

CALENDARIO MAESTRÍA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2009/10:

Programa lectivo:

ESTRUCTURA

El Master tendrá una duración de 1.500 horas o 60 créditos conforme a la directriz europea que incluye la carga lectiva y la carga de trabajo del alumno/a y se realizará entre noviembre del 2009 y junio de 2010.

El régimen de asistencia del alumnado a las clases tendrá en cuenta las obligaciones laborales de los alumnos/as de tal manera que genere las mínimas distorsiones incompatibles con su actividad laboral.

Programación: las clases tendrán lugar semanas alternas los miércoles de 16 a 20h, jueves y viernes de 9 a 20h, en las dependencias que el Ministerio de Sanidad y Política Social designe para ello.

El Master está integrado por 12 Módulos docentes, 2 Mesas redondas, tutorías y un proyecto individual de Master, distribuidos de la siguiente forma:

- 1) Marco conceptual
- 2) Epidemiología básica
- 3) Calidad asistencial
- 4) Instrumentos de gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente
- 5) El conocimiento de la evidencia disponible
- 6) Estandarización de la práctica clínica
- 7) Uso seguro de los medicamentos
- 8) Evaluación de tecnologías sanitarias y métodos de evaluación económica
- 9) Aspectos médico-legales
- 10) El abordaje sociocultural
- 11) Perspectiva individual del análisis de los efectos adversos
- 12) El impacto social de los efectos adversos.

Módulos 1 y 2: 4 al 6 de noviembre del 2009

Módulo 1: Marco conceptual. La seguridad de los pacientes: línea estratégica de calidad de la asistencia sanitaria. El riesgo clínico. Complicaciones versus sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. La perspectiva institucional internacional sobre seguridad clínica y sucesos adversos.

Descripción de la asignatura

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática. En el campo de la atención a la salud y la salud pública el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc.

Objetivos

Señalar las limitaciones y ventajas de los sistemas de notificación de sucesos adversos (SA).

Diferenciar la secuencia o historia natural de la producción de los SA.

Diferenciar los niveles de gestión en que se desarrollan actividades encaminadas a la seguridad del paciente (SP).

Diferenciar la secuencia o historia natural de la producción de los SA.

Analizar las fases de la gestión del riesgo asistencial.

Diferenciar los niveles de gestión en que se desarrollan actividades encaminadas a la seguridad del paciente.

Reconocer riesgos potenciales para la seguridad clínica en los pacientes, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el equipo asistencial y el propio profesional.

Identificar situaciones de la práctica clínica que contribuyen a la aparición de fallos y errores.

Aprovechar los fallos y errores que se cometen como fuente de mejora de la SP.

Describir y aplicar los principios de la gestión del riesgo clínico.

Facilitar el autoaprendizaje sobre gestión del riesgo y prevención de SA.

Contenidos

El Plan de Calidad del SNS. La Salud Pública y la Seguridad de Pacientes. La Seguridad de Pacientes: línea estratégica de calidad de la asistencia sanitaria. El riesgo clínico. Complicaciones versus sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. La perspectiva institucional internacional sobre seguridad clínica y sucesos adversos.

Referencias

Aranaz JM, Vitaller J. y grupo de estudio del proyecto idea: identificación de efectos adversos. *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. Estudios para la salud, nº 13. Generalitat Valenciana. Valencia, 2004.

Aibar C, Aranaz JM. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An Sis Sanit Navar*, 2003; 26 (2): 195-209. Disponible en [URL:http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n2/colaba.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n2/colaba.html)

Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit* 2006;20(Supl.1):41-7.

Orentlicher D. medical malpractice. treating the causes instead of the symptoms. *Med Care* 2000; 38: 247-9.

Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín (Barc)* 2004; 123(1): 21-5.

Aranaz JM, Mollar JB, Gea MT. Efectos adversos en el siglo XXI. La epidemia silenciosa. *Monografías Humanitas* 2006; 8:59-69.

Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender? *Med Clin (Barc)* 2006;126(3):97-8.

Aranaz JM, Aibar C, Agra Y, Terol E. Seguridad del paciente y práctica clínica. *Medicina Preventiva* 2007;12:7-11.

Aibar C, Aranaz JM. *Seguridad del paciente: cuaderno de bitácora*. Disponible en World Wide Web: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar> Abril 2007. IIE. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires.

Agenda:

Marco general. Estrategias nacionales en seguridad del paciente (SP) e iniciativas internacionales.

La Alianza Mundial por la SP. Los objetivos de SP de la Joint Commission.

El Plan de Calidad del SNS.

Proyectos para la implementación de la estrategia de SP.

El despliegue de la SP en las CC AA.

Conceptos básicos de SP: fallos de sistema vs. errores humanos.

Ejercicio práctico: ¿qué pretende el paciente que ha sufrido un EA? Visualización y discusión del vídeo "Errores Médicos".

Ejercicio práctico: ¿cómo responden los profesionales y la organización? Visualización y discusión del vídeo "Medical Mistakes".

Instrumentos aplicados: la espina de pescado, el árbol de causas, la técnica de los por qué.

Ejercicios prácticos: análisis de una reclamación, el caso de la sobredosis, ¿por qué se perdió el cascarita?.

SP: fijando conceptos: La SP vs. los efectos adversos. Ejercicio práctico: La anatomía del efecto adverso. Visualización y discusión del vídeo "Mueve tus caderas".

Planeamiento del proyecto individual de Master.

Profesor responsable: Jesús M^a Aranaz

Módulo 2: Epidemiología básica. Diseño de estudios epidemiológicos: Estudios de seguimiento, de prevalencia e incidencia, casos y controles. Estudio de los efectos adversos. Frecuencia distribución y características de los EA. Variables explicativas de los EA: asociadas al sujeto, ligadas a los cuidados. Sistemas de Vigilancia y Control vs. Sistemas de Notificación y Registro.

Descripción de la asignatura

Conocer la epidemiología de los efectos adversos permitirá desarrollar estrategias de prevención para evitarlos, o en su caso para minimizar sus consecuencias si no han podido ser evitados.

La elección del método epidemiológico más apropiado para el estudio de efectos adversos no es cuestión baladí. Diferentes trabajos han analizado este punto y sus conclusiones se podrían resumir en que la elección del método hay que hacerla en función de los objetivos del estudio, intentando conjugar la minimización de sesgos y la validez de la identificación de efectos adversos con la reproducibilidad del juicio de valor sobre su carácter iatrogénico y/o su evitabilidad.

Objetivos

Describir los procedimientos de estudio de los efectos adversos (EA).

Conocer las iniciativas existentes sobre epidemiología y prevención de los EA relacionados con la atención sanitaria

Debatir la frecuencia, distribución y gravedad del riesgo asistencial.

Analizar las ventajas y limitaciones de los diferentes diseños de estudios epidemiológicos para el estudio de los EA.

Evaluar la magnitud y trascendencia del riesgo clínico y los EA.

Comparar los estudios existentes sobre medición de EA.
Reconocer la utilidad del estudio individual de los EA.
Señalar las limitaciones y ventajas de los sistemas de notificación de EA.
Conocer la metodología utilizada para el análisis y la prevención de los EA.

Contenidos

Diseño de estudios epidemiológicos: estudios de seguimiento, de prevalencia e incidencia, casos y controles. Estudio de los efectos adversos. Frecuencia distribución y características de los EA. Variables explicativas de los EA: asociadas al sujeto, ligadas a los cuidados. Sistemas de vigilancia y control vs. Sistemas de notificación y registro.

Referencias

- Goldberg M. La Epidemiología sin esfuerzo, Madrid, Díaz de Santos, 1994
- Alhobom A. Fundamentos de la epidemiología. Madrid: Siglo XXI, 2000.
- Norell S. Diseños de estudios epidemiológicos. Madrid: Siglo XXI, 1994.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the harvard medical practice study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby I, Hamilton JD. The quality in australian health-care study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 2002;288:501-7.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9.
- Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three epidemiological methods for estimating adverse events and preventability rates in acute care hospitals. *BMJ* 2004;328:199-204.
- Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AM, Scemama O. L'estimation du risque iatrogène graves dans les établissements de santé en france : les enseignements d'une étude pilote dans la région aquitaine. *Études et Résultats* 2003;219:1-8.
- Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: Cómo detectarlos. *Rev Calidad Asistencial* 2005;20(4):204-10.
- Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, Sarasqueta AM, Domecq S et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale. *Études et Résultats* 2005;398:1-15.
- Aranaz JM, Gea MT, Marín G. Acontecimientos adversos en un servicio de cirugía general y de aparato digestivo de un hospital universitario. *Cirugía Española* 2003;73(2):103-8.
- Aranaz JM por el Grupo de Estudio del Proyecto IDEA. Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(suppl1):14-18.
- Aranaz JM, Limón R, Requena J, Gea MT, Núñez V, Bermúdez MI, Vitaller J, Aibar C, Ruiz P, Grupo de trabajo del proyecto IDEA. Incidencia e impacto de los Efectos Adversos en dos hospitales. *Rev Calidad Asistencial*, 2005;20(2):53-60.
- Padilla M, Álvarez EE, Aranaz JM, Jiménez A, García JA. Efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en ginecología y obstetricia: una revisión crítica. *Rev Calidad Asistencial*, 2005;20(2):90-9.
- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006.
- Aranaz JM, Aibar C, Casal J. Gea MT, Limón R, Requena J, Miralles JJ, García R, Mareca R y grupo de trabajo ENEAS. Los sucesos adversos en los hospitales españoles: resultados del estudio ENEAS. *Medicina Preventiva* 2007;XIII:64-70.

Agenda:

La epidemiología de los efectos adversos.

La estrategia de SP en Comunidades Autónomas: El observatorio de riesgos sanitarios.

Pacientes por la SP.

Desde la frontera.

Los estudios Epidemiológicos sobre efectos adversos.

Profesor responsable: Jesús M^a Aranz

Módulo 3: 18 al 20 de noviembre del 2009

Módulo 3: Calidad Asistencial. Componentes. Métodos de evaluación de la calidad. Modelos de acreditación: Normas ISO, Joint Commission on Hospital Accreditation (JCHA), Modelo Europeo (EFQM). Audit médico. Instrumentos para la mejora continua. Satisfacción de Pacientes.

Descripción de la asignatura

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone en la línea de nuestra argumentación abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

La Calidad Asistencial engloba, no solo la estandarización de la práctica clínica, a través de revisar las condiciones para la práctica clínica segura (variabilidad en la práctica clínica. Instrumentos de intervención: guías de práctica clínica, protocolos clínicos, vías clínicas, planes de cuidados, prácticas clínicas y procedimientos seguros,...), sino el conocimiento de la evidencia disponible (documentación científica, medicina basada en la prueba, gestión del conocimiento clínico,...), la evaluación de tecnologías sanitarias y métodos de evaluación económica (costes de la calidad, costes de la seguridad, balance coste beneficio,...), sino también los aspectos médico-legales con un componente esencial en la seguridad de los pacientes: línea estratégica de calidad de la asistencia sanitaria, entre otros aspectos con claras interrelaciones dentro del campo de la calidad asistencial.

Además, surgen líneas de impulso a la calidad de la atención sanitaria que incorporan el desarrollo de estrategias y medidas para fomentar la excelencia de los profesionales y de la organización sanitaria pública tanto en los aspectos técnicos, como en los conocimientos científicos. Es decir, todas aquéllas que han de traducirse en una práctica clínica asistencial de alto nivel.

El objetivo esencial de estas estrategias es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente y usuario y, por tanto, es evidente que resulta necesario centrar esfuerzos en apoyar a los profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer esa excelencia clínica.

El cambio social que en materia sanitaria se está produciendo está determinado por el papel del ciudadano, cada día más protagonista en lo que a su salud se refiere. El ciudadano se convierte en el centro del Sistema Sanitario Público. Por lo tanto, sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción se convierten en los objetivos fundamentales de toda la política sanitaria, y el diseño y la reorganización o búsqueda de respuestas a las nuevas necesidades de los ciudadanos deben constituir un planteamiento estratégico.

Objetivos

La actualización continua de conocimientos y el desarrollo permanente de habilidades y actitudes orientadas a satisfacer las necesidades y las expectativas de pacientes y usuarios.

Realizar una revisión práctica de la situación actual de la metodología referente a la mejora de la calidad asistencial en los servicios sanitarios así como las perspectivas de futuro.

Estudiar el papel de los métodos de mejora de la calidad asistencial como instrumento de utilidad en los servicios sanitarios.

Elaborar y discutir sobre indicadores de calidad en el entorno sanitario.

Diseñar modelos de calidad asistencial aplicados a instituciones sanitarias

Sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de incorporar la calidad a la práctica asistencial.

Contenidos

Revisión histórica de la calidad en el sector sanitario, a través de las experiencias y métodos de evaluación de la calidad asistencial.

Conceptos y definiciones fundamentales de la calidad de la atención.

Construcción de criterios de calidad en la evaluación e indicadores para la monitorización.

Calidad Total y sus métodos de Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

Circunstancias en la implantación de los Programas de Mejora de Calidad Asistencial en los servicios sanitarios.

Modelos de acreditación y aseguramiento sanitario que están implantados en el sector sanitario a nivel internacional:

Modelo de la Joint Commission,

Normas ISO adaptadas al entorno sanitario,

Modelo Europeo de Calidad (EFQM)

Referencias

Aranaz JM^a, Vitaller J. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Estudios para la Salud, nº 1. 2^a (Edición). Generalitat Valenciana. Valencia, 2002. ISBN: 84-482-3008-6.

Aranaz JM^a, Vitaller J. *Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria*. Estudios para la salud, nº 4. Generalitat Valenciana. Valencia, 2003. 324 páginas. ISBN: 84-482-3362-X.

Aranaz JM^a, Vitaller J. y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA: *Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. Estudios para la salud, nº 13. Generalitat Valenciana. Valencia, 2004. ISBN: 84-482-3884-2.

Carbonell MA, Aranaz JM^a, Mira JJ. *Calidad asistencial y satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias hospitalario*. Estudios para la salud, nº 12. Generalitat Valenciana. Valencia, 2004.

Mira JJ, Aranaz JM^a, Blanco MA, García E, Martínez B, Lizán M, Navarro JF, García S, García A, Jiménez M, Biurrun A, Díez A, Carballo F, Sáinz A. Calidad Relacional y satisfacción del usuario. En Rodríguez Pérez P y García Caballero J. *Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas*. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública. Sociedad Española de Calidad Asistencial. MSD-Medicina Basada en la Evidencia. Madrid, 2001. ISBN: 84-87385-62-1.

Lorenzo, S; Arcelay, A; Bacigalupe, M; Mira, J; Palacio, F; Ignacio, E; Vitaller, J.. *Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM*. Edita MSD 2001; ISBN: 84-607-1886-7. Monterreina.

Aranaz JM^a, Vitaller J, Aibar C, Mollar J, Mira JJ. Saber hacer y saber lo que se hace: contribuciones del marketing sanitario a la práctica clínica. En Ruiz López P, Alcalde Escribano J y Landa García JI. *Gestión Clínica en Cirugía. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos*. ARAN, (Selección Gestión Calidad). ISBN: 84-95913-61-5 Madrid, 2005.

Agenda:

Evolución histórica de la calidad de la asistencia.

Elementos conceptuales de la calidad asistencial.

Componentes de la Calidad Asistencial.

Las unidades de calidad hospitalaria.

Los profesionales sanitarios, punto de vista sobre la calidad

Perspectivas de la calidad y Acreditación

Fuentes de información en calidad.

Organizaciones nacionales e internacionales.

Estado de la calidad asistencial en España.

Acreditación sanitaria: A propósito de la Acreditación de los MIR

La Calidad y la Salud Pública

Certificación de la calidad:

La certificación en calidad: Normas ISO.

Adaptación de las normas ISO al entorno sanitario

La certificación en servicios sanitarios. A propósito de la Certificación de un Servicio de Radiodiagnóstico de un hospital.

Modelo Europeo de Calidad (EFQM): Experiencias prácticas a nivel de CCAA

Modelo EFQM: Manual de una Comunidad Autónoma

Modelo EFQM: experiencias a nivel de otras Comunidades

La perspectiva del paciente

Paciente-usuario-cliente. Interrelaciones profesionales-usuarios. Satisfacción del paciente. Calidad del servicio percibida por el cliente. Métodos de evaluación de la calidad percibida y la satisfacción del paciente.

Las encuestas de satisfacción. Modelos:

Diseño de cuestionarios. Metodología de aplicación.

El Cuestionario SERVQHOS

Responsabilidad Social Corporativa:

Introducción al concepto de Reputación Corporativa.

Concepto y Beneficios de Responsabilidad Social Corporativa.

Responsabilidad Social Corporativa en instituciones sanitarias.

Liderazgo y Papel de los directivos.

Elementos que definen el concepto de Responsabilidad Social Corporativa en las instituciones sanitarias.

Profesor responsable: Julián Vitaller

Módulo 4: 2 al 4 de diciembre del 2009

Módulo 4: Instrumentos de gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente. El proceso de la gestión de riesgos: Fases, técnicas y herramientas. Métodos cuantitativos y cualitativos para el análisis de situación y contexto, para identificación de riesgo y su evaluación y para la planificación de respuestas.

Descripción de la asignatura

La gestión eficaz de los riesgos implica una combinación entre el aprendizaje de aquellas cosas que han ido mal (reactivo) y la prevención ante riesgos potenciales para evitar que impacten en el servicio que nuestra organización presta (proactivo). Esta combinación es un proceso tan efectivo como costoso de implementar.

Nuestra pretensión ha sido impregnar los contenidos y ejemplos del módulo con este enfoque combinado reactivo + proactivo.

Este módulo del Master aborda de forma progresiva las fases, técnicas y herramientas con que se lleva a cabo la Gestión de Riesgos en la actualidad, tanto en organismos públicos como en empresas privadas.

Su objetivo básico es **servir como referencia inicial** para los profesionales de los diferentes ámbitos de la sanidad que dirijan, gestionen o colaboren en la gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente en su organización o área de trabajo.

Las fases, elementos, herramientas y metodologías de despliegue de la gestión de riesgos se contextualizarán con ejemplos y casos prácticos tanto del sector sanitario como de otros sectores bien conocidos. Asimismo, se proporcionan formatos claros y de uso sencillo, con los que se podrán utilizar fácilmente las herramientas en las organizaciones sanitarias que así lo requieran.

Objetivos

Conocer y valorar las fases y elementos constituyentes del ciclo de la gestión de riesgos.

Describir de forma clara y detallada las herramientas en que se apoya la gestión eficaz de los riesgos de una organización.

Proveer de ejemplos y casos prácticos del uso de dichas herramientas tanto dentro del ámbito de la sanidad como en otros de ámbito más general.

Proporcionar plantillas y formatos claros para poder utilizar las diferentes herramientas en diferentes organizaciones del sector sanitario.

Dar a conocer metodologías de gestión de riesgos y mejora continua que son actualmente empleadas con éxito en diferentes ámbitos, tanto públicos como de la empresa privada.

Asesorar a los alumnos/as en la elaboración de un plan de gestión de riesgos y de mejora de la seguridad del paciente, contextualizado en su centro de trabajo actual.

Contenidos

Elementos, y fases de la gestión de riesgos: Diagnóstico de situación y contexto de la Organización sanitaria, Identificación de sus riesgos, Análisis de los riesgos, Planificación de respuestas a los riesgos, Despliegue del plan de gestión de riesgos, Implementación, seguimiento y revisión.

Herramientas de cada fase: descripción, formatos en soporte informático, ejemplos y casos prácticos de su uso eficaz tanto en el entorno sanitario como en otros de la vida cotidiana. (incluirá el uso de las herramientas por equipos en contextos concretos).

Mapas de procesos: identificación de procesos y mapa de procesos. Selección y mejora de procesos.

El despliegue de las acciones y políticas de mejora: proyectos de mejora continua.

Comunicación y gestión de personas y equipos como claves para alcanzar un despliegue eficaz de la gestión de riesgos y una cultura de mejora continua de la seguridad del paciente: metodologías, casos prácticos y dinámicas que evidencian la criticidad de este ámbito de gestión.

Referencias

Recio M, Aranaz JM, Aibar C y otros. Gestión y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo. *Ed Ministerio de Sanidad y Consumo*, 2006 (Disponible en CD multimedia)

Recio M, Aranaz JM, Aibar C y otros. Gestión y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo (sumario de contenidos del CD multimedia). Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/interes/4/4c.pdf>

Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (Reino Unido). La seguridad del paciente en siete pasos. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf

National Agency for Patient Safety (Reino Unido). 7 steps to patient safety. Disponible en <http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/7steps>

University of Michigan Health System. Patient Safety Toolkit. Improving patient safety in hospitals: turning ideas into action. Disponible en

<http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/>

Lorenzo S, Mira JJ, Olarte M, Guerrero J, Moyano S. *Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria*. *Gac Sanit* 2004 Nov-Dec;18(6):464-71.

Morillo A, Sillero R, Aldana J M, Nieto P. Herramientas para afrontar las situaciones de crisis en un brote de gastroenteritis aguda en un colegio público. *Gac Sanit* 2005;19(4): 342-5.

Ruiz P, González C, Alcalde J. Análisis de causa raíz: una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calidad Asistencial*, 2005; 20(2): 71-8

Smith P. Proactive Risk Management, *Ed. Productivity Press*, [2002]

Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Guía de diseño u mejora continua de procesos asistenciales. *Ed. Consejería de Salud, Junta de Andalucía*, 2001

Pérez J A, Gestión por procesos. Cómo utilizar la ISO 9001:2000 para mejorar la gestión de la organización. *Ed ESIC*, 2004

Velasco J, Gestión de la calidad: mejora continua y sistemas de gestión. *Ed Pirámide*, 2005

Palomo M T, Liderazgo y Motivación de Equipos de Trabajo *Ed ESIC*, 2007.

Carbonell R. Presentaciones efectivas en público: ideas, proyectos, informes, planes, objetivos, ponencias, comunicaciones. *Ed EDAF* 2006

Agenda:

La gestión proactiva de los riesgos y la gestión reactiva ante los riesgos. Elementos y fases de la gestión de riesgos.

Diagnóstico de situación en la organización sanitaria: la voz del paciente.

Diagnóstico del contexto de la organización sanitaria: DAFO y benchmarking.

Identificación de riesgos. Herramientas de apoyo.

Análisis y evaluación proactiva de los riesgos. Presentación de las herramientas asociadas a este análisis: AMFE, Matriz de riesgos, valor monetario esperado y análisis de barreras proactivo.

Análisis y evaluación reactiva de los riesgos. Presentación de las herramientas asociadas a análisis de causa raíz.

Análisis de datos de control: pareto, correlaciones, histogramas de frecuencias, diagramas de cajas y gráficos de control. Mapa de procesos de una organización. Los procesos, su identificación y diseño del mapa de procesos. Selección y mejora de procesos.

Caso práctico de elaboración de un mapa de procesos por equipos.

La metodología de la mejora continua: seleccionar área de mejora, identificar salidas, determinar expectativas, describir el proceso actual, centrarse en oportunidades de mejora, determinar las causas raíz, probar e implantar soluciones y mantener los resultados. Proyectos de mejora. Pasos para su gestión y caso práctico.

Los procesos de comunicación, presentación, gestión de personas y de equipos de personas como claves en el despliegue eficaz de los planes de mejora.

Casos prácticos que evidencian la criticidad de los procesos anteriores.

Profesor responsable: Miguel Recio

Módulo 5 y Presentación del proyecto de Master y Mesa Redonda: Experiencias prácticas en Seguridad del Paciente: 15 al 18 de diciembre del 2009

Módulo 5: El conocimiento de la evidencia disponible. Documentación científica. Medicina Basada en la Prueba (EBM). Búsqueda de información. Fuentes primarias, secundarias y terciarias. Fuentes no sistemáticas. e-EBM. Gestión del conocimiento (aplicaciones a la gestión clínica).

Descripción de la asignatura

Si riesgo e incertidumbre son acompañantes habituales de la práctica clínica, conocimiento, sensatez y perseverancia son excelentes aliados para sobrellevarlos.

En el campo de la seguridad del paciente, aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedoras o intuitivas de que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención médica son las llamadas prácticas clínicas seguras.

Los objetivos del módulo están relacionados con una meta: la búsqueda y la utilización del mejor conocimiento disponible sobre seguridad en la práctica clínica:

Objetivos

Analizar los factores que influyen en la toma de decisiones en medicina.

Analizar los aspectos de la práctica clínica que tienen relación con la gestión.

Enumerar los factores determinantes de variabilidad en la práctica clínica.

Definir medicina basada en la evidencia.

Analizar los factores que favorecen y dificultan la conversión del conocimiento disponible sobre seguridad en acciones concretas.

Enumerar las fuentes de evidencia del conocimiento médico

Analizar las ventajas e inconvenientes de las mismas.

Clasificar los estudios epidemiológicos según su nivel de evidencia.

Diferenciar el grado de evidencia de un estudio sobre un tratamiento, una prueba diagnóstica, el pronóstico o la causalidad de un problema de salud.

Describir las fases de la práctica de la MBE.

Reconocer las prácticas clínicas seguras.

Evaluar la importancia de compartir y difundir la información disponible sobre seguridad del paciente.

Orientar las estrategias de búsqueda bibliográfica en las bases de MEDLINE, LILACS, Biblioteca Electrónica Cochrane y los recursos del Instituto Joanna Briggs

Identificar las instituciones, agencias y grupos de trabajo de mayor relevancia y solvencia en los citados temas.

Conocer la utilidad de las agencias de evaluación de tecnologías.

Estimular la lectura crítica de artículos

Conocer los objetivos de la colaboración Cochrane.

Evaluar la utilidad de la biblioteca electrónica Cochrane

Diferenciar una revisión narrativa de una sistemática.

Diferenciar los niveles de la planificación sanitaria

Enumerar las fases de un programa de salud.

Diferenciar los tipos de evaluación más utilizados en medicina y salud pública.

Conocer la utilidad de las agencias de evaluación de tecnologías.

Definir los conceptos de eficiencia, efectividad, eficacia y coste-oportunidad.

Programa del módulo:

El conocimiento como clave de la seguridad del paciente

Introducción a la documentación científica y recursos en Internet de ciencias de la salud

Fuentes de información y documentación. Tipología

Búsqueda bibliográfica. Definición y objetivos

Planteamiento y desarrollo de una estrategia de búsqueda bibliográfica

Búsquedas con lenguaje natural y lenguaje controlado. El tesoro MeSH
Descriptores en Ciencias de la Salud:DeCS/MeSH
Búsquedas en Entrez (PubMed)
Herramientas de optimización de la búsqueda
Creación de alertas bibliográficas
Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)
Documentación Médica Española (DOCUMED)
Índice Médico Español (IME)
SciELO España
CUIDEN. Base de datos de enfermería en español
LILACS
Biblioteca Cochrane Plus
Recursos Instituto Joanna Briggs (JBI Connect)
TRIP Database plus
Guías de práctica clínica: Guíasalud
Características de la información biomédica en Internet
Motores de búsqueda: Google, Live y ASK
Directorios: Yahoo!, DMOZ
Internet visible vs Internet invisible
Códigos de conducta. Health On the Net Code of Conduct (HONcode)
Movimiento Open Access
Web 2.0
Catálogo de libros: ISBN, Amazon, Library of Congreso
Teseo
La Web of Knowledge: Web of Science, SCI . .
Cuestiones previas antes del envío de un original
Requisitos uniformes de los manuscritos enviados a Revistas Biomédicas: *Normas Vancouver*
Calidad de las Publicaciones
Indicadores bibliométricos: factor de Impacto, citas, índice H.....
Gestores bibliográficos.
Endnote Web
Profesor responsable: Carlos Aibar

Mesa Redonda: Experiencias prácticas en Seguridad del Paciente.

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS.

Se analizarán las experiencias de éxito desde diferentes perspectivas y escenarios.

La experiencia de un Hospital Universitario de Referencia. Sistema de Notificación y Registro implantado.

Sistemas de Notificación y Registro en una Comunidad Autónoma

Sistemas de Notificación y Registro en un Hospital exportable al resto de centros públicos de la Comunidad Autónoma.

Experiencia de una especialidad (Anestesia) en expansión a UCI y el resto del Hospital.

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO. (Debate)

La clínica frente a la jurídica.

Profesor responsable: Sergio Minué

Módulo 6 y 7: 13 al 15 de enero del 2010

Módulo 6: Estandarización de la práctica clínica. Condiciones para la práctica clínica segura. La variabilidad en la práctica clínica. Instrumentos de intervención: Guías de práctica clínica, Protocolos clínicos. Vías clínicas, Planes de cuidados. Prácticas clínicas y procedimientos seguros.

Condiciones para la práctica clínica segura:

La cultura de la seguridad

Determinantes de la conducta clínica

De la evidencia a la práctica

La variabilidad en la práctica clínica.

Formas de trabajo en MBE

Gestión clínica

Instrumentos de intervención:

Modelos de intervención para el cambio de conducta

Profesor responsable: Carlos Aibar

Módulo 7: El uso seguro de los medicamentos. Repercusión de los errores de medicación. Terminología. Métodos de detección. Clasificación y análisis de errores de medicación. Causas de los errores. Prácticas de seguridad. Cuestionarios de autoevaluación. Las nuevas tecnologías en la seguridad del uso del medicamento.

Descripción de la asignatura

Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en los países desarrollados. Así, no es de extrañar que los errores de medicación sean una de las causas más frecuentes de los acontecimientos adversos ligados a la asistencia sanitaria. Este hecho fue constatado por el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indicaron que un 37,4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes hospitalizados estaban causados por medicamentos, de los que un 34,8% eran prevenibles. Otros estudios, centrados específicamente en analizar los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos, han mostrado también la elevada repercusión asistencial y económica de los errores de medicación. En estudios realizados en España se ha observado que pueden causar acontecimientos adversos en el 1,4% de los pacientes hospitalizados y que motivan entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios. Por ello, la identificación y la prevención de los errores de medicación constituyen una prioridad para profesionales sanitarios, sociedades, autoridades sanitarias y organismos nacionales e internacionales. Cabe destacar que todas las políticas de seguridad del paciente, incluido el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, contemplan la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos como una de las áreas fundamentales.

Numerosos informes han señalado también que en el área de los medicamentos hay soluciones efectivas para prevenir los errores y que, por tanto, es posible mejorar la seguridad de los pacientes introduciendo los cambios pertinentes en los complejos sistemas sanitarios actuales. En este contexto, el objetivo principal de este módulo será exponer los conocimientos, la metodología y las herramientas básicas para abordar programas de prevención de los errores de medicación. Se expondrán la terminología y los métodos de detección, el análisis de los errores de medicación, las principales causas de los mismos y, finalmente, las prácticas recomendadas por organizaciones y sociedades expertas para mejorar la seguridad del uso de los medicamentos, incluyendo la aplicación de las nuevas tecnologías.

Objetivos

Conocer la repercusión de los incidentes por medicamentos.

Conocer los pasos para la implantación de un programa de gestión de riesgos aplicado a la mejora de la seguridad de la utilización de los medicamentos.

Conocer los principales métodos de detección de incidentes por medicamentos.

Analizar los errores de medicación, identificando su gravedad, el proceso donde se generaron, los tipos de errores y las causas de los mismos.

Conocer las principales prácticas de seguridad propuestas por distintas organizaciones para prevenir los errores de medicación.

Conocer las características de las nuevas tecnologías que se aplican para mejorar la seguridad.

Contenidos

Repercusión de los errores de medicación. Terminología. Métodos de detección. Clasificación y análisis de errores de medicación. Causas de los errores. Prácticas de seguridad.

Cuestionarios de autoevaluación. Las nuevas tecnologías en la seguridad del uso del medicamento.

Referencias

Institute of Medicine. Committee on Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005). Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Otero MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos en pacientes hospitalizados. Med Clí (Barc) 2006; 126: 81-7.

Otero MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. Farm Hosp. 2006; 30: 161-70.

Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc) 2002; 118: 205-210.

Council of Europe. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. 2006. [Disponible en: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Medication%20safety%20culture%20report%20E.pdf]

Institute of Medicine. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J, Cronenwett LR, eds. Washington (DC): National Academy Press; 2007.

Cohen MR (ed). Medication errors. 2nd edition. Washington (DC): American Pharmacists Association, 2007.

Otero MJ. La gestión de riesgos en la prevención de los errores de medicación". En: Formación continuada en farmacoterapia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Madrid. Arán Ediciones, S.L.; 2007. p. 109-51. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/index/-3>

U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/ Technology Assessment No. 43, Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices; 2001. AHRQ Publication No. 01-E058.

The National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2003 (Document NQFCR-05-03).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. National Patient Safety Goals. Disponibles en: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/>

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. Disponible en: <http://www.jcpatientsafety.org/14685/>

Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Pérez Encinas M, en representación del Grupo de Trabajo Ruíz-Jarabo 2000. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Farm Hosp 2003; 27: 137-49.

Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales (Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Agenda:

Repercusión de los errores de medicación. Terminología. Ejercicio práctico.

Programas de mejora de la seguridad de la utilización de los medicamentos.

Métodos de detección de errores de medicación.

Análisis de errores de medicación.

Principales causas de los errores.

Ejercicio práctico. Visualización y discusión del vídeo: Un día cualquiera. Administración segura de quimioterapia intratecal.

Ejercicio práctico: análisis en grupos de casos de errores de medicación.

Ejercicio práctico (continuación): discusión general.

Principales prácticas de prevención de errores de medicación.

Herramientas de autoevaluación.

Sistemas de notificación.

Las nuevas tecnologías aplicadas al uso seguro de los medicamentos.

Profesor responsable: Julián Vitaller

Módulo 8: 10 al 12 de febrero del 2010

Módulo 8: Evaluación de tecnologías sanitarias y métodos de evaluación económica. Economía de la salud. Los costes de la calidad. Los costes de la seguridad. El balance coste beneficio.

Descripción de la asignatura

La evaluación de tecnologías sanitarias es una herramienta necesaria para la incorporación de los nuevos avances a los sistemas de salud y que en los últimos años ha tenido un importante auge. Como herramienta, entre sus principales aportaciones se encuentra la de dar información necesaria al decisor para la toma de decisiones.

Este módulo del master se va a centrar en la evaluación económica de tecnologías sanitarias, revisando los distintos tipos de análisis económicos existentes, teniendo en cuenta la diversidad de costes y beneficios que puede tener una nueva tecnología sanitaria.

El enfoque del módulo es eminente práctico y para ello se ha contado con profesionales que tiene con una de sus actividades principales habituales la realización de este tipo de estudios. Los alumnos podrán conocer todos los pasos necesarios para la realización de una evaluación económica, además ver algunos ejemplos prácticos realizados para un caso real.

Objetivos

Capacitar a los participantes para que conozcan los fundamentos teóricos de la evaluación económica.

Describir el alcance y la utilidad de las diferentes modalidades de evaluación económica.

Mostrar la utilidad y limitaciones de la evaluación económica en la adopción de decisiones sanitarias.

Adquirir habilidades para el análisis y comprensión de estudios de evaluación económica.

Contenidos

Principios de la evaluación económica.

Tipos de estudios de evaluación económica.

Análisis crítico de estudios de evaluación económica.

Agenda:

Introducción y utilidad de la evaluación económica.

Los costes en la evaluación económica.

Tipos de evaluaciones económicas. Medida de resultados.

La evaluación económica en el contexto internacional.

Incorporación de la evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias.

Barreras en la aplicación de la evaluación económica a las decisiones de gestión sanitaria.

Fundamentos y metodología de la evaluación económica. Análisis de sensibilidad.

Árboles de decisión y modelos de Markov.

Taller: evaluación de la calidad de un artículo científico mediante la aplicación de un checklist.

Presentación de caso práctico de evaluación económica de coste-efectividad a corto plazo.

Discusión y debate sobre las limitaciones del análisis.

Ejercicio de análisis de coste-efectividad a largo plazo.

Resolución del ejercicio y presentación por grupos.

Principales aspectos para la elaboración e interpretación de la EE.

Ejercicio: evaluación de la calidad de una EE.

Utilidad de la evaluación económica en financiación y precio del medicamento.

Perspectiva internacional.

Perspectiva en España (Ministerio y CCAA).

Sistema de fijación de precio. Financiación y acceso al mercado en España. Caso práctico.

Profesor responsable: Jesús M^a Aranaz

Presentación, seguimiento, del proyecto de Master y Mesa Redonda: La investigación en Seguridad del Paciente: 3 al 5 de marzo del 2010

Mesa Redonda: La investigación en Seguridad del Paciente.

Profesor responsable: Carlos Aibar

Módulo 9: 24 al 26 de marzo del 2010

Módulo 9: Aspectos médico-legales. El marco legal de la responsabilidad sanitaria. Conceptos legales de responsabilidad sanitaria. Regulación de derechos y deberes de paciente e incidencia en la política de seguridad del paciente. Vías de reclamación judicial y extrajudicial de responsabilidad sanitaria. Fórmulas alternativas a la judicialización de la responsabilidad sanitaria. El aseguramiento de la responsabilidad profesional. Valoración de daños por los Tribunales.

Descripción de la asignatura

La seguridad clínica guarda una relación directa con el fenómeno de la responsabilidad médica, y ello, en un doble sentido: en primer lugar, el origen de las políticas de seguridad clínica se sitúa en el marco del incremento de la responsabilidad profesional médica y en la denominada crisis de la mala praxis. Así pues, existe una conexión entre ambos elementos en su propio origen. En segundo lugar, la seguridad clínica debe, en el desarrollo de sus planes, atender a cuál es el estado jurisprudencial y doctrinal de la responsabilidad médica. Una política de seguridad clínica que olvide dicho aspecto del entorno puede encontrar serias dificultades para alcanzar sus objetivos. El entorno en el que se desarrolla la práctica asistencial es un entorno que, en ocasiones, se transforma en un entorno legal (demandas, denuncias, juicios, etc ...)

Por otro lado, la seguridad clínica debe atender también a la regulación legal de los derechos y deberes de los pacientes. Una política de seguridad del paciente que olvide las exigencias legales derivadas de aspectos tan relevantes en el ámbito de la asistencia sanitaria, como el principio de autonomía o la confidencialidad de datos sanitarios, no sólo está abocada al fracaso, sino que, además, puede crear un marco de mayor riesgo.

Por todo ello, la formación en aspectos legales relacionados con el fenómeno de la responsabilidad médica y en los derechos y deberes de los pacientes constituyen un elemento indispensable dentro de la formación especializada en seguridad clínica. En todo caso, dicha formación debe ajustar tanto en el estudio de la responsabilidad como de los derechos a las necesidades y objetivos de la seguridad clínica.

Objetivos

Permitir conocer cuál es la trascendencia real de la responsabilidad sanitaria y saber determinar cuáles son las causas que generan dicho fenómeno.

Conocer cuáles son las especialidades y profesiones de riesgo legal, analizando las causas que lo determinan.

Conocer cuáles son los motivos que justifican que los pacientes inicien una reclamación legal contra un profesional sanitario.

Conocer la incidencia que la regulación legal de los derechos y deberes de los pacientes tienen en el ámbito de la responsabilidad sanitaria y en la política de seguridad del paciente.

Conocer los conceptos básicos de la responsabilidad sanitaria, atendido a las doctrinas más novedosas como el daño desproporcionado, el trabajo en equipo, la pérdida de oportunidad o la obligación de resultado.

Permitir distinguir entre las diferentes vías procesales y extraprocesales de reclamación de la responsabilidad sanitaria, conociendo cuales son las consecuencias legales de cada una y mejorando la gestión de los procesos administrativos relacionados con la responsabilidad.

Implantar fórmulas alternativas a la vía judicial de resolución de los conflictos.

Facilitar la elección de productos en la contratación de seguros de responsabilidad sanitaria y similares, obteniendo unos conocimientos suficientes acerca de dicha modalidad de seguro y sobre los conceptos aseguradores que más inciden en la política de seguridad clínica, cobertura temporal, material y económica.

Contenidos

El marco legal de la responsabilidad sanitaria. Conceptos legales de responsabilidad sanitaria. Regulación de derechos y deberes de paciente e incidencia en la política de seguridad del paciente. Vías de reclamación judicial y extrajudicial de responsabilidad sanitaria. Fórmulas

alternativas a la judicialización de la responsabilidad sanitaria. El aseguramiento de la responsabilidad profesional. Valoración de daños por los Tribunales.

Referencias

De Montalvo Jääskeläinen F, Moreno Alemán J. y Santamaría Pastor M, Incidencia de la Ley de autonomía del paciente en la gestión del riesgo sanitario. Nuevas perspectivas legales de la información y la historia, *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20(2): 100-9.

De Montalvo Jääskeläinen F, Moreno Alemán J, Santamaría Pastor M, Isasia Muñoz T, Riesgo legal en Medicina de Urgencias, Semes, Madrid, 2005.

Powers M, Harris N, *Clinical Negligence*, Butterworths, London, 2000.

Fisher E, *Risk: regulation and administrative constitutionalism*, Hart, Portland, 2007.

Davies M, *Medical law*, Blackstone Press, London, 2001.

Baker T, *The medical malpractice myth*, University of Chicago Press, Chicago, 2007.

Comandé G, Turchetti G, *La responsabilità sanitaria, Valutazione del rischio e assicurazione*, Cedam, Padova, 2004.

Guerrero Zaplana J, *Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria*, Lex Nova, Valladolid, 2004.

Guerrero Zaplana, J, *El consentimiento informado: su valoración en la Jurisprudencia*, Lex Nova, Valladolid, 2004.

Fernández Hierro JM, *Sistema de responsabilidad médica*, 3.ª ed., Comares, Granada, 2000.

Sánchez Gómez A, *Contrato de servicios médicos y contrato de servicios hospitalarios*, Tecnos, Madrid, 1998.

De Ángel Yáguez R, *Responsabilidad civil por actos médicos. Problemas de prueba*, Civitas, Madrid, 1999.

Díaz-Regañón García-Alcalá C, *Responsabilidad objetiva y nexo causal en el ámbito sanitario*, Comares, Granada, 2006.

Hava García E, *La imprudencia médica*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2001.

García Hernández T, *Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales*, La Ley-Actualidad, Madrid, 1999.

Luna Yerga A, *La prueba de la responsabilidad civil médico-sanitaria*, Thomson-Civitas, Madrid, 2004.

Medina Alcoz L, *La teoría de la pérdida de oportunidad*, Thomson-Civitas, Madrid.

Chindemi D, *Il danno da perdita di chance*, Giuffrè Editore, Milano, 2007.

Mir Puigpelat O, *La responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria*, Civitas, Madrid, 2000.

VV.AA, *La responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2002.

Sánchez Caro J, Abellán F, *Derechos del médico en relación clínica*, Comares, Madrid, 2006.

Galán Cortés JC, *Responsabilidad civil médica*, Thomson-Civitas, Cizur Menor, 2005.

Martínez Lopez, Ruiz Ortega, *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*, Díaz de Santos, 2001

Agenda

El marco de la responsabilidad sanitaria: origen, causas y evolución.

Conceptos legales de responsabilidad sanitaria.

Los derechos y deberes de los pacientes en el marco de la seguridad clínica.

Doctrina del trabajo en equipo y análisis de jurisprudencia.

El fenómeno de las agresiones y la política de seguridad clínica.

Vías de reclamación y fórmulas alternativas de resolución de conflictos.

Aseguramiento de la responsabilidad sanitaria.

Indemnizaciones y el peritaje en responsabilidad sanitaria.

Profesor responsable: Julián Vitaller

Módulo 10: 7 al 9 de abril del 2010

Módulo 10: El abordaje sociocultural. La cultura de seguridad, la Bioética y la Antropología. Diferencias de género. La equidad y la seguridad.

Descripción de la asignatura

Las relaciones profesionales están llamadas a reemplazar el modelo más tradicional de contrato social basado en el juramento hipocrático.

Cuando la medicina se configura como tarea independiente del sacerdocio lo va a hacer sobre una doble base: científico-técnica y ética. Esta doble base confiere a la medicina su carácter profesional. Hoy en día el principio de autonomía ha debilitado la orientación patriarcal de la medicina, pero aún así la relación médico-enfermo sigue y seguirá siendo eminentemente singular, ética y benéfica.

Los cambios sociales repercuten de tal forma en los sistemas sanitarios y por lo tanto en la sanidad que hace variar las expectativas sociales respecto a la práctica de la medicina.

Todos estos cambios se traducen en una serie de consecuencias en el entorno sanitario, dando lugar a un aumento de la complejidad asistencial, un incremento de la incertidumbre de la práctica clínica, la diversificación profesional entre las profesiones sanitarias, una superespecialización de los profesionales sanitarios, con una falta de visión global del paciente, la aparición de asociaciones de usuarios, el incremento de los conflictos de intereses, la disponibilidad de una mayor oferta de posibilidades de prestaciones sanitarias y un riesgo de indiferencia respecto a las consecuencias de este entorno cambiante.

Hoy observamos hechos que ocupan y preocupan en la relación sanitario-paciente como: la masificación de la asistencia, lo que ocasiona un deterioro de la relación médicopaciente; los avances científicos que dan lugar a creencias de que existe posibilidad de curar casi todo, a lo que colaboran los medios de comunicación con difusión de situaciones médicas sujetas a efectos indeseables o a error, por el hecho mismo de la naturaleza incierta del acto médico. el corporativismo profesional que tiende a ocultar el error médico. El interés crematístico, solicitando indemnizaciones millonarias ante cualquier error médico. Estas causas enumeradas sugieren una vista del incremento de demandas que se esta produciendo en nuestro sistema sanitario. la responsabilidad de sanar a otro le exige una conducta excelente. Sin embargo, la complejidad de la medicina moderna reclama del profesional de la salud algo más que conocimientos científicos, empatía y buena voluntad. Los problemas que se le plantean al médico son en ocasiones de extraordinaria complejidad y su solución dista mucho de resultar evidente.

Objetivos

Analizar a cultura de seguridad tradicional: retrospectiva, individual, culpabilizadora y contemporánea: prospectiva, organizacional, preventiva.

Realizar una revisión histórica de la seguridad clínica de los pacientes.

-Diferenciar la secuencia o historia natural de la producción de los EA.

Identificar actitudes y conductas que facilitan la comunicación del riesgo.

Analizar la evolución de la asistencia sanitaria, desde la beneficencia a la autonomía del paciente.

Revisar el estado de la bioética en la seguridad clínica.

Desarrollar habilidades de comunicación frente a las situaciones de crisis.

Contenidos

Conceptos y definiciones fundamentales de beneficencia, autonomía, justicia y bioética.

Evolución histórica de la asistencia sanitaria.

Argumentos deontológicos en la seguridad del paciente.

Ética del profesional sanitario, de la organización sanitaria y de los pacientes

El médico del siglo XXI necesita conocer en profundidad la ciencia ética, tanto en sus principios generales como en las aplicaciones específicas propias de su profesión. Es la única forma de encontrar la mejor solución para cada uno de sus pacientes, sólo así podrá seguir actuando como un auténtico profesional.

Referencias

Consejo general de colegios oficiales de médicos. Código deontológico. Organización médica colegial <http://www.cgcom.org/deonto/index.html>

Jovell A. El futuro de la profesión médica. Educación médica 2002; 5: 73-5 y www.fbjoseplaporte.org

Jovell A, Aymerich M, editores. Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Barcelona: monografía ACMCB, 2000

Vincent C. Understandig and respondig to adverse events. N Engl J. Med 2003; 348: 1051-1056.

www.obsym.org. "el paciente del futuro", dirigido desde el Picker Institute de Oxford, se realizó en ocho países europeos.

www.fbjoseplaporte.org. el paciente del futuro estudio internacional comparativo de 8 países europeos,

Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/> información para pacientes médicos. 20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos

Agenda

La Cultura de la Seguridad.

La Bioética entre el Derecho, la Política y la Religión.

La Bioética y la Seguridad Humana. La Bioética y las Profesiones Sanitarias.

La ética y la investigación clínica.

El esfuerzo terapéutico y la Seguridad del Paciente.

Mesa redonda. La cultura de la Seguridad desde la perspectiva profesional.

La información para la decisión asistencial.

La bioética en la Mesogestión.

La investigación traslacional.

La percepción ciudadana de la seguridad clínica.

Mesa redonda con Representantes de la prensa. Los medios de comunicación y la cultura de seguridad en los servicios sanitarios.

La Percepción social de la salud y la enfermedad.

La experiencia de enfermar. Modelos de creencias de salud.

La imagen pública de las profesiones sanitarias.

Trabajo de grupo. De qué informar a los pacientes para incrementar la seguridad clínica después de conocer los resultados del estudio ENEAS y del estudio APEAS.

Profesor responsable: Enrique Perdiguero

Módulo 11: 5 al 7 de mayo del 2010

Módulo 11: Perspectiva individual del análisis de los Efectos Adversos. Análisis "a posteriori" de los EA: Sucesos e incidentes centinela. El Análisis Causa Raíz. Análisis "a priori": Prevención de errores y EA. Análisis Modal de Fallos y sus Efectos.

Descripción de la asignatura

Se considera el análisis de causas raíz (ACR) como procedimiento de elección para la investigación de efectos adversos que han podido ocurrir en un determinado centro (incidentes y sucesos centinelas).

La finalidad del estudio es analizar los factores que han contribuido a la aparición EA a fin de detectar aquellos que son evitables, para que no se vuelva a producir.

El ACR es un procedimiento bien estructurado que admite distintos grados de profundidad y que, en cualquier caso, requiere equipos de trabajo adecuados, formados específicamente en torno al suceso centinela. En el listado de referencias bibliográficas existe documentación de libre disposición a través de INTERNET para continuar aprendiendo sobre el ACR.

El análisis a priori de los sucesos adversos paciente lo realizaremos mediante el análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

Esta estrategia es complementaria de otras dos que se consideran en otras asignaturas: la atención centrada en el paciente y el análisis retrospectivo de los sucesos adversos.

Objetivos

Discutir la perspectiva personal frente a la sistémica

Identificar los incidentes y sucesos adversos centinela.

Describir las fases del análisis causas raíz.

Capacitar a los asistentes en el análisis de las causas de los eventos adversos para realizar la intervención y rediseño de procesos inseguros.

Identificar las situaciones en la que procede realizar un ACR.

Reconocer los factores que convierten un suceso adverso (incidente o accidente) en un suceso centinela.

Agrupar los factores que pueden contribuir a la aparición de un efecto adverso.

Diferenciar entre causa subyacente o profunda y causa superficial o aparente.

Promover una actitud positiva hacia la utilización de los efectos adversos que han ocurrido (incidentes y accidentes) para aprender al respecto y mejorar el entorno asistencial

Saber aplicar el análisis modal de fallos y sus efectos.

Describir las fases del AMFE.

Identificar situaciones en las que dicha metodología es útil y aplicable.

Contenidos

Efectos adversos: prevención a posteriori.

Concepto y etapas del análisis de causas raíz.

Incidentes y sucesos centinela: ¿Qué efectos adversos deben analizarse?

Análisis de barreras. Árbol de decisión.

Análisis causas raíz.

Análisis modal de fallos y sus efectos.

Referencias

Recio M, Aranaz JM, Martínez E, Martín A, Aibar C. Gestión y mejora de la seguridad del paciente. Tutorial y herramientas de apoyo. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

Aranaz JM. Identificación de efectos adversos, de las complicaciones a la gestión de riesgos de la asistencia. Gestión de riesgos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

Aibar C, Aranaz JM. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

JCAHO. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>

NCPS. <http://www.va.gov/ncps/rca.html>

Hoffman C, Beard P, White J. Canadian Patient Safety Institute Canadian Root Cause Analysis Framework A tool for identifying and addressing the root causes of critical incidents in healthcare. ISMP, 2005 (disponible en <http://www.patientsafetyinstitute.ca/>)

Adjeoda K, Miche PI, Sarasqueta AM, Pohié E, Quenon JL. [Analyse approfondie des causes d'événements iatrogènes en milieu hospitalier : étude de la reproductibilité des analyses réalisées dans l'étude ENEIS](#). Risques et Qualité 2004; 9-15

NPSA. http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/root_cause_analysis

Ruiz-López, González-Rodríguez C, Alcalde J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):71-8.

Agenda

Introducción al análisis causas raíz. Ejercicios preparatorios.

Análisis causas raíz en el hospital 12 de octubre. Casos prácticos.

Experiencias prácticas. ACR incidente grave.

Experiencias prácticas ACR en caídas de enfermos.

Experiencias prácticas. ACR en quirófano.

Los resultados inesperados en el laboratorio y radiología.

Preparando el análisis modal de fallos y sus efectos

Casos prácticos.

Experiencias prácticas. El AMFE en el proceso de la anticoagulación en Atención primaria.

El AMFE en el laboratorio.

El AMFE en Radioterapia.

Experiencias prácticas. El AMFE en radiología.

Profesor responsable: Jesús M^a Aranz

Módulo 12: 26 al 28 de mayo del 2010

Módulo 12: El impacto social de los EA. La percepción y la comunicación del riesgo y la seguridad. La comunicación de Crisis. Comunicación Corporativa. Amenazas a la imagen corporativa de la crisis. Principios de la Comunicación de crisis: manual de comunicación de crisis; estructura y funciones comité de crisis; oportunidades tras la crisis. Evaluación de la crisis: a nivel individual; visibilidad mediática.

Descripción de la asignatura

El ciudadano espera que los hospitales desplieguen un marco que garantice la seguridad de los pacientes ya que consideran, lógicamente, que quien acude a este tipo de centros sanitarios espera "salir" mejor de lo que "entra". Pero sabemos que esto no siempre es así por circunstancias bien distintas que van desde los más frecuentes fallos de sistema a los más infrecuentes errores cometidos por una sola persona.

Desde sus inicios los sistemas sanitarios asumen el objetivo de lograr bienestar para los pacientes para lo que, entre otras acciones, proporcionan el mejor tratamiento posible o, al menos, el más apropiado dadas unas circunstancias concretas (tecnología disponible, presión asistencial, disponibilidad de recursos personales y materiales, etc.). La puesta en marcha de protocolos asistenciales o el reciente interés por implantar guías de práctica no son más que manifestaciones de este principio fundamental: ante todo no dañar al paciente.

Las noticias sobre un error clínico con consecuencias moderadas o graves para un paciente alcanzan rápidamente notoriedad. Primero, porque aunque en todos los terrenos puedan existir errores, en el ámbito de la salud afectan a un bien muypreciado. Segundo, por su elevada notoriedad por ser contrarios al sentido común (se espera de médicos, enfermeros y del Sistema Sanitario justo todo lo contrario).

Cuando un paciente sufre un AE, como resultado de una atención sanitaria concreta, es probable que interprete que se trata de una imprudencia del médico o del enfermero. En definitiva, un error. Sin embargo, algunas veces son sucesos difícilmente evitables, en otras, fallos de sistema no achacables a ningún profesional concreto, otras veces, errores profesionales e, incluso en alguna otra ocasión, son atribuibles al propio paciente.

Los AE más leves suelen tener repercusiones clínicas para el paciente que implican miedo, incomodidades y dolor. Pero, mucho más importante, en otras ocasiones les supone exponerse a un riesgo innecesario y sumamente peligroso que termina provocando un daño o lesión de consecuencias no tan leves (y en un porcentaje no despreciable con consecuencias muy graves o letales). No es raro, además, que estos sucesos tengan una importante repercusión mediática, judicial y emocional, lo que influye en la percepción que los ciudadanos tienen de la calidad de la asistencia sanitaria que reciben y a su confianza en el trabajo que realizan los profesionales sanitarios.

El eurobarómetro de la Comisión Europea, sobre la percepción ciudadana de los errores médicos, cifra en el 34% el porcentaje de europeos que afirman ver a menudo noticias en la prensa, TV o escuchar en la radio sobre errores médicos (porcentaje que sube al 78% si sumamos a quienes dicen recordar haber visto u oído alguna noticia de este tipo recientemente). El número de españoles que recuerdan noticias sobre errores médicos en los medios es del 66% (con un 25% que dicen verlas u oírlas a menudo). En los estudios que sobre percepción de seguridad clínica venimos haciendo el porcentaje de españoles que recuerdan noticias sobre errores clínicos recientes es del 68%.

La mayoría de los EA identificados en los estudios ENEAS y APEAS tienen consecuencias leves para los pacientes, pero no hay que olvidar que en 1 de cada 4, aproximadamente, tienen consecuencias graves para los pacientes. En estos casos, cabe esperar una cierta repercusión mediática, sobre todo en aquellos casos en los que se abre la vía judicial.

El papel de los medios en la comunicación social es clave a la hora de dar a conocer información y generar opinión. En este módulo se analizar estas diferentes cuestiones centrándonos en la comunicación de crisis.

Objetivos

Definir el concepto de comunicación de crisis.

Identificar probables riesgos para el prestigio de la institución sanitaria.

Mejorar las habilidades personales de comunicación.

Adquirir competencias para la comunicación de crisis.

Contenidos

La percepción y la comunicación del riesgo y la seguridad. La comunicación de Crisis. Comunicación Corporativa. Amenazas a la imagen corporativa de la crisis. Principios de la Comunicación de crisis: manual de comunicación de crisis; estructura y funciones comité de crisis; oportunidades tras la crisis. Evaluación de la crisis: a nivel individual; visibilidad mediática.

Referencias

Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *N Engl J Med*. 2002;12;347:1933-40.

Commission européenne. Les erreurs médicales. Eurobaromètre Special 241. Janvier 2006. [consultado 12 March 2007]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_64_fr.pdf.

Harvard Business Essentials. Gestión de crisis: convertirlas en oportunidades. Deusto 2005.

López-Quesada M. Estamos en crisis: lecciones prácticas sobre la gestión de situaciones de crisis en las organizaciones. Dossat 2000.

Mira JJ, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S. Patients' Perception of Hospital Safety. En: Øvretveit J, Sousa P (Eds). *Quality and Safety Improvement Research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN)*. Escola Nacional de Saúde Pública and MMC Karolinska Institutet. Lisboa 2008.

Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med*. 2002 28;162:2186-90.

Van der Hofstadt C. El libro de las habilidades de comunicación como mejorar la comunicación personal. Díaz de Santos. Madrid 2005.

Agenda

Elementos para una comunicación personal eficaz. Ejercicios prácticos para afrontar la comunicación de crisis.

Qué son los medios de comunicación. Las dimensiones de la comunicación.

Entender los medios de comunicación y relacionarse con ellos. Juego-supuesto.

Los medios escritos y la radio. Noticias, notas y dossier de prensa

Los medios audiovisuales. Telegenia básica

La Comunicación de Crisis. Fases de una crisis. Características de la comunicación de crisis en el sector sanitario.

Manual de crisis: elementos y utilidad. Papel y características del portavoz. Errores más comunes en la comunicación corporativa en las situaciones de crisis.

Profesor responsable: José J. Mira

Presentación de trabajos: 29 de mayo del 2010.

Evaluación final y emisión de informes: 31 de mayo del 2010.