	13	17,3%	17	23,9%	32	29,9%
	Alto	56	47,9%	36	48,0%	21	29,6%	31	29,0%
	Muy alto	11	9,4%	7	9,3%	6	8,5%	6	5,6%
3.11. Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	Ninguno	0	0,0%	0	0,0%	2	2,9%	5	4,5%
	Escaso	0	0,0%	0	0,0%	12	17,1%	13	11,8%
	Medio	0	0,0%	0	0,0%	13	18,6%	22	20,0%
	Alto	0	0,0%	0	0,0%	34	48,6%	50	45,5%
	Muy alto	0	0,0%	0	0,0%	9	12,9%	20	18,2%

Área 4 Encuesta: Atención a Segundas Víctimas (profesionales)

Tabla 210 Resultados Utilidad Área 4

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital + ambos			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
4.1. Tras ocurrir un EA con consecuencias graves, la póliza de seguros contratada por la institución ofrece, desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional.	Ninguno	4	3,5%	5	6,7%	3	4,4%	6	6,0%
	Escaso	12	10,5%	3	4,0%	6	8,8%	8	8,0%
	Medio	20	17,5%	13	17,3%	5	7,4%	10	10,0%
	Alto	55	48,2%	41	54,7%	32	47,1%	46	46,0%
	Muy alto	23	20,2%	13	17,3%	22	32,4%	30	30,0%
4.2. Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (compañeros del centro) para analizar qué y cómo ha sucedido.	Ninguno	17	14,5%	10	13,2%	11	15,9%	26	24,5%
	Escaso	11	9,4%	4	5,3%	8	11,6%	7	6,6%
	Medio	11	9,4%	19	25,0%	9	13,0%	11	10,4%
	Alto	57	48,7%	33	43,4%	28	40,6%	39	36,8%
	Muy alto	21	17,9%	10	13,2%	13	18,8%	23	21,7%
4.3. A la hora de abordar los sentimientos y sensaciones personales de las segundas víctimas, el protocolo de actuación contempla que la mayoría de EA son fallos organizativos y que muchos son no prevenibles.	Ninguno	12	10,3%	9	12,3%	8	11,9%	22	22,2%
	Escaso	13	11,2%	8	11,0%	12	17,9%	7	7,1%
	Medio	20	17,2%	26	35,6%	11	16,4%	13	13,1%
	Alto	49	42,2%	24	32,9%	25	37,3%	37	37,4%
	Muy alto	22	19,0%	6	8,2%	11	16,4%	20	20,2%

4.4. Los profesionales que se han visto involucrados en un EA, con consecuencias graves, tienen a su disposición un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	Ninguno	16	13,9%	13	16,9%	4	5,6%	17	15,9%
	Escaso	12	10,4%	7	9,1%	13	18,3%	9	8,4%
	Medio	12	10,4%	17	22,1%	12	16,9%	13	12,1%
	Alto	47	40,9%	30	39,0%	25	35,2%	42	39,3%
	Muy alto	28	24,3%	10	13,0%	17	23,9%	26	24,3%
4.5. Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	Ninguno	12	10,3%	5	6,7%	3	4,2%	13	11,8%
	Escaso	11	9,4%	5	6,7%	10	14,1%	11	10,0%
	Medio	19	16,2%	20	26,7%	11	15,5%	22	20,0%
	Alto	50	42,7%	35	46,7%	28	39,4%	44	40,0%
	Muy alto	25	21,4%	10	13,3%	19	26,8%	20	18,2%
4.6. La Dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	Ninguno	6	5,1%	2	2,7%	0	0,0%	5	4,5%
	Escaso	3	2,6%	0	0,0%	6	8,3%	3	2,7%
	Medio	17	14,5%	14	18,7%	7	9,7%	25	22,7%
	Alto	61	52,1%	41	54,7%	30	41,7%	48	43,6%
	Muy alto	30	25,6%	18	24,0%	29	40,3%	29	26,4%

4.7. Procuramos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en nuestros centros de salud.	Ninguno	8	6,9%	4	5,5%	3	4,2%	6	5,7%
	Escaso	14	12,1%	4	5,5%	8	11,3%	9	8,5%
	Medio	18	15,5%	13	17,8%	13	18,3%	13	12,3%
	Alto	53	45,7%	39	53,4%	29	40,8%	57	53,8%
	Muy alto	23	19,8%	13	17,8%	18	25,4%	21	19,8%
4.8. Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los EA en los profesionales.	Ninguno	18	15,5%	16	21,1%	13	18,6%	25	24,0%
	Escaso	11	9,5%	9	11,8%	7	10,0%	8	7,7%
	Medio	14	12,1%	16	21,1%	8	11,4%	10	9,6%
	Alto	48	41,4%	29	38,2%	26	37,1%	33	31,7%
	Muy alto	25	21,6%	6	7,9%	16	22,9%	28	26,9%

Área 5 Encuesta: Comunicación e Imagen Institucional.

Tabla 211 Resultados Utilidad Área 5

		Nivel asistencial							
		Atención primaria				Hospital + ambos			
		Perfil profesional				Perfil profesional			
		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo		Coordinadores de calidad y seguridad		Directivo y staff directivo	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	
5.1. Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal de pacientes y profesionales que se facilita cuando ocurre un EA con impacto mediático.	Ninguno	5	4,1%	2	2,6%	0	0,0%	1	,9%
	Escaso	3	2,5%	5	6,5%	0	0,0%	2	1,8%
	Medio	17	14,0%	8	10,4%	8	11,1%	10	9,1%
	Alto	56	46,3%	37	48,1%	31	43,1%	58	52,7%
	Muy alto	40	33,1%	25	32,5%	33	45,8%	39	35,5%
5.2. No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	Ninguno	6	5,5%	4	5,1%	0	0,0%	2	1,9%
	Escaso	4	3,6%	2	2,6%	2	2,8%	1	,9%
	Medio	10	9,1%	10	12,8%	7	9,7%	13	12,3%
	Alto	46	41,8%	33	42,3%	25	34,7%	46	43,4%
	Muy alto	44	40,0%	29	37,2%	38	52,8%	44	41,5%
5.3. El gabinete de prensa elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	Ninguno	13	12,9%	7	9,5%	3	4,7%	7	6,9%
	Escaso	7	6,9%	5	6,8%	5	7,8%	5	5,0%
	Medio	21	20,8%	12	16,2%	16	25,0%	21	20,8%
	Alto	47	46,5%	35	47,3%	25	39,1%	48	47,5%
	Muy alto	13	12,9%	15	20,3%	15	23,4%	20	19,8%

5.4. El gabinete de prensa procura mantener contacto con periodistas especializados en salud a lo largo de todo el año, para informar correctamente de qué ha sucedido, en el caso de un EA con impacto mediático.	Ninguno	18	18,8%	8	11,3%	5	7,6%	8	8,1%
	Escaso	10	10,4%	6	8,5%	6	9,1%	9	9,1%
	Medio	23	24,0%	13	18,3%	13	19,7%	29	29,3%
	Alto	34	35,4%	34	47,9%	31	47,0%	36	36,4%
	Muy alto	11	11,5%	10	14,1%	11	16,7%	17	17,2%
5.5. Se designa un portavoz para que se haga cargo de la comunicación y relación con los medios.	Ninguno	14	14,1%	7	9,7%	4	6,3%	5	4,9%
	Escaso	6	6,1%	3	4,2%	4	6,3%	8	7,8%
	Medio	22	22,2%	11	15,3%	10	15,6%	16	15,7%
	Alto	47	47,5%	39	54,2%	29	45,3%	47	46,1%
	Muy alto	10	10,1%	12	16,7%	17	26,6%	26	25,5%
5.6. Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del centro para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	Ninguno	9	8,6%	5	6,8%	4	5,6%	11	11,1%
	Escaso	9	8,6%	2	2,7%	5	7,0%	12	12,1%
	Medio	24	22,9%	15	20,3%	21	29,6%	23	23,2%
	Alto	48	45,7%	41	55,4%	28	39,4%	38	38,4%
	Muy alto	15	14,3%	11	14,9%	13	18,3%	15	15,2%

5.7. Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el centro, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	Ninguno	15	14,2%	9	12,5%	8	11,3%	21	20,6%
	Escaso	7	6,6%	8	11,1%	5	7,0%	7	6,9%
	Medio	23	21,7%	19	26,4%	19	26,8%	20	19,6%
	Alto	46	43,4%	28	38,9%	26	36,6%	40	39,2%
	Muy alto	15	14,2%	8	11,1%	13	18,3%	14	13,7%
5.8. Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	Ninguno	18	15,8%	10	13,7%	5	7,0%	18	16,8%
	Escaso	13	11,4%	9	12,3%	11	15,5%	12	11,2%
	Medio	19	16,7%	13	17,8%	14	19,7%	13	12,1%
	Alto	46	40,4%	30	41,1%	32	45,1%	45	42,1%
	Muy alto	18	15,8%	11	15,1%	9	12,7%	19	17,8%
5.9. Se ofrece formación a los residentes para que sepan cómo actuar en caso de EA.	Ninguno	11	11,0%	11	17,7%	8	11,4%	11	11,5%
	Escaso	12	12,0%	6	9,7%	9	12,9%	13	13,5%
	Medio	16	16,0%	14	22,6%	11	15,7%	14	14,6%
	Alto	42	42,0%	25	40,3%	30	42,9%	37	38,5%
	Muy alto	19	19,0%	6	9,7%	12	17,1%	21	21,9%

VIII Anexo 12 Recopilación de las Sugerencias aportadas en texto libre por los participantes en la encuesta.

“En nuestro Área contamos con una Comisión de Seguridad en la que está presenta la Dirección y es multidisciplinar. Desde aquí en colaboración con las unidades se realizan Análisis Causa Raíz y se establecen medidas correctoras y se hace seguimiento de las mismas. La Comisión es la encargada de velar por la Seguridad del Paciente, organizando la comunicación con el usuario y evitando así mismo, efectos colaterales a segundas víctimas.”

“No disponemos de residentes en nuestro hospital.”

“Las respuestas contestadas con " no seleccionado " no son aplicables a la dimensión de nuestro hospital.”

“En nuestro sistema de notificación, la identificación del profesional es voluntaria. La mayoría de los profesionales se identifican.”

“Indudablemente nos queda mucho camino por recorrer, pero vamos mejorando en los últimos años, aunque muy lentamente.”

“Es un tema muy delicado sobre el que no hay suficiente conocimiento y formación entre los profesionales y donde la cultura general imperante (profesional y social) difícilmente da cobertura a una información totalmente transparente.”

“La encuesta es muy útil de cara a una reflexión sobre manejo de efectos adversos y atención a los profesionales, pacientes y familiares implicados. De aquí nos han surgido ideas de actuación en la Unidad Funcional de Gestión y Riesgos.”

“Las preguntas en las que se ha dejado "no seleccionado" es porque se desconoce la respuesta, en cualquier caso, si se realiza alguna acción por parte de la dirección o de los diferentes servicios, no son conocidas por el resto del personal ni de la UFGR.”

“Dado que el grado de implantación es ninguno, escaso o medio los apartados del grado de utilidad es la opinión que yo considero.”

“Es difícil valorar la segunda columna (Grado de la utilidad práctica de la intervención) ya que los criterios de valoración propuestos son muy diferentes (no sabes qué valorar: la institución, la comunicación...)”

“Media de los 9 centros de Atención Primaria de la OSI.”

“Estamos faltos de una cultura de seguridad y todavía impera la creencia del carácter punitivo y por miedo a las consecuencias no se notifican la mayoría de los eventos. Esto requiere un cambio cultural y hacer evidentes las mejoras que se derivan y como se pueden disminuir las consecuencias en los pacientes con un buen análisis causa raíz del evento.”

“En el Área, disponemos de una comisión de seguridad donde se realizan los análisis Causa Raíz de los Incidentes notificados por los profesionales y se encargan ellos mismos de la implantación de las áreas de mejora y de la comunicación y manejo de las situaciones complicadas relacionadas con estos incidentes. Los presidentes de esta comisión son personal directivo.”

“Las cuestiones planteadas me han parecido de gran utilidad, espero que los cuestionarios recibidos sirvan para elaborar recomendaciones que adopten las instituciones y servicios o al menos sirvan de referencia para cambiar la cultura de seguridad en un futuro próximo.”

“No hemos tenido ningún EA con impacto mediático por lo que no se responden las preguntas 3 y 4 del apartado 5.- comunicación e imagen institucional.”

“Nuestro centro no es un hospital sino un Centro de Atención primaria por lo que algunas preguntas son difíciles de responder ya que funcionamos de forma diferente en la primaria que en el Hospital. No somos un centro docente, no tenemos residentes.”

"Punto 1, pregunta 1: Se contesta medio entendiendo que se refiere a estudios de determinados eventos adversos (caídas, úlceras por presión, dolor...)"

“Los apartados comunicados como "no seleccionado" se refieren a protocolos no desarrollados en nuestro centro.”

“Es una prueba.”

“Algunas de las respuestas, las relacionadas con el gabinete de prensa, las supongo por algún caso sucedido en otro hospital del grupo, pero no porque las conozca de primera mano.”

“Sugiero que se comience cuanto antes mejor, a dar formación es en Seguridad del Paciente a los altos directivos de Osakidetza y de cada una de sus organizaciones.”

“En las Unidades de Críticos de nuestro Centro existen planes formativos de comunicación con los familiares de los pacientes con temas relacionados. (Donación...)”

“Hasta el 1/1/2013 nuestro hospital dependía del Área funcional de Albacete. Llevamos pues, un sólo año de autonomía.”

“Desde mi punto de vista falta la implicación de la Dirección, dejan todo en nuestras manos y que vayamos haciendo; el liderazgo en estos temas lo deben marcar ellos y nos deben apoyar y facilitar los recursos de tiempo, personas y material para llevar a cabo el trabajo en Seguridad del Paciente. Si empezáramos por poder impartir formación en horario de trabajo, que parece imposible organizar, avanzaríamos mucho.”

VIII Anexo 13 Comparación de Proporciones con Resultados Significativos

IMPLANTACIÓN

Comparación entre Coordinadores y Directivos.

Se exponen en tabla sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Tabla 212 Comparación Coordinadores y Directivos Implantación (por nivel asistencial)

Hospital	Preg. 1.3	Chi-cuadrado	6,274
		gl	1
		sig	0,012
	Preg. 1.5	Chi-cuadrado	4,437
		gl	1
		sig	0,035
	Preg. 1.6	Chi-cuadrado	4,517
		gl	1
		sig	0,034
Atención Primaria	Preg. 2.2	Chi-cuadrado	6,236
		gl	1
		sig	0,013
	Preg. 2.3	Chi-cuadrado	10,031
		gl	1
		sig	0,002
Hospital	Preg. 2.1	Chi-cuadrado	7,890
		gl	1
		sig	0,005
	Preg. 2.3	Chi-cuadrado	9,496
		gl	1
		sig	0,002
Atención Primaria	Preg. 3.2	Chi-cuadrado	5,563
		gl	1
		sig	0,018
	Preg. 3.3	Chi-cuadrado	10,017
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 3.4	Chi-cuadrado	9,202
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 3.6	Chi-cuadrado	4,727
		gl	1
		sig	0,030
	Preg. 3.7	Chi-cuadrado	7,824
		gl	1
		sig	0,005

	Preg. 3.8	Chi-cuadrado	4,216
		gl	1
		sig	0,040
	Preg. 3.9	Chi-cuadrado	7,392
		gl	1
		sig	0,007
Hospital	Preg. 3.1	Chi-cuadrado	6,383
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.2	Chi-cuadrado	10,161
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 3.3	Chi-cuadrado	14,800
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.4	Chi-cuadrado	16,169
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.6	Chi-cuadrado	4,221
		gl	1
		sig	0,040
	Preg. 3.7	Chi-cuadrado	4,519
		gl	1
		sig	0,034
Preg. 3.8	Chi-cuadrado	10,425	
	gl	1	
	sig	0,001	
Preg. 3.11	Chi-cuadrado	4,379	
	gl	1	
	sig	0,036	
Atención Primaria	Preg. 4.2	Chi-cuadrado	12,193
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 4.4	Chi-cuadrado	3,905
		gl	1
		sig	0,048
	Preg. 4.5	Chi-cuadrado	5,807
		gl	1
		sig	0,016
	Preg. 4.6	Chi-cuadrado	8,351
		gl	1
		sig	0,004
Preg. 4.7	Chi-cuadrado	6,052	
	gl	1	
	sig	0,014	
Hospital	Preg. 4.2	Chi-cuadrado	9,901
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 4.3	Chi-cuadrado	6,466
		gl	1

		sig	0,011
	Preg. 4.5	Chi-cuadrado	10,341
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 4.8	Chi-cuadrado	12,397
		gl	1
		sig	0,000
Atención Primaria	Preg. 5.3	Chi-cuadrado	13,160
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.4	Chi-cuadrado	13,862
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.5	Chi-cuadrado	8,168
		gl	1
		sig	0,004
	Preg. 5.6	Chi-cuadrado	10,165
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 5.8	Chi-cuadrado	12,861
		gl	1
		sig	0,000
Preg. 5.9	Chi-cuadrado	3,918	
	gl	1	
	sig	0,048	
Hospital	Preg. 5.6	Chi-cuadrado	7,887
		gl	1
		sig	0,005
	Preg. 5.8	Chi-cuadrado	7,849
		gl	1
		sig	0,005

IMPLANTACIÓN

Comparación entre Atención Primaria y Hospital.

Se exponen en tabla sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Tabla 213 Comparación Atención Primaria y Hospital Implantación (por perfil profesional)

Coordinadores de Calidad	Preg. 1.1	Chi-cuadrado	34,332
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.2	Chi-cuadrado	26,770
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.5	Chi-cuadrado	6,825
		gl	1
		sig	0,009
	Preg. 1.6	Chi-cuadrado	4,668
		gl	1
		sig	0,031
	Preg. 1.7	Chi-cuadrado	16,223
		gl	1
		sig	0,000
Preg. 1.8	Chi-cuadrado	12,315	
	gl	1	
	sig	0,000	
Preg. 1.9	Chi-cuadrado	5,641	
	gl	1	
	sig	0,018	
Preg. 1.10	Chi-cuadrado	12,173	
	gl	1	
	sig	0,000	
Preg. 1.11	Chi-cuadrado	5,801	
	gl	1	
	sig	0,016	
Preg. 1.13	Chi-cuadrado	7,225	
	gl	1	
	sig	0,007	
Directores	Preg. 1.1	Chi-cuadrado	22,610
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.2	Chi-cuadrado	5,242
		gl	1
		sig	0,022
	Preg. 1.7	Chi-cuadrado	11,756
		gl	1
		sig	0,001

	Preg. 1.8	Chi-cuadrado	34,412
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.9	Chi-cuadrado	11,756
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 1.10	Chi-cuadrado	35,697
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.12	Chi-cuadrado	5,322
		gl	1
		sig	0,021
Preg. 1.13	Chi-cuadrado	4,008	
	gl	1	
	sig	0,045	
Coordinadores	Preg 2.1	Chi-cuadrado	17,417
		gl	1
		sig	0,000
	Preg 2.2	Chi-cuadrado	18,235
		gl	1
		sig	0,000
	Preg 2.3	Chi-cuadrado	19,523
		gl	1
		sig	0,000
	Preg 2.4	Chi-cuadrado	13,799
		gl	1
		sig	0,000
Directores	Preg 2.4	Chi-cuadrado	10,443
		gl	1
		sig	0,001
Coordinadores	Preg. 3.1	Chi-cuadrado	18,573
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.2	Chi-cuadrado	37,342
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.3	Chi-cuadrado	11,544
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 3.4	Chi-cuadrado	7,302
		gl	1
		sig	0,007
	Preg. 3.5	Chi-cuadrado	47,068
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.7	Chi-cuadrado	32,409
		gl	1
		sig	0,000

	Preg. 3.8	Chi-cuadrado	22,709
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.9	Chi-cuadrado	29,388
		gl	1
		sig	0,000
Directivos	Preg. 3.3	Chi-cuadrado	13,126
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.4	Chi-cuadrado	84,854
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.5	Chi-cuadrado	22,874
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.6	Chi-cuadrado	11,670
		gl	1
		sig	0,001
	Preg. 3.10	Chi-cuadrado	20,566
		gl	1
		sig	0,000
Coordinadores	Preg. 4.2	Chi-cuadrado	8,834
		gl	1
		sig	0,003
	Preg. 4.3	Chi-cuadrado	5,492
		gl	1
		sig	0,019
	Preg. 4.4	Chi-cuadrado	9,760
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 4.5	Chi-cuadrado	9,897
		gl	1
		sig	0,002
	Preg. 4.6	Chi-cuadrado	4,793
		gl	1
		sig	0,029
	Preg. 4.7	Chi-cuadrado	5,032
		gl	1
		sig	0,025
	Preg. 4.8	Chi-cuadrado	7,840
		gl	1
		sig	0,005
Directivos	Preg. 4.2	Chi-cuadrado	13,266
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 4.3	Chi-cuadrado	4,345
		gl	1
		sig	0,037

	Preg. 4.5	Chi-cuadrado	6,205
		gl	1
		sig	0,013
	Preg. 4.6	Chi-cuadrado	6,779
		gl	1
		sig	0,009
	Preg. 4.8	Chi-cuadrado	4,778
		gl	1
		sig	0,029
Coordinadores	Preg. 5.2	Chi-cuadrado	5,068
		gl	1
		sig	0,024
	Preg. 5.3	Chi-cuadrado	12,259
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.4	Chi-cuadrado	15,471
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.5	Chi-cuadrado	7,519
		gl	1
		sig	0,006
	Preg. 5.8	Chi-cuadrado	15,247
		gl	1
		sig	0,000
Directivos	Preg. 5.6	Chi-cuadrado	26,619
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 5.8	Chi-cuadrado	6,100
		gl	1
		sig	0,014

UTILIDAD

Comparación entre Coordinadores y Directivos.

Se exponen en tabla sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Tabla 214 Comparación Coordinadores y Directivos Utilidad (por nivel asistencial)

Hospital	Preg. 1.10	Chi-cuadrado	4,777
		gl	1
		sig	0,029
	Preg. 2.3	Chi-cuadrado	6,213
		gl	1
		sig	0,013
Atención Primaria	Preg. 3.4	Chi-cuadrado	4,265
		gl	1
		sig	0,039

Comparación entre Atención Primaria y Hospital.

Se exponen en tabla sólo las preguntas en las que la comparación ha dado resultados estadísticamente significativos.

Tabla 215 Comparación Atención Primaria y Hospital Utilidad (por perfil profesional)

Directivos	Preg. 1.8	Chi-cuadrado	17,003
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 1.10	Chi-cuadrado	7,579
		gl	1
		sig	0,006
Coordinadores	Preg. 2.3	Chi-cuadrado	6,740
		gl	1
		sig	0,009
	Preg. 3.8	Chi-cuadrado	5,665
		gl	1
		sig	0,017
Directivos	Preg. 3.4	Chi-cuadrado	12,783
		gl	1
		sig	0,000
	Preg. 3.5	Chi-cuadrado	5,073
		gl	1
		sig	0,024
	Preg. 3.9	Chi-cuadrado	4,513
		gl	1
		sig	0,034
	Preg. 5.6	Chi-cuadrado	5,604
		gl	1
		sig	0,018

