

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS

Proyecto Séneca

INFORME TÉCNICO DICIEMBRE 2008

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS

Proyecto Séneca

INFORME TÉCNICO DICIEMBRE 2008

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO: 351-09-033-9

Deposito Legal: CA263/09

Maquetación: Daniel Fernández Izquiano

<http://www.060.es>

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS

Proyecto Séneca

INFORME TÉCNICO DICIEMBRE 2008

Este Proyecto responde al Convenio establecido entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Universidad de Cádiz



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



Agradecimientos

A todas las instituciones y profesionales que han colaborado en el trabajo.

Nuestro agradecimiento a todos los panelistas, asociaciones profesionales, de pacientes y revisores que han hecho posible este trabajo.

A todos los centros sanitarios que han autorizado el pilotaje del modelo y a los treinta y cinco hospitales que han aceptado ser incluidos en el estudio de campo.

Autores

Titularidad del Estudio

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Sanidad y Política Social
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid

Dirección del Proyecto

Emilio Ignacio García

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

José Rodríguez Escobar

Jefe de Servicio
Agencia de Calidad Sanitaria
Ministerio de Sanidad y Consumo

Comité Director

Carmen Luisa Díaz Álvarez

Gema Escobar Aguilar

Cesar García Pérez

José Miguel González Ruiz

Juan José Jurado Balbuena

Francisco J. Lozano Olea

Francisco Moreno Del Nido

Antonio Ruiz Hontangas

Tomás Sebastián Viana

Investigadores

Elena Altarribas Bolsa

Unidad de calidad del Servicio Aragonés de salud. Zaragoza

Carmen Luisa Díaz Álvarez

Enfermera Área del corazón- Cirugía Cardíaca
Hospital U. Central de Asturias

Gema Escobar Aguilar

Enfermera de apoyo a la investigación. Investén-
Isciii. Instituto de Salud Carlos III.
Madrid

Lena Ferrús Estopà

Responsable Corporativa de la Seguretat del
Pacient
Consorci Sanitari Integral
L'Hospitalet de Llobregat

Rosa Garcés García

Enfermera supervisora. Área Ambulatoria
Hospital Manacor. Mallorca

Cesar García Pérez

Profesor
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Ángela Garrido Bartolomé

Dirección de Enfermería
Consorcio Hospital General Universitario
Valencia

José Miguel González Ruiz

Enfermero Supervisor hospitalización Medicina
Interna.
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

M^a Jesús González Sánchez

Subdirectora de Enfermería
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Rosa González Gutiérrez-Solana

Subdirectora de Enfermería.
Complejo Hospitalario Universitario Juan
Canalejo. A Coruña

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

Francisco J. Lozano Olea
Enfermero supervisor del Área de Docencia,
Investigación y Calidad
Hospital de Manacor. Mallorca

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

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

Antonio Pineda Soriano
Subdirector de Enfermería
Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz

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

Antonio Ruiz Hontangas
Director Enfermería
Consortio Hospital General Universitario
Valencia

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

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

Javier Terol Fernández
Dirección Asistencial
Centro Hospitalario de Alta Resolución
(CHARE) . Benalmádena. Málaga

Trabajo de campo
(Pilotaje)

Eva López Bienvenido
Enfermera. Cádiz

Investigadores de Apoyo

José Almenara Barrios
Profesor
Universidad de Cádiz

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

Dolores Cruzado García
Jefe de Bloque Docencia, Calidad y
Investigación.
Hospital U. "Puerta del Mar". Cádiz

Elvira Fernández de la Mota
Consejería de Salud
Sevilla

Julio de la Torre Fdez. Trujillo
Profesor
Universidad de Cádiz

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

Juan Manuel Ignacio García
Profesor
Universidad de Cádiz

Susana Lorenzo Martínez
Responsable de Calidad
Fundación hospital Alcorcón. Madrid

José Manuel Martín Vázquez
Director Gerente
Hospital Virgen de la Victoria

José J. Mira Solves
Profesor
Universidad Miguel Hernández

José Moreno Peralta

Enfermero
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

Pedro Parra Hidalgo

Presidente de la Sociedad
Española de Calidad Asistencial

M^a Jesús Rodríguez Cornejo

Profesora
Universidad de Cádiz

Antonio Torres Olivera

Director Gerente de la Agencia de Calidad
Sanitaria. Junta de Andalucía. Sevilla

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

Índice

Prólogo	19
Introducción	21
Hipótesis conceptual	25
Objetivo general	25
Hipótesis operativas	25
Objetivos específicos	26
Material y método	26
Resultados fase I y II	39
Análisis de la fiabilidad y la validez	41
I. Cuestionarios de percepción de seguridad de pacientes y profesionales	
II. Modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (SENECA 100)	
Resultados del pilotaje	47
Discusión	55
1. Validez, fiabilidad y viabilidad del modelo propuesto para evaluar la seguridad de los cuidados prestados en centros hospitalarios	55
2. Discusión de los resultados obtenidos al pilotar el modelo en cinco hospitales del Sistema Nacional de Salud	60
Bibliografía	65
Anexo I Modelo Séneca 100.....	77
Anexo II Herramienta para la autoevaluación.....	205
Anexo III Herramienta para la recogida de información sobre la percepción de seguridad del paciente	221
Anexos IV Herramienta para la recogida de información sobre la percepción de seguridad de pacientes de los profesionales	229
Anexos V Instrucciones para el uso de la aplicación de recogida de datos del proyecto Séneca.....	237
Glosario de términos	243
Panelistas participantes	249

Prólogo

El Ministerio de Sanidad y Política Social en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene la misión de potenciar la cohesión y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones.

Para ello, al igual que hacen los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno, se desarrollan diversas estrategias cuyo denominador común es su orientación **hacia una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible**.

Desde el año 2006, y en base al mandato de la segunda Conferencia de Presidentes de las Comunidades Autónomas, el MSC ha diseñado el Plan de Calidad para el SNS. Los principios que lo inspiran son conseguir un SNS *centrado en los pacientes, orientado a la equidad y a la excelencia clínica*, en el que se impulsan las nuevas tecnologías, haya cada vez más transparencia y se evalúa el logro de los resultados.

El Plan de Calidad para el SNS incluye 6 grandes áreas de actuación que pretenden dar respuesta a los retos planteados.

1. Protección, promoción de la salud y prevención
2. Fomento de la equidad
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud
4. Fomento de la excelencia clínica
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos
6. Aumento de la transparencia

Una de las estrategias prioritarias en ambas ediciones del Plan es fomentar la excelencia clínica y, dentro de ella, **mejorar la seguridad de los pacientes** atendidos en los centros sanitarios del SNS.

La seguridad de los pacientes ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias - quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos - como para los gestores y profesionales - que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente -.

Basta revisar la literatura científica para comprobar la importancia que ha cobrado en los últimos años los temas relacionados con la seguridad de los pacientes. La propia Organización Mundial de la Salud ha planteado una **gran alianza mundial para el abordaje de la seguridad del paciente** cuando accede a los sistemas sanitarios.

Desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud se han propiciado multitud de estudios e investigaciones relacionadas con la prevalencia e incidencia de eventos adversos en el Sistema Nacional de Salud.

El trabajo que tienen en sus manos es un ejemplo de ello. El mismo surge de un convenio financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Cádiz en el que participa un grupo de investigadores enfermeros de todo el país.

El objetivo de este proyecto, en la fase de desarrollo en la que se encuentra, es la *elaboración de un modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales* del sistema nacional de salud.

Este manual contiene dos partes diferenciadas, en la primera aparece un informe técnico exhaustivo que explica con rigor el trabajo realizado por el grupo de investigación. En un apartado posterior, se presenta el modelo de seguridad de cuidados que ha sido confeccionado con la participación de muchos profesionales, pacientes y asociaciones ciudadanas.

Por último, adjunto al manual, se ofrece una aplicación informática que permite *la autoevaluación del centro hospitalario* utilizando como referencia el modelo de seguridad de cuidados.

Desde la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo queremos destacar el trabajo realizado en la elaboración de este modelo de seguridad para los cuidados de los pacientes y agradecer la alta participación de profesionales y asociaciones que han posibilitado con sus conocimientos y aportaciones que este modelo sea hoy una realidad.

Deseamos que este trabajo sirva a las organizaciones hospitalarias y a sus profesionales para realizar autoevaluaciones con el modelo de seguridad para los cuidados de los pacientes. Estas evaluaciones sin dudas identificarán áreas relacionadas con la seguridad de los cuidados susceptibles de ser mejoradas.

Pablo Rivero Corte

Director General

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Política Social

Introducción

La Ley General de Sanidad¹ y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud² recogen como una de las características fundamentales del Sistema Español de Salud, “la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados”. Igualmente, la Unión Europea³ recomienda a todos los estados miembros el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud que recoge, entre otros aspectos, que los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación objetiva realizada por organismos independientes.

La seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial. La complejidad creciente de los sistemas sanitarios y por ende de la práctica clínica ha pasado de abordajes simples, poco efectivos y relativamente seguros a un panorama actual donde la asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa⁴.

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero desde que en 1999 se publicó el libro «To err is Human: building a safer health system»⁵, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

La propia Organización Mundial de la Salud⁶ se plantea, a partir de 2004, una gran Alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. El programa de la Alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «Ante todo, no hacer daño».

Así mismo, el Consejo de Europa establece en 2005 la «Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo»⁷. En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema

1.- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE 29/04/1986.

2.- Ley 16/2003 de 28 de Mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003.

3.- Recomendación del Consejo de Ministros Europeos de 30 de Septiembre de 1997.

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

5.- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000.

6.- Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/index.html>. Visitada en Junio 2007.

7.- Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13-15 Abril 2005. Disponible en: www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/Conference%20Programme%2014.03.05.

de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante: 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.

Si realizamos una revisión de la literatura científica podemos comprobar las dimensiones del problema en los servicios de salud a nivel mundial.

En 1964 Schimmel⁸, llamó la atención sobre el hecho de que un 20% de pacientes que ingresaban en hospitales universitarios sufrían alguna iatrogenia y que el 25% de las mismas se podrían considerar como graves. Igualmente, estudios desarrollados en EEUU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá ponen de manifiesto que la tasa de efectos adversos (EA) en hospitales oscila entre un 4-17%.

El estudio Harvard Medical Practice (HMPS)⁹, que podría considerarse como trabajo de referencia sobre estos aspectos, estimó una incidencia de efectos adversos del 3.7% en las 30.121 historias clínicas de pacientes analizadas, y que el 70% de los mismos provocó discapacidades leves, el 3% discapacidades permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a su muerte.

En el ámbito español se llevó a cabo en 2005 el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)¹⁰ con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los resultados de dicho estudio establecieron que la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en hospitales fue del 8.4%.

Es de destacar que según el informe ENEAS, el 37.4% de los EA estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de todos los tipos representaban el 25.3% del total y el 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante los procedimientos que se le realizan a los pacientes. Además un 31.4% de los EA identificados, tuvieron como consecuencia un incremento de las estancias. De los 1063 pacientes que desarrollaron un EA, el 66.3% precisó procedimientos adicionales y un 69.9% tratamientos adicionales. Por último, el 42,8% de los EA se consideraron como evitables.

Otros estudios recientemente publicados en España^{11,12} establecen que la tasa de pacientes que desarrollan lesiones por presión en hospitales oscila entre 8-16%

8.- Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 58-64.

9.- Brennan TA, Leape L L, Laird N, Lawthers AG, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med.* 1991; 324:370-376.

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

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

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

y que entre un 12-49% de los pacientes quirúrgicos manifiestan dolor durante su hospitalización. Los errores en la administración de medicamentos fluctúan entre el 8 y el 10% en los centros estudiados. Por último, si recabamos los datos sobre pacientes que desarrollan flebitis postcaterización obtenemos cifras comprendidas entre el 6 y el 12%.

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

En este sentido se han publicado estudios que ponen de manifiesto la relación entre la atención prestada por los profesionales de enfermería y la seguridad del paciente¹³. Estudios llevados a cabo en Estados Unidos¹⁴ y Canadá¹⁵ sugieren que una provisión adecuada de personal de enfermería y un apoyo organizacional a las enfermeras/as son clave para mejorar la calidad del cuidado del paciente. Entre los resultados más relevantes de estos estudios encontramos que en los hospitales con altos ratios paciente/enfermera/o, los pacientes quirúrgicos presentaron tasas más altas de mortalidad ajustada por riesgo mensual, y mayores tasas de mortalidad por complicaciones y que contar con profesionales mejor formados produce mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de muerte. Sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios de enfermería¹⁶.

Dado que los estudios establecen la importancia de la organización de los servicios de prestación de cuidados en los resultados de los pacientes, los investigadores nos planteamos, por un lado confeccionar un modelo de seguridad en los

13.- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002; 346:1715-1722.

14.- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002; 288 (16): 23-30.

15.- Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs.Res.* 2005; 54: 74-84.

16.- Clarke SP, Aiken L H. More nursing, fewer deaths. *Qual. Saf. Health Care.* 2006; 15: 2-3.

cuidados basado en los criterios del modelo EFQM de Excelencia (Fig. 1)^{17, 18, 19}, que permita:

- identificar cuáles son los estándares e indicadores que los profesionales de enfermería de los hospitales deben garantizar si hablamos en términos de seguridad del paciente, y
- conocer el grado de cumplimiento de los estándares del modelo en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, analizar si el cumplimiento del modelo se correlaciona con los criterios que definen los atributos de los “hospitales magnéticos”^{20, 21} de EE.UU., llamados así por tener unas características organizacionales comunes que aumentan la retención y satisfacción de los profesionales de enfermería y obtienen mejores resultados en los pacientes.

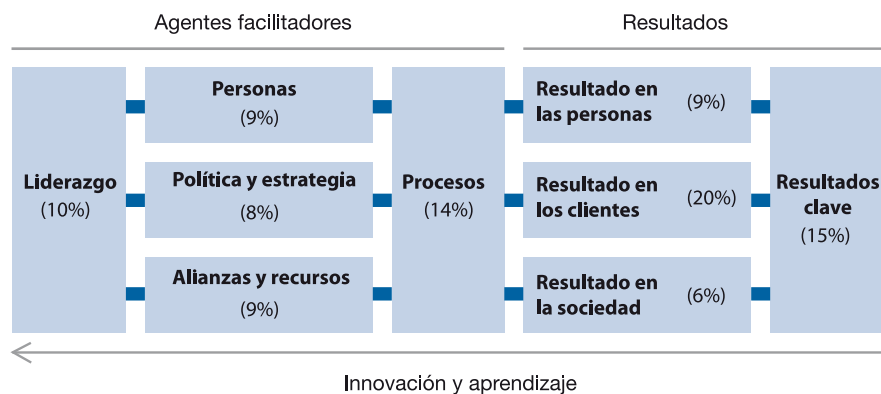


Figura 1. Esquema del modelo EFQM de Excelencia.

17.- Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. EFQM. 2003.

18.- <http://www.efqm.org/>. Visitada Abril 2005.

19.- <http://www.clubexcelencia.org/>. Visitada Abril 2005.

20.- Heavens DS, Aiken LH. Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. J Nurs Admin. 1999; 29:14-20.

21.- American Nurses Credentialing Center. The Magnet Nursing Services Recognition Program. Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx>. Visitada Enero de 2009.

Hipótesis conceptual

Un mayor cumplimiento de los estándares e indicadores del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales (SENECA 100) se relaciona con una mayor seguridad del paciente.

Objetivo general

Evaluar si la práctica de cuidados basada en niveles de calidad, según un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (SENECA 100), se relaciona con una mejora en la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Hipótesis operativas

Fase I

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

Fase II

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

Fase III (Se cita en el informe pero será abordada en el 2009)

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

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

Objetivos Específicos

Fase I

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

Fase II

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

Fase III (Se cita en el informe pero será abordada en el 2009)

3. Conocer el grado de cumplimiento de los estándares del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente (SENECA 100) en una muestra representativa de hospitales del SNS.

4. Identificar las principales situaciones de riesgo y las prácticas de enfermería que mejoran la seguridad del paciente.

5. Analizar si una práctica de cuidados basada en niveles de calidad según el modelo validado aumenta la seguridad de los pacientes hospitalizados.

6. Analizar si el cumplimiento de los estándares del modelo correlaciona con atributos de los hospitales magnéticos y con indicadores finalistas de resultados.

Material y Método

Fase I

Diseño

En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la seguridad del paciente, con objeto de conocer todas las evidencias disponibles relacionadas con elementos que garantizan la seguridad de los cuidados de los pacientes en los hospitales.

En segundo lugar, se realizó un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa, concretamente la Técnica de Grupo Nominal (TGN)²², mediante la participa-

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

ción de diferentes profesionales, gestores y pacientes, buscando consenso sobre los estándares/indicadores de seguridad de pacientes más representativos en relación con los cuidados de enfermería, tomando como base los 9 elementos del modelo EFQM.

Población

En esta fase los sujetos participantes se eligieron basándonos en criterios consensuados previamente por el equipo investigador, de manera que estuvieran representados todos los informantes clave. Dado que la elección de los participantes es uno de los elementos más importantes, ya que de ello dependen la validez interna, es decir, la credibilidad y la externa, su aplicabilidad, se establecieron los siguientes criterios generales para seleccionar a los diferentes participantes.

Los criterios para la participación de profesionales:

1. Profesionales con más de 3 años de experiencia laboral.
2. Profesionales de reconocido prestigio en sus ámbitos de trabajo, ya sean clínicos o de gestión.
3. Profesionales motivados con aspectos relacionados con la mejora de la calidad.
4. Profesionales que quisieron participar de manera voluntaria.

Es importante resaltar que los perfiles de los participantes para los criterios de Liderazgo y Política y Estrategia fueron fundamentalmente directivos o mandos intermedios de hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Los criterios para la participación de pacientes o familiares fueron:

1. Nivel cultural medio o medio/alto.
2. Estancia media superior a tres días.
3. Predisposición a la participación.
4. Participación voluntaria.

La selección se llevó a cabo por los investigadores, con la participación de sociedades científicas de enfermería y asociaciones de pacientes.

Al tratarse de un proyecto de seguridad relacionada con la calidad de los cuidados, la mayoría de los profesionales seleccionados fueron enfermeros/as. Pero dado que la seguridad del paciente se ve influida por el equipo multidisciplinar también se invitó a participar a otros profesionales de la salud como gestores de todas las áreas hospitalarias, médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos y lógicamente para los criterios de “Resultados en la sociedad” y “Resultados en los pacientes“, la mayoría de los integrantes fueron ciudadanos (políticos, periodistas, directivos de asociaciones, empleadores, etc.) y pacientes.

Muestreo

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

Tamaño muestral

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

Se constituyeron 20 grupos de trabajo formados por 6-8 personas incluyendo el grupo formado por los propios investigadores y las asociaciones de pacientes.

Las reuniones se celebraron durante los meses de Febrero y Marzo de 2008 en diferentes ciudades del país. En la tabla 1 se muestra una información detallada de la composición de los grupos de trabajo según el criterio del EFQM designado.

Tabla 1. Composición de los grupos nominales según criterio del Modelo EFQM

CRITERIOS	GRUPO NOMINAL
LIDERAZGO	1 Gerente 1 Director de enfermería 1 Directivo Asociación Nacional de Directivos de Enfermería 1 Jefe de bloque formación y calidad 2 Supervisores 2 Profesionales de enfermería de hospital
POLÍTICAY ESTRATEGIA	1 Gerente 1 Director de asociaciones de gestión 1 Directivo de enfermería 1 Mando intermedio de enfermería 2 Profesionales de enfermería 1 Directivo económico administrativo 1 Directivo de servicios generales

<p>PERSONAS</p>	<p>1 Directivo de enfermería 1 Jefe de bloque de formación 2 Mandos intermedios de enfermería 2 Profesionales de enfermería 1 Responsable de servicios generales 1 Responsable de recursos humanos</p>
<p>ALIANZAS Y RECURSOS</p>	<p>1 Directivo de servicios generales 1 Responsable Sistema información 1 Directivo de enfermería 2 Cargos intermedios de enfermería 1 Profesional de enfermería 2 Partners 1 Docente universitario de enfermería</p>
<p>PROCESOS</p>	<p>1 Médico responsable de procesos 1 Directivo sociedad científica clínica 2 Mandos intermedios de enfermería. Responsables de procesos. 4 Enfermeros clínicos de diferentes áreas hospitalarias 1 Enfermero o técnico de farmacia</p>
<p>SATISFACCIÓN DE PACIENTES</p>	<p>4 Pacientes o familiares 1 Directivo de asociaciones de pacientes 2 Profesionales de la salud que tengan experiencia de ingresos hospitalarios 1 Psicólogo clínico 1 Asistente social 1 Responsable de atención al usuario</p>
<p>SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES</p>	<p>1 Profesional sanitario de prevención de riesgos laborales 2 Directivos de enfermería 4 Profesionales de la salud de unidades de hospitalización 1 Psicólogo clínico 1 Auxiliar de enfermería 1 Directivo de recursos humanos</p>

<p>RESULTADOS EN LA SOCIEDAD</p>	<p>1 Gerente 1 Directivo de enfermería 1 Directivo de asociaciones de pacientes 2 Empresarios 2 Personas medios de comunicación 2 Profesionales de enfermería 1 Directivo de colegio profesional de enfermería 1 Persona del área de participación ciudadana 1 Persona de asociación vecinal</p>
<p>RESULTADOS CLAVE</p>	<p>1 Médico especialista 1 Directivo de enfermería 1 Farmacólogo clínico 1 Cargo intermedio de enfermería 4 Enfermeros clínicos de diferentes áreas hospitalarias 1 Profesional nombrado por la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería</p>

Recogida de información

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

El primer grupo se formó por los propios investigadores, que realizaron la técnica de grupo nominal para los nueve criterios del modelo. Este trabajo se realizó con objeto de disponer de una primera aproximación que denominamos Modelo 0 de seguridad en los cuidados. Este “Modelo 0”, contenía 36 estándares o recomendaciones relacionadas con Liderazgo, 30 con Política y Estrategia, 25 con Personas, 23 referencias a Recursos y 37 sobre Procesos. En relación con los resultados, el “Modelo 0” hacía referencia a 24 estándares de Resultados en los clientes, 39 sobre Resultados en los profesionales, 15 sobre Sociedad y 38 Resultados Clave.

En total el Modelo 0 estaba compuesto por 249 aspectos que se deberían tener en cuenta o podrían influir en la seguridad de los pacientes relacionada con los cuidados hospitalarios.

Para realizar una recogida de datos homogénea a través de los 19 grupos restantes, los investigadores asistieron a una reunión de consenso sobre la forma de proceder y se elaboró un material común que constaba de las recomendaciones del “Modelo 0” y una presentación dividida en cuatro partes:

- Breve explicación del modelo EFQM
- Experiencias en seguridad de pacientes

- Explicación del proyecto SENECA
- Preguntas específicas para el desarrollo de las técnicas con los panelistas.

De esta manera se aseguraba que independiente del lugar y de las personas que llevaran a cabo el grupo nominal, la información y el desarrollo del mismo iba a ser igual. Además para asegurar la homogeneidad la dirección del proyecto testó la situación en dos casos concretos.

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

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

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

Los grupos fueron guiados por dos investigadores, que asumieron la responsabilidad de la reunión. La dinámica de trabajo que se siguió para todos los grupos fue la siguiente:

1. Charla introductoria que incluía los objetivos del grupo nominal.
2. Proyección de la pregunta específica según el criterio a abordar.
3. Generación silenciosa e individual de estándares/indicadores relacionados, anotándolos en una cartulina.
4. Discusión de los mismos y depuración.
5. Priorización de ideas.

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

Las variables fueron definidas:

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

Además, cada panelista decidía si desde su punto de vista, el estándar o indicador era:

- Imprescindible (I): Desde mi punto de vista, este estándar debería estar siempre en un modelo de seguridad de pacientes.
- Recomendable (R): Desde mi punto de vista, este estándar, podría ser oportuno que estuviera en un modelo de seguridad de pacientes.
- No incluir (N): Desde mi punto de vista, este estándar, no debería estar en un modelo de seguridad de pacientes.

Con objeto de sistematizar la información y facilitar el trabajo se diseñó una base de datos, para la codificación y registro de las puntuaciones de la priorización. La base de datos permitía:

1. Acceder a las aportaciones originales y las modificadas de todos los panelistas.
2. Generar de manera automática listados depurados para facilitar la priorización por parte de los panelistas.
3. Disponer de un ejemplar con los estándares priorizados al finalizar la sesión.

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

Para finalizar con esta fase se creó un último grupo específico, formado por asociaciones de pacientes. Este grupo abordó sólo el criterio de satisfacción de pacientes y fue conducido por la dirección del proyecto con la misma metodología de trabajo que ya ha sido explicada.

Síntesis de información

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

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

- 10 estándares de Liderazgo
- 8 estándares de Políticas y Estrategias
- 9 estándares de Gestión de Personas
- 9 estándares de Alianzas y Recursos
- 20 estándares de Procesos
- 10 indicadores de Resultados en los clientes o satisfacción del paciente
- 9 indicadores de Resultados en las personas o satisfacción de profesionales
- 6 indicadores de Resultados en la Sociedad
- 19 indicadores de Resultados clave

Los criterios que se solicitaron a la base de datos para la priorización definitiva de los estándares e indicadores fueron:

- Mayor puntuación media
- Imprescindibles (I)
- Estándares más coincidentes
- Evidencia científica

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

Una vez concluida esta fase, el equipo de investigación elaboró, para cada uno de los 100 estándares/indicadores, una ficha donde se estructuraban y definían los siguientes aspectos:

1. Código del indicador
2. Enunciado del indicador/estándar
3. Criterio al que se asocia
4. Población y muestra
5. Definición de términos
6. Excepciones
7. Naturaleza estadística
8. Observaciones
9. Fuentes
10. Evidencias (si existen y son relevantes)
11. Recomendaciones para la evaluación
12. Umbral recomendado

El desarrollo completo del modelo se puede consultar en el anexo I.

Fase II

Diseño

Validación del modelo de seguridad del paciente

Población

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

Muestreo y Tamaño muestral

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

Finalmente se seleccionaron 5 hospitales:

- Hospital de Fuenlabrada. Madrid.
- Hospital de Manacor de Mallorca
- Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

- Hospital Juan Canalejo de A Coruña.
- Hospital General de L'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral) de Barcelona.

Para los estándares que se evaluaban de manera dicotómica, es decir, que hacían referencia al cumplimiento o no del mismo, solo fue necesaria la revisión de la fuente que así lo pusiera de manifiesto, por lo tanto en estos casos no fue aplicable realizar muestreos ni extraer tamaños muestrales.

Los indicadores para los criterios de Resultados en las Personas (percepción de los profesionales sobre la seguridad) y Resultados en los Clientes (percepción de los pacientes sobre la seguridad) fueron evaluados, seleccionando mediante muestreo aleatorio simple, 60 profesionales y 60 pacientes a partir de listados en cada uno de los centros pilotados. Este número de pacientes y/o profesionales ha sido decidido teniendo en cuenta las recomendaciones que aparecen publicadas por Antoñanzas A²³ donde se manifiesta que sólo en casos excepcionales en los estudios de evaluación de la calidad se necesitan muestras superiores a 50-70 individuos.

En el resto de los indicadores, los datos se recogieron directamente si el hospital disponía del mismo, o en caso contrario, se evaluó en muestras de 60 casos mediante muestreo aleatorio simple a través de las fuentes de datos identificadas para cada indicador.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo por una enfermera contratada con cargo al proyecto que recibió formación previa adecuada en el modelo EFQM, en metodología de evaluación y dominaba perfectamente los contenidos del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales. Además, los propios investigadores del proyecto, que desempeñan cargos intermedios o directivos en los centros pilotados, facilitaron la recogida de información y apoyaron el proceso de evaluación.

La naturaleza estadística de los estándares de liderazgo, personas, política, recursos y procesos, es dicotómica, es decir, la evaluación consistió en observar su cumplimiento o no. Se le asignaban el valor de 0 ó 100 en función de sus resultados. Además, algunos también fueron medidos mediante ítems incluidos en los cuestionarios de percepción.

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

23.- Antoñanzas A, Subías PJ. Planificación y realización de estudios de evaluación. En: Marquet R. Garantía de Calidad en atención Primaria. Doyma. 1993.

Los indicadores de resultados en la sociedad y resultados clave, en su mayoría, se recogieron en forma de proporción y en algunos casos como números absolutos.

Para la obtención de la información, cada estándar o indicador tenía identificada la fuente de donde se debía extraer. En términos generales, las fuentes utilizadas fueron documentos estratégicos, memorias de actividad, historias clínicas, encuestas diseñadas por el equipo de investigación para los estándares de satisfacción de pacientes y profesionales y la observación directa. Para los indicadores clave, se confeccionaron registros de recogida de datos que facilitaron y sistematizaron el proceso.

Análisis de datos

Para la validación del modelo se realizó un análisis de su fiabilidad y validez. Igualmente, se realizó la validación de los cuestionarios utilizados para evaluar los criterios "Resultados en las Personas" y "Resultados en los Clientes".

La fiabilidad se evaluó mediante la evaluación de la consistencia interna a través del Alfa de Cronbach. Para ello el equipo consideró > 0.6 aceptable, > 0.7 buena y > 0.8 excelente²⁴. Además, se evaluó la fiabilidad interobservador y test-retest de una submuestra.

Para la evaluación de la validez hemos tenido en cuenta en primer lugar la evaluación de la validez lógica y de contenido del modelo que se realizó a través de expertos en la materia. La validez de constructo se analizó mediante técnicas de análisis factorial. Así mismo, se realizó una evaluación de la validez de criterio tomando como patrón de referencia una pregunta general de percepción de seguridad del paciente.

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

Para el análisis de la fiabilidad, la validez y los resultados del pilotaje del estudio en los cinco hospitales se diseñó una base de datos en el paquete informático SPSS 14.0 para Windows.

Fase III

Diseño

Se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal entre los meses de febrero a junio de 2009.

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

Población

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

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

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

Muestreo y Tamaño muestral

Para la selección de los hospitales se aplicará un muestreo estratificado polietápico.

En una primera etapa, se realizará un muestreo aleatorio estratificado por Comunidades Autónomas y por el tamaño del hospital, de manera que queden representadas todas las Comunidades Autónomas y los hospitales según sean de menos de 200 camas, de 200 a 499 y mayor o igual a 500 camas. Una vez identificados el total de hospitales que cumplen los criterios de inclusión, se seleccionarán 35 hospitales mediante muestreo aleatorio simple, a través de la generación de una tabla de números aleatorios.

Recogida de datos

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

1.-Autoevaluación

En primer lugar, se enviará al centro hospitalario un dossier con los estándares e indicadores del modelo para que la organización realice una autoevaluación. (Anexo II)

Esta autoevaluación se realizará para todos los estándares e indicadores del modelo a excepción de los que corresponden a los criterios de satisfacción de los profesionales y los pacientes. Estos estándares serán evaluados una sola vez en la fase de evaluación externa, mediante cuestionarios de percepción dirigidos directamente a los pacientes y profesionales. (Anexos III y IV).

Para los estándares dicotómicos o de valores absolutos el evaluador interno sólo tendrá que marcar la opción que considera adecuada para su organización o en su caso el número absoluto que corresponda.

Para los indicadores de resultados clave, si el hospital dispone de un sistema de medición sistemática del indicador, en la autoevaluación se recogerá el dato que corresponda al último año completo. Además, el evaluador interno anotará la forma en la que el centro procede para la recogida de ese dato e identificará su numerador y denominador. En los casos en los que el centro no disponga de los datos, se hará constar en el apartado de observaciones.

2.-Evaluación externa

En esta evaluación, los datos se recogerán a través de un evaluador/a externo que desconocerá los resultados de la autoevaluación.

Durante la evaluación externa, se solicitarán las pruebas documentales que avalen el cumplimiento de los estándares, en los casos en los que se considere oportuno. Igualmente, y tal como se ha hecho constar anteriormente, se procederá a la selección aleatoria de 70 pacientes ingresados en cualquier área del hospital y 70 profesionales de enfermería independientemente del área de trabajo, a los cuales se les suministrarán los cuestionarios de percepción de seguridad para su cumplimentación. (Anexos III y IV).

Por último, y con objeto de evaluar los indicadores de resultados clave, se revisarán al azar en cada hospital 150 Historias Clínicas de pacientes, seleccionadas de manera que 50 historias pertenezcan a pacientes de unidades médicas, 50 de unidades quirúrgicas y 50 de Cuidados Intensivos.

Cuando en la historia clínica conste más de un episodio de ingreso hospitalario se tendrá en cuenta el más reciente, pudiendo ser historias clínicas de pacientes de larga evolución, que estén ingresados en el momento de la recogida de datos.

El evaluador externo, además de anotar el dato del indicador que pueda tener recogido el centro sanitario, hará constar la prevalencia del suceso en la muestra revisada y la prevalencia del suceso entre los susceptibles de padecerlos.

Análisis de datos

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables, presentando los resultados de las variables cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes. Para la descripción de las variables cuantitativas, se utilizará la media y desviación estandar cuando sigan una distribución normal, y la mediana, mínimo y máximo en caso contrario.

Se calcularán, para las variables más importantes, los intervalos de confianza para niveles de confianza del 95%. Se realizarán análisis bivariados para encontrar posibles relaciones entre las variables, empleando la prueba de la Chi Cuadrado en la comparación de proporciones y la t de Student en la comparación de medias, o las pruebas no paramétricas correspondientes.

Se realizarán análisis multivariantes ajustando por las variables para las que se haya encontrado asociación y se presentarán los correspondientes Odds Ratios de Mantel-Haensel con sus intervalos de confianza al 95%. De manera específica, se compararán los resultados de los indicadores del modelo de seguridad de cuidados obtenidos en los diferentes hospitales con los criterios que definen los atributos de los Hospitales Magnéticos*^{25, 26} según su grado de cumplimiento en cada hospital.

25.- Looking for Quality Patient Outcomes: The American Nurses Credentialing Center's Magnet Program Recognizes Excellence. <http://www.nursingworld.org/readroom/nti/9804nti.htm>. Visitada en Julio de 2005.

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

* Es posible que algunos de estos criterios no estén disponibles, en cuyo caso, sólo se realizará con aquellos cuya fuente sea accesible a los investigadores.

Estos criterios son:

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

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

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

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

Para el análisis de los datos, se utilizará el paquete de programas estadísticos SPSS 15.0 y se establecerá para todos los casos un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Resultados fase I y II

Los 170 informantes clave que formaron los 20 grupos de trabajo emitieron un total de 2035 estándares/indicadores relacionados con la seguridad de los cuidados de los pacientes para los nueve criterios del modelo EFQM.

De ellas, 641 fueron excluidas en la fase de discusión de la técnica de grupo nominal, bien por entenderse que ya estaban implícitamente en otras ideas de las emitidas o por ser totalmente coincidentes. En estos casos, se ponderaba el número de veces que las diferentes ideas coincidían.

El total de ideas diferentes emitidas y que fueron objeto de priorización fue de 1394. La distribución por criterios se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Número de ideas por criterio del EFQM.

CRITERIOS	IDEAS	EXCLUIDAS	TOTAL
Liderazgo (LI)	277	56	221
Política (PO)	229	47	182
Gestión de personas (PE)	150	42	108
Alianzas y recursos (AR)	183	59	124
Procesos (PR)	369	150	219
Satisfacción del paciente (PA)	192	70	122
Satisfacción de profesionales (RP)	230	68	162
Resultados en la Sociedad (RS)	142	28	114
Resultados Clave (RC)	263	121	142
TOTAL	2035	641	1394

Todas estas ideas fueron priorizadas por los panelistas de acuerdo con los criterios que han sido explicados en la metodología.

Como se ha dicho anteriormente y atendiendo a los criterios establecidos, el equipo investigador seleccionó 100 estándares que configuraron el modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales (SENECA 100).

Todos los estándares/indicadores seleccionados superaban (puntuación media obtenida entre importancia, magnitud y factibilidad) los 7 puntos sobre 10.

Igualmente, todos los estándares fueron considerados por los panelistas como imprescindibles y más del 80 % fueron propuestos por más de 3 panelistas. Además, este número de estándares fue considerado manejable y factible para configurar nuestro modelo de seguridad de cuidados.

Tal como hemos indicado en el método, en términos generales el número de estándares seleccionados por criterio fue en concordancia al peso en número de puntos que el modelo de excelencia EFQM otorga a cada uno de esos criterios.

Como consecuencia del pilotaje, el modelo fue sujeto a pequeñas modificaciones para mejorar su contenido, aumentar su validez y subsanar deficiencias originales. En el anexo I se adjunta el modelo definitivo. Así mismo, se adjunta en un CD la base de datos diseñada para poder realizar evaluaciones con el modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente. Con objeto de facilitar su manejo se han confeccionado unas sencillas normas de uso que se adjuntan en el anexo V.

Análisis de fiabilidad y validez

Cuestionarios de percepción de seguridad de pacientes y profesionales

Los cuestionarios definitivos que evalúan los indicadores de percepción de seguridad de profesionales y pacientes se adjuntan como hemos mencionado anteriormente en los anexos III y IV. A continuación pasamos a describir los análisis realizados:

1.-Viabilidad

- El tiempo de empleo para su cumplimentación es inferior a los cinco minutos, por lo tanto en este aspecto ambos cuestionarios son considerados viables.
- Los cuestionarios han sido catalogados, por los profesionales y pacientes en su pilotaje, como sencillos, de formato amigable y de interés.
- Las preguntas son breves y hemos constatado que resultan claras para los interlocutores.
- Son de fácil contestación.

Por lo tanto, en el apartado de viabilidad consideramos que no existe ningún problema metodológico.

2.-Fiabilidad

La fiabilidad se define como el grado de estabilidad conseguido en los resultados cuando se repite una medición en condiciones idénticas²⁷.

Se ha realizado una evaluación de la fiabilidad inter-observador y de la fiabilidad test-retest aplicando el cuestionario a una muestra de 10 profesionales y de 10 pacientes en dos ocasiones diferentes (test-retest) y por dos evaluadores distintos (Inter-observador).

Se ha establecido la concordancia de las mediciones, concretamente mediante el índice de concordancia general, y ésta ha sido superior al 95% en todos los casos.

Además, se evaluó la consistencia interna²⁸ mediante el cálculo del Alfa de Cronbach. La consistencia interna evalúa la homogeneidad entre las distintas preguntas que miden un mismo componente. Cuando un cuestionario está formado por diferentes subescalas, como es nuestro caso, cada una de las cuales pretende medir una dimensión diferente del fenómeno, debe evaluarse la consistencia interna de cada una de ellas. (Tablas 3 y 4)

27.-Argimon Pallás, J.M. Jiménez Villa, J. Métodos de investigación Clínica y epidemiológica. Ediciones Harcourt. Madrid. 2000.

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

Tabla 3. Consistencia Interna de la encuesta de satisfacción de los profesionales

DIMENSIÓN	ALFA DE CRONBACH
FORMACIÓN	0.79
SEGURIDAD	0.71

Tabla 4. Consistencia Interna de la encuesta de satisfacción de pacientes

DIMENSIÓN	ALFA DE CRONBACH
INFORMACIÓN	0.66
SEGURIDAD	0.65

3.-Validez

La validez se refiere a la capacidad del cuestionario para medir aquello para lo que ha sido diseñado, y tiene varios aspectos, los cuales deben ser evaluados en la medida de lo posible.

La validez lógica es el grado en que un cuestionario, partes de él, o u ítem, mide lo que quiere medir. La decisión sobre si las preguntas deben tener o no validez lógica debe tomarse antes de iniciar el pilotaje. Las preguntas han emanado de la priorización de muchos profesionales y han sido testadas en cuanto a su importancia por diferentes expertos nacionales.

Es en estos argumentos en los que nos basamos para considerar la validez lógica de las herramientas. Además, es un indicativo de falta de validez lógica la tasa de no respuesta y en nuestro caso ha sido inferior al 3%.

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

La validez de criterio (criterio validity) o validez de concurrencia exige de

un criterio externo para contrastar los resultados. La idea central consiste en evaluar alguna forma de concordancia entre los resultados que se obtienen al aplicar la nueva construcción y los de la externa, que se da por válida y a la que se llama patrón de referencia (gold Standard). Si tal criterio externo no existe, como es nuestro caso, este modo de validar no se puede aplicar. En cualquier caso, se ha correlacionado el cuestionario con las preguntas generales “Me siento seguro/a con la atención en los cuidados que me prestan los profesionales” y con “califique de 0-10 el grado de seguridad que ha percibido durante su estancia en el hospital”. Estas correlaciones han resultado positivas para valores de $p < 0.05$.

En general, la validez de constructo (construct validity) se establece por el grado en que los datos obtenidos se relacionan con otras mediciones que sean consistentes con hipótesis teóricamente derivadas del concepto que se quiere medir. Se realizó validación empírica mediante análisis factorial o análisis de componentes principales (ACP)^{29, 30}.

En el análisis factorial de la encuesta de satisfacción de profesionales se extrajeron 5 componentes principales. En la tabla 5, podemos observar los datos de los componentes que explican la mayor parte de la varianza.

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

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

Tabla 5. Validez de constructo de la encuesta de satisfacción de los profesionales.

COMPONENTE PRINCIPAL 1 FORMACIÓN	
ITEMS	Coeficientes
El centro garantiza y fomenta el acceso a programas de formación en seguridad	.717
En el último año, ha realizado alguna actividad de formación en seguridad	.729
Información sobre el grado de consecución de los objetivos	.826
El centro fomenta la investigación en seguridad	.785

COMPONENTE PRINCIPAL 2 ENTORNO	
ITEMS	Coeficientes
Cómo considera los niveles de rotación	.737
Cómo considera la carga de trabajo	.357
Cómo considera los niveles de absentismo laboral	.518

El componente 1 explica el 32.7% de la varianza del cuestionario y el componente 2 el 9.2%.

Por lo tanto, entre los dos componentes se explica más del 40% de la variabilidad del cuestionario de percepción de seguridad de los profesionales.

En el análisis factorial de la encuesta de satisfacción de pacientes se extrajeron 4 componentes principales. En la tabla 6 podemos observar los datos de los componentes que explican la mayor parte de la varianza.

Tabla 6. Validez de constructo de la encuesta de satisfacción de los pacientes.

COMPONENTE PRINCIPAL 1 INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	
ITEMS	Coeficientes
Cómo valora la seguridad con la que le cuidan	.735
Cómo valora el trato y la amabilidad	.621
Información correcta sobre el tratamiento	.716
Información sobre la continuidad de cuidados	.626
COMPONENTE PRINCIPAL 2 SEGURIDAD	
Accesibilidad física de los lugares por los que transita	.436
Seguridad de entornos	.561

El componente 1 explica el 33.7% de la varianza del cuestionario y el componente 2 el 13.9%.

Por lo tanto, entre los dos componentes se explica más del 47.6% de la variabilidad del cuestionario de percepción de seguridad de los pacientes.

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

1.-Viabilidad

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

2.-Fiabilidad

La fiabilidad de la herramienta se valoró calculando el índice de concordancia general y el índice de Kappa para la mayoría de los 100 estándares/indicadores. Esto se pudo realizar ya que los datos se recogían de manera independiente por el investigador que apoyaba la recogida de datos (evaluador interno) y por la evaluadora externa en función de las fuentes examinadas. En todos los casos, la concordancia fue superior al 95% y el índice de Kappa superior a 0.5. Este aspecto no pudo ser calculado cuando el dato del indicador fue tomado directamente de la historia clínica o de mediciones que ya se realizaban en el propio hospital.

3.-Validez

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

La validez de criterio no pudo ser evaluada por no existir un patrón de referencia.

La validez de constructo no se ha realizado en el pilotaje por el tamaño reducido de la muestra, pero se realizará en un análisis intermedio de los datos cuando se hayan recogido al menos el 50% de los mismos.

Resultados del pilotaje

En las tablas 7-15 se muestran los datos relativos a los resultados de estudio piloto en los 5 hospitales de la muestra en función del Criterio analizado. Para una mejor comprensión de las tablas se recomienda consultar el anexo I en el que aparecen desglosados los indicadores de cada criterio.

Tabla 7. Resultados del Criterio 1. Liderazgo (LI)

Indicador	HOSPITALES (H)				
	H1	H2	H3	H4	H5
LI 01	100	100	100	100	100
LI 02	100	100	100	100	100
LI 03	100	100	100	100	100
LI 04	100	100	100	100	100
LI 05	100	100	100	100	100
LI 06	0	100	0	0	0
LI 07	100	100	100	0	0
LI 08	100	100	100	100	100
LI 09	100	100	100	100	100
LI 10	0	0	0	100	100

100: El estándar se cumple; 0: El estándar no se cumple.

Tabla 8. Resultados del Criterio 2. Política y Estrategia (PO)

Indicador	HOSPITALES (H)				
	H1	H2	H3	H4	H5
PO 01	0	100	0	0	0
PO 02	0	0	0	100	100
PO 03	100	0	100	100	100
PO 04	100	100	100	0	100
PO 05	100	100	100	100	0
PO 06	100	100	0	0	100
PO 07	100	0	0	0	0
PO 08	100	100	100	100	100

100: El estándar se cumple; 0: El estándar no se cumple.

Tabla 9. Resultados del Criterio 3. Personas (PE)

Indicador	HOSPITALES (H)				
	H1	H2	H3	H4	H5
PE 01	100	100	--	0	0
PE 02	0	100	100	0	0
PE 03	Nunca o casi nunca 50%	Nunca o casi nunca 35.3 %	Nunca o casi nunca 74.4%	Nunca o casi nunca 21.1%	Nunca o casi nunca 36.2%
PE 04	No: 80%	No: 45%	No: 31.3 %	No: 72%	No: 71.2%
PE 05	100	100	100	0	0
PE 06	No: 54%	No: 41.7%	No: 63.6%	No: 43.1 %	No: 57.4%
PE 07	Nunca Casi Nunca 60 %	Nunca Casi Nunca 41.6 %	Nunca Casi Nunca 66.6%	Nunca Casi Nunca 46.2 %	Nunca Casi Nunca 52.2 %
PE 08	No: 78%	No: 40.4%	No: 56.6%	No: 39.2%	No: 59.1%
PE 09	0	0	0	0	0

100: El estándar se cumple; 0: El estándar no se cumple; --: No recogido por falta de datos.

Tabla 10. Resultados del Criterio 4. Alianzas y Recursos (AR)

Indicador	HOSPITALES (H)				
	H1	H2	H3	H4	H5
AR 01	100	100	--	0	0
AR 02	0	100	100	0	0
AR 03	Nunca o casi nunca 50 %	Nunca o casi nunca 35.3 %	Nunca o casi nunca 74.4 %	Nunca o casi nunca 21.1 %	Nunca o casi nunca 36.2 %
AR 04	No: 80%	No: 45%	No: 31.3%	No: 72%	No: 71.2%
AR 05	100	100	100	0	0
AR 06	No: 54 %	No: 41.7%	No: 63.6%	No: 43.1 %	No: 57.4
AR 07	Nunca Casi Nunca 60%	Nunca Casi Nunca 41.6%	Nunca Casi Nunca 66.6%	Nunca Casi Nunca 46.2%	Nunca Casi Nunca 52.2%
AR 08	No: 78 %	No: 40.4%	No: 56.6%	No: 39.2%	No. 59.1%
AR 09	0	0	0	0	0

100: El estándar se cumple; 0: El estándar no se cumple; --: No recogido por falta de datos.

Tabla 11. Resultados Criterio 5. Procesos (PR)

Indicador	HOSPITALES (H)				
	H1	H2	H3	H4	H5
PR 01	100	100	100	100	100
PR 02	0	0	100	100	0
PR 03	0	0	0	0	0
PR 04	0	0	0	0	0
PR 05	100	0	0	100	0
PR 06	0	0	0	100	100
PR 07	0	100	100	0	0
PR 08	0	0	100	0	0
PR 09	100	100	100	0	100
PR 10	0	100	0	100	0
PR 11	100	100	100	100	100
PR 12	100	100	100	100	100
PR 13	100	100	100	100	100
PR 14	100	0	0	100	0
PR 15	100	100	100	100	100
PR 16	100	100	100	100	100
PR 17	100	100	100	100	100
PR 18	100	0	0	0	100
PR 19	0	0	100	100	0

100: El estándar se cumple; 0: El estándar no se cumple.

Tabla 12. Encuesta de percepción de seguridad de profesionales.

Variables					
Sexo	Hombres	37 (14.1%)			
	Mujeres	226 (85.9%)			
Situación laboral	Fijo	198 (70%)			
	Interino	38 (13.4%)			
	Contrato	46 (16.6%)			
Categoría profesional	Enfermera	192 (67.8%)			
	Auxiliar	88 (31.1%)			
	Otras	3 (1.1%)			
		Si	No		
Formación último año		85 (29.8%)		200 (70.2%)	
Plan acogida nuevas incorporaciones		104 (39.5%)		159 (60.5%)	
Mecanismos participación objetivos		131 (48.2%)		141 (51.8%)	
Canales comunicación sugerencias seguridad		115 (43.2%)		151 (56.8%)	
		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Fomenta acceso formación		23 (8.2%)	99 (35.5%)	113 (40.5%)	44 (15.8%)
Fomenta investigación		26 (9.4%)	122 (43.9%)	107 (38.5%)	23 (8.3%)
Pactan objetivos seguridad		10 (3.6%)	45 (16.1%)	111 (39.8%)	113 (40.5%)
Recibe información objetivos seguridad		25 (9.2%)	82 (30.0%)	121 (44.3%)	45 (16.5%)
Participa en objetivos		8 (3.0%)	19 (7.1%)	126 (47.0%)	115 (42.9%)
Satisfacción Formación		Muy insatisfecho		16 (5.8%)	
		Insatisfecho		135 (48.9%)	
		Satisfecho		115 (41.7%)	
		Muy satisfecho		10 (3.6%)	
Carga de trabajo		Muy excesiva		76 (27.1%)	
		Excesiva		139 (49.6%)	
		Adecuada		63 (22.5%)	
		Muy adecuada		2 (0.7%)	
Autonomía y delegación de responsabilidades		Ninguna		18 (6.5%)	
		Alguna		131 (47.6%)	
		Bastante		107 (38.9%)	
Adecuado sistema de notificación		No conoce		44 (15.9%)	
		Muy inadecuado		12 (4.3%)	
		Inadecuado		77 (27.8%)	
		Adecuado		140 (50.5%)	
Mobiliario		Muy adecuado		4 (1.4%)	
		Muy inadecuado		21 (7.5%)	
		Inadecuado		79 (28.2%)	
		Adecuado		164 (58.6%)	
		Muy adecuado		16 (5.7%)	
	Muy altos	Altos	Adecuados	Muy Adecuados	
Niveles de Rotación	35(13.3%)	60 (22.8%)	152 (57.8%)	16 (6.1%)	
Niveles de absentismo	9 (3.3%)	49 (18.1%)	188 (69.4%)	25 (9.2%)	

Tabla 13. Encuesta de percepción de seguridad de pacientes.

Variables		Número (%)			
Sexo	Hombres	165 (63%)			
	Mujeres	97 (37.0%)			
Nivel Cultural	Sin estudios	34 (13.7%)			
	Estudios básicos	181 (73.0%)			
	Estudios universitarios	33 (13.3%)			
Información recibida	No recibida	23 (8.8%)			
	Muy mala	3 (1.1%)			
	Mala	11 (4.2%)			
	Buena	170 (65.1%)			
	Muy buena	54 (20.7%)			
	Muy mala	Mala	Buena	Muy buena	
Accesibilidad física	3 (1.2%)	13 (5.0%)	192 (73.8%)	52 (20.0%)	
Seguridad de entornos y lugares	1 (0.4%)	18 (7.0%)	187 (72.5%)	52 (20.2%)	
Seguridad con la que le cuidan los profesionales	1 (0.4%)	6 (2.3%)	122 (46.6%)	133 (50.8%)	
Trato y amabilidad	1 (0.4%)	4 (1.5%)	106 (40.0%)	154 (58.1%)	
	Nunca	Casi nunca	Siempre	Casi siempre	
Participa en decisiones sobre su enfermedad	40 (16.0%)	42 (16.8%)	90 (36.0%)	78 (31.2%)	
Información tratamiento farmacológico	13 (5.0%)	35 (13.5%)	76 (29.3%)	135 (52.1%)	
Seguridad en traslados hospitalarios	4 (1.6%)	4 (1.6%)	47 (18.4%)	200 (78.4%)	

Tabla 14. Resultados del Criterio 8. Resultados en la Sociedad (RS)

Indicador	HOSPITALES (H)				
	H1	H2	H3	H4	H5
RS 01	0	100	100	0	0
RS 02	0	100	0	0	0
RS 03 (a)	9	2	2	3	3
RS 04	0	2.5 %	0	0	0
RS 05	-	-	-	-	-
RS 06	1209 ^b	154 ^b	-	-	-

100: El estándar se cumple; 0: El estándar no se cumple; a: datos en número de premios; b: datos generales de número de reclamaciones; -: No recogido por falta de datos.

Tabla 15. Resultados del Criterio 9. Resultados Clave (RC)

Indicador	HOSPITALES (H)*				
	H1	H2	H3	H4	H5
RC 01	No evaluable por falta de definición				
RC 02	23.3	26	4.9	1.9	30
RC 03	0.3	0	0.9	1.9	1
RC 04	3.6	2.5	1.4	1.6	1
RC 05	No evaluable por falta de definición				
RC 06		0.7			
RC 07		0.97			
RC 08	5.2	8.9	3	8.6	6.5
RC 09	6.7	0.6			2.7
RC 10	30	36			
RC 11	No medido por falta de datos				
RC 12	No medido por falta de datos				
RC 13	No medido por falta de datos				
RC 14	0	0	0	0	0
RC 15	3.3	12.2	0.9	3.8	3.3
RC 16	0	0	0	0	0
RC 17	0	0	0	0	1 caso
RC 18	No medido por falta de datos				
RC 19	No medido por falta de datos				
RC 20	17.1	5	14	67.5	--

* Datos en %

Discusión

En consonancia con las hipótesis y objetivos formulados, la discusión la vamos a realizar en dos partes bien diferenciadas, en primer lugar abordaremos lo relacionado con la validez, factibilidad y utilidad del modelo confeccionado para evaluar la seguridad de los cuidados prestados en centros hospitalarios y posteriormente, nos ocuparemos de la discusión de los resultados obtenidos al pilotar los 100 estándares e indicadores del modelo en los cinco hospitales.

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

La elaboración de una herramienta de las características de la que presentamos para medir la seguridad de los cuidados en los hospitales, requiere en primer lugar experiencia y conocimiento exhaustivo sobre la seguridad del paciente y sobre el modelo de europeo de excelencia, ya que sobre éste se ha pilotado la estructura de nuestro trabajo. Estos aspectos han sido solventados, a través de la revisión bibliográfica efectuada y por la experiencia del equipo de investigación en el abordaje de estas herramientas.

El modelo seleccionado como base para la construcción de nuestra herramienta ha sido el modelo Europeo para la gestión de la Calidad Total (European Foundation for Quality Management)^{31, 32}. También, es denominado modelo EFQM de excelencia y es sin duda, uno de los de mayor calado internacional.

La elección de este marco de trabajo para el desarrollo de nuestra herramienta se basa en diferentes premisas.

En primer lugar, el prestigio de la Fundación Europea para la gestión de la calidad total, está fuera de cualquier consideración. El modelo es utilizado en Europa por miles de empresas³³, las cuales revisan la calidad de sus sistemas de gestión basándose en las recomendaciones y estándares del modelo EFQM.

En segundo lugar, la estructura del modelo de la EFQM es un marco de trabajo no prescriptivo, que ofrece recomendaciones sobre la base de 9 criterios: Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, Procesos, Resultados en las Personas, Resultados en los Clientes, Resultados en la Sociedad y Resultados Clave.

En tercer lugar, el modelo de la EFQM ha sido recomendado y utilizado como instrumento de evaluación desde 1999, por la mayoría de las Administraciones Públicas de este país, existiendo incluso adaptaciones específicas para su uso³⁴.

31.- <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2008

32.- European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid. 1999.

33.- European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

34.- Guía de autoevaluación para la Administración Pública. Modelo europeo de gestión de

En cuarto lugar y centrándonos en el ámbito sanitario, el modelo de la EFQM ha sido adaptado al sector salud³⁵ por un equipo de investigación en el que ha participado la dirección del presente proyecto.

En la actualidad, independiente de su dificultad, el modelo de la EFQM, ya sea en su versión original o en su versión adaptada, está siendo utilizado de manera sistemática por numerosas instituciones sanitarias de nuestro país^{36, 37, 38, 39, 40-41, 42, 43, 44}.

Por último, y en el contexto de investigaciones propias, hemos seguido desarrollando instrumentos y experiencias que ponen de manifiesto la utilidad y la validez de la estructura del modelo de la EFQM en el sector sanitario y dentro de él en el campo de la enfermería^{45, 46, 47}.

calidad. Ministerio de Administraciones Públicas. Madrid. 1999.

35.- Proyecto Financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 98/214)

36.- Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:64-66.

37.- Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de la EFQM. *Rev Calidad asistencial* 2001; 16: 330-338.

38.- Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E y Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. *Rev Calidad asistencial* 2001; 16: 322-329.

39.- Moracho O. Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga y modelo europeo de excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 142-150.

40.- Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE. De la gestión de la calidad hacia la excelencias en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 117-183.

41.- Garrido J, Silva MD, Oteo LA. Estudio descriptivo del nivel de desarrollo de los criterios agentes del modelo europeo para la gestión de calidad total en hospitales de la comunidad de Madrid. *Rev de Calidad Asistencial* 1998; 13: 144-151.

42.- Ramón C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el modelo Europeo de gestión de calidad total. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 151-154

43.- Ardevol M, Canals M, Gómez A y Llor C. El modelo EFQM como instrumento de difusión de la cultura de la calidad total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 161-163.

44.- Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, Amado C, Facio A y García P. El modelo Europeo de gestión de la calidad total como sistema de gestión hospitalario; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público. *Rev Calidad Asistencial* 200;15, 164-171.

45.- Ignacio E. Proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria. proy. 99/1031.

46.- Ignacio E, Cornejo MJ, López A, Martínez M, Cruzado MD, et al. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. 2000.

47.- Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J y Velasco V. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 184-191.

Donald Berwick⁴⁸, considerado como uno de los autores más importante en el campo de la calidad sanitaria, ya lo publicó en 1999 en *New England*, “el modelo europeo constituye una potente herramienta para la mejora”.

De toda esta discusión, se desprende que el modelo de la EFQM es un marco de trabajo oportuno y válido ya que las experiencias nacionales e internacionales de su utilización en el sector sanitario así lo avalan. De cualquiera de las formas, la literatura científica anteriormente citada pone de manifiesto las dificultades y complejidades que su utilización presenta.

El modelo original tiene una estructura compleja, dividida en nueve criterios, cinco de ellos facilitadores (Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos y Procesos), y cuatro criterios de resultados (Resultados en las Personas, Resultados en los Clientes, Resultados en la Sociedad y Resultados Clave).

Los cinco criterios facilitadores se subdividen en 24 subcriterios facilitadores y los cuatro de resultados en ocho subcriterios. Finalmente, todos ellos presentan más de doscientas orientaciones y ejemplos de cómo abordar cada uno de estos subcriterios.

Esta complejidad, referida por diferentes autores es la que nos ha llevado a plantear una herramienta, que si bien conserva la estructura de criterios del modelo, se confecciona sobre la base de 100 estándares e indicadores de seguridad de cuidados, referidos directamente a los nueve criterios del modelo.

Estos estándares e indicadores que componen el modelo de seguridad de cuidados, fueron construidos utilizando una adaptación propia del formato estructurado que para la construcción de indicadores ha desarrollado la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations⁴⁹. El artículo antes referenciado, explica que la elaboración de los estándares e indicadores, utilizando este tipo de formatos, representa uno de los aspectos fundamentales para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad. Sólo así, se tienen garantías de que el estándar/indicador queda construido de manera correcta y valora convenientemente el suceso que monitoriza. De acuerdo con estas recomendaciones, y tal como explicamos en el apartado de método, se construyeron los 100 estándares e indicadores de seguridad para los cuidados de los pacientes.

A estas alturas de la discusión, cabe preguntarse ¿por qué estos cien estándares e indicadores y no otros?

En primer lugar, realizamos una revisión bibliográfica relacionada con las recomendaciones e indicaciones publicadas sobre los aspectos que en relación con la seguridad de los cuidados de los pacientes deben ser tenidos en cuenta en los centros sanitarios. A lo largo de este informe y en el propio modelo, se observan las múltiples referencias bibliográficas que lo avalan.

48.- Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in Health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-53.

49.- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de calidad asistencial*, 1991;6:65-74.

En relación a los aspectos metodológicos, destaca la aportación realizada por Saturno⁵⁰. En este artículo, se pone de manifiesto que los requisitos para la selección de indicadores deben ser que éstos hagan referencia a procesos clínicos y/o resultados de salud, medidos en áreas relevantes, definidos con precisión y referidos a sucesos claramente identificables, con procedimientos de ajustes para facilitar la comparación, que pongan de manifiesto aspectos relacionados con el funcionamiento de las instituciones y que se cuente con la participación de profesionales y pacientes.

Es de destacar, que el conjunto de la herramienta con los cien estándares e indicadores que presentamos cumple la totalidad de las recomendaciones anteriormente citada.

Igualmente, la ISQA⁵¹ publica el proceso que se debe seguir para la construcción de buenos estándares e indicadores. Esto hace referencia, a que se debe valorar la evidencia científica que justifique la importancia del indicador, valorar la facilidad de medición y la frecuencia, establecer estándares y diseñar un formato para la medición, pilotar los indicadores y simular su aplicación en los centros sanitarios. Todas estas recomendaciones han sido atendidas para la construcción del modelo que presentamos.

Los indicadores de calidad deben tener en cuenta los siguientes atributos⁵²: estar orientados a la mejora de la salud y de la seguridad, definidos y especificados con precisión, fiables, válidos, interpretables, ajustados o estratificados, que se hayan evaluado los recursos y los esfuerzos necesarios para la recolección de los datos, que sean útiles en el proceso de acreditación, que puedan ser controlados por el proveedor y que exista disponibilidad pública de los datos para su uso. Los estándares e indicadores de nuestro modelo, la mayoría están orientados a la mejora de la salud y de la seguridad, todos son fiables y válidos, son factibles, y están orientados claramente a procedimientos de acreditación hospitalaria en relación con la seguridad de los cuidados. Por el contrario, aunque la mayoría de los indicadores del modelo son de fácil medición hemos encontrado ciertos problemas con algunos de ellos, al no disponer los hospitales ni de mediciones sistemáticas ni fuentes de datos donde queden registrados.

Existen consideraciones técnicas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de trabajar con estándares e indicadores, ya que éstas afectan a su consistencia y claridad. Las mismas, han sido publicadas por la JCHAO⁵³ y hacen referencia a que

50.- Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443

51.- The International Society for Quality in Health Care. Budapest. 1998.

52.- Attributes of core performance measures and associated evaluations criteria. En: Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443

53.- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial 1991; 6: 65-74.

el enunciado del indicador debe ser plural, que los indicadores son sucesos y que por lo tanto su enunciado no debe reflejar la palabra porcentaje o tasa, los términos que se definen deben hacerse en el mismo orden en el que fueron enunciados, el numerador y el denominador debe expresarse en consonancia con el enunciado, la expresión del numerador debe extraerse directamente del mismo mientras que el denominador puede diferir y que el fundamento o significado debe ir dirigido a explicar lo que el indicador debe valorar. En relación con todas estas recomendaciones, no observamos discrepancias ni incumplimiento alguno en la herramienta diseñada.

Una vez atendidas y justificadas todas las consideraciones técnicas oportunas necesarias para trabajar con este tipo de herramientas, intentaremos responder a la pregunta antes mencionada ¿Por qué se incluyen estos indicadores y no otros?

Las razones fundamentales se pueden resumir en dos: La primera de ella se desprende de la revisión bibliográfica realizada y de los proyectos nacionales sobre seguridad de pacientes que se han desarrollado recientemente⁵⁴. Todos los estándares e indicadores que la literatura científica considera que deben ser tenidos en cuenta si hablamos en términos de seguridad de los cuidados de los pacientes, están incluidos en el modelo.

La segunda de ella, es la propia técnica utiliza para la construcción del modelo y el número de panelistas y expertos que han participado, lo que avalan los contenidos del mismo.

Estudios recientes publicados en revistas españolas⁵⁵, ponen de manifiesto que indicadores de calidad de las historias clínicas, calidad de la información, reingresos, estancias medias, flebitis, caídas, infecciones nosocomiales, lesiones por presión y suspensiones de intervenciones quirúrgicas transmiten a los servicios y gestores la información que necesitan para la gestión clínica y constituyen un instrumento útil para la mejora de la seguridad y por lo tanto de la calidad asistencial.

La concordancia de todas las propuestas revisadas y citadas en esta discusión con nuestro modelo de estándares e indicadores para medir la seguridad de los cuidados, las pruebas estadísticas a las que han sido sometidos los cuestionarios de percepción y el propio modelo y el hecho de haberlo pilotado en cinco hospitales, nos hace pensar que presentamos una herramienta válida, fiable y viable.

Además, la inclusión de indicadores de liderazgo, de planificación estratégica, gestión de procesos, satisfacción de profesionales e impacto en la sociedad representa una propuesta novedosa que aporta nuevos enfoques a la hora de transitar por el camino de la mejora de la seguridad de los cuidados en los hospitales.

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

55.- Sainz A, Martínez JM García F, Alonso M, Núñez A. Elaboración de un cuadro de mandos para la gestión clínica en un hospital

De cualquiera de las formas, conocemos las limitaciones de este tipo de herramientas. Los estándares e indicadores no están exentos de problemas. Detectan problemas en los pacientes pero éstos no necesariamente indican que los mismos sean debido a déficit de seguridad y calidad. Además, si no son construidos con precisión, cuentan con importantes limitaciones metodológicas⁵⁶, que los hacen, en algunos casos, difíciles de interpretar y en demasiados casos fáciles de malinterpretar.

Además, como es lógico en este tipo de modelos de gestión, la evidencia científica en algunos casos no está disponible.

Discusión de los resultados obtenidos al pilotar el modelo en cinco hospitales del Sistema Nacional de Salud

Aunque no es el objetivo fundamental del proyecto en la fase de ejecución en la que se encuentra, vamos a realizar una breve discusión de los aspectos más destacados en relación con los resultados del pilotaje del modelo en cinco hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud.

En relación con los estándares de liderazgo, se observa un alto cumplimiento en la mayoría de ellos. Sin embargo, se destacan deficiencias relacionadas con la comunicación a los pacientes y familias, la política de seguridad del centro y la falta de reconocimiento de los líderes hacia los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes.

En el criterio de Política y Estrategia se ponen de manifiesto incumplimientos de los estándares relacionados con la identificación de expectativas y necesidades de los grupos de interés en relación con la seguridad de los pacientes, la inclusión de los indicadores de riesgo en el cuadro de mando del hospital y la difusión de la propia política de calidad de la organización.

En relación con el criterio de personas, salvo alguna excepción y como puede comprobarse en la tabla 9, la mayoría de los estándares no se cumplen o la percepción sobre ellos puede ser ampliamente mejorada.

Sobre las alianzas y recursos, los resultados sobre el cumplimiento de estándares, tampoco son muy positivos. Salvo el estándar que hace referencia al mobiliario de seguridad que se cumple en más de la mitad de los centros estudiados, los demás estándares presentan un nivel de cumplimiento o de percepción de cumplimiento muy mejorables.

El criterio de procesos o lo que es lo mismo, tener implantados una serie de protocolos o procedimientos relacionados con la seguridad de los cuidados de los pacientes, en términos generales, su nivel de cumplimiento es alto.

Destacan que los procesos que hacen referencia a la implantación de un sis-

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

tema de notificación de eventos adversos y el de disponer de un protocolo de cuidados paliativos, no se cumplen en ninguno de los cinco hospitales.

De cualquiera de las formas, en el modelo definitivo se aclara que, para cumplir con el estándar y que se considere que está implantado, se deben dar dos condiciones, una que se disponga del protocolo y dos que se dispongan de datos sobre la evaluación de su efectividad. Estos aspectos que han sido aclarados a raíz del pilotaje, pueden hacer que los niveles de cumplimiento sean menores.

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

En concreto, la percepción sobre la accesibilidad física y la seguridad de entornos y lugares en los hospitales, más del 90 % los considera buenos o muy buenos. Igualmente, la seguridad con la que se realizan los traslados, es percibida como buena o muy buena en un 96.8 % de los pacientes encuestados en los cinco hospitales.

Es destacable la valoración altamente positiva sobre el trato y la amabilidad con la que los profesionales atienden a los pacientes. El 98.1% de los pacientes la consideran buena o muy buena.

Con datos positivos pero con valoraciones menos altas, aparecen los aspectos relacionados con la información sobre el tratamiento farmacológico. El 67.2 % afirman que la información es adecuada.

La pregunta que hace referencia a la participación del paciente en la toma de decisiones es la peor valorada. El 32.8 % de los pacientes afirman que nunca o casi nunca le ofrecieron la posibilidad de participar.

Por el contrario y en términos generales, la percepción de los profesionales sobre la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios no es bien valorada.

A la pregunta sobre si han realizado formación en materias de seguridad de pacientes en el último año, el 70.2% de los profesionales contestan negativamente.

En lo que respecta a disponer de un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación, que contemple aspectos de seguridad, la respuesta es igualmente negativa en un 60.5% de los profesionales de los cinco hospitales estudiados.

En los ítems que hacen referencias a la participación en objetivos de seguridad y disposición de canales de comunicación, más del cincuenta por ciento de los profesionales contestan que no.

La satisfacción de los profesionales con la formación en materia de seguridad está dividida, la mitad de los profesionales encuestados la consideran adecuada y la otra mitad inadecuada.

Igualmente, las cargas de trabajo son consideradas excesivas o muy excesivas en más de un 75% de los profesionales.

Por el contrario, la participación en objetivos de seguridad y el pacto de objetivos con los profesionales, se considera positivo en más de un 80% de los profesionales encuestados.

Los indicadores del criterio 8 que hacen referencia a resultados en la sociedad, tampoco obtienen unos datos positivos. Destacan la poca participación de profesionales externos en las comisiones relacionadas con temas de seguridad y la falta de procedimientos para disminuir el impacto medioambiental de los hospitales.

Con respecto a los indicadores de resultados clave, algunos de ellos no pudieron ser medidos porque no estaban correctamente definidos, estos son los casos, del indicador de eventos adversos relacionados con los cuidados (RC 01), pacientes con efectos adversos por contención física (RC 05). Estos aspectos han sido subsanados y corregidos en el modelo definitivo.

Otros indicadores que hacen referencia a pacientes con efectos adversos por la medicación (RC 11), pacientes con fármacos de obligada supervisión (RC 12), pacientes que desarrollan desnutrición (RC 13), pacientes con deterioro cognitivo sin patología al ingreso (RC 18) no pudieron ser medidos ya que no se disponían datos en el hospital y la evaluación de las historias clínicas tampoco los puso de manifiesto.

En relación con el indicador (RC 02) que hace referencia a la percepción de dolor por parte del paciente, fue llamativo que si el indicador fue testado directamente preguntándole al paciente los niveles eran superiores al 20%. Sin embargo, si el dato de indicador era el recogido por el propio hospital los datos eran inferiores al 5%.

En relación al indicador (RC 04) de pacientes que desarrollaron lesiones por presión, la tasa oscilaba entre el 1-3.6%.

Por último, los pacientes que desarrollaban infecciones nosocomiales durante su ingreso oscilaban entre el 3-8%.

Como consecuencia de las mediciones de los resultados clave, se procedió como hemos comentado, a una redefinición de términos en algunos casos e incluso a la retirada del modelo de un indicador, aquel que hacía referencia a pacientes que mueren sin compañía familiar. Esta retirada fue debida a dos cosas; por una lado la dificultad para disponer del dato y que la ausencia de familia en el momento de la muerte es más debido a un proceso social que a un problema de seguridad de los pacientes.

En general, y aunque el objetivo de esta publicación es dar a conocer el modelo de seguridad de cuidados elaborado, podemos concluir que la mayoría de los estándares e indicadores de seguridad propuestos, tienen espacios para la mejora en los hospitales y seguro que su estudio, en una muestra representativa de centros del país (objetivo principal de la tercera fase de este proyecto) así lo pondrá de manifiesto.

Deseamos que el modelo propuesto y la herramienta diseñada para su evaluación, permitan a los profesionales identificar situaciones susceptibles de ser mejoras y por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes en los hospitales. Este es sin duda el objetivo final que ha guiado este trabajo.

Bibliografía

1. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Institutos de Salud Carlos III. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001
2. Aibar C, Aranaz JM, García-Montero JI, Mareca R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin (Barc)*.2008;131(Supl 3):12-7
3. Aibar C. Seguridad Clínica: pequeños pasos y grandes palabras. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(4):183-4
4. AIM Accreditation Program (Part 3): Do the Self-Assessment. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
5. AIM Accreditation Program (Part 4): Plan and Have the Survey. Ottawa-Ontario (Canadá): CCHSA, 2000.
6. Aguilera L. Señal de alarma en la sanidad pública. *El País*. Noviembre. 2006.
7. Almenara, J. Estudio demográfico de la morbilidad. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Documento inédito, Cádiz. 2002.
8. Almenara, J. Salinas, H. García, C. González, J.L. Peralta JL. Lagares, C. “Índices multivariantes de gestión para el Hospital Clínico de la Universidad de Chile”. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI* 2006; 4:155-167.
9. Almenara J, González JL, García C y Peña P.: ¿Qué es el análisis de componentes principales? Sección Notas de Metodología y Estadística. *JANO. Educación Médica Continuada en Atención Primaria* 1998; 55:18-24.
10. Almenara J, García C, González JL y Abellán MJ. Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales. Construction of hospital management indices using principal component analysis. *Salud Pública de México* 2002; 44: 533-540.
11. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Requena J, Terol E, Kelley E, Gea MT and ENEAS work group Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the NEAS Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2008;62(12):1022-9
12. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J y Velasco V. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 184-191.
13. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J et al. Self-assessment of all the health centres of a public service through the European Model of Total Quality Management. *Inter. J Health Care Quality Assurance* 1999; 12:54-58.
14. Ardevol M, Canals M, Gómez A y Llor C. El modelo EFQM como instru-

- mento de difusión de la cultura de la calidad total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 161-163.
15. Attributes of core performance measures and associated evaluations criteria. En: Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 437-443
 16. Ayuso D. Habilidades directivas. En: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Díaz de Santos. 2006
 17. Baker PB, Zarbo RJ, Howanitz PJ. Quality assurance of autopsy fact sheet reporting, final autopsy report turnaround time, and autopsy rates. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 1003-8.
 18. Bautista D, Tenías JM, Pérez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el hospital "Dr. Peset" de Valencia. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 11: 108-112.
 19. Baxarias P, Rojas E, Melero A. audit.: Intervenciones suspendidas. *Rev Cal Asistencial* 1996; 11: 118-121.
 20. Benavides FG, Alen M, Lain JM. Mortalidad evitable ocurrida en hospitales andaluces, 1982-1985. *Med Clin* 1991;96:324-7
 21. Brennan TA, LeapeLL, Laird N, Lawthers AG, et al. The nature of adverse events in hospitalizet patients: Results of the Harvard Medical Practice Study. *N IEngl J Med* 1991; 324:370-6
 22. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in Health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-53.
 23. Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
 24. Chantler C. De role and education of doctor in the delivery of Health care. *Lancet*. 1999; 353:1178-81.
 25. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 27 de marzo de 2000. www.americas.health.sector-reform.org/spanish/canpres.pdf. Visitada el 15 de Marzo de 2005.
 26. Canadian Council on Health Services accreditation (CCHSA). Standards for Acute Care Organizations: A client-centered approach, 1995.
 27. Carrasco A, González E. Manual práctico de acreditación de hospitales. Médica europea. 1993.
 28. Carrasco G, Solsona F, Lledó R, Pallarés A, Humet C. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:649-50.
 29. Carrión MI. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudo, medidas a través de encuestas. *Rev Calidad asistencial* 2003; 18:39-45
 30. Castejón M. Sistema de acreditación de formación continuada de profesio- nes sanitarias en España. *Med. Clin.* 2004; 123: 224-229
 31. Conger JA. The necessary art of persuasion. *Harvard Bussines Review* 1998; 7;3: 84-95.

32. Conseil Canadien d'agrément des établissements de santé. Hôpitaux de soins de courte durée. Ottawa, 1990.
33. Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:29-34.
34. Coulter A, Magee H. The european patient of the future. Mc Graw Hill Edu-cations. Open University Press. 2003
35. Criado M^a T; Seoane J. Aspectos medicolegales de la historia clínica, Ma-drid, 1999.
36. Daley J. Mortalidad y otros datos de resultados. En: Longo DR, Bohr D, edit. Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG editores, 1994:51-85
37. De Juan S, Fernández C. Mortalidad innecesariamente prematura y sanita-riamente evitable en el hospital universitario San Carlos. Gac Sanit 1995; 9:28-33
38. Dimatteo MR. Physicians characteristics influence patines adherente to medical treatment: results from the medical outcomes study. Health Psychol 1999;12:93-102.
39. Elkin F. Cardona Duquei Martha Lucía Castaño Gaviriai, Aida Maired Bui-les Gutiérrezii, Gustavo Andrés Castro Torresii. Manejo del dolor posquirúr-gico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. Rev Col Anest 2003; 31:111.
40. Estándares de Acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. 1997.
41. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero. 2006
42. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelen-cia. Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Volunta-riado. Madrid. 1999.
43. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelen-cia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.
44. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelen-cia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.
45. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels. 2000. disponible en <http://www.efqm.org>. Visitada en junio de 2006
46. Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for Health care organizations (second editions). Ed. Aspen Publisher, Inc. Gaithersburg. 1999. Maryland. USA.
47. García C, Almenara J. Nuevos escenarios para el Sistema Nacional de Salud:

- transferencias y novedades legislativas. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:61-65
48. García C, Cózar V, Almenara J. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 459-469
 49. García C, Almenara J, García JJ. Tasas de reingresos en un hospital comarcal. *Rev Esp Salud Pública* 1988; 72: 103-110
 50. García C, Almenara J, Mérida JF, García JJ, Ramos MA. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria en la provincia de Cádiz. *Rev Cal Asistencial* 2001; 16: 169-172.
 51. García-Elores L, Illa, C, Arias A, Casas M. Los Top 20: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 107-116
 52. Garrido J, Silva MD, Oteo LA. Estudio descriptivo del nivel de desarrollo de los criterios agentes del modelo europeo para la gestión de calidad total en hospitales de la comunidad de Madrid. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 144-151.
 53. Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. *JONA*. 1994;24: 11-22
 54. González B. *Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario*. Barcelona: SE Editores, S.A. 1991.
 55. González JM, Blanco JM, Ayuso E, Recuero E, Cantero M, Sainz E, Peláez R. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18 (3):173-177
 56. *Guía de autoevaluación para la Administración Pública. Modelo Europeo de gestión de calidad*. Ministerio de Administraciones Públicas. Madrid. 1999.
 57. Horovitz J. *La calidad del servicio. A la conquista del cliente*. Madrid: Mc Graw-Hill, 1991.
 58. <http://www.achs.org.au/>. Visitada el 20 de Junio de 2006
 59. <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/pubs-sp.html>. Visitada en julio de 2006
 60. <http://www.clubexcelencia.org/>. Visitada Abril 2005
 61. <http://www.clubexcelencia.org/>. Visitada Abril 2005
 62. <http://www.cis.es/cis/opencms/>. Visitada Octubre 2006
 63. <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2005
 64. <http://www.geocities.com/institutostyma/publicaciones/almenara1.doc>. Visitada en julio de 2006
 65. <http://www.hqs.org.uk/>. Visitada el 20 de Junio de 2006
 66. <http://www.hrc.es/info/memoria2004>. Visita en junio de 2006
 67. <http://www.hulp.es/html/hospital/Memoria>. . Visita en junio de 2006
 68. <http://www.iasist.com>. Visitada en Junio de 2006
 69. <http://www.igsap.map.es>. Visitada el 10 de Abril de 2006
 70. <http://www.iso.org>. Visitada el 10 de Abril de 2006
 71. <http://www.isqua.org.au/>. Visitada el 26 de Abril de 2006
 72. <http://www.jointcommission.org/>. Visitada el 4 de abril de 2006
 73. <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>. Visitada el 5 de Abril de 2006

74. <http://www.msc.es/>. Visitada Junio 2006.
75. <http://www.seap.es/>. Visitada en Agosto de 2006
76. <http://www.sefh.es/>. Visitada en Julio de 2006
77. <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual2.php?id=34>. Visitada en Julio 2006
78. <http://www.sego.es/>. Visitada en Agosto de 2006
79. <http://www.who.int/es/> Visitada en Agosto de 2006
80. <http://www.who.int/es/>. Visitada en Agosto de 2006
81. Ignacio E, Córdoba JM. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. *Todo hospital* 1991; 141: 7-12
82. Ignacio E, Cornejo MJ, López A, Martínez M, Cruzado MD, et al. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. 2000.
83. Ignacio E. Rodríguez MJ. Estándares de Calidad para la Acreditación de los Estudios de Enfermería. Universidad de Cádiz. UCUA. 2005.
84. International Quality Indicator Project. Disponible en: <http://www.internationalqip.com/>. Visitada el 20 de Junio de 2006.
85. Intravenous Nurses Sicety. Standard of practice. *J. Intraten Nur* 1988;21:535
86. JCIA – FAD. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Viena Serveis, 2001.
87. Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, Amado C, Facio A y García P. El modelo Europeo de gestión de la calidad total como sistema de gestión hospitalario; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público. *Rev Calidad Asistencial* 2005;15, 164-171.
88. Joint Commission International Accreditation. Estándares de acreditación de hospitales. Barcelona: FAD. 1997.
89. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de calidad asistencial*, 1991; 6:65-74.
90. Jolliffe, IT. : *Principal Component Analysis*. Second Edition. Springer-Verlag. New York, 2002.
91. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos I,II,III, IV. *Nursing* 2005. Vol.3 (3) (4)(5)(6)
92. Kazandjian VA, Matthes N, Wicker K. Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicator Project®. *J Eval Clin Pract* 2003;9:265-76.
93. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de sanidad. BOE 29/04/1986.
94. Ley 16/2003 de 28 de Mayo, cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003
95. Looking for Quality Patient Outcomes: The American Nurses Credentialing Center's Magnet Program Recognizes Excellence. <http://www.nursingworld.org/readroom/nti/9804nti.htm>.

96. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de Centros Sanitarios. Madrid: MSD, 2000.
97. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Ignacio E, Mira JJ, Palacio F, Vitaller J. An adaptation of the EFQM model to the Spanish health care setting. 16 th International Conference on Quality in Health Care. Melbourne, Australia, Octubre 1999.
98. Maderuelo Fernández JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *Medi Fam* 2002; 12:631-640.
99. Martínez JA. Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de factores predisponentes. *Med Clin* 1994;103:89-93
100. Memoria Q Oro. Servicio Vasco de Salud. Organización Central. Agosto. 2003.
101. Mingote C, Denia F, Alonso C, Palomo T. Psicoprofalaxis quirúrgica: estrategias de intervención para la prevención y reducción del estrés de los pacientes quirúrgicos. *Cir Esp* 1999; 62:306-315.
102. Minimum Standard for Hospital, Colegio Americano de Cirujanos, EEUU, 1917
103. Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Ignacio E. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Rev Gac San* 2000;14: 291-293
104. Mira JJ, et al. La aplicación del modelo europeo de gestión para la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 92-97.
105. Mira JJ, Rodríguez J, Peset R, Ibarra J, Pérez-Jover V, Palazón I y LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:273-83
106. Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. En: Aranaz J, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: IVESP. Generalita Valenciana. 1999
107. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. EFQM. 2003.
108. Mompert M, Duran M. Sistemas Sanitarios: conceptos y tipos. En: Administración y gestión. Ediciones DAE. Madrid. 2001
109. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18:263-271
110. Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E y Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. *Rev Calidad asistencial* 2001; 16: 322-329.
111. Naylor G. Usig the Business Excellence Model to develop a strategy for a health care organization. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1999; 5: 37-44

112. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. <http://www.who.int/patientsafety/en/indez.html>. Visitada en Junio 2007.
113. Oteo Ochoa LA, Silva Sánchez D, Garrido Casas J, Pereira Candel J. Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. *Gestión Hospitalaria* 2000; 11:127-143.
114. Palacio F, Pascual I, Daniel J. Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17: 87-92.
115. Peiró S, Librero J, Ordoñana R. Perfiles de mortalidad hospitalaria.: ¿Una herramienta útil para la identificación de problemas potenciales de calidad? *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12:179-187.
116. Peiró S. Los indicadores deben bajar a las trincheras. *Rev Calidad asistencial* 2004; 19:361-362
117. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad asistencial* 2004; 19:361-362
118. Planes A. Métodos de detección de problemas. En Marquet R. Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud. Monografías clínicas en atención Primaria. Doyma. Barcelona. 1993.
119. Programa de Acreditación de Centros. Manual de estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Junta de Andalucía. 2002
120. Proyecto EPINE. <http://mpsp.org/mpsp/epine/menu.htm>. Visitada en Agosto de 2006.
121. Ramón C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el modelo Europeo de gestión de calidad total. *Rev Calidad Asistencial* 2000: 15: 151-154
122. Robles M, Dierssen T, Martínez E. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit* 2005; 19:127-134.
123. Sáinz A, Martínez B, Octavi Q. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada en 5 hospitales del Insalud. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 100-106
124. Salcedo JA. Control y evaluación de recursos humanos. En: Lázaro de Mercado P, Marín León I, editores. *Motivación saludable: los recursos humanos en el sector de la salud*. Santander: UIMP; 1998. p. 283-92.
125. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE. De la gestión de la calidad hacia la excelencias en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2000; 15: 117-183.
126. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:64-66.

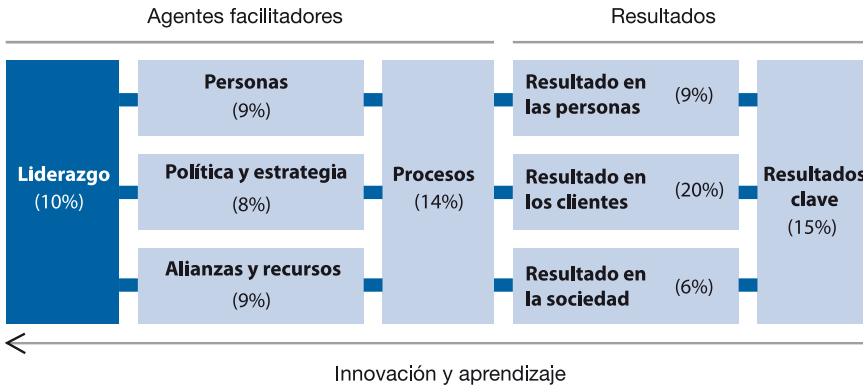
127. Sanz J. Formación continuada: encrucijada difícil. *Med Clin (Barc)* 1998; 11: 496-498.
128. Saturno P. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19:407-15
129. Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 437-443
130. Selvin, S. *Statistical Analysis of Epidemiologic Data*. 1996. New York, Oxford University Press. pp. 4-7.
131. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 58-64
132. Thomas S. Terapia intravenosa. *Nursing* 1997; 15:40-43
133. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de la EFQM. *Rev Calidad asistencial* 2001; 16: 330-338.
134. Valoración Enfermera del Dolor Postoperatorio. *Revista Metas de Enfermería*. 2000; 3:10-16
135. www.msc.es/. Visitada el 8 de Junio de 2007.
136. Yetano J, López G, Guajardo J, Barriola MT, García M, Ladrón JM. Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. *Rev Calidad Asistencial* 2006; 21:207-12.

Anexos

Anexo 1

Modelo Séneca 100

Liderazgo



Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 01
Indicador / Estándar	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Informa que en la misión, visión y valores de la organización se hace referencia a la seguridad de los pacientes como prioridad de actuación			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documentos estratégicos de la organización			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se revisará el plan de calidad, cuadro de mandos u otros documentos estratégicos			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 02
Indicador / Estándar	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Informa que en el modelo de cuidados de enfermería de la organización están contemplados explícitamente aspectos de seguridad de los pacientes			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento que contemple el modelo de cuidados del centro Bases de datos enfermeras validadas en el hospital que se utilicen para la gestión de cuidados, planes de cuidados estandarizados, vías clínicas, etc			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se valorará como cumplimiento aquellos modelos que incluyan cuidados de enfermería relacionados con la seguridad de los pacientes, aunque no aparezca explícito el término seguridad de los pacientes			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 03
Indicador / Estándar	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Informa sobre cómo comunican los directivos del centro la misión, visión, valores, plan estratégico, objetivos y metas relacionados con la seguridad del paciente			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas de reuniones con mandos intermedios y profesionales Actas de comisiones del centro			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se revisarán las actas de las comisiones y reuniones, para comprobar si se transmite la cultura de seguridad			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 04
Indicador / Estándar	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados			
Definición de términos y aclaraciones	Informa sobre el nivel de compromiso de los líderes en la mejora de la seguridad de los cuidados de los pacientes			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas comisiones del centro Actas de reuniones de grupos funcionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que se cumple si los directivos asisten a las comisiones relacionadas con la seguridad de los pacientes. Se comprobará que las reuniones sean periódicas, existiendo al menos cuatro anuales con la participación directiva en, al menos, tres de ellas			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 05
Indicador / Estándar	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Informa sobre la participación de los directivos en las estructuras relacionadas con la seguridad de paciente			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas de las comisiones relacionadas con la seguridad de los pacientes			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará cumplido si en las comisiones hay al menos un miembro del equipo directivo de enfermería y/o mando intermedio			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 06
Indicador / Estándar	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Informa si existen actividades y líneas de trabajo que han sido establecidas y realizadas por la Dirección y los mandos intermedios, dirigidas a transmitir e impulsar las estrategias de seguridad a los pacientes y/o familiares			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documentos, actas, consentimiento informado, informes, programas Folletos divulgativos sobre estrategias en seguridad de pacientes			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se realizará revisión de la documentación que se entrega al paciente			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

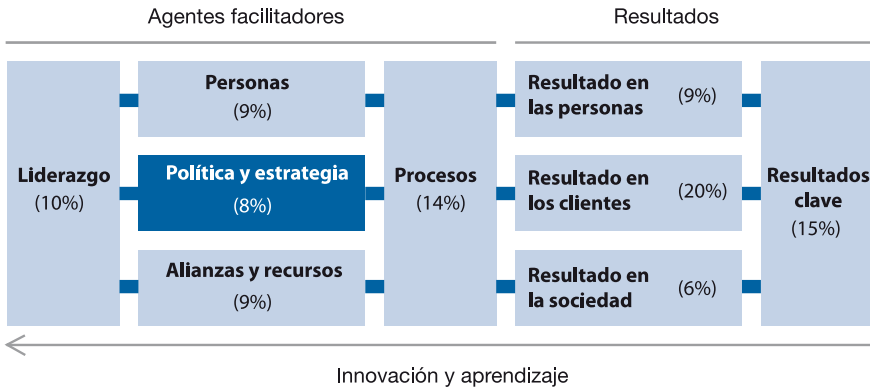
Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 07
Indicador / Estándar	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Informa si existen actividades y líneas de trabajo establecidas y realizadas por la Dirección y los mandos intermedios, dirigidas tanto hacia la comunicación a los profesionales, como al cumplimiento de los objetivos en materia de seguridad de pacientes			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No tendrán validez aquellas actuaciones y documentos que provengan de iniciativas externas a la institución, salvo que esten adaptadas e integradas en el hospital			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documentos, actas, informes, programas, pactos de objetivos de los diferentes servicios o unidades Encuesta de percepción de seguridad de profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se revisará mediante actas y documentos donde quede reflejado que se comunican y se potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos de seguridad de los pacientes			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 08
Indicador / Estándar	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora continua			
Definición de términos y aclaraciones	Por utilizar los resultados de los indicadores de seguridad se entiende que de manera sistemática, en al menos una reunión de cada comisión, se revisan los indicadores de seguridad de los pacientes			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas de las reuniones de las comisiones Cuadros de mando del hospital			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se revisará el listado de indicadores de seguridad que se utilicen en las diferentes comisiones con el objeto de introducir estrategias de mejora			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 09
Indicador / Estándar	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora implantadas			
Definición de términos y aclaraciones	Existe un procedimiento implantado para la identificación de riesgos con sistemas de comunicación establecidos para que los profesionales conozcan las acciones que se llevan a cabo para reducir los riesgos en los pacientes			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Procedimiento de identificación de riesgos y de elaboración de planes de mejora Actas de las reuniones			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se comprobará la existencia del procedimiento Se comprobará mediante actas o registros que las acciones de mejora son comunicadas a los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 10
Indicador / Estándar	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Informa de la capacidad de los líderes de la organización para reconocer a los profesionales su implicación en temas relacionados con la seguridad de los pacientes			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de profesionales Carta de felicitación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Además, de los resultados de la encuesta de percepción, se podrá revisar evidencias donde se demuestre que se realizan reconocimientos y felicitaciones a los profesionales (actas de reuniones, cartas de felicitación, noticias, etc.)			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Política y Estrategia



Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 01
Indicador / Estándar	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en la seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se debe disponer de estudios de expectativas y necesidades de todos los grupos de interés (población en general, asociaciones, proveedores, estudiantes, etc) sobre la seguridad de los pacientes			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Resultados de los estudios de expectativas y necesidades Encuestas de salud poblacional			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se comprobará la realización de estudios en los últimos años que vayan dirigidos a todos los grupos de interés Para el cumplimiento del indicador se constatará la existencia de, al menos, el estudio de expectativas de la población con una antigüedad máxima de dos años			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 02
Indicador / Estándar	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por indicadores de riesgos aquellos relacionados con la infección nosocomial, caídas, lesiones por presión, reingresos, errores debidos a la medicación, consentimiento informado, identificación de los pacientes, y cualquier otro que la literatura científica avale y la organización incluya			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Cuadro de mando de la organización			
Evidencias	Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008			
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que se cumple si al menos figura en el cuadro de mando los indicadores de cuidados que hacen referencia a las caídas de pacientes, lesiones por presión e infecciones nosocomiales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 03
Indicador / Estándar	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares			
Definición de términos y aclaraciones	Por comparaciones de indicadores o estándares se entiende que se dispone de los datos de organizaciones similares y se analizan los diferentes resultados			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Cuadro de mando de la organización Estudios de Benchmarking Actas del comité de dirección			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se comprobará la existencia en el último año de datos comparativos de seguridad de cuidados propios con los de otros hospitales Al menos aparecerán indicadores de caída de pacientes, lesiones por presión e infecciones nosocomiales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 04
Indicador / Estándar	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por política de seguridad de los pacientes que existan estrategias coherentes con las necesidades y expectativas de los grupos de interés y alineada con la de la organización y el Servicio de Salud			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas de la Comisión de Dirección Actas de la Comisión de Calidad Convocatorias de reuniones de la Dirección de Enfermería y Comisión de Cuidados			
Evidencias	Joint Commission International. Estándares de Acreditación para hospitales. 2007 Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007			
Recomendaciones para la evaluación	Se solicitará las actas del comité de dirección de los dos últimos años y se comprobará que se abordan temas relacionados con la política de seguridad del centro			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

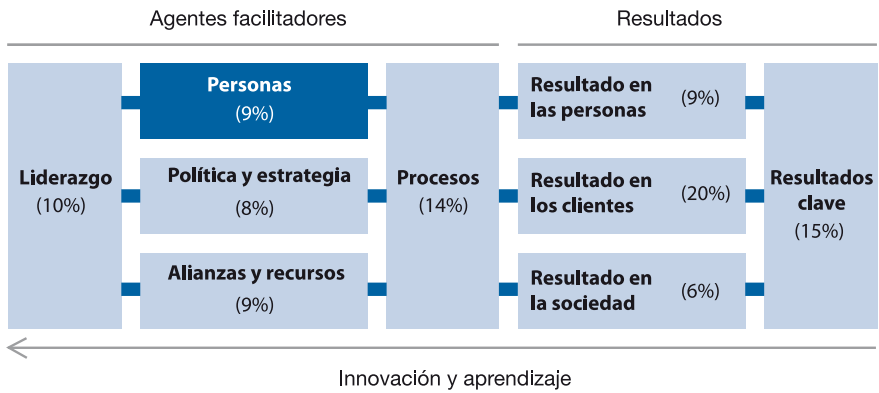
Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 05
Indicador / Estándar	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles			
Definición de términos y aclaraciones	<p>Se define como continuidad asistencial, la visión continua y compartida del trabajo asistencial en la que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común de resultados, que es la seguridad del paciente.</p> <p>Plan de continuidad asistencial: registro unificado de informes de alta médicos y de continuidad de cuidados al alta, comisión de coordinación asistencial, planificación del alta, registros de cuidados por turno, registro de interconsultas intra e interniveles dentro de la misma organización y entre los diferentes dispositivos asistenciales</p>			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	<p>Plan de continuidad de cuidados</p> <p>Actas comisión de coordinación interniveles</p> <p>Actas de la Comisión de documentación clínica</p> <p>Manual de documentación clínica</p>			
Evidencias	<p>Joint Commission International. Estándares de Acreditación para hospitales. 2007</p> <p>Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad</p>			
Recomendaciones para la evaluación	<p>Se considerará que se cumple cuando exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y un sistema que evalúe su implantación.</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 06
Indicador / Estándar	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por entornos seguros disponer de un plan aplicado que contemple la correcta iluminación, las barreras arquitectónicas, seguridad de huecos de escaleras, seguridad física, ventanas, pisos antideslizantes, material de seguridad en cuartos de baño, etc.			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Procedimiento o plan que aborde la seguridad del entorno Observación directa de elementos de seguridad en el edificio (definidos en el apartado anterior) Documentos de normativa actualizada			
Evidencias	Normas ISO 9000 Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales Ley 54/2003 del 12 de diciembre de reforma del marco normativa de PRL RD 1942/2003 de 5 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento de instalaciones de protección contra incendios RD 664/1997 de 12 de mayo sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo RD 1215/1997 de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo			
Recomendaciones para la evaluación	Se comprobará la existencia del procedimiento y se observará que se cumplen los criterios definidos sobre entornos seguros			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 07
Indicador / Estándar	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende que la política de seguridad de los pacientes en el centro debe ser abordada y transmitida por los directivos desde una perspectiva de mejora y no desde un enfoque punitivo o de búsqueda de culpables			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas o convocatorias de reuniones de directivos con profesionales donde se contemplen temas relacionados con la seguridad del paciente			
Evidencias	Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud. Reino Unido (NHS). Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007			
Recomendaciones para la evaluación	Se solicitarán actas de reuniones donde se traten o difundan temas de seguridad de pacientes			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 08
Indicador / Estándar	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por pactos de objetivos de seguridad todas aquellas acciones que vayan encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documentos de pactos de objetivos			
Evidencias	Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud. Reino Unido (NHS). Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007			
Recomendaciones para la evaluación	Se comprobará la existencia de documentos con los objetivos de seguridad de los diferentes servicios			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Personas



Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 01
Indicador / Estándar	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	Unidades de críticos y servicios especiales			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documentos de asignación de profesionales a las diferentes unidades del hospital Documentos de estudios de cargas de trabajo en enfermería Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias	Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007			
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que el estándar se cumple cuando se realicen estudios de cargas de trabajo para enfermería y en unidades de cuidados medios exista al menos un enfermero/a y una auxiliar por cada 10-15 camas de hospitalización. El estándar se medirá en unidades de hospitalización quirúrgicas y médicas. Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 02
Indicador / Estándar	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende que deben estar definidos los puestos de trabajo y las competencias que son necesarias para desempeñar los cuidados a los pacientes de una forma segura			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento de perfiles profesionales y competencias profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que se cumple cuando el documento de perfiles y competencias esté elaborado al menos para unidades de especial riesgo, quirófanos, unidades de cuidados intensivos, hemodialisis y urgencias generales y pediátricas			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 03
Indicador / Estándar	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Los profesionales perciben que disponen de fácil acceso a la formación continuada en materia de seguridad			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Cursos sobre seguridad de cuidados organizado en el último año Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se revisarán los cursos sobre seguridad del paciente desarrollados en el último año, y se dará por cumplido si al menos el 25 % de la plantilla de enfermería acceden a los mismos Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 04
Indicador / Estándar	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende que existe un plan específico de información y formación para profesionales de nueva incorporación			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Plan de formación específico para profesionales de nueva incorporación Protocolo de incorporación/acogida a nuevos profesionales Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	El estándar se cumple cuando existe un documento que demuestra que existe un plan específico de formación para profesionales de nueva incorporación que además aborda los riesgos más frecuentes Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 05
Indicador / Estándar	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por evaluación del desempeño aquella que evalúa anualmente las competencias de los profesionales en sus puestos de trabajo			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Informe de resultados de evaluación del desempeño			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	El estándar se dará por cumplido cuando se constate que en las evaluaciones de los profesionales existen referencias a la seguridad del paciente			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

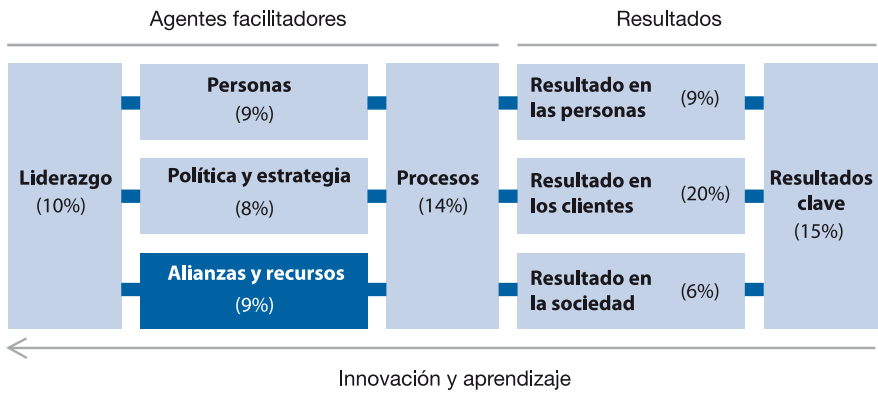
Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 06
Indicador / Estándar	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por disponer de estructuras y mecanismos de participación que los profesionales pueden hacer llegar su voz para proponer objetivos de seguridad ya sean a través de comisiones o de sus mandos intermedios			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Comisiones clínicas Actas de reuniones de directivos y mandos intermedios con los profesionales Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	El estándar se dará por cumplido si se constata la participación de los profesionales en las comisiones clínicas y en las actas se observa que se abordan temas relacionados con su participación en los objetivos de seguridad. Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales.			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 07
Indicador / Estándar	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por fomentar la investigación sobre seguridad de pacientes que existan proyectos en activos reconocidos por agencias externas			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Investigaciones sobre seguridad reconocidas por entidades externas Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se dará por cumplido el estándar si existen al menos dos investigaciones sobre seguridad en los cuidados reconocidas por agencias externas. Deberán estar en curso. Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 08
Indicador / Estándar	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por disponer de canales de comunicación que los profesionales dispongan de buzones de sugerencias o vías similares, que existía de una figura responsable de la seguridad del paciente conocida por toda la organización y la existencia de una comisión de seguridad del paciente donde se puedan analizar aportaciones y/o sugerencias			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Observación del buzón de sugerencias (intranet, buzón físico, ...) Registros de sugerencias Actas de Comisión de Seguridad del paciente Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	El estándar se dará por cumplido si existen canales de comunicación operativos y se demuestra con evidencias que los profesionales lo utilizan Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Personas			Código PE 09
Indicador / Estándar	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende que se debe disponer de mecanismos que reconozcan y recompensen a los profesionales por su especial contribución a la seguridad de los pacientes			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Carrera profesional documentada Actas de la comisión evaluadora de la carrera profesional Cartas de felicitación Actas donde se contemple el reconocimiento Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	El estándar se dará por cumplido si existen mecanismos para la evaluación de la carrera profesional y existen al menos 3 cartas o actas que en el último año hagan referencia al reconocimiento de profesional Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Alianzas y Recursos



Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 01
Indicador / Estándar	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la Empresa y de los productos			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por empresas con certificaciones de calidad aquellas que posean sellos externos y acreditados (Tipo ISO 9000:2000) y productos marcados CE			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No valorar empresas o productos que no estén relacionados con enfermería y los cuidados			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Pliegos de contratación administrativa y características técnicas			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se revisarán al azar las empresas proveedoras más importantes relacionadas con materiales o productos para el cuidado del paciente. El estándar se cumple cuando las empresas poseen certificaciones de calidad			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 02
Indicador / Estándar	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre evento adversos			
Definición de términos y aclaraciones	Existencia de una comisión que utilice criterios de evidencia científico-técnica. La misma deberá basarse para la toma de decisiones en los informes de eventos adversos y tener un carácter centralizado y donde existan representación de los diferentes colectivos profesionales			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se incluye material no sanitario			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Composición de la comisión de compras: miembros y categorías profesionales Informes de eventos adversos Actas e informes técnicos			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	El estándar se dará por cumplido cuando existá al menos, un enfermero/a en la comisión para la adquisición de materiales y productos Se constatará que las adjudicaciones se realizan en función de criterios de calidad científico-técnicos y que en el seno de la comisión se discuten los eventos adversos que los materiales y productos que se utilizan han podido ocasionar			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 03
Indicador / Estándar	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones y accesos) y se establece un sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electromedicina			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por plan de seguridad para el edificio disponer de un documento que contengan las directrices a seguir ante catástrofes, incendios, evacuaciones, sistema de señalización y accesos Se entiende por sistema de mantenimiento preventivo disponer de un plan que evalúe las necesidades preventivas de mantenimiento del centro y del aparataje de electromedicina			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Plan de seguridad Protocolos de mantenimiento preventivo de electromedicina y de instalaciones			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	El estándar sólo se dará por cumplido cuando se cumplan dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) que contemple la existencia de los tres planes y que exista un sistema que evalúe su implantación En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no de los documentos y en caso positivo si se evalúa su implantación			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

<p> Criterio al que se asocia </p>	<p> Alianzas y recursos </p>			<p> Código AR 04 </p>
<p> Indicador / Estándar </p>	<p> Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas </p>			
<p> Definición de términos y aclaraciones </p>	<p> Se entiende por procedimiento de revisión sistemática de los carros de parada disponer de un documento que regule los materiales y medicación que debe contener un carro de parada para poder realizar una reanimación cardiopulmonar de manera segura y establezca un sistema para su evaluación y revisión </p>			
<p> Cumplimiento </p>	<p> 100 % se cumple </p>	<p> 0 % no se cumple </p>	<p> N/A no aplicable </p>	
<p> Excepciones </p>	<p> No se contemplan excepciones </p>			
<p> Naturaleza estadística </p>	<p> Dicotómica </p>			
<p> Fuentes </p>	<p> Registros de revisión de carros de parada Protocolo de revisión de carros de parada Registros de revisión y reposición del material que contiene el carro de paradas </p>			
<p> Evidencias </p>				
<p> Recomendaciones para la evaluación </p>	<p> El estándar sólo se dará por cumplido cuando se cumplan dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no de los documentos y en caso positivo si se evalúa su implantación Se comprobará que esté protocolizada y programada la revisión del carro de parada, el orden del material y las caducidades y que eso es conocido por todo el personal de la unidad correspondiente o área al que de cobertura dicho carro </p>			
<p> Umbral recomendado </p>	<p> 100 % </p>			
<p> Observaciones del evaluador </p>				

Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 05
Indicador / Estándar	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende como mobiliario con sistemas de seguridad disponer de barandillas en camas, elementos de inmovilización para la contención de pacientes con sistemas acolchados, asideros en los cuartos de baño, timbre accesible para paciente y/o acompañante, accesibilidad a colchones antiescaras y otras medidas de disminución de la presión local			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Observación directa en las áreas asistenciales Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Evidencias	Stock de materiales de plantas y áreas asistenciales			
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que el estándar se cumple cuando se observe que en todas las áreas asistenciales se tiene disponibilidad de los recursos necesarios (mobiliario de seguridad y de contención de pacientes) Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

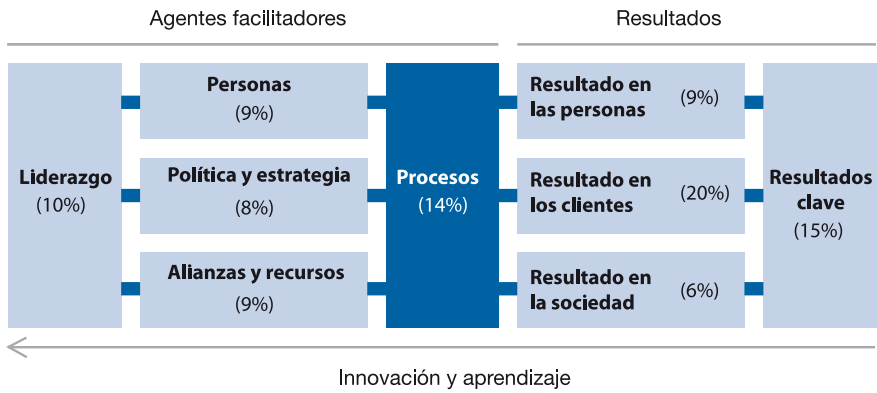
Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 06
Indicador / Estándar	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por dispensadores de solución hidroalcohólica cualquier sistema que permita disponer de este producto para el lavado de manos de los profesionales y que éstos se encuentren accesibles en las zonas asistenciales			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Observación directa de los dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas asistenciales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que el estándar se cumple cuando en todas las áreas asistenciales se tenga acceso al dispensador de solución hidroalcohólica bien en la cabecera de la cama o en las entradas de las habitaciones			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 07
Indicador / Estándar	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por material fungible todo aquel que se utiliza y consume en las unidades (gasas, sondas, jeringas, agujas,...), así como todos los medicamentos y sueros			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	Material reutilizable (pinzas, tijeras, etc.)			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Observación directa de almacenes de fungibles y medicación de las unidades			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que el estándar se cumple cuando en los almacenes de las unidades de enfermería no existan productos caducados en la medicación, y material fungible. Además, el material deberá estar colocado adecuadamente y debe existir una sistemática de revisiones.			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 08
Indicador / Estándar	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Cualquier sistema o dispositivo que porte el paciente y permita identificarlo de manera inequívoca			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Observación directa del paciente			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que el estándar se cumple cuando de manera sistemática se observen a los pacientes que disponen de un sistema que permita su identificación inequívoca			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos			Código AR 09
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que permite disponer de la información suficiente para que los profesionales puedan usar de manera segura materiales que lo requieran y aparatos de electromedicina. Debe incluir que cuando se introduce un nuevo material o equipo en una unidad de enfermería, se debe garantizar la formación de todo el personal sobre su utilización y manejo			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Archivo de cursos en formación continuada Manuales de instrucciones			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que el estándar se cumple si en los aparatos de electromedicina de las unidades se conservan también los manuales de instrucciones Se revisarán las evidencias relacionadas con la formación en materiales de electromedicina			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Procesos



Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 01
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	<p>Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para suministrar la información necesaria para la adaptación del paciente y familia al entorno asistencial así como de las posibles interrelaciones que han de mantener dentro del contexto hospitalario</p> <p>El protocolo de valoración de cuidados recoge las pautas a seguir para evaluar las demandas de cuidados que generará el paciente</p> <p>El protocolo de traslados internos de los pacientes recogerá las normas para ejecutarlos así como los responsables de las distintas fases del proceso para garantizar la seguridad del paciente</p>			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	<p>En el protocolo de acogida la excepción estará contemplada para los casos de pacientes no conscientes y/o no identificados y que no dispongan de familia o de personal autorizado</p> <p>El protocolo de valoración de cuidados no contemplan excepciones</p> <p>El protocolo de traslados internos no contemplan excepciones</p>			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	<p>Documento con los contenidos de los protocolos, guías o procedimientos</p> <p>Documento de resultados de su evaluación e implantación</p>			
Evidencias	<p>Ley General de Sanidad</p> <p>Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español.</p>			
Recomendaciones para la evaluación	<p>Los documentos pueden estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se cumplan dos condiciones: que existan los tres documentos, es decir el protocolo de acogida, valoración, y traslado y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 02
Indicador / Estándar	Existe un protocolo para la identificación de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por protocolo de identificación de pacientes al conjunto de normas necesarias para identificar tanto a los pacientes como a los documentos de su historial clínico			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Sentinel Event Alert			
Recomendaciones para la evaluación	El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales El estándar sólo se dará por cumplido cuando se cumplan dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 03
Indicador / Estándar	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por implantado un sistema de notificación de eventos adversos a la implementación de un formulario a través del que pueda canalizarse, de forma anónima o no, la notificación de los eventos adversos surgidos, independiente de su gravedad No se limita al registro de efectos adversos medicamentosos Se entiende por efecto adverso todo accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente que le ha causado daño, o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Sistema de notificación y/o análisis de eventos adversos/incidentes			
Evidencias	Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español. Modelo de Excelencia de la EFQM. Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (Objetivo 8.2 de la Estrategia 8 del Plan de Calidad)			
Recomendaciones para la evaluación	Para que se considere implantado el sistema de notificación no sólo deben existir los formularios en formato papel o electrónico, sino que deben de ser notificados a las direcciones del centro Comprobar si existe un formulario de declaración de eventos en las unidades de Enfermería			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 04
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la atención de los pacientes que necesitan cuidados paliativos			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	Que no estén indicados los cuidados paliativos			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se cumplan dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 05
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios y hacerles partícipes de los riesgos añadidos que puede ocasionar su asistencia clínica			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	Pacientes con deterioro en su nivel cognitivo. Pacientes que se niegan a que se informe a ninguna otra persona sobre su enfermedad			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se cumplan dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 06
Indicador / Estándar	Esta implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por protocolo de calidad de las historias clínicas el documento que contiene las normas que deben desarrollarse en la confección y manejo de las historias clínicas para que la documentación que contiene aporte seguridad y calidad a la atención sanitaria de los pacientes y establezca los responsables del proceso			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 07
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir ante la prescripción, transcripción, dispensación, administración y registro de la medicación. Además debe existir un registro y/o control para al menos los cinco grupos de medicación de alto riesgo definida por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP)			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	En la prescripción electrónica, el protocolo de transcripción se obviará			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 08
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo para el manejo del paciente con dolor			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de la forma de actuación con los pacientes con dolor			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Patient safety and quality. An evidence-based handbook for nurses. AHRQ. 2008			
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 09
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para el empleo de la contención mecánica (entendida como aplicación de un sistema de inmovilización a pacientes agitados o desorientados) en pacientes ingresados			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	National Guideline Clearinhouse. Guideline of Use of restraints in the acute care setting. Disponible en: http://www.guideline.gov			
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 10
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la valoración del riesgo, prevención y tratamiento de las caídas de los pacientes hospitalizados			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Best practice Joanna Brigs Institute for Evidence Based Nursing, 1998;2(2):1-6. OECD Health working papers nº 23. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Disponible en http://www.oecd.org/health/hcqi Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ. 2004 Mar 20;328(7441):680. Autores: Chang JT et al.			
Recomendaciones para la evaluación	El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 11
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la valoración del riesgo de desarrollar UPP (lesión isquémica que se produce por hipoxia celular, debido a una presión prolongada, en una determinada zona), con explicación de las medidas preventivas y terapéuticas a seguir por el personal de enfermería			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No precisa que contemple la prevención y/o tratamiento de otras lesiones como úlceras vasculares, diabéticas u otro tipo de heridas crónicas distintas a las ocasionadas por la presión prolongada			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Best practice Joanna Brigs Institute for Evidence Based Nursing, 2008.(12) 2 Patient safety and quality. An evidence-based handbook for nurses. AHRQ. 2008			
Recomendaciones para la evaluación	El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 12
Indicador / Estándar	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la atención de los pacientes con aislamientos, profilaxis antibiótica quirúrgica, guía de utilización de los antisépticos y manejo de pacientes con gérmenes multiresistentes			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	CDC. Guidelines for Protecting Patients: Guideline for Isolation Precautions 07; Management of Multidrug-Resistant Organism 2006 Preventing Healthcare-Associated Pneumonia, 2003 Environmental Infection Control in Healthcare Facilities, 20.			
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 13
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de lavado de manos			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para el correcto lavado de manos en todas sus variantes			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	CDC. Guidelines for Protecting Patients: Hand Hygiene in Healthcare Settings, 2002			
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 14
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas			
Definición de términos y aclaraciones	<p>Se entiende por el protocolo que informa de la asistencia segura a pacientes quirúrgicos y/o sometidos a procesos invasivos intervencionistas contempla atención protocolizada en las tres fases de la cirugía (PRE: Profilaxis para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes de riesgo, Barreras estériles durante la colocación de catéteres venosos centrales y vesicales, Profilaxis antibiótica perioperatoria, Preguntar a los pacientes si revocan o reiteran lo dicho durante el proceso de consentimiento informado, Señalización de punto de operación en órganos o miembros pares, Preparación de la zona quirúrgica</p> <p>INTRA: Uso de colchones especiales para la prevención de úlceras por presión. Catéteres centrales impregnados de antibióticos, Verificación del punto de operación, Protocolo de prevención de efectos adversos de la anestesia, Medidas de prevención de riesgo ambiental en quirófano: derivadas del aparataje –v.g. bisturí eléctrico, gases- o del ambiente – v.g. aspergillus-, Gestión de muestras biológicas extraídas a los pacientes, Recuento de material quirúrgico y gasas</p> <p>POST: Control de sangrado y constantes hemodinámicas, cuidado aséptico de la herida y catéteres, prevención de neumonía y embolia pulmonar, Aporte nutricional adecuado, Prevención de fractura de cadera postquirúrgica)</p> <p>Todos los subindicadores enunciados deberán estar protocolizados con tiempos, lugar y responsables establecidos.</p>			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	<p>Pacientes intervenidos de urgencias</p> <p>Algunos subindicadores sólo se podrán valorar cuando proceda -v.g. la profilaxis antibiótica no está indicada en todas las intervenciones. El uso de colchones especiales no es imprescindible en intervenciones con duración inferior a 2 horas</p>			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	<p>Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento</p> <p>Documento de resultados de su evaluación e implantación</p>			

Evidencias	<p>Guideline for prevention of surgical site Infection, infection control and hospital epidemiology 1999; 20(4):257-263 Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2001 National Quality Forum. 30 Safe Practices for Better Health Care. Fact Sheet AHRQ Publication No. 04-P025, March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/QUAL/30safe.htm</p>	
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>	
Umbral recomendado	100 %	
Observaciones del evaluador		

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 15
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir en las situaciones emergentes graves que puede presentar los pacientes cuando de forma repentina cambia su curso evolutivo poniendo a riesgo la vida. El protocolo describe las actividades a realizar para mejorar la rapidez y efectividad de las intervenciones ante signos precoces de deterioro de los pacientes ingresados			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	Servicios de Urgencias o UCI Pacientes cuyo deterioro o empeoramiento es previsible o esperado			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality. JAMA. 2006; 295(3):324-327 Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003 Sep 24;290(12):1617-23			
Recomendaciones para la evaluación	El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 16
Indicador / Estándar	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir basados en los requisitos que exige el artículo 32 del Real Decreto 1088/2005. En el estarán definidos el sistema de identificación de los productos (sangre y hemoderivados), las condiciones de almacenamiento en el servicio de hemoterapia y en el de destino (Unidad en la que el paciente está ingresado o es atendido), el sistema de dispensación (requisitos para que el paciente pueda recibir la transfusión: identificación y analíticas de verificación necesarias) y las condiciones de administración al paciente, así como la vigilancia y registro de reacciones y efectos postransfusionales			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	Pacientes en situación de riesgo inmediato para su vida			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los Centros y Servicios de transfusión Directiva 2005/62/CE, se refiere a las normas y especificaciones comunitarias relativas a un Sistema de Calidad para los Centros de Transfusión sanguínea OECD Health working papers nº 23. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Disponible en http://www.oecd.org/health/hcqi			
Recomendaciones para la evaluación	El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales. El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación. En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

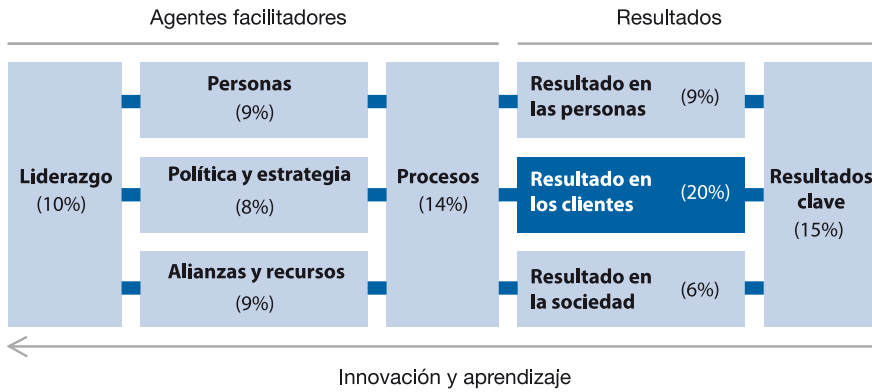
Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 17
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslado de muestras biológicas			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la gestión (identificación, toma, manejo y traslado) de muestras biológicas para garantizar la integridad, conservación adecuada y trazabilidad de la muestra y la seguridad del profesional. Se plasma en un documento actualizado que informa de los pasos seguir para la toma y manejo de las diferentes muestras biológicas y que conoce y aplica el personal en cada caso			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 18
Indicador / Estándar	Esta implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la identificación con carácter obligatorio y de forma muy visible, si un paciente tiene o no una alergia, intolerancia, o tratamiento previo a su ingreso			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 19
Indicador / Estándar	Esta implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para la identificación y conciliación de la medicación prescrita en el hospital como consecuencia de la enfermedad que ha motivado el ingreso, con los fármacos que el paciente puede tener prescrito como consecuencia de otras enfermedades anteriores			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 20
Indicador / Estándar	Esta implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para identificar las necesidades de cuidados al alta. Debe identificar qué pacientes necesitan continuidad de cuidados tras el alta y cuáles son los cuidados que necesitan. El protocolo deberá identificar la persona (enfermero/a) que puede proporcionárselos fuera del hospital			
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable
Excepciones	Pacientes que no necesitan cuidados al alta			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA. 1999 Feb 17;281(7):613-20			
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cumplido cuando se den dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p>			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Resultados en los pacientes



Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 01
Indicador / Estándar	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización		
Definición de términos y aclaraciones	Se considera al paciente correctamente identificado aquel que lleve un sistema de identificación, en el que figure su nombre y apellidos de manera legible, número de historia clínica o tarjeta sanitaria. Debe portarlo durante todo el episodio de hospitalización		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes identificados correctamente		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Observación directa de los pacientes		
Evidencias	Alerta en Seguridad y Atención Sanitaria. Alerta de Seguridad del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP) promovido por la Fundación Avedis Donabedian y la Fundación MAFRE medicina		
Recomendaciones para la evaluación	Observar pacientes de manera aleatoria de todas las áreas de hospitalización		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 02
Indicador / Estándar	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben que se ofrece en el momento del ingreso una información general sobre los servicios, los horarios de atención médica y de enfermería, los horarios de visitas , comidas, exploraciones, aseos, etc. También debe ofrecerse información sobre los derechos y obligaciones de los pacientes		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes ingresados en las unidades de críticos y/o con alteración de conciencia		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	Estrategias para la seguridad del paciente. Consejería de Salud Junta de Andalucía D.L:SE- 451-06		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 03
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben accesibles y seguros el entorno hospitalario		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes ingresados en las unidades de críticos y/o con alteración de conciencia		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	<p>Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008</p> <p>Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2007</p> <p>A framework for healthcare organizations to develop and evaluate a safety scorecard. JAMA; 2007</p>		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 04
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben seguridad en los profesionales que son responsables de sus cuidados		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes ingresados en las unidades de críticos y/o con alteración de la conciencia		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	<p>Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.</p> <p>Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2007</p> <p>A framework for healthcare organizations to develop and evaluate a safety scorecard. JAMA; 2007</p>		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 05
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben haber recibido trato empático y correcto durante su estancia hospitalaria por los profesionales responsables de sus cuidados		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes ingresados en las unidades de críticos y/o con alteración de conciencia		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben trato correcto y empático		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 06
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su proceso		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben que han sido suficientemente informados y que han decidido junto a su enfermero/a de referencia, los objetivos terapéuticos y las diferentes acciones derivadas del plan de cuidados		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes ingresados en las unidades de críticos y/o con alteración de conciencia		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben que han participado en su proceso		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	<p>O'Connor A, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwitle V et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. BMJ 1999, September. 319: 731-734</p> <p>Mansell D, Poses RM, Kazis L, Duefield CA. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. Arch Intern Med. 2000 Oct 23;160(19):2991-6</p> <p>Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. Universidad Miguel Hernández de Elche. Agencia Valenciana de Salud. Alicante (España)</p> <p>Guix Oliver Joan, Fernández Ballart Joan, Sala Barbany Joan. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. Gac Sanit. 2006; 20(6): 465-472. Disponible en: http://scielo.isciii.es</p> <p>Maneu, R. Participación de los pacientes sobre su asistencia sanitaria. Revista de calidad asistencial, ISSN 1134-282X, Vol. 20, N°. 6, 2005 , pags. 337-342</p>		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

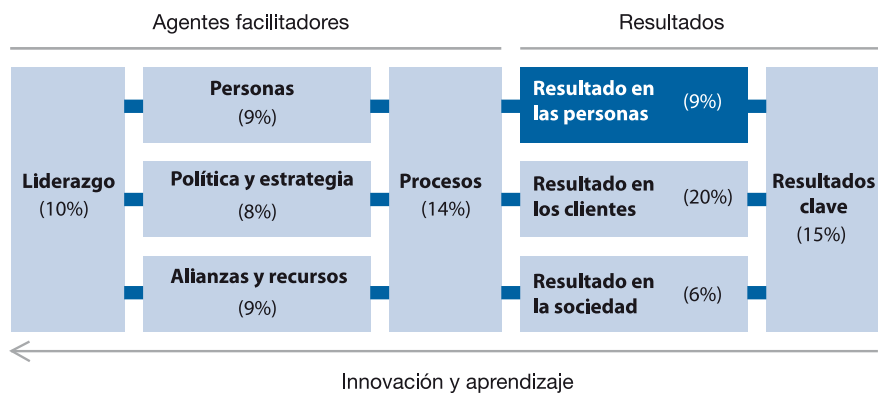
Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 07
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben recibir información suficiente sobre las indicaciones y posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes ingresados en las unidades de críticos y/o con alteración de conciencia		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	Coulter A, Magee H. The european patient of the future. Mc Graw Hill Educations. Open UniversiTy Press.2003		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 08
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben recibir información suficiente sobre las diferentes pruebas diagnósticas e intervenciones realizadas durante su proceso hospitalario		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes ingresados en las unidades de críticos y/o con alteración de la conciencia		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	Coulter A, Magee H. The european patient of the future. Mc Graw Hill Educations. Open UniversiTy Press.2003 -Gutierrez S, Mederos L. Derechos del paciente hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de Enfermería. Rev. Enferm. IMSS 2001; 9(1): 15-18		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 09
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben recibir información al alta sobre la continuidad de cuidados		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	Sunil Kripalani, M.D. and Rick Kellerman, M.D. Los médicos de atención primaria y del hospital necesitan comunicarse. Feb. 28, 2007, Journal of the American Medical Association. Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. Universidad Miguel Hernández de Elche. Agencia Valenciana de Salud. Alicante (España)		
Recomendaciones para la evaluación	<p>Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes</p> <p>Seleccionar pacientes de áreas de hospitalización con necesidad de continuidad de cuidados que reciban informe de continuidad de cuidados ó informe de recomendaciones al alta. Es aconsejable seleccionar pacientes que van a ser dados de alta en pocos días</p>		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes		Código PA 10
Indicador / Estándar	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben que sus desplazamientos en transportes sanitarios han sido adecuados y seguros		
Población			
Muestra			
Excepciones	Pacientes desplazados en condiciones de urgencia vital Pacientes con deterioro cognitivo		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario		=
Denominador	Pacientes encuestados		
Fuentes	Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado	90 %		
Observaciones del evaluador			

Resultados en las personas



Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 01
Indicador / Estándar	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben conocer los objetivos y reciben información sobre su consecución		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución		=
Denominador	Profesionales de enfermería encuestados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	Cuestionario HSOSPC de la AHRQ sobre cultura de seguridad contempla diferentes items relacionados con este indicador		
Recomendaciones para la evaluación		Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales	
Umbral recomendado	80 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 02
Indicador / Estándar	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben sentirse satisfechos o muy satisfechos con la formación sobre seguridad recibida en la acogida		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes		=
Denominador	Profesionales de enfermería encuestados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	Recomendación de la OMS y del taller de expertos del Ministerio de sanidad y Consumo. 2005		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Umbral recomendado	70 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 03
Indicador / Estándar	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben que la carga de trabajo es excesiva o que la plantilla es escasa para garantizar la seguridad del paciente		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales de enfermería que perciben excesiva carga de trabajo		=
Denominador	Profesionales de enfermería encuestados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	Cuestionario HSOSPC de la AHRQ sobre cultura de seguridad contempla este ítem. Sochalski J. Is more better?: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Med Care 2004; 42 (suppl 2):62-72		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Umbral recomendado	70 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 04
Indicador / Estándar	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben autonomía en tema de seguridad y reconocimientos por parte de cargos intermedios y directivos		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes		=
Denominador	Profesionales de enfermería encuestados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	El cuestionario HSOSPC de la AHRQ sobre cultura de seguridad contempla este ítem.		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Umbral recomendado	70 %		
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 05
Indicador / Estándar	Profesionales que sufren accidentes laborales		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que han sufrido accidentes durante su jornada laboral y son achacables al desarrollo de su trabajo		
Población			
Muestra			
Excepciones	Accidentes in itinere		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales de enfermería que han sufrido accidentes laborales		=
Denominador	Profesionales de enfermería encuestados		
Fuentes	Registros de accidentes. Servicio de medicina preventiva o de empresa o de salud laboral. Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	Además, del dato registrado en los servicios correspondientes, se podrá obtener mediante la percepción realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

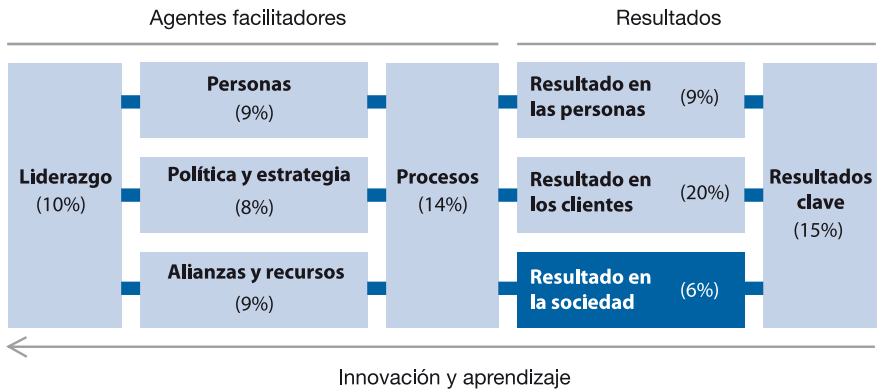
Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 06
Indicador / Estándar	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben conocer el sistema de notificación de incidentes y efectos adversos y lo consideran adecuados Se entiende por incidente el acontecimiento o situación imprevista o inesperada que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido. Cuando el incidente provoca daño o alarga la estancia, se denomina efecto adverso		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos		=
Denominador	Profesionales de enfermería estudiados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, 2000		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 07
Indicador / Estándar	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben participar en los objetivos de seguridad		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes		=
Denominador	Profesionales de enfermería estudiados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	Es un indicador de calidad del entorno de la práctica enfermera. Escala de Entorno de Trabajo (Nursing Work Index).		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 08
Indicador / Estándar	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben alta rotación con excesivos cambios de profesionales en los servicios o unidades		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales de enfermería que perciben alta rotación		=
Denominador	Profesionales de enfermería estudiados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	Sochalski J. Is more better?: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Med Care 2004; 42 (suppl 2):62-72		
Recomendaciones para la evaluación		Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 09
Indicador / Estándar	Absentismo laboral en profesionales		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben absentismo o IT entendiendo por ella toda falta justificada o no de un profesional a su turno de trabajo		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales de enfermería con absentismo laboral		=
Denominador	Profesionales de enfermería estudiados		
Fuentes	Registro de absentismo Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	<p>La evaluación se realizará de los datos de absentismos de enfermeros/as y auxiliares de enfermería en el último año (IT). La tasa se calculará obteniendo la media de absentismo de enfermeros/as y auxiliares</p> <p>También se podrá obtener, realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Resultados en la sociedad



Criterio al que se asocia	Resultados en la sociedad		Código RS 01
Indicador / Estándar	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población		
Definición de términos y aclaraciones	Se definen como actividades de seguridad de pacientes todos los actos que organice o participe el hospital relacionado con la seguridad de los pacientes. Incluye prensa, folletos divulgativos, intervenciones en radio, TV, conferencias, actos públicos, cursos, y noticias en internet		
Excepciones	Se excluyen los hábitos higiénico dietéticos de prevención de enfermedades o fomento de la salud		
Naturaleza estadística	Datos	Número de actividades sobre seguridad de pacientes dirigidas a la población en las que ha participado el hospital	
Valor			
Fuentes	Noticias de prensa, internet, radio, TV Registros de actividades sobre seguridad de pacientes		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación		Se recogerán las realizadas en el último año y se anotará el valor absoluto	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en la sociedad		Código RS 02
Indicador / Estándar	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes		
Definición de términos y aclaraciones	Se define profesionales o ciudadanos externos al hospital aquellos que no formen parte de su plantilla		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se computarán profesionales del centro		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes		=
Denominador	Total de comisiones		
Fuentes	Actas de las comisiones relacionados con seguridad de pacientes del hospital		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación			
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

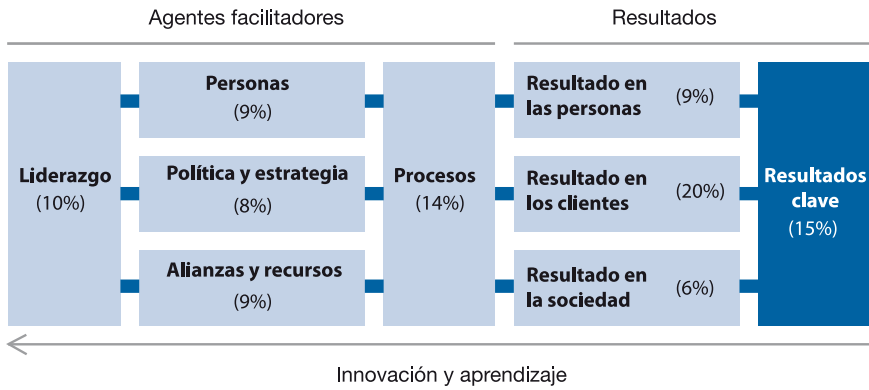
Criterio al que se asocia	Resultados en la sociedad		Código RS 03
Indicador / Estándar	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/o asistencia		
Definición de términos y aclaraciones	Se define como todo premio, certificado y/o distinción obtenido tanto a nivel local, autonómico, nacional o internacional y que presente certificación oficial y/o reconocimiento oficial		
Excepciones	Aquellos premios, certificaciones y/o distinciones que no tengan carácter oficial		
Naturaleza estadística	Datos	Número de premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas por el hospital	
Valor			
Fuentes	Certificados de premios o documentos acreditativos		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación		Se recogerán los obtenidos en el último año y se anotará el valor absoluto	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en la sociedad			Código RS 04
Indicador / Estándar	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)			
Definición de términos y aclaraciones	Se define por el protocolo que informa de los pasos a seguir para disminuir los efectos nocivos que produce el hospital sobre el medio ambiente en los casos en los que no elimina sus residuos de manera adecuada			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	<p>El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales</p> <p>El estándar sólo se dará por cubierto cuando se cumplan dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación</p> <p>En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación</p> <p>Existencia y adecuado uso de los diferentes contenedores de eliminación</p>			
Umbral recomendado				
Observaciones del evaluador				

Criterio al que se asocia	Resultados en la sociedad		Código RS 05
Indicador / Estándar	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes		
Definición de términos y aclaraciones	Se define como las veces que el hospital aparece en los medios de comunicación por incidentes relacionados con la seguridad de los cuidados de los pacientes		
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Datos	Número de veces que aparece el hospital en medios de comunicación por incidentes sobre la seguridad de los cuidados de los pacientes	
Valor			
Fuentes	Resúmenes de prensa, anuarios de comunicación, medios de difusión locales y provinciales y gabinete de prensa		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	Se recogerán las aparecidas en el último año y se anotará el valor absoluto		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados en la sociedad		Código RS 06
Indicador / Estándar	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia		
Definición de términos y aclaraciones	Se refiere a documentos que muestren cualquier disconformidad con la asistencia prestada relacionadas con la seguridad de los cuidados de los pacientes		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Número de reclamaciones relacionadas con seguridad en el año		=
Denominador	Número de reclamaciones totales del centro en el año		
Fuentes	Registro de reclamaciones de los Servicios de atención al paciente, gabinete jurídico Encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	Revisar las bases de datos del último año de los servicios de atención al paciente y del gabinete jurídico Además, se puede obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Resultados clave



Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 01
Indicador / Estándar	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria		
Definición de términos y aclaraciones	Se define efectos adversos relacionado con los cuidados como todo accidente o incidente que ha causado daño al paciente relacionado con la aparición de lesiones por presión, flebitis postcateterización y caídas		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que sufren eventos adversos definidos		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	Este indicador complejo se calculará mediante la media de los indicadores de pacientes que han desarrollado lesiones por presión, pacientes que han sufrido caídas y pacientes que han desarrollado flebitis postcateterización		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 02
Indicador / Estándar	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso		
Población			
Muestra			
Excepciones	No serán incluidos en el estudio pacientes que padezcan patologías que cursen con dolor crónico		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que sufren dolor		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación		Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 03
Indicador / Estándar	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria		
Definición de términos y aclaraciones	Se define como caída del paciente todo accidente ocasionado por pérdida de equilibrio hasta dar con algo que lo detenga. Incluye daños por golpes aunque no ocasionen caídas		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que han sufrido caída		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que sean más susceptibles de padecer este suceso, es decir, pacientes encamados, de edad avanzada, con deterioro cognitivo, dificultad en la movilidad, etc. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa.</p> <p>Además, se puede obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 04
Indicador / Estándar	Pacientes que desarrollan lesiones por presión		
Definición de términos y aclaraciones	Las lesiones por presión se definen como necrosis isquémica y/o ulceración de los tejidos que cubren una prominencia ósea que ha sido sometida a presión prolongada a consecuencia de una estancia en cama prolongada por la patología que motivó el ingreso (siempre y cuando no estuviera presente en el momento del ingreso)		
Población			
Muestra			
Excepciones	Se excluyen las escorceduras o irritaciones de la piel no posturales		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que desarrollan lesiones por presión		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que sean más susceptibles de padecer este suceso, es decir, pacientes encamados, de escasa movilidad, catalogados de riesgo, etc. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 05
Indicador / Estándar	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física y/o mecánica		
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por efectos adversos relacionados con la contención física y/o mecánica, cualquier daño que se produzca en el paciente como consecuencia de la inmovilización. Se define contención física y/o mecánica la utilización de mecanismos para restringir el movimiento de una parte del cuerpo o de su totalidad con el fin de evitar situaciones que pongan en peligro al paciente o a otras personas		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que sufren daños como consecuencia de la contención física y/o mecánica		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que reúnan la condición estudiada, es decir, pacientes sometidos a contención física y/o mecánica. Esto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p> <p>Además, se puede obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 06
Indicador / Estándar	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que han sufrido durante su hospitalización episodios de edema agudo de pulmón o episodios de insuficiencia respiratoria sin ser estos los motivos del ingreso		
Población			
Muestra			
Excepciones	Pacientes que han sufrido durante su hospitalización episodios de edema agudo de pulmón o episodios de insuficiencia respiratoria sin ser estos los motivos del ingreso		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que sean más susceptibles de padecer este suceso, es decir, pacientes encamados, de edad avanzada, con deterioro cognitivo, etc. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 07
Indicador / Estándar	Pacientes que sufren broncoaspiración		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que sufren obstrucción de la vía aérea por líquidos o alimentos		
Población			
Muestra			
Excepciones	Se excluirán los pacientes cuyo motivo de ingreso sea la aspiración o la neumonía aspirativa		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que sufren broncoaspiración		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que sean más susceptibles de padecer este suceso, es decir, pacientes encamados, de edad avanzada, con deterioro cognitivo, etc. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 08
Indicador / Estándar	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales		
Definición de términos y aclaraciones	Se define infección nosocomial como aquella de la que no hay indicios de que el paciente la tuviese ni en fase clínica, ni de incubación en el momento del ingreso		
Población			
Muestra			
Excepciones	Están excluidos los pacientes con cualquier categoría diagnóstica que curse con inmunodepresión o cáncer		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que desarrollan infección nosocomial		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Proyecto EPINE Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006 Stone PW, Pogorzelska M, Kunches L, Hirschhorn LR. Hospital staffing and health care-associated infections: a systematic review of the literature. Clin Infect Dis. 2008;47(7):937-44		
Recomendaciones para la evaluación	Registrar el dato de la tasa de prevalencia del EPINE en el último año completo		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 09
Indicador / Estándar	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical		
Definición de términos y aclaraciones	Se define efectos adversos relacionados con el sondaje vesical todo accidente o incidente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, incluye las infecciones urinarias, lesiones por arrancamiento, retención urinaria, perforación y hematurias secundarias a un sondaje vesical		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que desarrollan efectos adversos por sondaje vesical		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que reúnan la condición estudiada, es decir, en este caso pacientes sometidos a sondaje vesical. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 10
Indicador / Estándar	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación postcateterización		
Definición de términos y aclaraciones	La flebitis postcateterización se define como la lesión o inflamación de una vena como consecuencia de la inserción de un catéter o por el paso de un agentes irritantes		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que desarrollan flebitis/lesiones postcateterización		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que reúnan la condición estudiada, es decir, en este caso pacientes sometidos a terapias intravenosas o cateterización venosa. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 11
Indicador / Estándar	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos		
Definición de términos y aclaraciones	Se define como todo suceso relacionado con la administración de medicamentos que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar mientras la medicación está bajo el control del personal sanitario. Incluye sucesos relacionados con errores en la preparación, dosificación, horario, tiempo de administración, etc.		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 12
Indicador / Estándar	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos		
Definición de términos y aclaraciones	<p>Se entiende que los pacientes medicados con los siguientes grupos de fármacos deben tener monitorización de niveles plasmáticos</p> <p>Los fármacos de obligada supervisión son:</p> <p>Aminoglucósidos: Gentamicina, Amikacina y Tobramicina</p> <p>Psicofármacos: Litio, Antidepresivos, tricíclicos</p> <p>Antiepilépticos: Fenobarbital, Valproato, Carbamazepina y Fenitoína</p> <p>Cardioactivos: Digoxina, Lisocaina, Flecainida y Amiodarona</p> <p>Inmunopresores: Ciclosporinas, Tacrolimus, Microfenolato y Sirolimus</p> <p>Otros: Teofilina, Metotrexato, Benzodiazepina, Vancomicina, Acido acetil salicílico</p>		
Población			
Muestra			
Excepciones			
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que reúnan la condición estudiada, es decir, en este caso pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 13
Indicador / Estándar	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes con falta de soporte nutricional adecuado durante el periodo de ingreso y que provoca una pérdida de peso superior al 2 % en una semana		
Población			
Muestra			
Excepciones	Este indicador se refiere a los pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación durante la estancia hospitalaria, por tanto quedarían excluidos aquellos pacientes que ingresan por este motivo		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que desarrollan desnutrición / deshidratación		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación		Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 14
Indicador / Estándar	Pacientes sometidos a cirugía errónea		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes cuya cirugía se ha realizado en el lugar anatómico incorrecto, en la posición o el nivel incorrecto o con el procedimiento incorrecto		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes sometidos a cirugía errónea		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación		<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que reúnan la condición estudiada, es decir, en este caso pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 15
Indicador / Estándar	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervenciones quirúrgicas suspendidas		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes a los que se le suspende pruebas diagnósticas y/o intervenciones quirúrgicas programadas, es decir, aquellas que estaban planificadas con día y hora y no se realizan		
Población			
Muestra			
Excepciones	Este indicador se refiere a los pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación durante la estancia hospitalaria, por tanto quedarían excluidos aquellos pacientes que ingresan por este motivo		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervenciones quirúrgicas suspendidas		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que reúnan la condición estudiada, es decir, en este caso pacientes a los que se les ha programado pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p> <p>Además, se puede obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes</p>		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 16
Indicador / Estándar	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que durante el ingreso han presentado una reacción alérgica por una sustancia, alimento o medicamento que previamente se disponía de antecedentes conocidos		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se considerarán las reacciones alérgicas que fueran desconocidas de forma previa		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que desarrollan reacciones alérgicas		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación		Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 17
Indicador / Estándar	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados		
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con la transfusiones sanguíneas o hemoderivados y que ha causado daño o lo ha podido causar como consecuencia de esta intervención		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro Registros del Servicio de Hematología		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006 La reacción más frecuente es la reacción febril que se estima que se produce aproximadamente en un 1-2% de los pacientes y la reacción alérgica en aproximadamente en 1%		
Recomendaciones para la evaluación		<p>Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes</p> <p>Los resultados de este indicador serán más válidos si el muestreo se realiza entre historias clínicas o registros de pacientes que reúnan la condición estudiada, es decir, en este caso pacientes transfundidos. Este aspecto se hace factible fundamentalmente cuando es la propia organización la que se autoevalúa</p>	
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 18
Indicador / Estándar	Pacientes con demencia/deterioro cognitivo sin la patología al ingreso		
Definición de términos y aclaraciones	Se define como aquellos pacientes que en el momento del ingreso presenta un estado de conciencia y un grado de orientación adecuado y que durante el ingreso presentan episodios de demencia o de deterioro cognitivo		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se tendrán en cuenta los pacientes psiquiátricos ni pacientes con sedaciones terapéuticas		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que desarrollan deterioro cognitivo / demencia		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 19
Indicador / Estándar	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados		
Definición de términos y aclaraciones	Se define como informe de continuidad de cuidados la elaboración y entrega de un documento al paciente y/o institución o centro de salud al que se deriva, donde figuran las necesidades de continuidad de cuidados. Es imprescindible dejar una copia en la Historia Clínica del paciente		
Población			
Muestra			
Excepciones	Altas por defunción Pacientes ingresados para pruebas diagnósticas		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro Encuestas de percepción de seguridad de pacientes		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	Seleccionar una muestra aleatoria de Historias Clínicas de pacientes dados de alta Además, se puede obtener la percepción sobre este aspecto, realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de pacientes		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Anexo 2

Herramienta para la autoevaluación

Modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales

Como ha sido informado, estamos realizando un estudio nacional, avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para comprobar el nivel de seguridad en los cuidados que tienen los pacientes en los centros hospitalarios. Este cuestionario se utilizará para la autoevaluación del hospital al que pertenece. La autoevaluación debe ser realizada por el equipo directivo de enfermería o en su caso por el/la responsable que la organización designe. Por favor, marquen con una X la opción que considere correcta o en su caso consignent los datos que se solicitan. El apartado de observaciones lo pueden utilizar para realizar comentarios aclaratorios. En los casos donde se les solicitan datos concretos de indicadores de seguridad anótelos en %, haga referencia a los datos del último año o en su caso los más actuales. Utilicen el apartado de observaciones para explicar, si lo considera oportuno como se mide en el hospital ese estándar o indicador. En aquellos casos, en los que no puedan contestar o no dispongan de los datos solicitados, háganlo constar también en el apartado de observaciones y deje el estándar o indicador en blanco. Los datos que nos proporcionen serán tratados de manera anónima y respetando en todo momento la confidencialidad del hospital.

HOSPITAL:

1.- LIDERAZGO

			OBSERVACIONES
1. Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
2. Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
3. Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
4. Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	1 No cumple	2 Si cumple	
5. Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
6. Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
7. Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
8. Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	1 No cumple	2 Si cumple	
9. Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	1 No cumple	2 Si cumple	
10. Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	

2.- POLÍTICA Y ESTRATEGIA

1. Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	1 No cumple	2 Si cumple	OBSERVACIONES
2. Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora.	1 No cumple	2 Si cumple	
3. Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	1 No cumple	2 Si cumple	
4. Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
5. Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	1 No cumple	2 Si cumple	
6. Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	1 No cumple	2 Si cumple	
7. Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	1 No cumple	2 Si cumple	
8. Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios	1 No cumple	2 Si cumple	

3.- PERSONAS

			OBSERVACIONES
1. Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
2. Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	1 No cumple	2 Si cumple	
3. Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
4. Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	1 No cumple	2 Si cumple	
5. Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
6. Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	1 No cumple	2 Si cumple	
7. Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
8. Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	

9. Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
---	-----------------------	-----------------------	--

4.- ALIANZAS Y RECURSOS

1. Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.	1 No cumple	2 Si cumple	OBSERVACIONES
2. Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	1 No cumple	2 Si cumple	
3. Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece un sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electromedicina.	1 No cumple	2 Si cumple	
4. Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	1 No cumple	2 Si cumple	
5. Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
6. Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
7. Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	1 No cumple	2 Si cumple	

8. Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
9. Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina	1 No cumple	2 Si cumple	

NOTA ACLARATORIA: Para los estándar 4 y 9 de se deben dar dos condiciones, una que exista el protocolo en cualquier formato (papel o electrónico) y que se dispongan de datos de evaluación sistemática donde se pueda demostrar y saber el nivel de cumplimiento del mismo. Puede optar por aclarar en el apartado de observaciones las posibles variantes, por ejemplo si dispongo del protocolo, no dispongo de datos de evaluación.

5- PROCESOS

			OBSERVACIONES
1. Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes .	1 No cumple	2 Si cumple	
2. Existe un protocolo para la identificación de pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
3. Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil	1 No cumple	2 Si cumple	
4. Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos	1 No cumple	2 Si cumple	
5. Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios	1 No cumple	2 Si cumple	
6. Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
7. Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	1 No cumple	2 Si cumple	
8. Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	1 No cumple	2 Si cumple	
9. Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
10. Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	

	1	2	OBSERVACIONES
11. Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión	1 No cumple	2 Si cumple	
12. Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	1 No cumple	2 Si cumple	
13. Está implantado un protocolo de lavado de manos	1 No cumple	2 Si cumple	
14. Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	1 No cumple	2 Si cumple	
15. Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
16. Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	1 No cumple	2 Si cumple	
17. Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	1 No cumple	2 Si cumple	
18. Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
19. Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes	1 No cumple	2 Si cumple	
20. Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta	1 No cumple	2 Si cumple	

NOTA ACLARATORIA: Para considerar que está implantado el protocolo se deben dar dos condiciones, una que exista el protocolo en cualquier formato (papel o electrónico) y que se dispongan de datos de evaluación sistemática donde se pueda demostrar y saber el nivel de cumplimiento del mismo. Puede optar por aclarar en el apartado de observaciones las posibles variantes, por ejemplo si dispongo del protocolo, no dispongo de datos de evaluación.

6.- RESULTADOS EN LOS PACIENTES

	1	2	OBSERVACIONES
1. Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	No cumple	Si cumple	
2. Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
3. Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
4. Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
5. Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
6. Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
7. Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
8. Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
9. Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes
10. Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	No cumple	Si cumple	NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a los pacientes

7.- RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES

1. Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución			NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a profesionales
2. Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes			NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a profesionales
3. Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes			NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a profesionales
4. Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes			NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a profesionales
5. Profesionales que sufren accidentes laborales	Dato en %		También se obtendrán los datos mediante encuesta a los profesionales
6. Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos			NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a profesionales
7. Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes			NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a profesionales
8. Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades			NO CONTESTAR. Se obtendrán los datos mediante encuesta a profesionales
9. Absentismo laboral en profesionales	Dato en % Anotar la tasa de absentismo		También se obtendrán los datos mediante encuesta a los profesionales

8.- RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

1. Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	Número de actividades en el último año		OBSERVACIONES
2. Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	Número de comisiones donde participan profesionales externos	Total comisiones	
3. Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia	Números de premios		
4. Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	No cumple	Si cumple	
5. Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Número de presencias en el último año		
6. Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	Número de reclamaciones relacionadas con la seguridad en el año	Número de reclamaciones totales del centro en el año	

NOTA ACLARATORIA: Para el estándar 4 se deben dar dos condiciones, una que exista el protocolo en cualquier formato (papel o electrónico) y que se dispongan de datos de evaluación sistemática donde se pueda demostrar y saber el nivel de cumplimiento del mismo. Puede optar por aclarar en el apartado de observaciones las posibles variantes, por ejemplo si dispongo del protocolo, no dispongo de datos de evaluación.

9- RESULTADOS CLAVE

1. Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	Dato en %		OBSERVACIONES
2. Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	Dato en %		
3. Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	Dato en %		
4. Pacientes que desarrollan lesiones por presión	Dato en %		
5. Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	Dato en %		
6. Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	Dato en %		
7. Pacientes que sufren broncoaspiración	Dato en %		
8. Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	Dato en %		
9. Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	Dato en %		
10. Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	Dato en %		

11. Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Dato en %		OBSERVACIONES
12. Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	Dato en %		
13. Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	Dato en %		
14. Pacientes sometidos a cirugía errónea	Dato en %		
15. Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	Dato en %		
16. Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	Dato en %		
17. Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	Dato en %		
18. Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	Dato en %		
19. Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	Dato en %		

INDICADORES GENERALES

			OBSERVACIONES
Estancia media	Dato en %		
Reingresos*	Dato en %		
Mortalidad general	Dato en %		
Reintervenciones quirúrgicas**	Dato en %		

* Mismo diagnóstico médico y período inferior a 15 días. En cualquier caso anote el dato y explique como lo obtienen en su centro.

** Reintervenciones quirúrgicas en el mismo episodio. En cualquier caso anote el dato y explique como lo obtienen en su centro.

DATOS GENERALES DE PLANTILLA ORGÁNICA

Número de camas del hospital			OBSERVACIONES
Número de médicos			
Número de enfermeras/os			
Número de auxiliares de enfermería			
Número de celadores			
Números de administrativos/as			

Anexo 3

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

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

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

SECCION 1: INFORMACION/COMUNICACION

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

SECCION 2: ENTORNO

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
7. La accesibilidad física de los lugares por los que transito en el hospital es segura. Ejemplos: barreras arquitectónicas, etc.					
8. El entorno y los lugares por los que transito en el hospital los considera seguros. Ejemplos, huecos de escaleras, piso deslizante, etc.					
9. Si ha utilizado transporte sanitario para su traslado, como por ejemplo la ambulancia, los considera seguros.					

SECCION 3: SEGURIDAD

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
10. Me siento seguro/a con la atención en los cuidados que me prestan los profesionales de enfermería (enfermeras/os y auxiliares).					
11. He sufrido alguna caída o golpe fuerte durante mi estancia en el hospital (Ejemplos: Me he caído de la cama, me he caído de la silla, he resbalado en el baño, etc.)					
12. Si por motivo de mi enfermedad he estado inmovilizado en la cama por medio de sujeciones, he sufrido heridas, hematomas o lesiones de diferente consideración					

SECCION 4: ASPECTOS GENERALES

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
13. Me han sido suspendida una o más pruebas diagnósticas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital					
14. Me ha sido suspendida una o más intervenciones quirúrgicas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital					
15. He presentado quejas, reclamaciones o demandas por haber tenido problemas de seguridad en los cuidados que se me han dispensando en el hospital					

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

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

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

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

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

DATOS COMPLEMENTARIOS

19. Edad	<input type="text"/>
----------	----------------------

20. Nivel cultural	1	2	3
	Sin estudios	Estudios básicos	Estudios Universitarios

21. Sexo	1	2
	Mujer	Hombre

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4

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

Se está realizando un estudio nacional, avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para comprobar el nivel de seguridad en los cuidados que tienen los pacientes en los centros hospitalarios. Para ello necesitamos conocer algunos aspectos que sólo los profesionales del cuidado pueden indicarnos.

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

SECCION 1: FORMACIÓN

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 a veces	4 Casi siempre	5 Siempre
1. El centro garantiza y fomenta su acceso a programas de formación continuada relacionados con la seguridad del paciente.					
	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
2. El centro dispone de un plan de formación y acogida para profesionales de nueva incorporación que incluye información sobre los riesgos más frecuentes para los pacientes.					
3. Estoy satisfecho con la formación que recibo sobre seguridad de pacientes.					

SECCION 2: PARTICIPACIÓN

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
4. Los profesionales disponen de estructuras y mecanismos de participación en los objetivos de seguridad de pacientes.					
5. Los profesionales disponen de canales de comunicación para poder hacer sugerencias sobre temas de seguridad de pacientes.					
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 a veces	4 Casi siempre	5 Siempre
6. En mi unidad se pactan anualmente objetivos específicos relacionados con la seguridad de los cuidados a los pacientes. Ejemplos. Disminución de infecciones, caídas, flebitis, lesiones por presión, etc.					
7.- En caso de disponer de objetivos de seguridad para los cuidados de los pacientes, recibo información sobre el grado de consecución de los mismos.					
8. Me siento reconocido/a por mi participación activa en la consecución de los objetivos de seguridad de pacientes.					
9. Percibo autonomía y delegación de responsabilidad en temas relacionados con la seguridad de los pacientes.					

SECCION 3: ENTORNO

	1 Muy Alta/o	2 Alta/o	3 Equilibrada/o	4 Baja/o	5 Muy baja/o
10. La carga de trabajo que hay habitualmente en mi unidad/servicio en relación con el personal disponible es...					
11. Considero que el nivel de rotación de los profesionales en mi unidad/servicio es....					
12. Considero que el nivel de absentismo laboral de mi servicio es...					
	1 SI	2 NO			
13.- He sufrido algún accidente laboral (pinchazos, agresiones, caídas o cualquier otro					
	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
14.- El mobiliario (camas, barandillas, etc.) y el material de contención de mi unidad/servicio tiene sistemas de seguridad para prevenir lesiones en los pacientes.					

SECCION 4: EL CENTRO Y LA SEGURIDAD

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
15. Cuando se ha cometido un error, el supervisor/a y el propio personal lleva a cabo las medidas correctoras pertinentes.					
16. Me siento apoyada/o por mi supervisor/a en temas relacionados con la seguridad de pacientes.					
17. El centro fomenta la investigación sobre la seguridad de los cuidados de los pacientes.					
18. En el centro hay sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos.					
19. Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos son adecuados (accesibles, no punitivos y anónimos).					

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

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

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

SECCION 5: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

22. Edad	<input type="text"/>
----------	----------------------

23. Situación laboral	1	2	3
	Fijo	Interino	contrato

24. Categoría profesional	1	2	3
	Enfermera/a	Auxiliar de Enfermería	Otra categoría

25. Sexo	1	2
	Mujer	Hombre

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 5

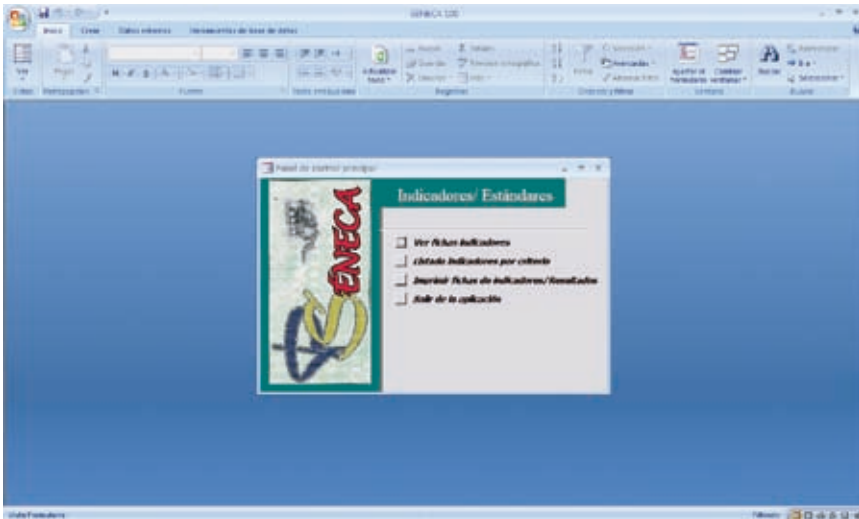
Instrucciones para el uso de la aplicación de recogida de datos del proyecto Séneca.

REQUISITOS PARA LA INSTALACIÓN

- Sistema operativo: Windows XP, NT ó superior
- Microsoft Office XP (2000) ó superior que contenga instalación de Access.

UTILIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS


Desde la ventana “Panel de Control”, podrá acceder a todas las funciones necesarias para realizar la recogida de datos. Es importante que siga los pasos que le indicamos a continuación para que la base de datos funcione adecuadamente y no se produzcan errores en la interpretación de éstos. **Los datos se guardan automáticamente.**

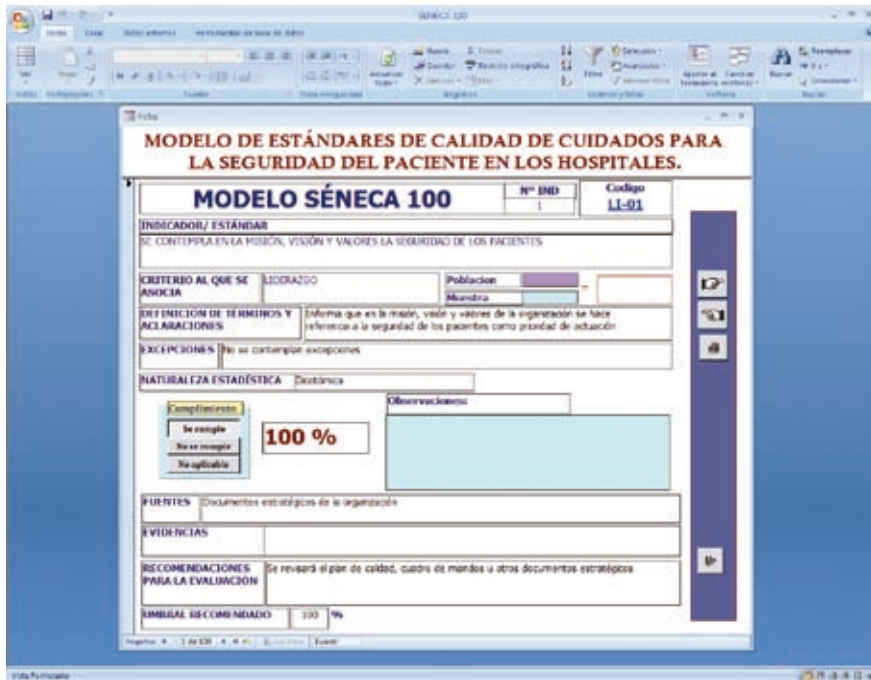


1. “Ver fichas indicadores”. Por medio de éste botón, accederá al formulario donde podrá introducir los datos para cada uno de los indicadores/ estándares. Las fichas de indicadores/ estándares están ordenadas por criterio EFQM:



- 1.- LIDERAZGO
- 2.- POLÍTICA Y ESTRATEGIA
- 3.- PERSONAS
- 4.- ALIANZAS Y RECURSOS
- 5.- PROCESOS
- 6.- RESULTADOS EN LOS PACIENTES
- 7.- RESULTADOS EN LA PERSONAS
- 8.- RESULTADOS EN LA SOCIEDAD
- 9.- RESULTADOS CLAVE

Encontrará tres tipos de fichas según su naturaleza estadística y cada una tiene sus datos específicos, puede ser: Dicotómicas, Datos y de Proporción.


Podrá obtener el informe impreso, pulsando sobre el icono  , del indicador en blanco si aún no ha completado los datos o bien la ficha rellena con los datos que haya introducido.



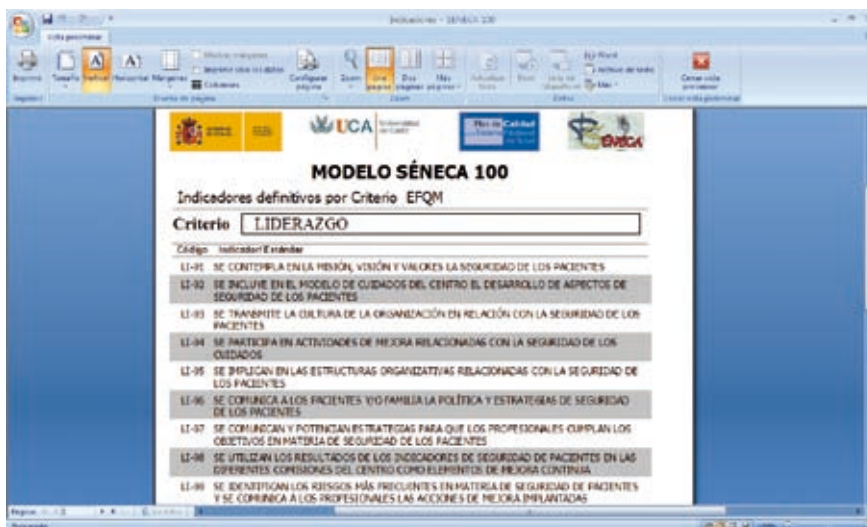
The screenshot shows a software window titled "SENECA 100" with a menu bar and toolbar. The main content is a form titled "MODELO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES. MODELO SENECA 100". The form includes fields for "INDICADOR/ ESTÁNDAR", "CRITERIO AL QUE SE ASOCIA", "DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y ACLARACIONES", "EXCEPCIONES", "NATURALEZA ESTADÍSTICA", "COMPLEMENTOS", "FUENTES", "EVIDENCIAS", "RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN", and "SÍMBOLO RECOMENDADO". A progress indicator shows "100 %".

Para desplazarse por las fichas, pulse sobre el icono  para ir adelante y  para retroceder.

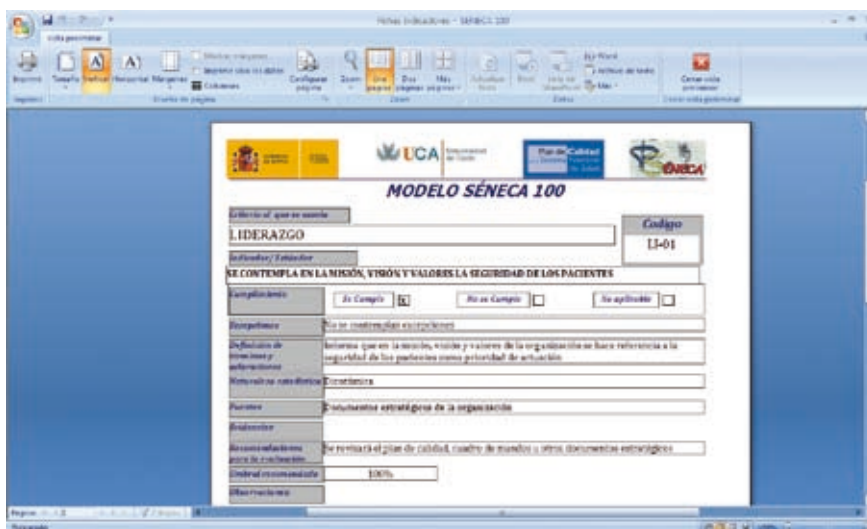
Los campos en los que puede introducir datos, tienen fondo celeste y el que actualmente tiene el cursor, cambia a violeta.

Para salir del formulario de las fichas, pulse  .

2.- “Listado de indicadores por criterio”. Si pulsa éste botón, obtendrá un listado continuo de los 100 indicadores/ estándares, agrupados por criterio EFQM.



3.- “Imprimir fichas de indicadores/ resultados”. Por medio de éste botón, se accede a un listado continuo de las 100 fichas (una por página) de indicadores/ estándares. En el caso de haber introducido datos previamente en el formulario de las fichas, se reflejarán en el informe. En caso contrario, se imprimirán con las variables en blanco.



Glosario de términos

Ámbito

El ámbito de aplicación de los resultados examina el grado de extensión de los resultados presentados y su relevancia.

Autoevaluación.

Evaluación realizada por directivos o profesionales de la misma organización.

Balanced scorecard

Cuadro de indicadores dinámico, actúa como un “simulador de vuelo,” con un comportamiento interactivo en el que se contemplan todas las interrelaciones entre los distintos participantes en la empresa, que se miden mediante variables de proceso y de resultado.

Comparaciones o Benchmarking

Proceso continuo de comparación de productos, servicios y prácticas de la empresa a lo largo del tiempo (benchmarking interno) o con empresas del sector o de otros sectores (benchmarking externo). Implica la definición del estándar básico deseable para un producto.

Clientes

Pacientes, familiares, departamentos de sanidad, compradores de servicios, consumidores, ciudadanos y asociaciones de usuarios, etc.

Comparación externa

La EFQM anima a las organizaciones a comparar sus resultados con organizaciones externas. Esta comparación puede realizarse con organizaciones específicas, con medias del sector o con organizaciones reconocidas como las mejores.

Efectos adversos

Daño causado como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos o sistemas, más que por la condición médica o enfermedad subyacente del paciente. (fallecimiento, incapacidad, lesión, sufrimiento, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria).

Empowerment

Concepto de delegación de responsabilidades, potenciando las iniciativas y capacidades personales y profesionales de los empleados al máximo. En un ambiente

de servicio han de estar capacitados para realizar lo que satisfaga al cliente sin miedo a las quejas por parte de la dirección.

Estándar

Hace referencia al grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado. Puesto que determina el nivel mínimo que comprometería la calidad, también puede entenderse como el conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas en cada situación.

Evidencia

Se refiere a la información presentada, la cual debe hacer referencia al estándar/indicador que se esté evaluando. Representa la prueba que avala el cumplimiento del estándar/indicador.

Gestión de la calidad total (TQM)

La concepción actual de la gestión de la calidad se basa en los siguientes principios: orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

Gestión del conocimiento

Algunos expertos consideran el conocimiento como el principal recurso productivo en la nueva economía. Se puede definir como la síntesis de información que nos llega a través de las diferentes fuentes, incluidas las experiencias acumulables. El conocimiento es pues la información que posee valor para la organización. El capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma. Las fuentes de capital intelectual están en el trabajador, la estructura, que permite que ese conocimiento sea recogido y comunicado a toda la organización y el cliente, que con el tiempo ha ido cobrando cada vez más importancia.

Incidente

Suceso que hubiera podido provocar daño o complicaciones en otra circunstancia.

Indicador

Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad o seguridad de las actividades, es decir la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa un criterio.

Líder (Directivos y mandos intermedios):

Todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la organización (equipo directivo, jefe de bloque, adjuntos, supervisores/as y mandos en general, tanto asistencial como no asistencial).

Litigio

Disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención o con los efectos no deseados de la misma.

Mapa de procesos

Representación gráfica de las actividades que se desarrollan en la misma y de las interrelaciones entre estas y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas/servicios (output) de la organización. Descendiendo en el nivel de análisis, se llega a los diagramas o esquemas de los procesos, que visualizan el modo en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos. Estos esquemas incluyen las tareas y actividades a realizar, de forma secuencial, con un principio y un final, dependiendo del ámbito de cada proceso.

Para seleccionar sus procesos clave, la organización debe tener en cuenta sus prioridades estratégicas. En general los procesos clave suelen ser los que tienen en un momento dado un mayor impacto sobre la satisfacción de los clientes y los resultados de la organización. La responsabilidad de su gestión recae en general directamente sobre el equipo directivo

Mejora continua de la calidad (Continuous Quality Improvement)

Modelo de gestión que implica “un esfuerzo continuado de todos los miembros de la organización para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes”. No constituye una meta sino una actitud que lleva a cuestionarnos día a día como podemos mejorar nuestro trabajo. La mejor forma de solucionar un problema es detectarlo e identificarlo como una oportunidad de mejora (KAIZEN).

Misión

La finalidad o razón de ser de la organización. No es tanto ¿cuál es nuestra actividad función? sino ¿por qué existe nuestra actividad o función?, ¿qué propósito justifica la existencia continuada de nuestra organización?.

Negligencia

Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener un profesional cualificado.

Plan estratégico

Se utiliza para dar la orientación de la organización en un periodo de tiempo, de forma que suele estar formado por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito y la forma en que lo hará.

Premio Europeo de Calidad (European Quality Award)

Este premio fue creado en 1992 por la Fundación Europea. Hay tres empresas españolas que lo han conseguido: UBISA en 1992, Gasnalsa en la categoría de PYMES en 1997 y AVE/RENFE en la categoría de Sector Público en 1998.

La satisfacción de Cliente y Empleados y el Impacto en la Sociedad se consiguen mediante un Liderazgo que impulse la Política y la Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos hacia la consecución de la Excelencia en los Resultados de la organización. Cada uno de los elementos se corresponde con un porcentaje que es el utilizado para el Premio Europeo a la Calidad (EQA). Usando ponderaciones, una organización tiene el beneficio adicional de comparar su perfil con el de otras.

Proceso

Se entiende por Proceso toda secuencia de actividades que añaden valor a un producto o varias entradas para producir una salida deseada. En cualquier organización, existe una red de procesos que precisan gestionarse y mejorarse. Entre los procesos están aquellos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la organización y la obtención de sus resultados. Estos procesos, que deben ser identificados, normalmente traspasan los límites funcionales y departamentales y requieren especial atención. Se suele establecer un propietario del proceso, con responsabilidad sobre el mismo, que se ocupe de su gestión y mejora, coordinando a las partes implicadas.

En el caso del modelo de seguridad que nos ocupa, se utiliza el término proceso como sinónimo de protocolo o procedimiento. En definitiva, el modelo exige para cada uno de los veinte estándares de proceso que exista un documento que contemple el conjunto de recomendaciones técnicas y de cuidados aceptadas en la comunidad científica y que se disponga de evaluaciones que garanticen su implantación y cumplimiento.

Seguridad del paciente

Proceso por el cual una organización proporciona cuidados que se manifiestan por la ausencia o reducción de la incidencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de atención sanitaria.

Stakeholder

Es una o varias personas físicas o jurídicas, internas (empleados, accionistas, directores, etc.) o externas (financiadores, proveedores, asociaciones científicas, corporaciones locales, ONG, asociaciones de consumidores y usuarios, grupos de presión, etc.) a la organización empresarial, que pueden influir en la misma de una u otra manera, ya que la observan de acuerdo con sus expectativas.

Valores

Aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas de la organización y lo que se espera de ellas. Son, por tanto, la base de toda la gestión de la organización (por ejemplo: confianza, ayuda, sinceridad, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente, rentabilidad, etc.)

Visión

Se entiende como la declaración que describe el tipo de organización deseada con vistas al futuro (por ejemplo: “conseguimos la plena satisfacción de los clientes anticipándonos a sus necesidades y sobrepasando sus expectativas”, “la comunidad está orgullosa de nuestra presencia y la sociedad valora nuestra contribución”).

Panelistas

Jesús Antonio Álvarez Sánchez
Diego Ayuso Murillo
Silvia Balugo Huertas
Francisca Bartual Bermell
Amparo Bernet Anton
Otilia Blasco González
Sergio Blasco Pérez
M^a Jose Cabeza De Vaca Pedrosa
Maria Inés Campos Doménech
Lorenzo Cánaves
Berta Candia Bouso
Gema Carazo Chica
Montserrat Carbonell Masvidal
Brigida Carot Conde
Lourdes Carpallo Márquez
Adoración Carpintero Montoro
Florentino Carral San Laureano
Virginia Carrasco Sorli
María Carrera
Marta Casasblancas
Ana Isabel Castaño Fernández
Jose A. Castellanos González
Eva M^a Castro Alcedo
Juana Cautado Bernardo
Asuncion Cazenave Bernal
Carmen Cereijo Garea
Pilar Chouza Insua
Ana Clavería Fontán
M^a Dolores Cruzado Garcia
Inmaculada de Arribas Guisande
M^a Soledad del Vigo Vega
Jesús Delgado Ochando
Amalia Díaz Fernández
Beatriz Díaz Molina
Juan Pablo Díaz de Avila Díaz
Montse Domenech
Dolores Eiriz Barbeito
Sonsoles Africa Enjuto Arranz
Irene Estrada Mosquera
M^a Felisa Fernández Gutierrez
Francisco Fernandez Perez
Ignacio Fernández Sobrino

Vicente Ferrandis Campos
Adelaida Fisas
José Folgado Roig
Beatriz Garcés García
Vicente García Bon
José García Buitrón
Margarita Garcia Cortes
Francisco Javier García Embudo
Berta García Fraguera
Noemí García García
Mario García Gil
Rosario García Juarez
Dulce García Lemos
Javier García Menéndez
Eduardo García Prieto
Tomás García Ruano
Lucia Garcia-Matres Cortes
María del Rosario Gil Hernández
Jaime Giner
Irene Gírbés Ruiz
M^a Carmen Gómez Díaz
David Gonzalez Bravo
Ana González del Hoyo
Isabel González Fernández
Isabel Guerra Cuesta
Carmen Guerrero Andrades
Beatriz Herrero Perales
Alba Herreros Melenchón
Concepción Igual Orduña
Isidoro Jimenez Perez
Francisca Juan Amer
Agustina Laguna Trujillo
M^a Dolores Larrea Landa
Isabel Lema Lorenzo
Mercedes León de la Riva
Rosalía Lojo Vilas
Raquel López García
Javier López Grado.
Paloma López Ramos
M^a José Lopez Serna
Carmen Martí-Belda Torres
Rosario Merino Cuesta
Margarita Merino Ruiz
Regina Moldes Moro

Carles Monclús Garriga
Jose Jesus Montero Vallejo
Fernando Nuñez Crespo
M^a Carmen Olivares Templado
Antonio Orduña Benzón
Federico Palomar Llatas
M^a Jose Pareja Campaña
Inmaculada Perteguer Huerta
Manuel Porteiro Sanchez
Petra Pulido Diaz
Pedro Quetqlas Bestard
Bartomeu Ramis
Mercedes Ramos Sastre
Fabiola Redondo Casasola
M^a José Reino Perez
Janine Reus Mathie
Juan Rivera Bautista
Carlota Roca
Juan Carlos Rodríguez Aguado
Aránzazu Rodríguez Ferrer
Carmen Rodríguez Ferrer
Josefina Rubin Goitia
Asuncion Rubio Barranco
David Rudilla García
Gracia Ruiz Navarro
A. Ruiz Navarro
Verónica Ruiz Pereda
Justo Ruiz Ruiz
Mercedes Rullán
Monica Saldaña Valdera
Carmen María Sanchez
Miguel Ángel Sánchez Asenjo
David Sánchez Cuadrado
Pilar Sánchez Rubio
Gloria Sanmartín Hernández
Mercedes Santamaría
Ana Santiago
Carmen Sanz Rosillo
Soledad Sañudo García
M^a José Saura Escriche
Catalina Serra Ekjird
M^a Jesus Simarro García-Ambrosio
Fernando Simarro

Perfecto Sureda
Carlos Tejedor Franco
Juan José Terrassa Crespi
Marta Terrón Cuadrado
Encarnacion Torres Perez
José Luis Torres
Pablo Uriel Latorre
Pedro Vadillo Obesso
M^a Angeles Valero Usategui
Guillermo Vazquez González
Ana Vázquez Silva
Pilar Vicente Garcia
M^a Jesús Vicente Mosquete
Isabel Vich Bauzá
José Manuel Vidal Gallardo
Sonia Vidal Rico
Andrés Vilacoba
Bartomeu Ayala
Teresa Mur
Montserrat Roig
Carles Golf
Marisa Ridao
Elisabeth Salinas
Mireia Subirana
Joan Grau
Rosa Sabater
M^a Jesús Villares
Hortensia Aguado
Joaquim Bañeres
Elena Brunat
Rosa Castellsegue
Lluís Colomé
Jordi Campo
Teresa Faura
Sergio Oleaga
M^a de los Ángeles Peñuelas
Alfons Sanahuja
Susana del Río Urenda
José Juan García Rodríguez
Luis Torres Pérez
Pedro del Río Alba
Francisco Buzo Sánchez
Julio Díaz Ojeda

José Carlos Canca Sánchez
M^a Isabel Rico Fuertes
Pedro Alcántara Campos
Julio Zambrano Toledo
Juan Antonio Astorga Sánchez
Alejandra Cabrera Torrado
Antonia Vázquez de la Villa
Enrique Pablo Centella Gómez
M^a del Carmen Perea Baena
Cristina González Solís

ASOCIACIONES PARTICIPANTES

ASOCIACIÓN NACIONAL DE CONSUMIDORES Y USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD ASUSALUD

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ALÉRGICOS AL LÁTEX

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER

ASOCIACIÓN CATALANA DE MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA GRUPO ÁGATA

ASOCIACIÓN DE MUJERES MASTECTOMIZADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA AMMCOVA

COALICIÓN DE CIUDADANOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES ONCE ONCE

FEDERACIÓN DE USUARIOS CONSUMIDORES INDEPENDIENTES FUCI



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

www.msc.es