

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Barreras y retos de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud

A. Pardo-Hernández^{a,*}, C. Navarro-Royo^a, R. Arguedas-Sanz^b,
C. Albeniz-Lizarraga^a y J. Morón-Merchante^a

^a Subdirección de Calidad, Dirección General de Atención al Paciente, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^b Departamento de Economía de la Empresa y Contabilidad, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

Recibido el 3 de abril de 2013; aceptado el 8 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Seguridad paciente;
Gestión de riesgos

Resumen

Objetivo: Identificar las barreras y los retos para el desarrollo efectivo de las unidades de gestión de riesgos sanitarios en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal dirigido a los equipos directivos y a los miembros de las unidades funcionales de 31 hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Se solicitó en forma de texto libre, dentro de un cuestionario autoadministrado, la identificación de un máximo de 5 barreras y retos y su priorización a través de la adjudicación de uno a 5 puntos de acuerdo con su importancia. Posteriormente se realizó un análisis del discurso agrupando los temas comunes y ordenándolos de acuerdo con la puntuación recibida.

Resultados: La tasa de respuesta global fue del 94%. Las barreras más frecuentemente identificadas fueron: falta de tiempo (21%), insuficiente cultura de seguridad (13%), escasa difusión de sus actividades (10%) y falta de formación (10%). El reto más importante fue potenciar la formación (18%), seguido de mejorar la cultura (17%), difundir las actividades de seguridad (11%) y lograr el liderazgo de los responsables de los servicios (11%).

Conclusiones: En las condiciones del estudio, la barrera fundamental identificada fue la falta de tiempo y el reto principal la necesidad de formación. Por ello parece necesario mejorar el apoyo organizativo a la seguridad clínica en el ámbito objeto de estudio.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Alberto.pardo@salud.madrid.org (A. Pardo-Hernández).

KEYWORDS

Patient Safety;
Risk management

Barriers and challenges of the functional healthcare risk management units in hospitals of Madrid health service

Abstract

Objective: To identify the barriers and challenges for the effective development of risk management units in hospitals of the Madrid Health Service

Material and methods: Descriptive cross-sectional study aimed at the management teams and members of the functional units of 31 hospitals in the Madrid Health Service. A self-administered questionnaire requesting answers in free text was used, identifying up to five barriers and challenges, and their prioritization by awarding from 1-5 points according to their importance. A discourse analysis was then conducted, grouping common themes and sorting them according to their score.

Results: The overall response rate was 94%. The most frequently identified barriers were lack of time (21%), inadequate safety culture (13%), lack of publication of their activities (10%), and lack of training (10%). The most important challenge was developing the training (18%), followed by improving the culture (17%), communication of safety activities (11%), and achieve leadership from the managers of the services (11%).

Conclusions: According to the study conditions, the main identified barrier identified was the lack of available time, and the principal challenge found was promoting a proactive learning culture.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En el escenario sanitario actual la mejora de la seguridad del paciente es un objetivo institucional para las organizaciones sanitarias, aunque para llegar a este punto hemos recorrido un largo camino¹, en el que durante mucho tiempo se pensó que los eventos adversos eran consecuencia del desarrollo científico-técnico^{2,3}, y por tanto no era prioritario identificar, analizar o tratar sus causas.

Es en los últimos 30 años cuando diferentes países, comenzando por los anglosajones^{4,5}, se han planteado trabajar en ella y, por tanto, han tenido la necesidad de crear estructuras organizativas, designar responsables o establecer objetivos para gestionar sus riesgos sanitarios.

Las primeras actuaciones estuvieron dirigidas a proteger a los profesionales y a las organizaciones de las consecuencias económicas de las reclamaciones por responsabilidad sanitaria. Como ejemplo, en Estados Unidos⁶ se constituyeron unidades de gestión de riesgos en los hospitales, estando entre sus objetivos primordiales la investigación de los incidentes, la tramitación de las reclamaciones o la supervisión de las causas de litigio.

En Europa podemos citar lo ocurrido en Francia^{7,8} o en el Reino Unido^{6,9}. En este último la gestión de riesgos se asociaba a la investigación de incidentes, la evaluación de las situaciones de riesgo, el trámite de las demandas y las reclamaciones. Además, la existencia de una clara política de gestión de riesgos se asoció a su posible repercusión económica y su cumplimiento se ligó a la disminución del coste de las pólizas de aseguramiento⁶.

En Francia, hace unos 25 años, se pusieron en marcha comités de vigilancia y seguridad sanitaria en algunos hospitales⁷ con la finalidad de prevenir o reducir los riesgos iatrogénicos. Además, se crearon comisiones de conciliación⁸ para asistir y orientar a las posibles víctimas de un perjuicio como consecuencia de la

asistencia recibida, indicándoles las vías y recursos disponibles.

En nuestro país^{10,11} las primeras experiencias también han estado relacionadas con la gestión de las reclamaciones económicas. En concreto, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en la segunda mitad de los años 90, comenzó a desarrollar diversas actuaciones, relacionadas con la gestión del seguro de responsabilidad sanitaria, recogidas en la Circular 4/2001¹², donde se establecían las bases para la implantación de la figura del asesor de riesgos sanitarios en los centros hospitalarios. Siguiendo este despliegue encontramos ejemplos de puesta en marcha de unidades de gestión de riesgos en el Hospital Virgen de la Arrixaca¹³ o en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real⁶.

Estas primeras unidades seguían teniendo como fondo el tratamiento de las reclamaciones tramitadas por los seguros de responsabilidad, y es a partir de las transferencias y más concretamente en el año 2004 cuando la Comunidad de Madrid puso en marcha el primer Observatorio de Gestión de Riesgos Sanitarios¹⁴ y un año después incluyó en su primer plan de actuación¹⁵ la creación de una nueva estructura, a nivel de las gerencias, denominada unidad funcional de gestión de riesgos.

Las unidades funcionales se constituyeron por un conjunto de profesionales con el objetivo de identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad de los pacientes¹⁶.

Las unidades se implantaron en todas las gerencias hospitalarias del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) como consecuencia del cumplimiento de los objetivos institucionales anuales, estando conformadas por un conjunto de profesionales que como mínimo incluyen en su composición un representante del área de calidad, farmacia, medicina preventiva y del equipo directivo. Además pueden libremente incluir otros miembros, así en el año 2011 el número total de profesionales de estas unidades

fue de 415, de los que 224 eran profesionales asistenciales (incluidos jefes/responsables de servicio o unidad) y por tanto diferentes a los mínimos señalados anteriormente.

Su implantación en los hospitales del SERMAS comenzó en el año 2005 con la creación de 17 unidades, aumentando a 24 un año después y con la apertura de nuevos centros se alcanzó la cifra de 33 en 2011. En este último año realizaron una media de 7,6 reuniones.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad incluyó en 2006¹⁷ las unidades en las líneas financiadas, a través de convenios y fondos de cohesión para promover buenas prácticas sanitarias para mejorar la seguridad de los pacientes. Este planteamiento, reforzado por el desarrollo de la estrategia nacional en seguridad del paciente¹⁸, consiguió que las unidades se desplegaran en la mayoría de las comunidades autónomas¹⁹.

Uno de los problemas existentes en este enfoque y desarrollo posterior es la posible brecha entre la percepción de los líderes de las organizaciones y los miembros de las unidades más apegados al trabajo de primera línea. Por esta razón, transcurridos más de 5 años desde su puesta en marcha, se planteó la necesidad de identificar las barreras a su implantación efectiva y los retos existentes para su desarrollo futuro, segmentando el nivel directivo y el de los miembros de las unidades.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal basado en las opiniones tanto de sus componentes, como de los integrantes de los equipos directivos de sus hospitales.

A los efectos de este trabajo se consideraron unidades funcionales las creadas para mejorar la seguridad del paciente, en todas las gerencias de hospitales, las 7 direcciones asistenciales de la gerencia única de atención primaria y la gerencia del SUMMA 112, de acuerdo a las instrucciones establecidas por el SERMAS y comunicadas a este por cada una de ellas¹⁵.

La población objeto de estudio fueron 31 unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios de las 33 existentes en el año 2011 en el SERMAS. Las unidades incluidas pertenecen a 7 hospitales de agudos de baja complejidad, 9 de media complejidad, 8 de alta complejidad, 3 de apoyo a otros hospitales, 2 de media estancia y 2 psiquiátricos. No se han incluido 2 unidades: en un caso de un centro de media complejidad por falta de experiencia al haberse constituido en este año y en otra de un centro de apoyo con poca actividad.

La fuente de información utilizada ha sido la cumplimentación en forma de texto libre de 2 preguntas abiertas incluidas en un cuestionario de cumplimentación voluntaria, en relación con las actuaciones y desarrollo de la unidad: una sobre las barreras relacionadas con el despliegue efectivo de la unidad en su hospital y otra sobre los retos que deberá afrontar la unidad para su despliegue y desarrollo futuro. También se incluía un apartado para conocer datos identificativos de la unidad, de quién lo cumplimentó y si lo hizo de forma colegiada.

En los 2 casos se permitía un máximo de 5 respuestas y se solicitaba que las barreras y los retos de futuro fueran

ordenados de mayor a menor importancia, y en este sentido valorados de 5 a 1 punto en este mismo orden, no siendo obligatorio llegar a cumplimentar las 5 posibilidades ofertadas.

El cuestionario se diseñó en formato Microsoft Excel para facilitar la recogida y análisis posterior de la información, existiendo 2 opciones según su destinatario. Se distribuyeron 2 cuestionarios con las mismas preguntas sobre barreras y retos por hospital: uno dirigido a los miembros de la unidad y otro al equipo directivo del centro.

En los 2 casos se recomendaba cumplimentar el cuestionario de forma conjunta por el mayor número de miembros de la unidad o del equipo directivo; no se permitió la remisión de cuestionarios de forma individual para asignar el mismo peso a todos los hospitales.

En cuanto a la recogida de la información el cuestionario se elaboró en el mes de abril de 2012, realizándose una prueba (pre-test) y se envió por correo electrónico, junto con una carta específica para su contestación a integrantes de las unidades y directivos durante el mes de mayo. Para aumentar la tasa de respuesta se realizó un recordatorio telefónico en la última semana de mayo.

El análisis de la información, una vez recibidos los cuestionarios, se realizó en el mes de junio del mismo año. Con la información obtenida se realizó un análisis del discurso en las preguntas abiertas, buscando en el texto los conceptos fundamentales que aparecían, agrupándolos por afinidad y estableciendo una lista de barreras y retos. Posteriormente se ordenaron estos apartados teniendo en cuenta las veces que se citaban y la puntuación de la escala previamente citada. Finalmente, y para facilitar su interpretación, se utilizó el diagrama gráfico de Pareto para representar los obstáculos y los retos de futuro de las unidades funcionales.

Resultados

La tasa global de respuesta fue del 89% (55/62), no obteniendo respuesta por parte de un hospital de agudos de media complejidad y otro de media estancia (29/31: 94%). En el caso de los directivos fueron 2 hospitales de agudos de alta complejidad, uno de media complejidad, uno de media estancia y uno psiquiátrico (26/31: 84%).

En relación con quién contestó, en el caso de los miembros de las unidades, han sido en 16 ocasiones representantes del área de calidad, 4 asistenciales incluyendo jefes de servicio/unidad, 5 representantes del equipo directivo, 3 de medicina preventiva y un técnico superior.

En el caso de los directivos contestó en 12 oportunidades el gerente, subgerente o el equipo directivo en conjunto, en 10 casos fue un director y en 4 ocasiones otros miembros del equipo.

Por otra parte, en el 76% (40/55) de los casos el cuestionario se cumplimentó por varios miembros de la unidad o del equipo directivo, siendo más frecuente en el caso de los miembros de las unidades (22/29 unidades frente 18/26 equipos directivos).

Barreras

En relación con las barreras (tabla 1) la falta de tiempo de los profesionales para mejorar la seguridad del paciente es

Tabla 1 Barreras identificadas por las unidades funcionales y los equipos directivos*

| Barreras identificadas | Puntuación unidades | Puntuación directivos | Total | Porcentaje |
|--|---------------------|-----------------------|-------|------------|
| Falta de tiempo | 81 | 61 | 142 | 21 |
| Escasa cultura | 30 | 62 | 92 | 13 |
| Escasa difusión de la UF en el hospital | 44 | 25 | 69 | 10 |
| Falta formación | 28 | 40 | 68 | 10 |
| Escasa implicación, motivación | 22 | 28 | 50 | 7 |
| Responsabilidad legal | 29 | 17 | 46 | 7 |
| Resistencia al cambio | 22 | 15 | 37 | 5 |
| Dificultad para implantar acciones de mejora | 18 | 10 | 28 | 4 |
| Falta de recursos económicos | 16 | 10 | 26 | 4 |
| Falta de recursos materiales | 15 | 11 | 26 | 4 |
| Falta de liderazgo de directivos | 20 | 3 | 23 | 3 |
| Falta de notificación de incidentes | 13 | 8 | 21 | 3 |
| Falta de liderazgo en los servicios | 11 | 3 | 14 | 2 |
| Otros | 23 | 20 | 43 | 6 |
| Total | 372 | 313 | 685 | 100 |

* Puntuación (1-5) en 31 centros.

de forma conjunta la más frecuente (142 puntos), si bien los directivos (61 puntos) la situaban ligeramente por debajo de la escasa cultura (62 puntos), y son los profesionales (81 puntos) los que claramente la colocaban en primer lugar a gran distancia de la siguiente.

El déficit de cultura (92 puntos) constituía la segunda barrera, fundamentalmente a expensas de la percepción de los directivos, al considerarla la más importante (62 puntos), mientras que los profesionales la situaban en tercer lugar con una puntuación (30 puntos) alejada de la anterior.

En tercer lugar encontramos la escasa difusión y la falta de formación con puntuaciones similares (69 y 68 puntos), representando el 10% de las causas, aunque también existían diferentes percepciones, siendo más importante la difusión para los profesionales (44 puntos) y la formación para los directivos (40 puntos).

La escasa motivación, implicación (50 puntos) y la posible interferencia de la responsabilidad legal (46 puntos) son los siguientes, destacando también la diferente opinión de los segmentos encuestados, especialmente en el caso de la responsabilidad que supone una barrera mucho más importante en el caso de los profesionales (29 frente a 17).

Para los encuestados tenían menos importancia los aspectos relacionados con las actuaciones (resistencia al cambio 5%, implantar mejoras 4%), los recursos (económicos 4%, materiales 4%, humanos 1%), las herramientas (notificación 3%, análisis 1%) o los incentivos (1%).

Finalmente, queremos señalar el liderazgo, al que daban gran importancia los profesionales (20 puntos al liderazgo del equipo directivo y 11 puntos al liderazgo de los servicios) frente a los propios directivos que le atribuían menor importancia (3 puntos en los 2 supuestos).

Tabla 2 Retos identificados por las unidades funcionales y los equipos directivos*

| Retos identificados | Puntuación unidades | Puntuación directivos | Total | Porcentaje |
|---|---------------------|-----------------------|-------|------------|
| Potenciar la formación | 68 | 55 | 123 | 18 |
| Mejorar la cultura | 56 | 58 | 114 | 17 |
| Mejorar la comunicación en actividades de la unidad | 39 | 36 | 75 | 11 |
| Liderazgo de los responsables de servicios | 40 | 32 | 72 | 11 |
| Motivación e implicación de profesionales | 50 | 19 | 69 | 10 |
| Potenciar la comunicación en incidentes | 21 | 11 | 32 | 5 |
| Liderazgo de directivos | 21 | 8 | 29 | 4 |
| Implantación de áreas de mejora detectadas | 11 | 11 | 22 | 3 |
| Vencer el miedo a la culpa | 9 | 12 | 21 | 3 |
| Potenciar los sistemas de información | 9 | 10 | 19 | 3 |
| Dedicar más tiempo a las actividades de la unidad funcional | 10 | 7 | 17 | 3 |
| Coordinación entre niveles asistenciales | 4 | 11 | 15 | 2 |
| Evaluación del impacto de las medidas implantadas | 8 | 6 | 14 | 2 |
| Otros | 34 | 15 | 49 | 7 |
| Total | 380 | 291 | 671 | 100 |

* Puntuación (1-5) en 31 centros.

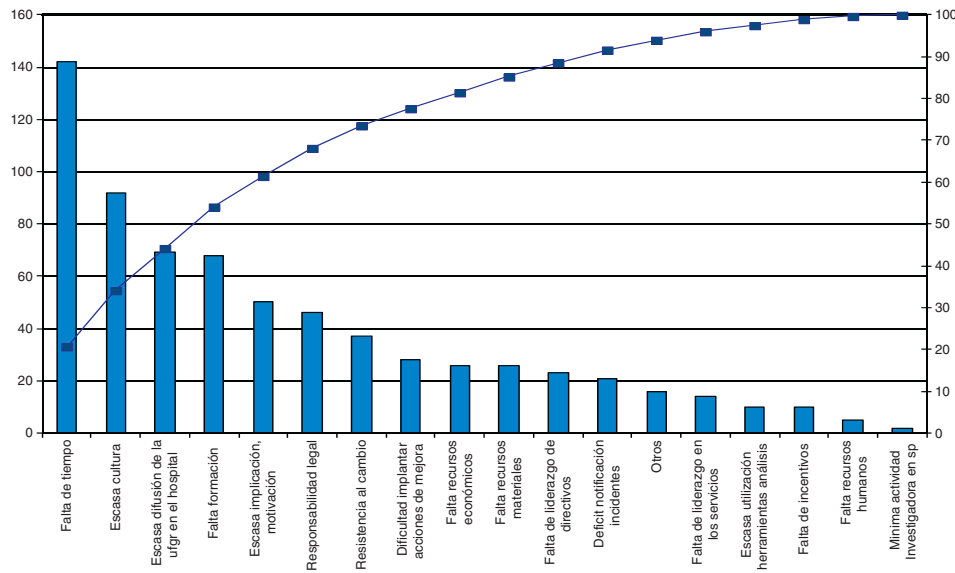


Figura 1 Diagrama de Pareto de las barreras.

En conjunto el 68% de las barreras se debían a 6 causas (fig. 1): falta de tiempo, cultura, difusión de la unidad, formación, motivación y temor a la responsabilidad legal.

Retos de futuro

La formación constituía el reto de futuro más importante (tabla 2), seguida a corta distancia de la mejora de la cultura del centro (123 y 114 puntos respectivamente). Para los profesionales era más trascendente la formación (68 puntos) y para los directivos la cultura (58 puntos).

A continuación encontramos: mejorar la difusión de las actividades de las unidades, el liderazgo de los servicios y

la motivación e implicación de los profesionales con puntuaciones similares (75, 72 y 69 puntos respectivamente), representando entre el 11 y el 10%.

No obstante, desde el punto de vista de los profesionales la motivación e implicación era más importante seguido por el liderazgo de los servicios y la difusión de actividades (50, 40 y 39 puntos respectivamente).

A una diferencia considerable de los retos anteriores, entre el 5 y el 2%, encontrábamos actuaciones relacionadas con las herramientas para mejorar la seguridad (comunicación de incidentes o sistemas de información), liderazgo del equipo directivo y diferentes actuaciones (implantar mejoras, vencer la culpa, dedicar más tiempo, coordinación o evaluar su impacto).

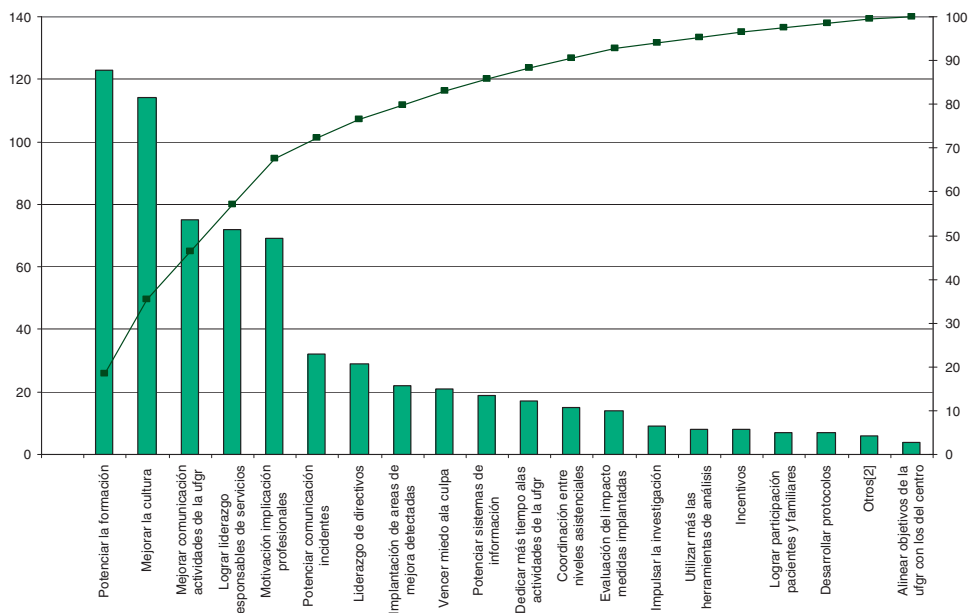


Figura 2 Diagrama de Pareto de los retos de futuro.

Finalmente existían una serie de aspectos poco valorados (1%, por debajo de 10 puntos) como investigación, incentivos o la participación de pacientes y familiares.

En conjunto, el 67% de los retos se centraban en 5 actuaciones (fig. 2): potenciar la formación, mejorar la cultura, difundir las actuaciones de la unidad, lograr el liderazgo de los responsables de los servicios y mejorar la motivación e implicación de los profesionales.

Discusión

En los últimos años, tomando como punto de partida el plan de actuaciones del Observatorio de Gestión de Riesgos de la Comunidad de Madrid¹⁵ y las recomendaciones de los expertos reunidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁸, se han desplegado en los hospitales de nuestro país unidades formadas por diferentes profesionales para gestionar los riesgos sanitarios con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes.

Como ejemplos de este desarrollo podemos citar su inclusión en los planes estratégicos de seguridad del paciente de diferentes comunidades autónomas, como Castilla La Mancha²⁰, que establece que en todas las gerencias del Servicio de Salud contarán con una unidad funcional de gestión de riesgos, Extremadura²¹ que establece que se constituirán unidades funcionales de seguridad de pacientes en cada área de salud o el SERMAS²² que dedica un objetivo estratégico a la extensión y consolidación de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios.

En consonancia con este despliegue los resultados del estudio descriptivo llevado a cabo en 113 hospitales europeos²³ indican que, en nuestro país, la estructura y asignación de responsabilidades están muy desarrolladas, mientras que tenemos peores resultados comparados en la difusión de datos de evaluaciones externas, la implantación de algunos mecanismos de seguridad y en la implicación de los pacientes.

Solemos citar la dificultad que tiene la evaluación de los resultados de las actuaciones implementadas para mejorar la seguridad del paciente. Siendo esto cierto, lo es más aún si nos centramos en actuaciones organizativas, ya que es difícil evaluar programas de seguridad a gran escala²⁴ al ser longitudinales, contar con intervenciones a varios niveles y tener contextos que suelen ser diferentes, y todo ello sin olvidar que una intervención que funciona en un contexto no necesariamente funcionará en otra parte²⁵.

Por esta razón, para conocer las barreras y los retos en la implantación y desarrollo futuro de las unidades, y ante la falta de referencias publicadas, optamos por abordar este problema a través de la opinión de sus miembros y de sus correspondientes equipos directivos, con el fin de poder comparar sus percepciones ponderadas de acuerdo a su importancia.

En cuanto a las barreras para el desarrollo de la unidad, en el caso de sus integrantes las 5 primeras causas priorizadas han sido: falta de tiempo, difusión de la unidad, cultura, responsabilidad legal y formación, mientras que para los directivos los resultados también son similares: cultura, falta de tiempo, formación, motivación y difusión de la unidad.

Este resultado puede compararse, con matices, con los percibidos por hospitales de nuestro entorno (Estados Unidos, Reino Unido y Francia)²⁶, en los que se han establecido 3 tipos de barreras «universales» que la mayoría de centros tienen que afrontar: el rechazo al cambio por parte de los médicos y del personal de enfermería, la ausencia de recursos y la dificultad de concentrarse en iniciativas de mejora manteniendo una calidad diaria alta.

Abundando en este tema un grupo de profesionales clave de hospitales españoles²⁶ identificaron 6 tipos de barreras según estuvieran relacionadas con: la cultura (culpa/error, burocracia, rechazo al cambio), el liderazgo (falta de o rechazo de los profesionales), los procesos (falta de integración o falta de procesos específicos), las herramientas (falta o utilización deficiente o insuficiente), los recursos (carencia) o la gestión/seguimiento (carencia de datos y/o escasa difusión).

Mientras que otros autores²⁷ identifican hasta 7 barreras: falta de prioridad, falta de recursos, disponibilidad y coste de las tecnologías de seguridad, resistencia al cambio, cultura de la culpa, implicación de la alta dirección y cultura del encubrimiento.

En definitiva, y como podemos observar, nuestro trabajo confirma parte de las barreras establecidas por otros autores, si bien lo hace de forma específica para el SERMAS, resultando especialmente útil para la comparación, el análisis o la toma de medidas en su ámbito de actuación.

Además, las barreras nos orientan a futuras actuaciones, estableciendo, al menos en parte, nuestros retos. Esta idea puede explicar el porqué cuando hemos preguntado a unidades y directivos sus respuestas están de alguna forma relacionadas, priorizando los siguientes retos: formación, cultura, motivación, liderazgo de responsables de servicios/unidades y comunicación de incidentes, en el caso de los integrantes de las unidades, mientras que los directivos han priorizado: cultura, formación, comunicación de actividades, liderazgo servicios/unidades y motivación.

En general, los retos responden a las barreras. No obstante, llama la atención que no aparezca la participación de los pacientes, con una priorización muy baja, siendo un reto repetido por trabajos¹¹ que citan su importancia en la prevención de eventos adversos²⁸, y en nuestra opinión este deberá ser un reto a tener en cuenta a corto plazo.

En relación con los retos de los profesionales otro punto de vista aparece en un reciente artículo del *British Medical Journal*²⁵ al señalar que los 4 principales desafíos en la implementación de las intervenciones de seguridad del paciente, basados en la literatura, conferencias y experiencias de los autores fueron: la poca visibilidad de los problemas, la ambigüedad de la relación causa-efecto, la complejidad de nuestras organizaciones y la autonomía profesional versus trabajo en equipo.

En cualquier caso, y de acuerdo con un trabajo sobre *benchmarking* de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario²⁶, creemos que en el futuro todos los profesionales deben involucrarse en la identificación de riesgos y en la definición de iniciativas de mejora, y para ello tienen que estar convencidos de que la opinión de cada uno cuenta, dando valor a su experiencia y considerando que en un proceso de mejora de la gestión de los riesgos todos

los profesionales implicados, cualquiera que sea su posición, tienen un papel importante.

Como limitaciones de este estudio tenemos que señalar las debidas a los sesgos de selección e información, comunes a los estudios transversales. Aunque las preguntas se remitieron de forma diferenciada a directivos del hospital e integrantes de las unidades y se revisaron las contestaciones para evitar las posibles coincidencias, no podemos asegurar que no haya existido una sobre-representación del perfil directivo, que también está presente en las unidades, si bien como hemos comentado previamente nos parecía muy importante diferenciar el enfoque entre los 2 niveles. Podemos señalar cómo la necesidad del liderazgo y la motivación se perciben más desde el lado de las unidades o cómo se mantiene, pese a los esfuerzos realizados en estos años, la falta de cultura o formación, aunque en este último caso se podría justificar porque las personas que participan o han participado en este tipo de unidades no son representativas de la globalidad de los profesionales, en nuestro caso 415 frente a decenas de miles.

Asimismo, los resultados pueden estar influenciados por la diferente experiencia de las unidades; por este motivo se decidió no incluir a las que tenían muy poco tiempo de desarrollo o muy poca actividad, pero este problema podría ocurrir con la experiencia individual de sus miembros, por ello se decidió animar a la respuesta colectiva, que en nuestro caso fue mayoritaria (76%).

La utilización de preguntas abiertas y su conversión en ítems específicos mediante el análisis del discurso podría conllevar sesgos en la interpretación del resultado, así como la no inclusión de los de profesionales no pertenecientes a las unidades podría restringir la identificación y priorización de barreras y retos, aunque en este caso habría que considerar que también podría añadir sesgos relacionados con su experiencia y conocimiento de las unidades. En futuros estudios podrían plantearse diseños que incluyan a toda la organización con el fin de soslayar estos problemas y facilitar la posibilidad de identificar aspectos no contemplados o, en todo caso, ayudar a priorizar los ya existentes.

No obstante, creemos que el trabajo es interesante ya que en la literatura existen pocos estudios sobre la creación o el desarrollo de las unidades^{16,28} y sus resultados pueden aportar información para establecer estrategias de actuación.

Partiendo de nuestra actual situación deberemos trabajar para superar los escollos de las barreras culturales, sociológicas, asistenciales y organizativas²⁹ mediante una mayor implicación del liderazgo, incluidos los servicios y unidades³⁰, la formación y mejora de la cultura, la mayor difusión de las actividades y logros y, finalmente, también deberemos superar las barreras para la participación de los pacientes³¹, facilitando información abierta^{32,33} y promoviendo su colaboración e implicación en un camino que debemos recorrer lo antes posible.

Para alcanzar este objetivo puede ser determinante el desarrollo de unidades funcionales en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS)³⁴, incluyendo tanto la atención primaria²⁸ como los hospitales.

Con este enfoque de trabajo podremos afrontar las brechas de calidad cotidianas³⁵ e implantar estrategias de seguridad del paciente que nos ayuden a mejorar las actuales ineficiencias de nuestro sistema de atención, y todo ello

como una medida para ayudar a la sostenibilidad de nuestro SNS³⁶.

Conflicto de intereses

El diseño y la revisión de este trabajo forman parte de un proyecto becado por la Fundación MAPFRE.

Agradecimientos

A los miembros de las unidades funcionales y de los equipos directivos de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

Bibliografía

1. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de la seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)*. 2010;135 Supl 1:1-2.
2. Schimmel E. The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med*. 1964;60:100-10.
3. Aranaz JM, Massó P. Riesgos de la hospitalización. El inicio de una controversia. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2005;7:17.
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:145-51.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
6. Pardo R, Jara A, Menchen B, Padilla D, Martín J, Hernández J, et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Rev Calid Asist*. 2005;20:211-5.
7. Aranaz JM. Experiencias nacionales e internacionales en la gestión de riesgos: pasado, presente y futuro. En: Aranaz JM, Vitaller J, coordinadores. *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de estudios de la salud. 2004; p. 63-73.
8. Duclos R. La mise en place de la commission de conciliation dans les établissements de santé. *Gestions Hospitalières*. 1999;388:492-500.
9. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ*. 2000;320:777-81.
10. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
11. Pardo Hernández A. Seguridad del paciente y calidad asistencial: un poco de historia. *Seguridad del paciente y calidad asistencial*. 2009;1:14-21.
12. Funciones de los asesores de riesgos sanitarios. Circular 4/2001 de la Dirección General del INSALUD, de 14 de noviembre de 2001.
13. Ruiz Ortega JM. La Gestión de riesgos sanitarios en hospitales. En: Aranaz JM, Vitaller J, coordinadores. *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de estudios de la salud. 2004; p. 107-20.
14. Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. BOCM n.º 224, de 20 de septiembre de 2004. p. 4-6.
15. *Plan de Riesgos Sanitarios. Documento de apoyo a las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios*. Madrid: Consejería Sanidad y Consumo; 2006.

16. Pardo A, Clavería A, García M, López J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin (Barc)*. 2008;131 Supl 3:64–71.
17. Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:319–23.
18. Estrategia de seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
19. Desarrollo de la estrategia nacional en seguridad del paciente 2005-2011. Madrid: Agencia de Calidad del SNS; 2011 [consultado 5 Ago 2013]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf
20. Plan estratégico de seguridad del paciente 2009-2012. Volumen I. SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha 2009) [consultado 5 Ago 2013]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan.Estrategico_Seguridad_SESCAM_09-12.pdf
21. Plan estratégico de seguridad de pacientes del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016 [consultado 5 Ago 2013]. Disponible en: http://www.saludextremadura.com/documents/19231/35950/plan_estrat%C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf
22. Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012. Madrid: Consejería de Sanidad; 2010.
23. Vallejo P, Suñol R, Escaramis G, Torrontegui M, Lombarts K, Bañeres J. Seguridad clínica y orientación al paciente: estudio descriptivo en 113 hospitales españoles y similitudes en otros países europeos. *Rev Calid Asist*. 2009;24:139–48.
24. Benn J, Burnett S, Parand A, Pinto A, Iskander S, Vicent C. Studying large-scale programmes to improve patient safety in whole care systems: Challenges for research. *Soc Sci Med*. 2009;69:1767–76.
25. Leistikow IP, Kalkman CJ, de Bruijn H. Why patient safety is such a tough nut to crack. *BMJ*. 2011;342:d3447 [consultado 5 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3447>
26. Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
27. Akins RB, Cole BR. Barriers to implementation of patient safety systems in healthcare institutions: Leadership and policy implications. *Patient Saf*. 2005;1:9–16.
28. Mena JM, Sanz-Virseda A, Cañada A, Villamar M. Estrategia de implantación y evaluación de una unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2009;24:95–103.
29. Campillo Artero C. La seguridad del paciente. ¿Estamos seguros de ella? Editorial. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2009;11: 83–8.
30. Muñio Miguez A, Jimenez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García E, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Clin Esp*. 2007;207:456–7.
31. Scobie AC, Persaud DD. Patient engagement in patient safety: Barriers and facilitators. *Patient Saf Qual Healthc*. 2010;7: 42–7.
32. Department of veterans Disclosure of adverse to patients: VHA directive 2008-022. Washington DC: United States Veterans Health Administration [consultado 5 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pubID=1637>
33. Australia open disclosure: Manager handbook: A handbook for hospital managers to assist with the implementation of the open disclosure [consultado 5 Ago 2013]. Disponible en: http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/open_disclosure/Open%20Disclosure%20Health%20Managers%20Handbook.pdf
34. Aranaz-Andrés JM, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C, Miralles-Bueno JJ, Vitaller-Burillo J, Terol-García E, et al. Luces y sombras en la seguridad de los pacientes: estudio y desarrollo de estrategias. *Gac Sanit*. 2008;22 Supl 1:199–205.
35. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2011;25:95–105.
36. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010 [consultado 1 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee857c1e86ac325f514a6fcf5b4.pdf>