

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SiNASP): SITUACIÓN ACTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE FERROL

Bruno Castro Matesanz (1), Eva Tizón-Bouza (1) y José Ángel Pesado-Cartelle (2,3)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España.

(2) Centro de salud de O Val (Narón). Parroquia O Val, Lugar Vilacornelle. A Coruña. España.

(3) Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol. Universidade da Coruña. A Coruña. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: En 2013, el Servicio Galego de Saúde adapta el sistema de notificación y aprendizaje para la salud los pacientes (SiNASP) a los centros de salud. Por su novedad se hace necesario conocer el estado de utilización de esta herramienta y sus determinantes. El objetivo de este trabajo fue describir el conocimiento de los profesionales sanitarios (PS) de Atención Primaria (AP) y la recepción del (SiNASP), en los centros dónde ha sido implantado en el área sanitaria de Ferrol (A Coruña).

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se encuestaron a 76 PS ($\leq 0,05$, $d = \pm 3,3\%$) en 3 centros de AP (CAP) en el Área Sanitaria de Ferrol (ASF). Se entregaron cuestionarios a los PS, junto con el documento informativo, tras obtener permiso del comité de ética y se habilitó un punto de recogida para su depósito, en sobre cerrado.

Resultados: Los PS conocían el SiNASP (78,9%), y un reducido porcentaje de profesionales afirmó haber realizado alguna notificación en el sistema (9,2%). La formación en SiNASP fue baja (22,7% realizó algún curso), existiendo un alto grado de interés en cursos de formación (72%). De aquellos profesionales que no utilizaban SiNASP, más de la mitad no sabían manejarlo (52,2%). En relación a las barreras que podrían impedir la realización de notificaciones, la falta de tiempo fue la principal señalada (51,5%). Los PS creían que el SiNASP es una herramienta útil y que la notificación de eventos adversos es importante, independientemente del sistema utilizado para ello.

Conclusiones: Se necesita ampliar la cultura de seguridad y la formación para mejorar la detección y notificación de incidentes, ya que existe una infranotificación y una baja percepción de eventos adversos.

Palabras clave: Atención primaria, Seguridad del paciente, Sistemas de notificación, Eventos adversos, Enfermería.

ABSTRACT

Notification and Learning System for Patient Safety (SiNASP):

Current situation in Ferrol Primary Care

Background: In 2013, the Galician Health Service (SERGAS) adapted the Patient Health Notification and Learning System (SiNASP) to health centres. Due to its novelty, it is necessary to know the state of use of this tool and its determinants. The objective of this work was to describe the knowledge of health professionals in Primary Health Care and reception of the (SiNASP), in the health centres where has been implemented in the district of Ferrol (A Coruña).

Methods: Descriptive cross-sectional study. 76 care professionals were surveyed ($\leq 0,05$, $d = \pm 3,3\%$) in 3 primary health care centres in Ferrol. Questionnaires were delivered to the health professionals with the information document after obtaining permission from the ethics committee. Collection point as set up for their deposit in a sealed envelope.

Results: Health professionals know this Reporting and Learning System for Patient Safety (78.9%), and a small percentage of professionals claimed to have made any notification in the system (9.2%). Training is low (22.7% do some course); there is a high degree of interest in training courses (72%). More than half of professionals who do not use the Reporting and Learning System for Patient Safety do not know how to handle it (52.2%). In relation to the barriers that could prevent performing notifications, lack of time is the main point (51.5%). Health professionals believe that the system is a useful tool and the reporting of adverse events is important, regardless of the system used for it.

Conclusions: It is needed to expand the culture of safety and training to improve the detection and reporting of incidents, considering that, nowadays, there is underreporting and low perception of adverse events. In addition, the health care loads should be reviewed to determine whether the lack of time could stop the reporting of incidents.

Key words: Primary health care, Patient safety, Reporting systems, Adverse event, Nursing.

Correspondencia:

José Ángel Pesado-Cartelle

Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol

Universidade da Coruña

Campus de Esteiro

15403 Ferrol (A Coruña), España

jose.pesado.cartelle@sergas.es

Cita sugerida: Castro Matesanz B, Tizón-Bouza E, Pesado-Cartelle JA. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP): situación actual en atención primaria de Ferrol. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 15 de diciembre e202112193.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente ha sido ligada históricamente a la máxima “*primum non nocere*” (“*lo primero es no hacer daño*”), aunque la presencia de riesgos e incidentes derivados de la asistencia sanitaria es un problema vigente en nuestros días⁽¹⁾.

El *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización* (ENEAS 2005)⁽²⁾ y el *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria (AP) de salud* (APEAS 2008)⁽³⁾ mostraron un retrato de la incidencia de eventos adversos (EA) en España. Se hizo patente el gran impacto sanitario, social y económico de los EA del que no se tenía conciencia en España, convirtiéndose en una prioridad de Salud Pública, incluida en la *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020*⁽⁴⁾.

En el informe *To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine*⁽⁵⁾, se define el EA como “*daño involuntario causado por un acto médico y no por las condiciones o enfermedad subyacente del paciente*”.

Si no se llega a producir daño al paciente, porque el evento no ocurre o es interceptado, se denomina EA potencial. El EA puede surgir del error, entendiéndose este como “*el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto*”⁽⁶⁾ o por consecuencia del fallo del sistema⁽⁷⁾.

En España, contamos con el *Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en AP* (APEAS)⁽³⁾ como referencia de estudio epidemiológico en AP. El APEAS tomó como unidad de análisis las consultas realizadas en los centros de salud, y su fuente de análisis fue la notificación de EA que realizó un grupo de médicos y enfermeras. La prevalencia de EA fue del 11,18%

en las consultas de AP, siendo la prevalencia de pacientes con algún EA de 10,11%. Además de demostrar que los EA ocurren en AP, la mayoría (64,3%) fueron considerados prevenibles⁽³⁾. El único modo de poder identificar el número total de incidentes es establecer un sistema de notificación. Sin esta información las organizaciones locales no pueden enfocar y asignar adecuadamente sus recursos para garantizar el cambio⁽⁸⁾. Su principal limitación es la infranotificación.

Como parte de la *Estrategia de Seguridad del Paciente*, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donavedian, desarrollaron el *Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)*. Su objetivo era la mejora de la seguridad del paciente a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes⁽⁸⁾. El SiNASP es el sistema liderado desde el Ministerio de Sanidad y adoptado por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) en 2010, para que los PS puedan notificar incidentes, eventos o errores que puedan afectar a la seguridad de los pacientes. Tras obtener resultados optimistas en Atención Hospitalaria, en 2013 se adaptaron las aplicaciones a los centros de AP. En el Primer Informe de Incidentes de Seguridad Notificados al Sistema SiNASP en 2013⁽⁹⁾, se menciona el estudio piloto para su adaptación en AP, iniciado en el 2011. Tras ser adaptado para AP, se comenzó la implantación en las distintas comunidades autónomas a finales de 2013.

El objetivo general de este estudio fue describir el conocimiento del SiNASP de los PS de los centros de AP del Área Sanitaria de Ferrol (ASF) dónde haya sido implantado, así como conocer el estado actual de notificación de eventos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de diseño transversal. La población de estudio fueron los PS que desempeñaban su labor asistencial en los 3 centros de AP (CAP) del ASF dónde había sido implantado el SiNASP: Fontenla Maristany-Manuel Comellas, Fene y San Sadurniño.

Los criterios de inclusión fueron aquellos PS que estuvieron desarrollando su actividad asistencial, durante al menos 3 meses previos a la entrega de la encuesta en dichos centros.

Según los datos obtenidos en la memoria del ASF, el número total era de 125 profesionales. Estimando un 5% de posibles pérdidas, para conseguir una seguridad del 95%, con una precisión del 3,3%, una proporción del 5%, la muestra necesaria se estableció en 76 PS.

Se diseñó una encuesta *ad hoc*, con 4 apartados en los que se incluyeron las siguientes variables:

- a) Datos sociodemográficos: Género, edad, años trabajados, categoría profesional y tipo de contrato (Ítems 1-5).
- b) Notificación de Eventos Adversos: Importancia de la seguridad del paciente en AP, importancia de la notificación de incidentes y frecuencia percibida de EA en AP (Ítems 6-8).
- c) SiNASP: Uso del SiNASP en AP, opinión sobre el sistema, conocimiento de su existencia y utilización, barreras percibidas que podrían dificultar la notificación (Ítems 9-21).
- d) Formación en SiNASP: Conocimiento, participación e interés en cursos de seguridad del paciente y SiNASP para AP (ítems 22-24).

Se solicitó permiso para la realización del presente estudio al Comité Autonómico de Ética de la Investigación Clínica de Galicia

[Código 2016/044] y, tras su aprobación, a la Dirección de Procesos de Soporte del ASF.

Para el acceso a los PS, la explicación del estudio y la entrega de la encuesta, se recabó la colaboración de los coordinadores. La encuesta fue entregada para cumplimentar a los PS que estaban desempeñando su labor asistencial. Su entrega se realizó de manera presencial, adjuntando un sobre para la posterior recogida. Se habilitó un buzón en cada centro para que los participantes pudiesen depositar el sobre sellado con la encuesta en su interior de forma anónima. Debido al carácter anónimo de la encuesta y a la falta de una fuente oficial de datos sociodemográficos, no es posible conocer las características de aquellos que no contestaron.

Se confeccionó una hoja de información a los participantes sobre la temática a investigar, el fin del estudio, el tratamiento legal de datos y sus derechos, las cuáles se entregaron a cada participante, en castellano y gallego, así como el consentimiento informado. El estudio se realizó respetando las normas de buena práctica clínica y se garantizó la confidencialidad de la información y protección de Datos de Carácter Personal.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables. Las variables cuantitativas se muestran como Media (DS). Las variables cualitativas se expresaron como valor absoluto y porcentaje, con su estimación del 95% de intervalo de confianza (IC). La asociación de variables cualitativas se estimó por medio del estadístico Chi-cuadrado o Pruebas Exactas de Fisher, según fue necesario. Se realizaron cuatro análisis bivariados, entre las variables categoría profesional (entre “*Enfermero/a*” y una agrupación de “*otras categorías*”), género (hombre y mujer), conoce el SiNASP (sí/no) y utiliza el SiNASP (sí/no), respecto a las variables sociodemográficas, importancia de la seguridad del paciente, la notificación y percepción de incidentes en

AP, SiNASP y formación en seguridad del paciente y SiNASP para AP. Para el análisis de los datos se utilizaron SPSS® 23.0 y Epidat 4.1.

RESULTADOS

La muestra alcanzada fue de 76 profesionales (60,8% de la población), destacando los médicos/as de familia (38,2%) y enfermeros/as (36,8%). El perfil de los participantes fue heterogéneo, alcanzándose una proporción similar respecto a sus características sociodemográficas (no se logró una participación representativa de las categorías de fisioterapeutas y TCAE) (tabla 1).

El 67,1% de los PS consideraba la seguridad del paciente en AP como imprescindible. El 94,7% defendía la importancia de la notificación de EA en los CAP (tabla 2). El 97,3% consideró que, con menor o mayor frecuencia, ocurrían incidentes relacionados con la seguridad del paciente en AP.

El 78,9% conocía la existencia del SiNASP. El 90,8% refirió no haber empleado nunca el SiNASP para realizar una notificación (tabla 3). El 9,2% restante (7 PS), sí había empleado este sistema para notificar algún incidente en su centro, valorándolo positivamente (cinco consideraron que su notificación fue valorada y tenida en cuenta para el diseño de nuevas medidas y seis hubieran vuelto a utilizar este sistema para realizar nuevas notificaciones).

En la tabla 4 se recogen las respuestas de aquellos PS que refirieron no haber utilizado nunca el SiNASP para realizar una notificación. El tiempo que puede transcurrir entre que un PS inicia una notificación y la pueda finalizar, son 30 días. La opción correcta fue seleccionada por el 9,2%. El 35,4% indicaron la existencia de posibles barreras, o señalaron otras respuestas. Sin haber utilizado el SiNASP para realizar

una notificación, el 80,8% creía que era un sistema útil, en mayor o menor grado.

Respecto a la “Formación en SiNASP”. El 72,4% indicó estar interesado en realizar un curso sobre seguridad del paciente y SiNASP para AP, siendo la modalidad online la que contó con mayor interés (tabla 5).

Con el análisis bivariado respecto a si “conoce el SiNASP” se pretendía conocer que condicionantes pudieran asociarse al conocer o no la existencia del SiNASP. Respecto a la importancia de la seguridad del paciente, la notificación y percepción de incidentes en AP, la variable *frecuencia percibida de incidentes en AP* se asoció de forma estadísticamente significativa a la variable *conoce SiNASP* ($p=0,038$). Se objetivó que aquellos PS que conocían el SiNASP consideraban que los incidentes respecto de la seguridad del paciente en AP ocurrían con más frecuencia que los que referían no conocerlo.

Quienes conocían el SiNASP percibían, en mayor porcentaje que los que afirman no conocerlo, que: los incidentes en AP ocurrían de 1 a 2 ocasiones por trimestre (40,7% vs. 37,5%), de 1 a 2 ocasiones a la semana (32,2% vs. 12,5%) o diariamente (6,8% vs. 0%).

Existen dos variables sobre el *acceso, uso y opinión de SiNASP* que se asociaron de forma estadísticamente significativa a la variable *conoce SiNASP* ($p=0,036$). Quienes conocían el SiNASP refirieron en mayor porcentaje tener acceso a SiNASP en su ordenador en el CAP que aquellos que no lo conocían (98,1 Vs 81,2%), así como la variable *sabe utilizar SiNASP* ($p<0,001$). El 60,4% que refirieron conocer el SiNASP sabían cómo utilizarlo. No se encontraron variables en relación a la utilización, manejo y utilidad del SiNASP que se asociaran con el conocimiento del sistema.

Tabla 1
Datos demográficos y profesionales.

Variables		n (%)	95% IC
Género	Hombre	25 (32,9)	(22,5-44,6)
	Mujer	51 (67,1)	(55,3-77,4)
Edad	26-30 años	5 (6,6)	(2,1-14,6)
	31-35 años	3 (3,9)	(0,8-11,1)
	36-40 años	4 (5,3)	(1,4-12,9)
	41-45 años	10 (13,2)	(6,4-22,8)
	46-50 años	10 (13,2)	(6,4-22,8)
	51-55 años	15 (19,7)	(11,4-30,4)
	56-60 años	22 (28,9)	(19,1-40,4)
	61-65 años	7 (9,2)	(3,7-18,0)
	Media 50 años ($\pm 9,6$), rango 27-63 años, moda 56 años		
	Experiencia profesional	0-5 años	8 (10,5)
6-10 años		7 (9,2)	(3,7-18,0)
11-15 años		5 (6,6)	(2,1-14,6)
16-20 años		9 (11,8)	(5,5-21,2)
21-25 años		11 (14,5)	(7,4-24,4)
26-30 años		16 (21,1)	(12,5-31,9)
31-35 años		10 (13,2)	(6,4-22,8)
36-40 años		9 (11,8)	(5,5-21,2)
>40 años		1 (1,3)	(0,0-7,1)
Media 22,8 años ($\pm 11,0$), rango 0-41 años, moda 30 años			
Categoría profesional	Médico/a de familia	29 (38,2)	(27,2-50,0)
	Pediatra	4 (5,3)	(1,4-12,9)
	Enfermero/a	28 (36,8)	(26,0-48,6)
	TCAE	1 (1,3)	(0,0-7,1)
	Matrón/a	2 (2,6)	(0,0-9,1)
	Farmacéutico	4 (5,3)	(1,4-12,9)
	Odontólogo/a	2 (2,6)	(0,0-9,1)
	Higienista dental	4 (5,3)	(1,4-12,9)
	Fisioterapeuta	0 (0)	-
	Trabajador/a social	2 (2,6)	(0,0-9,1)
	Otras categorías	0 (0)	-
Tipo de contrato	Fijo/a	53 (69,7)	(58,1-79,7)
	Interino/a	10 (13,2)	(6,4-22,8)
	Eventual	13 (17,1)	(9,4-27,4)

Tabla 2
Importancia de la seguridad y notificación de EA junto con la frecuencia percibida.

Relación de respuesta apartado Notificación de EA			
Variables		n (%)	95% IC
¿Cómo valora la importancia de la seguridad paciente en AP?	Nada importante	0 (0)	-
	Poco importante	0 (0)	-
	Bastante importante	7 (9,2)	(3,7-18,0)
	Muy importante	18 (23,7)	(12,5-31,9)
	Imprescindible	51 (67,1)	(55,3-77,4)
¿Cómo valora la importancia notificación EA en AP?	Nada importante	2 (2,6)	(0,3-9,1)
	Poco importante	2 (2,6)	(0,3-9,1)
	Bastante importante	15 (19,7)	(11,4-30,4)
	Muy importante	37 (48,7)	(37,0-60,4)
	Imprescindible	20 (26,3)	(16,8-37,6)
¿Con qué frecuencia percibe Eventos Adversos en su CAP?	Nunca	2 (2,7)	(0,3-9,3)
	Raramente	18 (24,0)	(14,8-35,2)
	Ocasionalmente	30 (40,0)	(28,8-51,9)
	Habitualmente	21 (28,0)	(18,2-39,5)
	Constantemente	4 (5,3)	(1,4-13,0)

Tabla 3
Relación de respuestas sobre la percepción de los PS
que han realizado alguna notificación en el SiNASP.

Variables		n (%)	95% IC
Nº notificaciones que ha realizado desde su implantación en AP	1	4 (57,1)	(18,4-90,1)
	De 2 a 4	2 (28,6)	(3,6-70,9)
	De 5 a 9	1 (14,3)	(0,3-57,8)
	De 7 a 10	0 (0)	-
	Más de 10	0 (0)	-
Valoración de la utilidad del SiNASP tras su uso	Nada útil	0 (0)	-
	Poco útil	0 (0)	-
	Bastante útil	4 (57,1)	(18,4-90,1)
	Muy útil	3 (42,9)	(9,8-91,5)
	Imprescindible	0 (0)	-
Valoración de practicidad del SiNASP tras su uso	Nada práctico	0 (0)	-
	Muy poco práctico	0 (0)	-
	Poco práctico	3 (42,9)	(9,8-91,5)
	Bastante práctico	4 (57,1)	(18,4-90,1)
	Muy práctico	0 (0)	-
Valoración de la experiencia tras usar SiNASP	Muy negativa	0 (0)	-
	Negativa	0 (0)	-
	Regular	0 (0)	-
	Positiva	6 (85,7)	(42,1-99,6)
	Muy positiva	1 (14,3)	(0,3-57,8)
¿Siente que su notificación ha sido tomada en cuenta?	Nada en cuenta	0 (0)	-
	Poco en cuenta	1 (16,7)	(0,4-64,1)
	Bastante en cuenta	2 (33,3)	(4,3-77,7)
	Casi siempre en cuenta	1 (16,7)	(0,4-64,1)
	Muy en cuenta	2 (33,3)	(4,3-77,7)
En el futuro, ¿está dispuesto/a a realizar una nueva notificación?	Sí	6 (85,7)	(42,1-99,6)
	No	0 (0)	-
	No lo he decidido	1 (14,3)	(0,3-57,8)

Tabla 4
Relación de respuestas sobre acceso, conocimiento, barreras
y utilidad del SiNASP en AP de los PS que no han utilizado el SiNASP.

Variables		n (%)	95% IC
¿Tiene acceso al SiNASP?	Sí	65 (94,2)	(85,8-98,3)
	No	4 (5,8)	(1,6-14,1)
¿Sabe usar el SiNASP?	Sí	33 (47,8)	(35,6-60,2)
	No	36 (52,2)	(39,8-64,3)
¿Cuál es el límite de tiempo que puede transcurrir entre la apertura y el cierre de una notificación?	Máximo 1 hora	12 (17,9)	(9,6-29,1)
	Máximo 24 horas	12 (17,9)	(9,6-29,1)
	Máximo 7 días	10 (14,9)	(7,3-25,7)
	Máximo 30 días	6 (9,2)	(3,3-18,4)
	No hay límite de tiempo	27 (40,3)	(28,4-52,9)
¿Cuál es la principal barrera que podría impedirle realizar una notificación?	Falta de tiempo	34 (51,5)	(38,8-64,0)
	No confidencialidad	2 (3,0)	(0,3-10,5)
	Posible punibilidad	1 (1,5)	(0,0-8,1)
	No es anónimo	9 (13,6)	(6,4-24,3)
	Otros	20 (30,3)	(19,5-42,8)
¿Considera útil el SiNASP en AP? (No realizaron notificación)	Nada útil	4 (5,9)	(1,6-14,3)
	Poco útil	9 (13,2)	(6,2-23,6)
	Bastante útil	27 (39,7)	(28,0-52,3)
	Muy útil	20 (29,4)	(18,9-41,7)
	Imprescindible	8 (11,8)	(5,2-21,8)

Tabla 5
Relación de respuesta apartado Formación en SiNASP.

Variables		n (%)	95% IC
¿Conoce el curso de SiNASP para AP?	Sí	32 (42,7)	(31,3-54,6)
	No	43 (57,3)	(45,3-68,6)
¿Realizó curso de SiNASP para AP?	Sí	17 (22,7)	(13,7-33,7)
	No	58 (77,3)	(66,2-86,2)
¿Tiene interés en realizar un curso sobre el SiNASP? ¿En qué modalidad?	Sí, <i>online</i>	36 (48,0)	(36,3-59,8)
	Sí, presencial	16 (21,3)	(12,7-32,1)
	Sí, semipresencial	2 (2,7)	(0,3-9,3)
	No, ninguno	21 (28,0)	(18,2-39,5)

Con el análisis bivariado relacionado con la utilización del SiNASP se observó que la relación con la variable *conocer el SiNASP* se asoció de forma estadísticamente significativa ($p=0,038$). Se objetivó que conocer el curso de SiNASP aumentaba 9,6 veces la probabilidad de utilizar el SiNASP. El porcentaje de PS que conocían el curso de SiNASP en la modalidad online para AP fue mayor en aquellos PS que utilizaban el SiNASP (85,7 vs. 38,2%). No se pudo demostrar asociación entre el uso del SiNASP con la realización de los cursos formativos y el interés en los mismos.

DISCUSIÓN

La gran mayoría de los EA se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo. Por ello, inicialmente se ha priorizado la instauración de sistemas de notificación en el ámbito hospitalario⁽¹⁰⁾ y en servicios de urgencias⁽¹¹⁾. Esto no excluye que se produzcan en otros ámbitos de la atención sanitaria como AP, sociosanitaria, oficinas de farmacia o en el propio domicilio del paciente⁽¹²⁾.

La implantación del SiNASP en AP puede arrojar nuevas cifras y datos que describan el impacto real en nuestro sistema. Pero dicha información está a expensas de la cultura de seguridad del personal sanitario, la confianza a la hora de realizar notificaciones y a las barreras percibidas⁽⁴⁾.

Se ha detectado interés y motivación por la seguridad del paciente en AP, ya que todos los participantes señalaron su importancia. Además, también se detecta una gran importancia de la notificación de EA en los CAP, independientemente de cómo sean notificados. A pesar de que ambos datos son positivos, la percepción de sucesos es baja en comparación al estudio de referencia APEAS⁽³⁾. Por ello, existe la necesidad de investigar si los profesionales tienen la formación necesaria para su detección.

Esto puede deberse a un bajo índice de EA en los CAP estudiados, y por ende, que los profesionales reflejen dicho índice seleccionando las opciones que recogen una menor frecuencia de incidentes. Una segunda opción es que la variabilidad de frecuencias percibidas no nos permite determinar si saben distinguir qué tipo de incidentes pueden poner en riesgo la seguridad del paciente y, por lo tanto, son susceptibles de ser notificados.

El desconocimiento del SiNASP ha sido señalado como una razón de no notificación en otros estudios⁽¹³⁾. La mayoría de profesionales refirieron conocerlo. Pero existe un porcentaje nada despreciable de profesionales que afirmaron no conocer dicho sistema, y otro aún mayor que refiere no saber cómo manejar el interfaz del sistema. Esto, sumado a las barreras percibidas, podría suponer un serio contratiempo en la recepción y asentamiento del sistema.

La barrera que podría impedir en mayor medida la realización de notificaciones sería, según los datos extraídos, la falta de tiempo. Esta debe ser estudiada, determinando las cargas de trabajo y, si la dotación de recursos humanos es adecuada. Esta última es una de las principales áreas de mejora que se recogen en estudios de evaluación de la cultura de seguridad en hospitales⁽¹⁴⁾, pero en AP también existe esa misma preocupación por la carga de trabajo, apareciendo como la dimensión peor valorada⁽¹⁵⁾.

Las demás barreras percibidas podrían estar infundadas por el desconocimiento de los principios básicos del SiNASP.

Por parte de quienes han notificado en alguna ocasión, se extraen valoraciones positivas. Es esencial fidelizar a quien ya está notificando, siendo la piedra angular del sistema que las notificaciones tengan respuesta. La falta de *feedback* podría erigirse como una nueva barrera⁽⁹⁾ una vez ya se utiliza el SiNASP.

Ante el bajo número de notificantes, no se puede evidenciar qué profesionales notifican más en relación a su categoría profesional.

Comparando los datos con los publicados en la VI Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente (Madrid, 2011), como parte del despliegue del SiNASP en Galicia⁽¹⁶⁾, se detecta una baja formación. Aunque se hace palpable un notable interés en recibir formación en seguridad del paciente y SiNASP en AP (72%). Por lo que se hace necesario promover la formación en AP para lograr que comiencen a utilizar el SiNASP.

Se concluye que a pesar que el SiNASP es un programa bien conocido en AP, muestran interés en la seguridad del paciente y que el 94,7% cree que es importante notificar los incidentes (los cuales perciben de baja frecuencia) se necesita ampliar la cultura de seguridad para mejorar la detección y notificación de incidentes. Además, se hace necesario motivar su uso.

Es prioritaria la realización estudios similares en otras Áreas de Salud, a fin de poder conocer, evaluar y comparar la situación en el SERGAS, e incluso ampliarlo a otros servicios del Sistema Nacional de Salud. También averiguar la carga de trabajo y el tiempo medio que estiman los profesionales que se tarda en realizar una notificación en SiNASP, para valorar en que medida influye en la no notificación de EA.

Entre las limitaciones de este estudio cabe señalar la falta de cuestionarios validados, por lo que se diseñó y elaboró un cuestionario *ad hoc* para la recogida de datos. Además, aunque se consiguió la muestra deseada, la fiabilidad sería mayor con una muestra más grande, debido a que aquellos profesionales que decidieron no participar puede que lo hiciesen por desconocimiento u opinión negativa del SiNASP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. It is time to get serious about them. *BMJ* 2001 [en línea].322: 501-52. [consultado el 6 feb 2017]. Disponible en: http://www.bmj.com/content/322/7285/501?ijkey=91a2ee0963f6f2317c41d4effd1d5e92af2a479e&keytype=tf_ipsecsha
2. Ministerio de sanidad y consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Estudio ENEAS [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006 [consultado el 3 abr 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en AP de salud. Estudio APEAS [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008 [consultado el 3 abr 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020 [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2015 [consultado 03 abr 2021]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. Institute of Medicine. Committee on Health in America. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
6. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo [en línea]. Geneva: World Health Organization. 2009 [consultado el 22 mar 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

7. Reyes Revuelta JF, Bermúdez Mingorame MJ. Conceptos Básicos sobre seguridad clínica. Definición e importancia del problema. *Rev Enfer del trabajo* [en línea]. 2011 [consultado el 6 feb 2017]; 1: 221-8. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3868208.pdf
8. Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente. La seguridad del paciente en siete pasos [en línea]. Londres: Sistema Nacional de Salud del Reino Unido; 2005 [consultado 3 abr 2021]. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Primer Informe de Incidentes de Seguridad Notificados al Sistema. Año 2013 [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado el 24 ene 2017]. Disponible en: [http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema%20de%20Notificacion%20y%20ap%20rendizaje.%20SINASP%20\(2013\)%20.pdf](http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema%20de%20Notificacion%20y%20ap%20rendizaje.%20SINASP%20(2013)%20.pdf)
10. Oliva G, Álava F, Navarro L, Esquerra M, Lushchenkova O, Davins J, Vallès R. Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los hospitales de Cataluña durante el período 2010-2013. *Med Clin* [en línea]. Barcelona; 2014 [consultado el 6 feb 2020]. 143(1):55-61. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-notificacion-incidentes-relacionados-con-seguridad-90334852>
11. Galván Nuñez P, Santander Barrios MD, Villa Álvarez MC, Castro Delgado R, Alonso Lorenzo JC, Arcos González P. Resultados de la instauración provisional de un sistema voluntario y anónimo de notificación de incidentes en seguridad del paciente en el SAMU de Asturias. *Emergencias* [en línea]. Madrid: 2016 [consultado el 11 jun 2019]. 28: 146-152. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/resultados-de-la-instauracion-provisional-de-un-sistema-voluntario-y-annimo-de-notificacion-de-incidentes-en-seguridad-del-paciente-en-el-samu-de-asturias/>
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado el 3 abr 2021]. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
13. Jiménez Moreno MJ, López Gómez Y, Gómez Quevedo MR *et al.* CISEM-AP: ¿Conocen y utilizan los profesionales de un centro de salud este sistema de comunicación de incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación? [diapositivas]. Mallorca: 2013. 8 diapositivas.
14. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias, resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias* [en línea]. Madrid: 2011 [consultado el 11 jun 2019]. Vol. 23, n°.5: 356-63. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/cultura-de-seguridad-del-paciente-en-los-servicios-de-urgencias-resultados-de-su-evaluacion-en-30-hospitales-del-sistema-nacional-de-salud-espanol/>
15. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de AP del sistema nacional de salud [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado el 11 jul 2019]. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS%20DE%20LA%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20ATENCI%3%93N%20PRIMARIA.PDF>
16. Pais Iglesias B. Despliegue del SiNASP en la Comunidad Autónoma de Galicia. [diapositivas]. Madrid: 2011: 21 diapositivas.