

**MEMORIA DE  
ACTUACIONES DE  
SEGURIDAD DEL  
PACIENTE  
AÑO 2021**

**Observatorio Regional de  
Seguridad del Paciente**

**Dirección General de Humanización y  
Atención al Paciente  
Consejería de Sanidad**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://comunidad.madrid/publicamadrid)

© Comunidad de Madrid  
Edita: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente  
Consejería de Sanidad.  
Soporte: Archivo electrónico  
Año de edición: 8/2022  
Publicado en España – *Published in Spain*





# MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2021

Observatorio Regional de Seguridad del Paciente



INTRODUCCIÓN .....	5
RESUMEN EJECUTIVO .....	6
I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN .....	8
I.1. Estrategia de Seguridad del Paciente.....	8
I.2. Objetivos institucionales .....	13
I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.....	21
I.4. Decreto 4/2021 de seguridad del paciente y otras actuaciones.....	24
II. PRÁCTICAS SEGURAS .....	29
II.1.1. Uso seguro del medicamento.....	30
II. 1.2. Higiene de Manos.....	35
II.1.3. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)....	36
II.1.4. Proyectos Zero en las UCIs.....	39
II.1.5.Seguridad del paciente quirúrgico .....	39
II.1.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria .....	40
III.APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO .....	42
III.1. Sistemas de notificación y aprendizaje.....	42
III.1.1. CISEMadrid.....	42
III.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento .....	46
III.2. Actividades de formación.....	48
III.3. Comunicación y difusión del conocimiento .....	50
ANEXOS.....	53
ANEXO 1: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS.....	55
ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS .....	56



## INTRODUCCIÓN

El Observatorio Regional de Seguridad del Paciente<sup>1</sup> es desde 2004 el órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid sobre seguridad del paciente.

El despliegue de la seguridad del paciente tanto en las unidades directivas como en los centros sanitarios es coordinado por la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad, a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial, que dirige el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y establece los objetivos institucionales de calidad y seguridad, tanto en Atención Primaria como en Hospitales y SUMMA112.

Mientras que el Observatorio es una estructura central, a nivel periférico son las 42 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y los responsables de seguridad de servicios y unidades los que desarrollan y evalúan periódicamente las actuaciones de mejora de la seguridad del paciente.

La presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente. Así, esta Memoria final de Actuaciones 2021 de Seguridad del Paciente recoge los indicadores y actividades de seguridad del paciente relativos a centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (hospitales, direcciones asistenciales de atención primaria y SUMMA112) y Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad.

Las principales fuentes de información para la elaboración de esta memoria han sido la evaluación final de 2021 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (ESP15-20)<sup>2</sup>, la Memoria anual de actividades de las Unidades Funcionales y la evaluación de los objetivos institucionales de seguridad del paciente.

Se estructura en 3 apartados: El apartado “Despliegue de la Seguridad del Paciente en la organización” comprende el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-20, los objetivos institucionales de seguridad del paciente y la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios. En “Prácticas seguras”, se resume el desarrollo de los proyectos institucionales y en el apartado de “Aprendizaje y Conocimiento” se detalla la línea de formación centralizada en seguridad del paciente, la información sobre las comunicaciones de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid y también actuaciones sobre comunicación y difusión del conocimiento científico.

---

<sup>1</sup> Decreto 53/2017, de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid

<sup>2</sup> Disponible en:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pistarContenidoFinal&vest=1162209989406](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pistarContenidoFinal&vest=1162209989406)



## RESUMEN EJECUTIVO

Esta memoria del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente recoge las principales actuaciones en seguridad del paciente realizadas durante el año 2021.

Tras la situación sanitaria derivada de la pandemia SARS-CoV-2, en 2021, se prolongó la duración de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, y en el año 2021 como cierre de este ciclo 2015-2020, se elaboró una **Memoria final de evaluación de actuaciones de la Estrategia**.

Así, de las 307 actuaciones, 186 finalizaron y 81 están en desarrollo, lo que supone un 87% de ejecución de la estrategia en su periodo de vigencia 2015-2020; 25 actuaciones se consideraron no realizadas (8%) y un 5% de las actuaciones han sido canceladas (15). El grado de ejecución por línea estratégica ha sido el siguiente:

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	% Actuaciones finalizadas o en desarrollo
LE 1: Consolidar la cultura de la SP	93,3%
LE 2: Desplegar la SP en la organización	100,00%
LE 3: Continuidad asistencial	100,00%
LE 4: Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras	90,90%
LE 5: Difundir el conocimiento científico	100,00%
LE 6: Comunicación y transparencia	91,60%
LE 7: Impulsar y desplegar prácticas seguras	85,70%
LE 8: Evitar intervenciones innecesarias	36,30%
LE 9: Fomentar la investigación	85,70%
LE 10: Facilitar la innovación tecnológica	85,70%
LE 11: Potenciar la formación	88,80%
LE 12: Desarrollar los sistemas de información	100,00%

Todas estas actuaciones e infraestructura básica desarrolladas a lo largo de estos últimos años, no tenían carácter normativo y, por tanto, vinculaban solo al Servicio Madrileño de Salud. Por esta razón se publicó el **Decreto 4/2021** de 20 de Enero, por el que se establecen los requisitos de obligado cumplimiento, para mejorar la seguridad del

paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, con la figura del Responsable de Seguridad del Centro, la Comisión de seguridad, la existencia de un Plan de Seguridad y una estructura organizativa con objetivos y líneas concretas de actuación en materia de seguridad. En este sentido, todos los centros han nombrado un responsable en seguridad y empezaron a desarrollar en 2021 un plan de Seguridad, teniendo en cuenta la entrada en vigor de este decreto (21 de Enero de 2022).

Además, durante 2021, se adelantaron los avances en **la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2027**, con el desarrollo del análisis interno y externo, la definición de la misión, visión y valores así como la realización de un análisis DAFO-CAME, de donde se obtienen 23 líneas, 12 líneas generales y las doce líneas pertenecientes a la línea de prácticas seguras.

Junto a otros objetivos del área de calidad, la Subdirección General de Calidad Asistencial establece anualmente **objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios**. Estos objetivos, en los diferentes ámbitos asistenciales están relacionados con: mejorar la seguridad clínica, la gestión de los incidentes de seguridad en el centro y las prácticas seguras en la organización.

En relación con las **Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS)**, que representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de seguridad del paciente a nivel de los centros, están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios (34 de Hospitales, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112), cuya organización en 2021 fue:

Organización de las Unidades Funcionales:	
Miembros de las Unidades Funcionales: Nº total (y promedio)	849(20)
Objetivos establecidos (nº)	421
Promedio reuniones/año	6
Responsables de seguridad Nº Total (y promedio)	2.542 (61)



En este informe se presentan asimismo **las actuaciones relacionadas con prácticas seguras**.

La mejora de la **higiene de manos** es un elemento fundamental en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y un objetivo prioritario en seguridad del paciente. De este modo se ha incluido en 2021 entre los objetivos institucionales de los centros, impulsando la formación de los profesionales, la disponibilidad de los preparados de base alcohólica en el punto de atención y la autoevaluación a través de la herramienta de la OMS. Asimismo, con motivo del Día mundial de higiene de manos 2021 se desarrollaron actividades tanto a nivel central en la Consejería como en los diferentes ámbitos asistenciales.

En relación con los **Proyectos Zero** de prevención de infecciones en las UCI, se ha elaborado un Plan de críticos con el objetivo de reforzar y relanzar estos proyectos de seguridad tras el impacto por la pandemia.

Respecto al **uso seguro del medicamento** destacan las acciones relacionadas con red de farmacias centinela; intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos; estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas; y actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la Comunidad de Madrid, entre otras.

Respecto a **entornos seguros en Atención Primaria** se ha finalizado la elaboración del Mapa de riesgos iniciado en julio del 2020, y se ha finalizado el proyecto Trigger-Prim.

En relación a las **IRAS**, la prevalencia de infección en 2021 ha sido del 7% (6,32 en 2019, sin datos en 2020); y los brotes nosocomiales COVID-19 de 1152 casos, frente a 103 casos de brotes NO COVID-19.

En relación con el proceso de gestión de riesgos que desarrollan las Unidades Funcionales, de forma mayoritaria se utiliza

**CISEMadrid**, Sistema común de notificación de incidentes y errores de medicación, implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 33 Hospitales.

Durante el año 2021, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 12.674 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 34,1% con respecto al mismo periodo del año previo, en el que hubo un importante reflejo del impacto que la COVID-19 en los centros. De esas notificaciones, 9403 fueron identificados como incidentes de seguridad, se analizaron 7448 y se definieron 6891 acciones de mejora.

En cuanto a **las actuaciones de formación**, fueron dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los Responsables de Seguridad de los servicios y centros de salud, y han incluido el diseño y ejecución de 3 actividades diferentes online, proporcionando formación a un total de 5482 asistentes, lo que supone respecto al pasado año un aumento de 2029 alumnos más, sobre todo por la posibilidad de realizar el curso online básico de higiene de manos en abierto con un total de 4.050 profesionales matriculados (el pasado año se matricularon en esta formación 2237 alumnos).



## I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

### I.1. Estrategia de Seguridad del Paciente

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Servicio Madrileño de Salud estableció un conjunto de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones a desarrollar en el periodo 2015-2020 con la misión de “Proporcionar unos servicios sanitarios exentos de daños innecesarios o prevenibles para nuestros pacientes, a través de la implantación y desarrollo de la gestión de riesgos sanitarios”.

Perspectivas	Líneas Estratégicas
Organización	LE1. Consolidar la cultura LE2. Desplegar la seguridad del paciente en la organización LE3. Continuidad asistencial
Agentes/Grupos de interés	LE4. Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras LE5. Difundir el conocimiento científico LE6. Comunicación y transparencia
Procesos internos	LE7. Impulsar y desplegar prácticas seguras 7.1. Cirugía y anestesia 7.2. Urgencias y emergencias 7.3. Pacientes críticos 7.4. Obstetricia y ginecología 7.5. Pediatría 7.6. Salud mental 7.7. Atención al dolor 7.8. Radiaciones ionizantes 7.9. Cuidados y técnicas de enfermería 7.10. Entornos de especial riesgo en atención primaria 7.11. Uso seguro del medicamento 7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria LE8. Evitar intervenciones innecesarias
Aprendizaje y futuro	LE9. Fomentar la Investigación LE10. Facilitar la Innovación tecnológica LE11. Potenciar la formación LE12. Desarrollar los sistemas de Información

Para desarrollar de forma operativa esta Estrategia, se establecieron 12 Líneas Estratégicas, agrupadas en cuatro perspectivas globales, tal y como se detalla en la imagen. Las líneas estratégicas se desagregan a su vez en 92 objetivos estratégicos y 307 actuaciones que incluyen a su vez 883 actividades que corresponden a las tareas concretas a desarrollar a nivel operativo para completar las actuaciones.

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESP), así como realizar la

evaluación y seguimiento, se creó un **Comité Operativo de Estrategia de Seguridad del Paciente** compuesto por representantes de las Unidades Directivas responsables del desarrollo de las actuaciones (Tabla 1). El Comité, actúa como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento de la Estrategia. Dicho comité también dispone de un espacio de colaboración en la Intranet donde se puede encontrar documentación relativa a la evolución de la estrategia (ESP 15-20).

La composición del Comité, debido a los cambios de estructura de la Consejería de Sanidad, ha sufrido alguna modificación a lo largo de los años, de tal forma que en la *Tabla 1* se recogen las Unidades Directivas que componen el Comité Operativo actualizado al último año de vigencia de la estrategia (2020).

#### UNIDADES DIRECTIVAS QUE FORMAN PARTE DEL COMITÉ OPERATIVO DE SP

Dirección General de Humanización y Atención al Paciente
Subdirección General de Calidad Asistencial
Gerencia Asistencial de Atención Hospitalares
Gerencia de Cuidados
Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Dirección General de Sistemas de Información y equipamiento Sanitario
Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
Subdirección General de Epidemiología
Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
Subdirección General de Investigación Sanitaria y Documentación
Subdirección General de Continuidad Asistencial (Incluida actualmente en la DGPIIS)
Gerencia SUMMA 112

Tabla 1. Comité Operativo de SP



Cada una de las actuaciones que forman parte de la misma se asignó las Unidades Directivas que constituyen el Comité Operativo, se definió el Plan de Acción con su cronograma y el indicador para su evaluación y se ha ido revisando periódicamente en función de la evaluación de las actuaciones de la estrategia que se han llevado a cabo.

**El Plan de Acción definido por las diferentes Unidades Directivas** estableció la distribución inicial de actuaciones por año y Unidad Directiva que se ha ido modificando a lo largo del periodo de implantación de la ESP 15-20 (Figura 2). Hay que tener en cuenta que las actuaciones van variando, debido, por una parte a las actuaciones reprogramadas que no se han podido realizar, también a las actuaciones canceladas, y a consecuencia de las revisiones que establece el Comité Operativo.

Así, por ejemplo, en la planificación inicial estaba previsto para el año 2020 desarrollar 166 actuaciones y sin embargo, tras las evaluaciones de los años previos, finalmente han sido 194 actuaciones las que debían desarrollarse en 2020. Desde el año 2017 ha habido modificaciones en el número de actuaciones, como se refleja en la Figura 2.

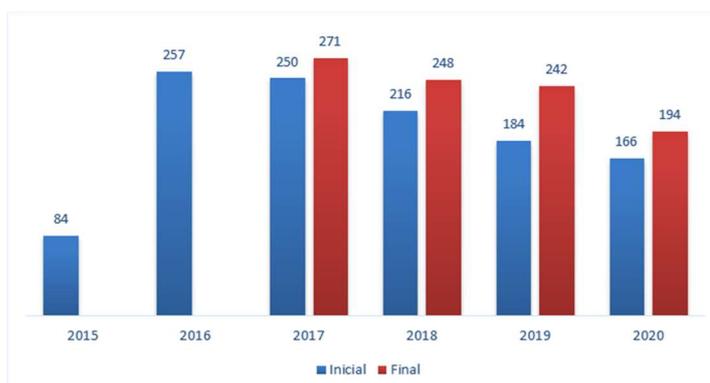


Figura 2. Distribución de actuaciones por año. Planificación inicial y final por año de despliegue

Respecto a la distribución de actuaciones por año y unidad directiva, se muestra en la siguiente Figura

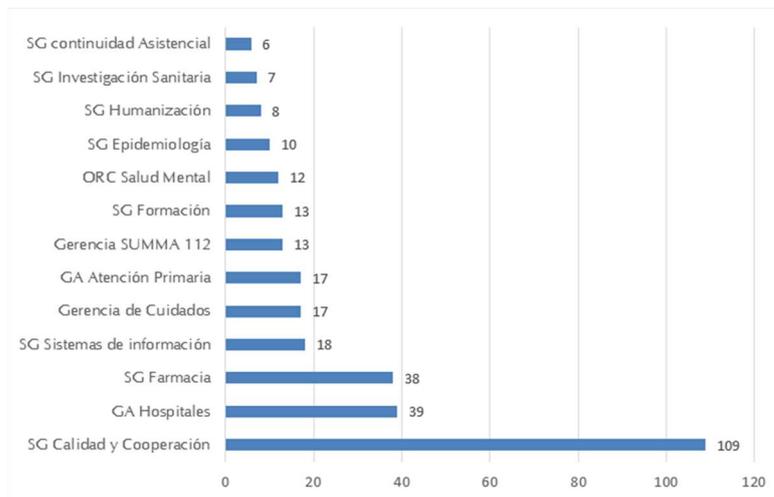


Figura 3. Número total de actuaciones por unidad directiva

**Para realizar la evaluación y el seguimiento** del cumplimiento de las actuaciones desde 2015 por las Unidades Directivas, se han utilizado las **fichas de planificación y de seguimiento** que se elaboraron para cada una de las actuaciones y actividades que contempla la estrategia. Posteriormente, en 2016, se utiliza como herramienta de apoyo una aplicación informática que se desarrolló en ese año, por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Dicha aplicación se encuentra en el Espacio de colaboración del Comité Operativo de la Estrategia en intranet.



Se muestran los criterios de evaluación de la estrategia en 2020 (año de finalización de la vigencia de la estrategia) (Tabla 2):

Evaluación	Actividad	Actuación
<b>Finalizada</b>	Está finalizada, se considera que ha sido llevada a cabo	La actuación ha sido llevada a cabo a lo largo del periodo de la estrategia.
<b>En Desarrollo</b>	Se ha comenzado su desarrollo, pero no ha finalizado al acabar el periodo de la estrategia.	Se ha ejecutado parte de lo que estaba programado, pero falta alguna actividad por iniciar o en desarrollo
<b>No realizada</b>	No se ha iniciado: dado que el periodo de la estrategia ha llegado a su fin, no se reprograma para años posteriores	Todas las actividades están no realizadas o no iniciadas
<b>Cancelada</b>	Actividad programada inicialmente pero que, se ha suprimido de forma motivada	Se ha decidido no desarrollar esta actuación

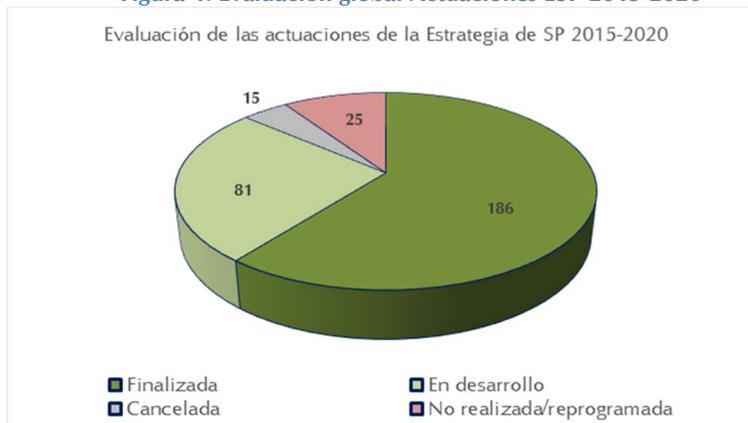
Tabla 2. Criterios de evaluación 2020 (año de finalización de la estrategia)

El año 2020 era el año de finalización de la estrategia, pero tras la situación sanitaria derivada de la pandemia SARS-CoV-2, se prolongó la duración de la misma durante el año 2021 y se han valorado por parte de las unidades directivas, aquellas actuaciones que estaban no realizadas o no evaluadas, en un periodo de “rescate” ante la finalización de la vigencia de la estrategia actual.

Así, en el año 2021 como cierre de este ciclo 2015-2020, se elaboró una memoria final de evaluación de actuaciones de la estrategia.

Como consecuencia de la evaluación global realizada del periodo de despliegue de la estrategia 2015-2020, incluida en esta memoria final de evaluación de la estrategia, podemos señalar que de 307 actuaciones, 186 han finalizado y 81 están en desarrollo, lo que supone un **87% de ejecución de la estrategia** en su periodo de vigencia 2015-2020, 25 actuaciones se consideran no realizadas (8%) y un 5% de las actuaciones han sido canceladas (15).

Figura 4. Evaluación global Actuaciones ESP 2015-2020



El desarrollo de las actuaciones por línea y el porcentaje de ejecución, puede observarse en la Tabla 3 y Figura 5.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS	Finalizadas	En Desarrollo	No realizadas	Canceladas	% Actuaciones finalizadas o en desarrollo	% Actuaciones no realizadas	% Actuaciones canceladas
LE 1: Consolidar la cultura de la SP	7	7	1	0	93,3%	6,60%	0%
LE 2: Desplegar la SP en la organización	9	2	0	0	100,00%	0%	0%
LE 3: Continuidad asistencial	2	2	0	0	100,00%	0%	0%
LE 4: Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras	6	4	0	1	90,90%	0%	9%
LE 5: Difundir el conocimiento científico	4	6	0	0	100,00%	0%	0%
LE 6: Comunicación y transparencia	8	3	1	0	91,60%	8%	0%
LE 7: Impulsar y desplegar prácticas seguras	123	34	13	13	85,70%	7,1%	7,1%
LE 8: Evitar intervenciones innecesarias	2	2	7	0	36,30%	67%	0%
LE 9: Fomentar la investigación	3	3	0	1	85,70%	0%	14%
LE 10: Facilitar la innovación tecnológica	2	4	1	0	85,70%	14,20%	0%
LE 11: Potenciar la formación	10	6	2	0	88,80%	11,11%	0%
LE 12: Desarrollar los sistemas de información	10	8	0	0	100,00%	0%	0%

Tabla 3. Estado de ejecución de las actuaciones por línea estratégica

Si se observa la tabla, las líneas estratégicas 2 (Desplegar la SP en la organización), 3 (Continuidad asistencial), 5 (Difundir el conocimiento científico) y 12 (Desarrollar los sistemas de información), tienen una ejecución de las actuaciones (finalizadas y en desarrollo) del 100%; además, las líneas 1, 4, 6, 7, 9, 10 y 11 tienen una ejecución bastante alta, con porcentajes que van desde el 85,7 % en las líneas las líneas 9, 10 y la línea 7 de impulsar y desplegar prácticas seguras (que además es la de mayor número de actuaciones), hasta el 93,3% de la línea 1: consolidar la cultura de SP.

La línea 8, de evitar prácticas innecesarias, es la línea estratégica con un mayor número de actuaciones no realizadas/reprogramadas (con un porcentaje de ejecución del 36,3% y de no realizadas del 67%). Le sigue en porcentaje de actuaciones no realizadas, la línea 10 de Facilitar la innovación tecnológica (14,20%), y la línea 11 de Potenciar la formación (11,11%).



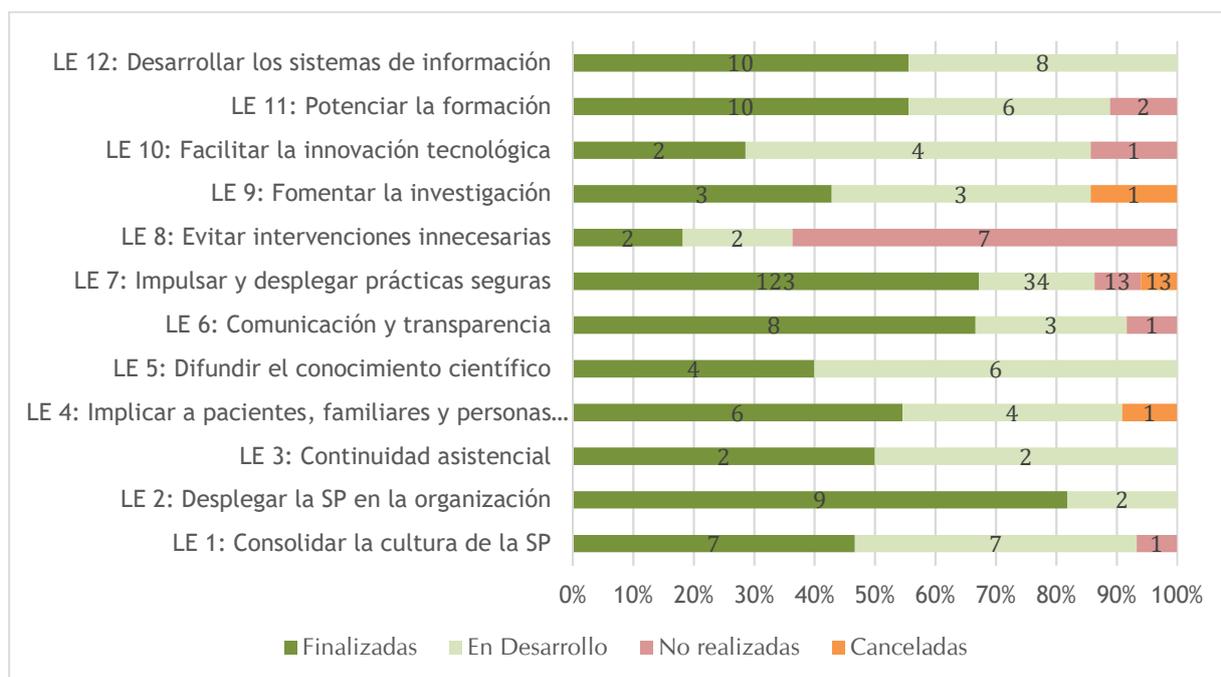


Figura 5. Evaluación global 2015-2020 de las actuaciones por línea estratégica

En relación al **cumplimiento por unidades directivas**, los resultados se exponen en la *Tabla 4*. Los grados de ejecución son bastante altos, con 2 unidades directivas en el 100% de ejecución y 7 unidades directivas por encima del 85%.

UNIDADES DIRECTIVAS	Finalizadas	En Desarrollo	No realizadas	Canceladas	% ACTUACIONES FINALIZADAS O EN DESARROLLO	% ACTUACIONES NO REALIZADAS	% ACTUACIONES CANCELADAS
Gerencia Asistencial Atención Hospitalaria	31	6	0	2	94,8%	0%	5,12%
Gerencia Asistencial Atención Primaria	11	3	2	1	82,3%	11,7%	5,8%
Gerencia de Cuidados	15	0	0	2	88,2%	0%	11,7%
SG Farmacia y Productos sanitarios	28	1	1	8	76,3%	2,6%	21,0%
SG Continuidad Asistencial	4	2	0	0	100%	0%	0%
SUMMA 112	12	0	1	0	92,3%	7,6%	0%
Oficina Regional Coordinación Salud Mental y Adicciones	6	2	4	0	66,6%	33,3%	0%
DG Sistemas de Información Sanitaria	10	8	0	0	100%	0%	0%
SG Epidemiología	3	6	1	0	90%	10%	0%
SG Formación y Acreditación Docente Sanitaria	7	4	2	0	84,6%	15,3%	0%
SG Investigación Sanitaria	3	3	0	1	85,7%	0%	14,2%
SG Humanización Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente	4	3	0	1	87,5%	0%	12,5%
SG Calidad Asistencial	52	43	14	0	87,1%	12,8%	0%
	186	81	25	15			



**Tabla 4. Ejecución global de las actuaciones por unidades directivas**

Todas estas actuaciones e infraestructura básica desarrollada a lo largo de estos últimos años, no tenían carácter normativo y, por tanto, vinculaban solo al Servicio Madrileño de Salud. En este sentido, era procedente establecer una regulación que implantara elementos organizativos y medidas para mejorar la seguridad de los pacientes derivada de la práctica asistencial, atendidos en centros y servicios sanitarios, ubicados en la Comunidad de Madrid, con independencia de su titularidad pública o privada y que sustentara toda esta estrategia en materia de seguridad del paciente. Por esta razón se publicó el **Decreto 4/2021 de 20 de Enero**, por el que se establecen los requisitos de obligado cumplimiento, para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid (estos aspectos se desarrollarán en este informe en un apartado posterior de otras actuaciones en seguridad del paciente).

## **I.2. Objetivos institucionales**

Junto a otros objetivos del área de calidad, la Subdirección General de Calidad Asistencial establece anualmente objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios. Durante el período de vigencia los centros sanitarios despliegan las actuaciones necesarias para su consecución y al final del período, los objetivos son evaluados y en el caso de no haberse alcanzado la meta establecida para el centro, éste desarrolla un plan de mejora para ejecutar y evaluar específicamente al año siguiente.

En el año 2020 debido a la situación sanitaria por la pandemia de COVID-19 no fue posible establecer contratos de gestión entre los centros y el Servicio Madrileño de Salud, por lo que los objetivos fueron establecidos como recomendaciones. En el año 2021 sí se volvieron a incluir en el contrato programa de los centros objetivos de seguridad.

A continuación se detallan los resultados de la evaluación de los objetivos establecidos de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA112.

### **Objetivos de seguridad en Atención Hospitalaria:**

En el año 2021, los objetivos y las actuaciones establecidas en seguridad del paciente y los principales resultados obtenidos fueron los siguientes:

- **Mejorar la seguridad clínica. Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: “rondas de seguridad”:** En relación a las rondas de seguridad, objetivo de calidad que se mantiene desde 2010, se planteó que los hospitales debían mantener, al menos, 8 rondas en hospitales grupo 3, 7 rondas en hospitales grupo 1 y 2, y 5 rondas en hospitales de apoyo, media estancia y psiquiatría. Existen unas áreas priorizadas que son: Unidades de Hospitalización breve psiquiátrica, UCI, urgencias y bloque quirúrgico. En este sentido, el objetivo se ha cumplido en un 94% de los hospitales. El número total de rondas ha sido de 277, número superior a años anteriores, incluso antes de la pandemia, y una media de 8,1 por hospital.
- **Mejorar la seguridad del paciente en el centro:** Desde que se crearon las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en nuestra Comunidad, se ha potenciado e impulsado que cada gerencia definiera sus propios objetivos, como un despliegue en cascada de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud.



La meta que se incluía en el año 2021, era de al menos 4 objetivos de seguridad, incluidos los 2 objetivos prioritarios: constituir un Comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica y desarrollar acciones de comunicación segura con los pacientes o entre profesionales. En este sentido, se han llevado a cabo un total de 336 objetivos en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud con una media de 9,9 por hospital. Este objetivo se ha cumplido en 97% de los centros.

Dentro de los objetivos que se establecían como prioritarios, un 97% de los centros han constituido un Comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica de acuerdo a las recomendaciones establecidas por la Subdirección General de Calidad Asistencial, con el objetivo de promover la práctica clínica adecuada y de forma específica la supresión o minimización de las prácticas clínicas inadecuadas ("No hacer").

Estos comités constituidos en 2021 en hospitales están integrados por un total de 430 profesionales con una media de 12,6 por cada hospital. Si bien, el objetivo de este año era su constitución, muchos de ellos han puesto en marcha actuaciones que han ido desarrollando durante el año, muchas de ellas dirigidas a revisar e identificar las prácticas innecesarias que se realizan, entre las cuales están en muchos casos el "no hacer" en las pruebas complementarias o los cuidados de enfermería.

Asimismo, y en relación con otro de los objetivos prioritarios, el 100% han desarrollado actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales.

- **Mejorar la gestión de los incidentes de seguridad en el centro a través de CISEMadrid.** En total, se han identificado 7948 y se han validado (con informe y acciones de mejora) 5613. La meta que se incluyó era identificar y validar, según cada grupo hospitalario un número determinado de incidentes, que se ha alcanzado en un 55% de los hospitales (18 de 33).
- **Mejorar las prácticas seguras en la organización:** bajo este objetivo hay acciones 5 acciones: 2 relacionadas con los proyectos Zero (Resistencia Zero e ITU Zero), higiene de manos y 2 relacionadas con la mejora de la seguridad en el paciente quirúrgico (Infección quirúrgica zero e implantación del listado de verificación quirúrgica).

**Acción 1. Porcentaje de pacientes infectados o colonizados con BMR durante el ingreso:** El proyecto Resistencia Zero se desarrolló a partir del año 2014 y su objetivo principal es reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR) de origen nosocomial intra UCI.

En este sentido, la meta se ha establecido en  $BMR \leq 5$ , siendo globalmente la media de pacientes infectados o colonizados con BMR durante el ingreso en 2021 un 5,71% (fue de 1,85% en el año 2019). Un 48% de los hospitales han logrado cumplir con el objetivo.

**Acción 2. Episodios de ITU-SU \*1000 días de sondaje uretral:** Respecto a ITU Zero, reducción de la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje uretral, (SU), en el año 2019 por primera vez se incluyó como indicador la densidad de incidencia de ITU-SU y el resultado fue de un 3,23‰.

En el año 2021, el objetivo establecido fue conseguir un resultado igual o inferior a un 2,7 ‰. De los 25 hospitales con UCI de adultos, un 8% han cumplido la meta (2 hospitales) frente al 44% obtenido en 2019, y el resultado medio de los hospitales del SERMAS ha sido de un 6,03%.



Esto fundamentalmente ha sido motivado por las dificultades aún derivadas de la pandemia por la COVID-19 y su mayor impacto en las Unidades de Cuidados Intensivos, que ha hecho que el cumplimiento de los objetivos de proyectos zero haya sido inferior a lo establecido.

**Acción 3. Desarrollo de actuaciones para la mejora de la higiene de manos:** Las actuaciones prioritarias a desarrollar para la mejora de la higiene de manos en el 2021 han sido:

Realizar la autoevaluación a través de la herramienta validada por la OMS y mantener o superar la puntuación obtenida en el año anterior, siendo al menos nivel intermedio. En este sentido, todos los hospitales han realizado la autoevaluación. Han alcanzado el nivel avanzado un 62% y el intermedio el 38% restante.

En cuanto a la disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención el resultado global ha sido de un 93%, y de acuerdo a la meta establecida (>95%) un 88% de los hospitales han alcanzado el objetivo.

Asimismo, dentro de las actuaciones se incluía el aumento del número de profesionales formados en higiene de manos, en especial los de nueva incorporación, tanto con formación propia de los centros como a través de los *cursos on line* ofrecidos por la Consejería de Sanidad. En el año 2020 se formaron 10.854 personas y en el año 2021 se han formado 14.724 profesionales. Tan solo un centro no ha llegado a la meta propuesta y por tanto el cumplimiento ha sido de un 97%.

**Acción 4. Desarrollo de actuaciones para la seguridad en el paciente en relación con el proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ):** El proyecto IQZ propone la aplicación de 5 medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las cuales 3 son obligatorias: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello.

En 2021, se mantuvo la meta establecida en el año 2019 donde al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto habían de estar implantadas en >90% de unidades/servicios quirúrgicos. De forma global la adherencia ha sido de un 98% de servicios o unidades, similar al 98,2% del año 2019, habiendo alcanzado la meta establecida el 93% de los hospitales.

**Acción 5.- Implantación del Listado de verificación quirúrgica:** En 2021 el porcentaje global de implantación del LVQ (número de historias clínicas con listado de verificación quirúrgica por número de historias clínicas evaluadas X 100) ha sido de un 96,3% (rango 65-100%), muy similar al porcentaje alcanzado el año anterior (96,1%). La meta establecida en 2021 marcaba que el porcentaje de implantación en cada hospital fuera superior al 95 %. En este caso han sido 90% de hospitales (26 de los 29 con actividad quirúrgica) los que han alcanzado este objetivo, superior al 83% de los centros en el año 2019.

Un resumen de todos estos resultados de objetivos de seguridad 2021 por grupos de hospitales se puede consultar en la siguiente tabla.



Mejorar la seguridad clínica							
INDICADOR	Fórmula	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Apoyo	ME/PSQ	Global Hospitales
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: RONDAS DE SEGURIDAD	Promedio rondas en unidades de hospitalización breve psiquiátrica	1,0	1,3	1,3	-	3,0	<b>1,3</b>
	rondas en UCI realizadas	1,3	1,7	1,9	-	-	<b>1,7</b>
	rondas en urgencias realizadas	1,2	1,6	1,3	-	-	<b>1,4</b>
	rondas en bloque quirúrgico	1,5	1,6	1,4	1,5	-	<b>1,5</b>
	rondas otras unidades/servicios	4,2	3,1	2,9	3,5	4,8	<b>3,5</b>
	Nº total de rondas	<b>53</b>	<b>118</b>	<b>69</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>Media: 8,1 Total: 277</b>
Mejorar la seguridad del paciente en el centro							
INDICADOR	Fórmula	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Apoyo	ME/PSQ	Global Hospitales
IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO	Constituido un comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica de acuerdo con indicaciones de SGCACS	100%	92%	100%	100%	100%	<b>97%</b>
	Acciones desarrolladas para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
	Promedio objetivos de seguridad del paciente totales establecidos por el centro	10,3	9,5	11,5	11	7,4	<b>Media: 9,9 Total: 336</b>
Mejorar la gestión de los incidentes de seguridad en el centro							
INDICADOR	Fórmula	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Apoyo	ME/PSQ	Global Hospitales
INCIDENTES DE SEGURIDAD CON INFORME VALIDADO	Promedio IS/EM validados	136	142	336	25	72	<b>Media: 170 Total: 5613</b>
Mejorar las prácticas seguras en la organización							
INDICADOR	Fórmula	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Apoyo	ME/PSQ	Global Hospitales
IMPULSO DE PRÁCTICAS SEGURAS (INDICADOR SINTÉTICO)	Nº de pacientes infectados o colonizados con BMR durante el ingreso x 100/ Nº total de pacientes ingresados	3,04%	6,19%	7,86%	-	-	<b>5,71%</b>
	Nº de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral/ Nº total de días de sondaje	5,88%	6,33%	5,45%	NA	NA	<b>6,03%</b>
	Autoevaluación de la OMS 2021 nivel intermedio o avanzado	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
	% camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención:	100%	92%	86%	100%	-	<b>93%</b>
	Nº de profesionales formados en HM 2020	1713	4002	4215	162	762	<b>10854</b>
	Nº de profesionales formados en HM 2021	1668	3891	8301	220	644	<b>14724</b>
	% de unidades/servicios quirúrgicos en los que están implantadas las 3 medidas obligatorias IQZ	100%	97%	100%	92%	NA	<b>98%</b>
% de implantación del LVQ	97%	97%	96%	100%	NA	<b>96%</b>	

Tabla 5. Objetivos de seguridad en atención hospitalaria



## Objetivos de seguridad en Atención Primaria

En el año 2021, los objetivos y las actuaciones establecidas en seguridad del paciente y sus principales resultados fueron los siguientes:

- **Desplegar la seguridad del paciente en la organización:** Este objetivo se desarrolla a través de tres indicadores, uno de los cuales está dedicado a la implantación de objetivos de la seguridad del paciente en el centro; otro relativo a la participación de directivos en las rondas de seguridad y por último, un indicador sobre el desarrollo y la utilización del sistema de identificación de incidentes de seguridad y errores de medicación en la Comunidad de Madrid (CISEMadrid).

El objetivo ha logrado un cumplimiento global del 100%. A continuación, se exponen los resultados obtenidos por cada uno de los indicadores que forman el objetivo.

**1.-Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro:** Como meta se ha establecido la implantación de al menos cuatro objetivos, incluyéndose como prioritarios:

- Constituir un comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica de acuerdo con las recomendaciones de la Subdirección General de Calidad Asistencial.
- Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales

En este sentido, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria ha constituido el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica, conformado por 16 profesionales sanitarios de carácter multidisciplinar y pertenecientes a diferentes sociedades científicas, donde han desarrollado actuaciones para promover la práctica clínica adecuada y de forma específica la supresión o minimización de las prácticas clínicas inadecuadas ("No hacer").

Además, dando respuesta al cumplimiento de otro de los objetivos prioritarios, ha elaborado medidas para mejorar la comunicación con los pacientes atendidos por consulta telefónica y se ha implantado, como pilotaje, un formulario de derivación a la unidad del dolor con información clínica mínima que mejora la seguridad en las transiciones asistenciales del paciente con dolor.

En cuanto a otros objetivos desarrollados y que no forman parte de los prioritarios, desde la Gerencia, se ha desarrollado la elaboración del mapa de riesgos en Atención Primaria y el proyecto *TriggerPrim*, donde se ha realizado la revisión de 2.000 historias como estudio de prevalencia de eventos adversos y para validar un conjunto de *trigger* en Atención Primaria.

**2. Participación activa de directivos en la seguridad del paciente a través de "Rondas de seguridad":** Las rondas de seguridad del paciente son una manera de asegurarse de que los directivos cuentan con información de primera mano sobre los problemas de seguridad de los profesionales y permite demostrar visiblemente su compromiso escuchando y apoyando al personal si se les plantean problemas de seguridad.



En el año 2021 se estableció que se realizaran al menos 10 rondas de seguridad por cada Dirección Asistencial, en centros de salud en los que no se hubieran realizado rondas en años anteriores.

Así, se han llevado a cabo un total de 72 rondas de seguridad y el 100% de las Direcciones Asistenciales han cumplido con el objetivo establecido.

**3. Número de IS-EM identificados/validados por las UFGRS de la Dirección Asistencial:** El Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación (CISEMadrid) está implantado desde 2011 en Atención Primaria y se ha instituido como una herramienta fundamental en la seguridad del paciente.

Para impulsar la consolidación y la utilización de CISEMadrid se establece este indicador, en función de un número mínimo y determinado de incidentes de seguridad (IS) identificados y errores de medicación (EM) y emisión de informes validados tras su análisis.

Como meta para las diferentes Direcciones Asistenciales en Atención Primaria en 2021, se dispuso que al menos el número mínimo de IS-EM identificados fuera de 200 para cada DA y el número mínimo de IS-EM que tuvieran el informe validado de 100, si bien la meta podría adaptarse en función de la situación de la pandemia.

El número de informes validados que las diferentes Direcciones Asistenciales han llevado a cabo tras analizar los IS-EM notificados ha sido de 1278, superando la meta establecida. Por otro lado, el número de IS/EM notificados ha sido inferior a lo esperado, ya que en 3 de las 7 direcciones asistenciales no han llegado a 200, que era el número mínimo que se solicitaba.

- **Impulsar prácticas seguras/Desarrollo de actuaciones para mejorar higiene de manos.** Dentro de este objetivo se consideraban como acciones prioritarias:

- Mantener o mejorar la puntuación y resultados obtenidos tras realizar la autoevaluación con la herramienta OMS (siendo al menos nivel intermedio).
- Tener disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención >95%.
- Aumentar el número de profesionales formados en higiene de manos (HM) con respecto a año previo, en especial los de nueva incorporación.

Así, en 2021 se ha realizado la autoevaluación de HM en 153 de los 262 centros de salud, de los cuales 142 mantienen o superan el nivel intermedio. El cumplimiento ha sido de un 40% respecto a esta actuación, puesto que han sido 3 de las 7 Direcciones Asistenciales las que han alcanzado el objetivo.

Respecto a la actuación prioritaria de tener disponibilidad en atención primaria de preparados de base alcohólica en el punto de atención superior a un 95%, todas las Direcciones Asistenciales y centros de salud que las conforman tuvieron un 100% de disponibilidad, consiguiendo un amplio cumplimiento de la meta.

En relación a la última de las actuaciones prioritarias establecidas referida a aumentar en el número de profesionales formados (on-line y formación propia) con respecto al año previo, haciendo hincapié en los profesionales de nueva incorporación, el cumplimiento ha sido del 100%.



En el año 2020 no se dispone de información respecto a número de profesionales que fueron formados desde los propios centros, si bien a través curso de higiene de manos que se imparte *on line* desde la plataforma ForMadrid se formaron 637 profesionales, mientras que en el año 2021 se han formado un total de 1727 personas (1065 online y 662 con formación propia), lo que supone un aumento muy importante de profesionales formados en la importancia y uso de la higiene de manos.

El resumen de esta información puede consultarse en la Tabla 6

<i>Desplegar la seguridad del paciente en la organización</i>			
INDICADOR	META	ACLARACIONES	RESULTADOS
<b>Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro</b>	Alcanzado 100% si se desarrollan 4 objetivos incluyendo los prioritarios	<i>Constituido un comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica</i>	<b>Sí</b>
		<i>Actuaciones desarrolladas para la comunicación segura con los pacientes o</i>	<b>Sí</b>
		<i>N<sup>a</sup> objetivos de seguridad del paciente totales establecidos por la gerencia.</i>	<b>4</b>
<b>“Rondas de Seguridad”</b>	Alcanzado 100% si $\geq$ 10 rondas en el 100% DAS	<i>N<sup>o</sup> DAS con &gt; 10 rondas</i>	<b>7</b>
		<i>N<sup>a</sup> total de rondas</i>	<b>72</b>
<b>Número de IS-EM identificados/validados por las UFGRS de la Dirección Asistencial</b>	Alcanzado 100% si: N. <sup>o</sup> de IS-EM con informe validado $\geq$ a N. <sup>o</sup> mínimo establecido	<i>N<sup>a</sup> de DAS con IS/EM validados de acuerdo al n<sup>o</sup> mín. establecido(100)</i>	<b>7</b>
		<i>N<sup>a</sup> total de informes validados<sup>3</sup> en Atención Primaria</i>	<b>1279</b>
<i>Impulsar prácticas seguras</i>			
INDICADOR	META	ACLARACIONES	RESULTADOS
<b>Autoevaluación y mejora de la higiene de manos</b>	Alcanzado 100% si actuaciones prioritarias realizadas	<i>N<sup>o</sup> DAS con autoevaluación HM OMS 2021 en al menos 70% centros salud (nivel intermedio)</i>	<b>3</b>
		<i>Disponibilidad preparados de base alcohólica</i>	<b>100%</b>
		<i>N<sup>o</sup> de profesionales formados en HM 2021</i>	<b>1727</b>

Tabla 6. Objetivos de Seguridad del paciente en Atención Primaria

### Objetivos de seguridad en SUMMA 112:

En este ámbito establecieron los siguientes objetivos:

- **Desplegar la seguridad del paciente en la organización:** En el primer objetivo se incluyen los siguientes puntos para su evaluación: Implantación de objetivos de seguridad del paciente, Participación activa de directivos en rondas de seguridad, Autoevaluación y mejora de la higiene de manos.
  - **Implantación de objetivos de seguridad del paciente:** En 2021 se estableció la meta de desarrollar un mínimo de cuatro objetivos incluyendo los dos prioritarios: Constituir un comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica y Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales.

<sup>3</sup> Informe validado: es informe que se remite al profesional que ha notificado un IS o EM, e incluye acciones de mejora tras análisis del incidente



En este sentido se ha constituido un Comité de adecuación de la práctica clínica, formado por 22 profesionales y se han desarrollado actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales.

En total, se han llevado a cabo 12 objetivos de seguridad del paciente establecidos por el centro, además de los dos objetivos considerados prioritarios, entre ellos: actualizar mapa de riesgos de los procesos clave de la organización; implantar la seguridad del paciente y la humanización en el uso de las sujeciones en el traslado psiquiátrico; mejorar información y comunicación en la transferencia de pacientes...etc.

- **Participación activa de directivos en la seguridad del paciente a través de rondas de seguridad.** En 2021 se estableció el objetivo de realizar al menos una ronda de seguridad documentada por parte de los directivos del SUMMA 112 por cada Unidad Funcional. En este sentido, se han realizado reuniones “on line” con todas las Unidades Funcionales. Las rondas presenciales han sido realizadas por Jefes de Guardia y Supervisoras de Enfermería, frecuentemente durante la actividad asistencial directa. Los temas tratados han sido la transferencia de pacientes, la seguridad del equipamiento, los listados de verificación y el registro de códigos. En total, se han realizado 24 rondas de seguridad, una por cada Unidad Funcional.
- **Autoevaluación y mejora de la higiene de manos:** La Gerencia del SUMMA 112 ha realizado la autoevaluación en 2021, siendo su nivel de desarrollo avanzado, manteniendo el grado alcanzado en años anteriores. Además, también se ha evaluado la disponibilidad de preparados de base alcohólica en los 111 puntos de atención, con un resultado del 100%, ya que están disponibles en todos ellos.

Respecto al curso “on line” de higiene de manos disponible a través de la Consejería de Sanidad, en el año 2021, se han formado un total de 283 profesionales sanitarios.

- **Evaluar los Incidentes de Seguridad:** En cuanto a la evaluación de los incidentes de seguridad, se estableció como meta a alcanzar para el año 2021, elaborar al menos un plan de mejora que refleje el abordaje realizado frente a los incidentes de seguridad identificados. Durante el año 2021 se han realizado un total de 121 notificaciones. El 95% fueron notificadas vía email y el resto por correo interno a la Unidad de Calidad (En el SUMMA 112 no está implantado el sistema de notificación CISEMadrid). Las 121 notificaciones de 2021, han sido clasificadas en:
  - ✓ 71 Incidentes de Riesgo (58,67%).
  - ✓ 28 Factores contribuyentes al riesgo (23,14%)
  - ✓ 22 incidencias no relacionadas con la seguridad del paciente (18,79%).

Las 71 notificaciones que han constituido Incidentes de Riesgo o un Factor Contribuyente al Riesgo por identificarse como circunstancias con capacidad de producir daño al paciente han estado relacionadas, entre otros con: demora de recurso para el traslado de pacientes y problemas para la transferencia de pacientes en las urgencias hospitalarias.



Algunas acciones de mejora han sido las siguientes: Mejora del procedimiento de comunicación en prioridades 0 emergencias vitales y revisión del Protocolo de transferencia de pacientes SUMMA112-Atención Hospitalaria y recordatorio de la buena práctica en la transferencia clínica.

Un resumen de esta información puede encontrarse en la *Tabla 7*.

<i>Desplegar la seguridad del paciente en la organización</i>			
INDICADOR	META	ACLARACIONES	RESULTADOS
<b>Implantación de objetivos de seguridad del paciente</b>	Excelencia: al menos 4 objetivos incluyendo los prioritarios	<i>Constituido un comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica</i>	<b>Sí</b>
		<i>Actuaciones desarrolladas para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales</i>	<b>Sí</b>
		<i>Nº objetivos de seguridad del paciente totales establecidos por el centro</i>	<b>12</b>
<b>Participación activa de directivos en rondas de seguridad</b>	Excelencia: al menos 1 ronda por cada Unidad Funcional del SUMMA	<i>% de Unidades Funcionales con al menos 1 ronda</i>	<b>100% (24 rondas total)</b>
<b>Autoevaluación y mejora de la higiene de manos</b>	Excelencia: actuaciones prioritarias realizadas	<i>Autoevaluación OMS: mantenimiento o mejora de la puntuación</i>	<b>Avanzado: 100%</b>
		<i>Disponibilidad preparados de base alcohólica en el punto de atención</i>	<b>100%</b>
		<i>Número de profesionales formados en HM 2021</i>	<b>283</b>
<i>Evaluación de incidentes de seguridad</i>			
<b>Nº de propuestas de planes de mejora frente a incidentes de seguridad</b>	Excelencia: al menos 1 plan de mejora	<i>Realizado plan de mejora</i>	<b>Sí</b>

**Tabla 7. Objetivos de seguridad del paciente en SUMMA 112**

### I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF), con plena implantación en los centros sanitarios desde 2007 representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de seguridad del paciente a nivel de los centros. Están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 34 de Atención Hospitalaria, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112 en 2021

La función de las Unidades es impulsar el despliegue de la seguridad del paciente en su centro, a partir de la actividad de sus miembros, que con un formación específica en materia de seguridad del paciente, abordan la promoción de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en el centro, es decir, la identificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación y la propuesta y seguimiento de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.

Recientemente ha entrado en vigor el Decreto 4/2021 que establece los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, y entre ellos, la presencia de Comisiones de Seguridad o Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos, en el caso de las gerencias asistenciales del SERMAS.



Estas Unidades informan de sus actividades a la Subdirección General de Calidad Asistencial y con todo ello, se elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2021 se describen a continuación.

### Estructura/Organización:

Entre las características de las Unidades hay que resaltar la idea de que al ser unidades “funcionales”, son estructuras organizativas flexibles que se pueden adaptar a la realidad de cada centro sanitario, en cuanto al número y perfil de los profesionales y a su forma de interactuar.

Globalmente en el Servicio Madrileño de Salud forman parte de estas Unidades un total de 849 profesionales de todos los ámbitos de la organización sanitaria. De todos ellos, un 87% (736) pertenecen a las 34 Unidades Funcionales de hospitales, seguidos de profesionales de atención primaria (11%) de las 7 Unidades Funcionales y del SUMMA 112 (2%).

En el siguiente gráfico se representan los valores promedio de profesionales que forman parte de las distintas Unidades, observándose cierta correlación entre el tamaño de los centros, con mayor número de profesionales y el nivel de participación de los mismos en sus Comités de Seguridad/Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

**Figura 6. Promedio de profesionales que forman parte de las UF: por ámbito asistencial y grupo de hospital**

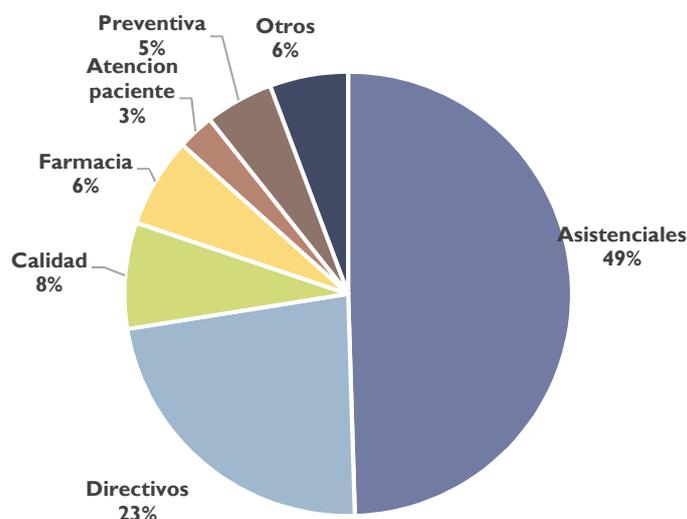


\*ME y PSQ: Media estancia y Psiquiátricos

En cuanto al perfil de los profesionales, de acuerdo a las recomendaciones que se dieron para la constitución de las Unidades Funcionales, participan en estos grupos multiprofesionales al menos un miembro del equipo directivo y representantes de las áreas de calidad, farmacia y medicina preventiva, pudiendo formar parte de ellas cualquier otro personal que el centro y, de facto, tienen cada vez más presencia los profesionales sanitarios asistenciales (49%), tal y como se refleja en el Gráfico 1.



Gráfico 1: Composición de las unidades funcionales



Otro aspecto interesante que se recoge dentro del apartado de composición de las Unidades Funcionales es el relativo al nivel de formación de sus integrantes. Así, con respecto a la información facilitada por las Unidades Funcionales en el año 2021, de los 849 profesionales que integran las diferentes unidades, se ha comunicado el nivel de formación del 100% de estos profesionales. De ellos, el 72% considera que tiene un nivel de formación medio y avanzado, un 20% básico y un 8% refiere no tener formación en seguridad del paciente

Por este motivo además de la formación descentralizada en seguridad del paciente que cada Gerencia organiza, la Subdirección General de Calidad Asistencial coordina la realización de diversas actividades de formación. La difusión de estos cursos se canaliza a través de los responsables de cada Unidad Funcional y también específicamente y de forma prioritaria se dirige a los profesionales que refieren ningún nivel de formación o formación básica, con el objetivo de aumentar la capacitación de los mismos.

A nivel organizativo, desde el año 2012 se ha impulsado a nivel institucional la figura de los responsables o referentes de seguridad; profesionales dedicados a la asistencia y formados en seguridad del paciente, que actúan a nivel local, en servicios, unidades o centros de salud, desplegando la cultura de seguridad, gestionando los riesgos y promoviendo prácticas seguras.

Así, de acuerdo a los datos comunicados en el año 2021, hay un total de 2.542 responsables de seguridad de unidades/servicios en el Servicio Madrileño de Salud, con un promedio global de 61 responsables por Gerencia/Dirección Asistencial.

Respecto al número total de objetivos establecidos por las Unidades Funcionales, estos han sido de 421, un número superior al registrado en el año 2020 (385), con un promedio de 10 objetivos por Unidad Funcional, lo que supera a la media del año 2020 pero todavía inferior a la registrada en el 2019 que se establecieron 504 objetivos totales.

Las Unidades Funcionales al ser estructuras organizativas flexibles pueden adaptar su forma de interactuar a la realidad de cada centro sanitario y en este sentido si bien el promedio global de



reuniones en el año 2021 ha sido de 6 reuniones por Unidad Funcional, hay un amplio rango que oscila en valores mínimos de 1 reuniones y máximo de 13.

Además de lo anteriormente descrito, las Unidades Funcionales reflejan también otros aspectos de su organización relativos a grupos de trabajo que se establecen en los centros. Estos grupos de apoyo a la Unidad Funcional son con los que trabaja y que están relacionados con seguimiento de incidentes, seguridad en diferentes áreas, etc. Durante este periodo refieren tener un total de 152 grupos de trabajo: 147 en hospitales, 2 en atención primaria y 3 en el SUMMA112.

### Actividad de las Unidades Funcionales

Las actividades de las que informan las Unidades Funcionales en materia de seguridad del paciente, se encuentran estructuradas en dos apartados: las actividades de promoción de la cultura de seguridad y las actividades relacionadas con el proceso de gestión de riesgos.

1.- Las **actividades de promoción de la cultura de seguridad**, que incluyen los materiales que se elaboran en cada centro y/o la Unidad Funcional

En total se han elaborado 554 materiales durante 2021, menos de la mitad que en 2020 en el que se elaboró mucho material relacionado con COVID (1.157), pero similar a 2019, de los cuales 519 proceden de Hospitales, 6 del SUMMA 112 y 29 de Atención Primaria. Respecto al tipo de material elaborado, los mayoritarios (33%) se corresponden con protocolos, procedimientos y guías, seguidos de carteles o infografías (20%) y hojas informativas (con un 18%). Atendiendo a los destinatarios, el de los materiales se 71% dirigían a profesionales (394), seguido de la información a pacientes y/o familiares (24%) y a todos (5%). De forma más específica, respecto a los materiales elaborados en relación con el SARS-CoV-2, han sido 43, es decir, el 10% del total, una cifra mucho menor que el año 2020, como corresponde al cambio de la situación epidémica.

2.- **Actividades relacionadas con el proceso de gestión de riesgos** que lleva a cabo cada centro y que engloba la identificación y el análisis de incidentes y las actividades para mejorar la seguridad del paciente.

Durante el año 2021, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 12.674 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 34,1% con respecto al año previo, pero todavía por debajo de las notificaciones producidas en 2019, reflejo del impacto que la COVID-19 ha tenido en los centros. (Ver apartado III.1.1 de CISEMadrid)

### 1.4. Decreto 4/2021 de seguridad del paciente y otras actuaciones

#### 1.- Decreto 4/2021 por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid

En enero de 2021, se publica el “Decreto por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid” en el BOCM. Se trata de un decreto que fija criterios mínimos y se ha realizado a instancias de la Resolución 77/2017 sobre política general de Seguridad del Paciente.

Tiene como finalidad general la implantación de elementos organizativos y herramientas que permitan mejorar la seguridad de los pacientes y la consolidación de la cultura de seguridad en el conjunto de los centros y servicios sanitarios ubicados en la Comunidad de Madrid; si bien se tiene en consideración el número de profesionales y las características de la asistencia sanitaria de aquellos para determinar los requisitos específicos.



La estructura y contenido, de este decreto, comprende tres capítulos que contienen 10 artículos:

En el capítulo I se recogen las disposiciones generales y contiene tanto el objeto como el ámbito de aplicación del decreto.

El capítulo II, establece los elementos organizativos para la seguridad del paciente, y se recogen los elementos básicos para la consecución de las medidas de seguridad del paciente: Plan de seguridad del paciente, Responsable de seguridad del paciente, Comisión de seguridad del paciente y la regulación de sus funciones.

El capítulo III, está dedicado a las actuaciones inspectoras y régimen sancionador, se establece que corresponderá al personal inspector adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad la realización de las inspecciones, actuaciones y medidas cautelares necesarias para asegurar el cumplimiento de este decreto, haciéndose una remisión, dado el carácter sanitario de la materia, del régimen sancionador y de las infracciones y sanciones a la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

En su parte final, el texto contiene una disposición transitoria disponiendo el plazo de 12 meses (22 enero 2021) para que los centros y servicios ya existentes, se adapten a lo establecido en el decreto y dos disposiciones finales, la primera señala la habilitación de desarrollo y la segunda la entrada en vigor.

Según este Decreto, las Gerencias asistenciales del SERMAS, tendrán que tener un Plan de Seguridad del paciente cuyo contenido mínimo incluya:

- a) Identificación del centro o servicio sanitario y actividad.
- b) Identificación de la persona responsable de seguridad del paciente del centro.
- c) Estructura organizativa del centro que da soporte a la gestión de riesgos sanitarios.
- d) Programa de acciones previstas en materia de seguridad en la asistencia, que deberá incluir un plan de formación, un procedimiento para la identificación inequívoca de los pacientes, un sistema de identificación y de gestión de los incidentes de seguridad sin daño, en el que se establezca el procedimiento para el aprendizaje y mejora de los mismos, y la definición y realización de los objetivos anuales operativos.
- e) Líneas concretas de actuación (las doce del Plan estratégico actual del SERMAS), sin perjuicio de abordar adicionalmente otras no incluidas en esta relación.

Desde la Subdirección General de Calidad Asistencial, se facilitó un documento de recomendaciones para la elaboración del plan a las gerencias asistenciales del SERMAS para la realización del mismo. En 2021 los centros iniciaron sus planes de seguridad.

Respecto a los responsables de seguridad, todos los centros públicos han ido designado a sus responsables, y respecto a los centros y servicios de naturaleza privada, las previsiones sobre su designación corresponden a las facultades de decisión y organización del titular de cada centro o servicio sanitario., si bien se aplicarán los requisitos exigidos a los centros de naturaleza pública a aquellos centros o servicios privados que no hayan previsto nada al respecto.



## -Actuaciones llevadas a cabo por la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria, en relación con el Decreto 4/2021

Dicho Decreto establece 2 situaciones en su aplicación:

- Su obligado cumplimiento, desde el 23 de enero de 2022, para los centros y servicios sanitarios de nueva creación a partir de esa fecha.
- Para el resto de centros, es decir, los que disponían de autorización previa a la entrada en vigor de la norma, fijaba un plazo de 12 meses para su adaptación.

Además, divide los centros y servicios sanitarios en 2 grupos, a los que se les exige distintos requisitos.

**El primer grupo (artículo 2 punto 1)**, está constituido por los centros sanitarios **con internamiento** y los centros y servicios sin internamiento, que conllevan el desarrollo de actividades de **cirugía mayor ambulatoria, o de actividades quirúrgicas** realizadas en quirófanos, o el desarrollo de **procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos**, o que cuenten con una **plantilla de 90 o más profesionales sanitarios**, a los que se les exige constituir una comisión de seguridad del paciente, regulada en el artículo 7, y establecer el plan de seguridad del paciente tal y cómo está referenciado en el artículo 4.

Este primer grupo comprende 145 centros desglosados en:

- C.1 Hospitales (centros con internamiento): 89
- C.2 Proveedores de asistencia sanitaria (sin internamiento)
  - Con autorización de la unidad Cirugía mayor ambulatoria: 40
  - Centros de diálisis: 12
  - Centros polivalentes con plantilla superior a 90 profesionales: 4

**El segundo grupo (artículo 2 punto 2)**, está constituido por el **resto de centros y servicios sanitarios**, a los que se les exige, como mínimo, establecer la identificación segura de pacientes y muestras biológicas (si las hubiere) y la prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria, incluida la higiene de manos. Este grupo comprende 13.796 centros y servicios sanitarios.

El Decreto también determina, que corresponde al personal inspector adscrito a la Consejería de Sanidad, la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento del mismo.

La Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria (en adelante DGIOS) estructuró la comprobación del cumplimiento del Decreto 4/2021 del siguiente modo:

- Los 145 centros, comprendidos en el primer grupo, serían inspeccionados o evaluados por el Área de Evaluación Sanitaria de la Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación.
- Los 13.976 centros y servicios sanitarios, comprendidos en el segundo grupo, serían inspeccionados o evaluados por el Área de Inspección de Centros y Servicios Sanitarios de la Subdirección General de Autorización y Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.



A continuación se describen las **actuaciones que se han desarrollado en el primer grupo de centros**:

**1. Redacción de un protocolo de evaluación** de acuerdo a los requisitos fijados en el Decreto y que contempla lo siguiente:

- Estructura del centro.
- Plan de seguridad del paciente.
- Responsable de seguridad.
- Comisión de seguridad del paciente.
- Conclusiones y propuestas.

**2. Selección de los centros** según su tipología. Se establecieron los siguientes subgrupos del primer grupo:

- Hospitales con internamiento privados 40.
- Centros sin internamiento 52.
- Centros con más de 90 sanitarios en plantilla 4.

**3. Elaboración de una propuesta de calendario para la realización de las visitas** a los centros. Se prevé que en el mes de noviembre estén finalizadas las visitas de inspección, dejando diciembre para evaluar nuevamente los centros en los que se objetivan cumplimientos parciales de los requisitos. En este sentido, a fecha de elaboración de esta memoria se habían realizado las visitas de **7 hospitales con internamiento y 22 centros sin internamiento, con actividad quirúrgica**. Todos los centros evaluados cumplen con los requisitos fijados en el Real Decreto

**En cuanto a las actuaciones desarrolladas en el segundo grupo**, se han desarrollado en 2 ejes:

**1. Por un lado, en cumplimiento del Decreto 4/2021:**

- La **información** a los centros y servicios sanitarios en los que se emitió resolución de autorización de funcionamiento, renovación y modificación, del obligado cumplimiento del citado Decreto, a partir del 23 de enero de 2021. En el caso de ser centros de nueva creación (en autorizaciones de funcionamiento), de su obligatoriedad desde la misma y, en el resto de autorizaciones de centros constituidos previamente a su entrada en vigor (renovaciones y modificaciones), la obligación de adaptarse en el plazo de 12 meses. En este sentido, se ha informado a **3.192 centros y servicios sanitarios**.
- La elaboración de un **protocolo de inspección**, acorde a los requisitos fijados por el Decreto 4/2021, de 20 de enero, que armonizara las labores inspectoras de todos los miembros del Área de Inspección.
- La inclusión, dentro de los Programas de inspección de oficio, del Plan de Inspección de Sanidad para el año 2021 de la DGIOS (BOCM 31 de mayo de 2021), de un **“Programa específico** para comprobación del cumplimiento del Decreto 4/2021”.
- Las citadas visitas de inspección se han orientado, con independencia de comprobar el cumplimiento de los requisitos normativos, a impulsar la consolidación de la cultura de seguridad y su mejora en todos los centros sanitarios públicos y privados de la Comunidad de Madrid. Se han llevado a cabo **85 visitas de inspección** de oficio a centros y servicios sanitarios del artículo 2 punto 2. No se verificaron incumplimientos normativos.



2. Por otro lado, se han efectuado **otras actuaciones dirigidas a garantizar la seguridad de la asistencia sanitaria** que se presta a los ciudadanos, en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, las cuales actuarían en sintonía con el Decreto 4/2021, de 20 de enero, potenciando el objetivo de la Consejería de Sanidad de proteger la salud de sus ciudadanos y garantizar la calidad y seguridad de la asistencia que se presta a los mismos.

Entre ellas se encuentran las siguientes:

A. Medidas sinérgicas con el artículo 2.2 del Decreto 4/2021, de 20 de enero, dado que su objetivo es la “prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria”, contempladas en otras normativas de aplicación:

- Comprobación, en los centros y servicios sanitarios, de la **limpieza, desinfección, y correcta esterilización** del material no fungible que lo precisa y la correcta gestión de residuos biosanitarios. Se han realizado **4.436 inspecciones**. Resaltar, en este orden de cosas, que se han priorizado las inspecciones de oficio a servicios sanitarios ubicados en Residencias de Mayores, realizándose 143 visitas.
- Inspección de las **medidas preventivas** para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el **COVID-19** adecuadas, según el momento cronológico de la inspección, a la Orden 668/2020, de 19 de junio, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y sus modificaciones posteriores hasta la actual Orden 1244/2021, de 1 de octubre, de la Consejería de Sanidad. Se han revisado estas medidas en las **1.289 visitas** de inspección de oficio realizadas.

B. Otras comprobaciones para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios en los centros y servicios sanitarios:

- Comprobación de la **correcta protección frente a radiaciones ionizantes**; del estado de los equipos sanitarios, su conservación, mantenimiento, registros, calibraciones y su condición para su utilización tras averías y accidentes, en los casos que procedía, dentro de las **4.436 inspecciones** realizadas.
- Medidas para la **prevención y control del intrusismo**, mediante la comprobación de la veracidad de las plantillas de profesionales durante el período de vigencia de la autorización sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. Se han realizado **9.075 actuaciones**.

## 2.-Estrategia de Seguridad del Paciente en obstetricia y ginecología y estrategia de Seguridad del Paciente en pediatría del SERMAS

Estos documentos publicados en junio de 2021, han sido impulsados por la Gerencia Asistencial de Hospitales. Se mantienen las actuaciones incluidas y desarrolladas en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, pero incluyendo actuaciones a desarrollar en un periodo temporal más amplio que permitan integrarlas en la nueva estrategia de seguridad del paciente.

Los documentos desglosan los objetivos operativos y las actuaciones en estas áreas. Además se desarrollan algoritmos y protocolos relacionados con determinadas actuaciones, como por ejemplo, elaborar un documento escrito de recomendaciones previas a las cirugías o el protocolo institucional para la prevención de la enfermedad tromboembólica en la cirugía ginecológica.

## 3- Nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2027



Durante 2021, se adelantaron los avances en la nueva estrategia de Seguridad del Paciente 2027, con un análisis interno y externo revisado por parte de las Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad. Además se establecieron la misión, visión y valores de la nueva estrategia, así como la realización de un análisis DAFO y un DAFO-CAME, de donde se obtienen 23 líneas, 12 líneas generales y las doce líneas pertenecientes a la línea de prácticas seguras.

Figura 7. CAME- líneas estratégicas nueva estrategia



Para elaborar la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente, se ha creado un espacio de colaboración en nuestra intranet donde se ha incluido documentación para cada una de las líneas de la nueva estrategia. También se mantuvo una reunión on-line (30/11/2021) con los referentes propuestos de cada una de las líneas para comenzar a trabajar en los grupos en el desarrollo de los nuevos objetivos estratégicos y en las actuaciones a definir.

## II. PRÁCTICAS SEGURAS

La aplicación del ciclo de gestión de riesgos desemboca en el diseño e implantación de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente, evitando la repetición de errores y fallos conocidos y la aparición de otros nuevos. Cuando las actuaciones se apoyan en evidencia científica hablamos de prácticas seguras, que se constituyen en la práctica de referencia para mejorar la seguridad, como las referidas a la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la higiene de manos, la identificación inequívoca, el listado de verificación quirúrgica o los paquetes de medidas de los proyectos Zero en unidades de cuidados intensivos.

Cuando no hay evidencia científica disponible, que es con frecuencia, para avalar una intervención para mejorar la seguridad, pero la experiencia y el consenso de expertos la avalan, hablamos de Recomendaciones de Seguridad.

En la Comunidad de Madrid se continúa con el despliegue institucional de grandes líneas de actuación coordinadas con otros organismos como el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y, a través de él, con la Comisión Europea y con la OMS. Este grupo de actuaciones se



detallan en este apartado de Prácticas seguras, en el que se incluye: Proyectos Zero en las UCIs, Higiene de Manos, Seguridad del Paciente Quirúrgico, Uso Seguro del Medicamento, Entornos de especial riesgo en Atención Primaria, y vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

### II.1.1. Uso seguro del medicamento

Los errores de medicación constituyen el tipo de evento adverso más frecuente, según los estudios, siendo evitables en al menos un 35% de los casos. Durante 2021, la Consejería de Sanidad ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas tanto a profesionales como a pacientes.

A continuación, se detallan las actividades realizadas, relacionadas con:

- a) la notificación de errores de medicación (apartado de la memoria Aprendizaje y Conocimiento)
- b) red de farmacias centinela
- c) intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos
- d) estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas
- e) actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la Comunidad de Madrid
- f) identificación de las vías de administración de medicamentos
- g) circuito de suministro de antidotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del SERMAS
- h) otras actuaciones: programa de revisión de la medicación FAP-MAP, taller conoce tus medicamentos, actuaciones en centros sociosanitarios del AMAS
- i) formación

#### **a) Actuaciones derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos: <https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>:**

En el Portal de Uso Seguro de Medicamentos (PUSM) los profesionales sanitarios notifican los errores de medicación procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales: hospitales, atención primaria, SUMMA112, la red de farmacias centinela, centros socio-sanitarios y del servicio para el suministro de medicamentos extranjeros de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (Ver apartado Aprendizaje y Conocimiento)

1.- Elaboración y difusión de boletines sobre seguridad de medicamentos: Como resultado de la evaluación y gestión de las notificaciones sobre errores de medicación recibidos en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, se han elaborado una serie de boletines e informes con destino a los profesionales sanitarios para fomentar el uso seguro de medicamentos, difundir información sobre el análisis de los errores de medicación notificados, así como de los casos concretos generalizables con el objetivo de evitar que los errores de medicación se vuelvan a producir.

- Boletines de recomendaciones a los profesionales: se han elaborado 10 boletines de recomendaciones a los profesionales para fomentar el uso seguro de los medicamentos en los que se recomiendan actuaciones para mejorar el uso de los medicamentos.



- Boletín resumen trimestral: Durante el año 2021, se han editado 4 boletines con el resumen trimestral de las notificaciones, destinado a todos los ámbitos asistenciales.
- Informes de seguimiento: se han elaborado 12 informes de seguimiento sobre la notificación de errores de medicación para atención especializada. y se han elaborado 12 informes de seguimiento sobre la notificación de errores de medicación para atención primaria.
- Comunicación a los profesionales sanitarios los resultados de la notificación de incidentes relacionados con la autorización/calidad de los medicamentos: Se han realizado 2 comunicaciones a los profesionales sanitarios para informar de la próxima realización de cambios en las presentaciones para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
- Boletines de la RFC (Red de Farmacias Centinela). Durante el año 2021 se han realizado 4 Boletines para las Oficinas de Farmacias de la Red de Farmacias Centinela donde se recomiendan actividades para detectar y evitar posibles errores de medicación.

2.- Noticias publicadas en el PUSM: Durante el año 2021 se han publicado un total de 54 noticias sobre seguridad de medicamentos a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios

**b.- Red de farmacias centinela (RFC):** Comisión de seguridad de la RFC: Convocada en octubre de 2021, al haber transcurrido dos años desde anterior convocatoria, para la renovación e incorporación de nuevas oficinas de farmacia. Durante la Comisión se procedió a la renovación de no menos de la décima parte, ni más de la cuarta parte del total de las oficinas de farmacia incluidas en la Red de Farmacias Centinela, en esta ocasión se renovaron e incorporaron 17 Oficinas de Farmacias que habían presentado solicitud previa para ser miembros de la RFC.

**c- Intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos.** Se mantienen mensajes en el MUP por principio activo en aquellos principios activos con pautas especiales para minimizar el riesgo de que se produzcan errores en la prescripción (bifosfonatos orales, denosumab, análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, GLP-1, vitamina D, metotrexato, algunos antipsicóticos), fentanilo transmucoso por los riesgos asociados a su uso fuera de indicación, y anticoagulantes para minimizar el riesgo de duplicidades en la prescripción.

Se ha continuado con la estrategia de identificación de pacientes con duplicidad en la prescripción de anticoagulantes orales. Se ha informado a los médicos y farmacéuticos de AP y AH de los casos detectados como nuevos, así como de aquellos identificados anteriormente en los que, a fecha de la extracción de la información, no se había resuelto el problema.

Se ha elaborado un documento de trabajo revisado por el grupo de Reumatología coordinado desde la Subdirección de Farmacia, como apoyo para intervenir sobre los pacientes con pautas incorrectas y/o potencialmente tóxicas de metotrexato. Se ha informado a los médicos y farmacéuticos de AP y AH de los pacientes con pautas de metotrexato diferentes a la administración semanal, así como con prescripciones que implican riesgo de sobredosificación, entendida como dosis > 120 mg/mes de metotrexato. En diciembre del 2021 se había solucionado el 97%(1.868) de los casos detectados.

**d.- Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiacepinas,** cuyo pilotaje se realizó en 2016 y en el año 2017 se desplegó a todos los centros de salud de AP y centros socio-sanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid. El objetivo es evitar problemas en tratamientos prolongados con BZD, de tolerancia (dependencia y abuso), así como efectos



adversos (por ej. pérdida de memoria y de reflejos, confusión, riesgo de caídas y fracturas). Los principales recursos se han mantenido durante el año 2021:

- Documentación dirigida al paciente disponible en la web <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/dejar-pastillas-dormir>
- Un protocolo de registro en la historia clínica electrónica que permite obtener un calendario automático de reducción de dosis.
- Distribución de los cortadores de comprimidos.
- Modelos de entrevista motivacional para los distintos profesionales que pueden participar en el proceso.
- Coordinación con servicios de urgencias de los hospitales y las oficinas de farmacia.

Desde el año 2018 se venía observando una disminución en el indicador % de pacientes con BZD crónicas, hasta el año 2020 en el que se observó un incremento, pasando de 6,21% a 6,85%. Aunque en el año 2021 ha habido más pacientes con BZD (ansiolíticos o hipnóticos), el número de envases por paciente ha disminuido, y en el indicador de uso crónico se nuevo se ha recuperado la tendencia descendente (6,47%).

**e) Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos.** La resistencia a los antibióticos es uno de los riesgos mundiales más graves y urgentes para la salud que tenemos en la actualidad. Según el Ministerio de Sanidad, en el año 2015 murieron en España 2.837 personas como consecuencia de infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes, un número mucho mayor que los fallecimientos por accidentes de tráfico. Por este motivo, es necesario poner medidas para intentar minimizar las resistencias.

En 2021 se mantuvo la participación de la Comunidad de Madrid en el Plan Nacional sobre Resistencia a los Antimicrobianos. Una de las herramientas que se han mostrado eficaces es la implementación de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria.

En el año 2019 la Comunidad de Madrid puso en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE). En este documento se describen 7 líneas de trabajo generales y una de ellas es Implementar Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria. Debido a la situación de la pandemia, durante el año 2021 no se han podido desplegar las líneas de trabajo previstas en el Programa Marco RESISTE. A pesar de ello, se han facilitado una serie de recursos de forma centralizada:

- Plan formativo sobre la farmacoterapia de las enfermedades infecciosas en la comunidad. Durante el año 2021 se han realizado 5 cursos de 40 horas cada uno, relacionados con el Uso Racional de Antibióticos, dentro del plan de formación dirigido a Médicos de Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Pediatras de Atención Primaria y Hospitales, Farmacéuticos de Atención Primaria y Hospitalarios. A través de los mismos, se han formado 3043 profesionales, en formato mixto presencial y online.
- Pilotaje de la herramienta informática WASPSS (*Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System*) en 2 hospitales (H. Ramón y Cajal y H. Infanta Cristina), además del Hospital de Getafe que es donde se implementó la herramienta.
- Aplicación web de la Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos en infecciones de pacientes con tratamiento ambulatorio. El acceso es a través del enlace de la intranet de la Consejería de Sanidad. Recoge los tratamientos de elección y las alternativas a las principales infecciones comunitarias, tanto de adultos como de niños.



- Vídeo explicativo de la interpretación de un antibiograma. Un microbiólogo aclara posibles dudas que pueden surgir al interpretar un antibiograma. El acceso al vídeo está en la intranet de la Consejería de Sanidad. Se ha creado una sección en la web de la intranet dedicada al programa de mejora del uso de los antimicrobianos para poder compartir casos clínicos elaborados por los profesionales. El objetivo principal de la sección es que se compartan, entre los diferentes profesionales, experiencias de éxito relacionadas con la utilización (o no utilización) de antimicrobianos entre el ámbito ambulatorio y hospitalario.

Además, se ha mantenido en los contratos programa de los hospitales y de atención primaria un indicador con el objetivo de promover el desarrollo de las actividades de los PROA del paciente con tratamiento ambulatorio en los centros de salud.

En el año 2021, 24 hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud han seguido desarrollando actividades relacionadas con un Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) alcanzando entre un 80-100% de los objetivos del Contrato Programa.

**f) Identificación de las vías de administración de medicamentos:** Tras la firma de la Resolución 609/2016 por la que se dictaban instrucciones para la implantación de un sistema de identificación de vías de administración de medicamentos orientado a mejorar la seguridad en la administración de medicamentos y su actualización posterior para facilitar su correcta implantación, durante el 2021 se ha continuado realizando la actualización y mejora del espacio de información al profesional en la intranet, para facilitar la implantación de esta práctica segura. <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Identificaciondevias.aspx>.

**g) Circuito de suministro de antídotos** centralizado entre el SUMMA112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud: En marzo de 2017, se publica la Resolución 105/2017 del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria por la que se establece un Procedimiento Centralizado de Gestión de Antídotos cuyo objetivo es establecer una actuación coordinada y en red entre los Servicios de Farmacia del SERMAS para el establecimiento de un sistema centralizado de gestión de antídotos, basada en criterios de seguridad, necesidad y eficiencia. Dicha resolución incluye el listado de antídotos. Además, se define un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para la optimización de la adquisición, almacenamiento y distribución de antídotos.

En la Intranet corporativa y a disposición de todos los profesionales se establece un apartado: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/AntidotosProcedimientos.aspx> donde se recogen todos los documentos a los que hace referencia la Resolución así como el formulario de solicitud, listado de contactos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y el algoritmo del procedimiento de solicitud urgente. Además, cuenta con un apartado específico con el listado de antídotos dónde se especifica para cada uno de ellos las siguientes características: principio activo, nombre comercial, tipo de medicamento, indicación, disponibilidad, stock mínimo, dosificación, observaciones, precauciones de conservación y ficha técnica.

Desde su implantación en marzo de 2017 se han realizado un total 275 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. De ellas, 94 solicitudes se han realizado en el año 2021.

#### **h) Otras actuaciones sobre el uso seguro de medicamentos**

En el año 2017 se puso en marcha de un programa de revisión parcial de la medicación realizada por el farmacéutico de atención primaria como medida de colaboración con los médicos de familia para mejorar la adecuación y la seguridad de los tratamientos en los pacientes con mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con la medicación.



Estos pacientes son seleccionados por los médicos o por los farmacéuticos de atención primaria (FAP), priorizando los pacientes crónicos complejos con nivel de intervención alto, polimedicados, pacientes afectados por alguna de las alertas/contraindicaciones seleccionadas o pacientes de centros socio-sanitarios concertados o privados.

Desde que se inició el programa se ha ido aumentando el número de revisiones realizadas. Durante el año 2021 los FAP han realizado 1.323 revisiones integrales de tratamiento, de las cuales el 38,9%, de manera similar al valor registrado en el año 2020 (38%), corresponden a pacientes que viven en centros sociosanitarios privados o concertados. La edad media de los pacientes ha sido de 80 años, con un promedio de principios activos prescritos entre 12 y 13 (12,76). El 89,94% de los pacientes revisados tuvo alguna recomendación del FAP. Las incidencias más frecuentes identificadas fueron por este orden: la necesidad de revisar dosis y/o pauta posológica, la posible falta de indicación de medicamentos prescritos, la duración del tratamiento y las interacciones medicamento-medicamento. A diferencia de lo registrado en el año 2020 donde se situaba en la cuarta recomendación más frecuente, la incidencia revisar medicamentos con posible ausencia de indicación, se posiciona como la segunda causa más frecuente de intervención.

Como medida excepcional y con objeto de minimizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la continuidad de los tratamientos, se realizaron renovaciones automáticas de la prescripción en receta electrónica. En apoyo de esta medida y con el fin de garantizar la seguridad de los tratamientos, se puso en marcha el "Procedimiento para incrementar la seguridad de los pacientes de alto riesgo tras la renovación automática de la prescripción crónica durante la pandemia por COVID-19", mediante el cual los Farmacéuticos de Atención Primaria realizaron revisiones de tratamiento en pacientes de alto riesgo a los que se les realizó renovación automática de su medicación entre diciembre 2020 y febrero 2021. En total se realizaron 4.824 revisiones, con una media de edad de los pacientes de 82 años y 20 principios activos prescritos. Tras las revisiones realizadas se resolvieron el 48% de los Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) detectados y en el 70% de los pacientes se resolvió al menos un PRM.

Destaca también la mejora en la seguridad de los pacientes en tratamiento con AAS como antiagregante tras la revisión realizada por los FAP. El porcentaje de personas de 74 o más años en tratamiento crónico con AAS a dosis superiores a 100 mg ha pasado de 5,83% a 4,29%, con una reducción de 2.186 pacientes (reducción del 34% respecto al dato de diciembre 2020).

**-Programa del mayor Polimedicado:** Se ha continuado con el seguimiento del Programa de Atención al Mayor Polimedicado (PMP), que tiene como objetivo mejorar la salud y la calidad de vida de la población mayor de 74 años polimedicada.

En 2021 la cobertura de pacientes del programa ha sido del 64,39% del total de la población diana (286.301)

La cobertura indica la población polimedicada que ha sido incluida en el programa y a la que se le ha realizado y registrado alguna actividad del programa en el último año.

Las actividades de revisión del uso de la medicación se han realizado en dos ocasiones a lo largo del año en el 7,41% de los pacientes que llevan al menos un año incluidos y atendidos en el programa.

De los pacientes incluidos en el programa, 1.723 pacientes son seguidos desde las oficinas de farmacia (un total de 948 farmacias adheridas al programa a fecha diciembre 2021).

**-Taller dirigido a población mayor sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización** (incluye tema de adherencia, hoja de medicación, prevención de errores de medicación). En junio del año 2016 la COVAM (Comisión de Validación de Proyectos Educativos



de la CM) validó como proyecto marco de la CM el taller “Conoce tus Medicamentos”, estando disponible a través de la intranet en la aplicación EpSalud. En el año 2020, se han impartido 10 talleres (5 con la participación de los FAP), frente a los 78 del año anterior. La situación de pandemia no ha permitido que se llevaran a cabo más talleres de este tipo a partir del mes de marzo. En el año 2021 tampoco se han podido impartir estos talleres presenciales con los pacientes.

-Los **farmacéuticos de atención a centros socio-sanitarios** que colaboran con la Agencia Madrileña Atención Social en proporcionar una atención farmacéutica a los pacientes institucionalizados en centros socio-sanitarios públicos (7.138 residentes en el año 2021), han revisado 22.596 tratamientos con 216.410 líneas de medicamentos. Se han propuesto 4.558 intervenciones con un grado de aceptación del 57%. Una gran parte de las intervenciones estaban relacionadas con aspectos de seguridad como la duración de los tratamientos, información sobre interacciones, comunicación y seguimiento de las reacciones adversas más frecuentes.

-Se han revisado y difundido 31 alertas de medicamentos y 13 notas informativas de la AEMPS. Se ha revisado la preparación de medicamentos de más de 15.980 SPD (Sistema Personalizado de Dosificación). Se notificaron 123 errores de medicación y se han realizado 100 notificaciones RAM.

## i) Formación

- Se han impartido 6 cursos de Uso Seguro de Medicamentos coordinados por la Sub. G. de Farmacia y Productos Sanitarios, con un total de 3.514 participantes (médicos, farmacéuticos, residentes de enfermería y de medicina)

- Curso de formación para nuevos integrantes de la RFC y para resto de miembros de la RFC (fechas 25 nov-2 dic 2021).

## II. 1.2. Higiene de Manos

La mejora de la higiene de manos es un elemento fundamental en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y un objetivo prioritario en seguridad del paciente. De este modo se incluye de forma anual entre los objetivos institucionales de los centros. En 2021 el objetivo de higiene de manos que se trasladó a los centros fue: 1) la realización de la autoevaluación con la herramienta de la OMS situándose al menos en un nivel intermedio de desarrollo, 2) la disponibilidad de preparados de base alcohólica en al menos el 95% de los puntos de atención y 3) el aumento de los profesionales formados en higiene de manos.

Los resultados obtenidos en los diferentes ámbitos asistenciales se describen en el *apartado 1.2. Objetivos institucionales*.

Asimismo, con motivo del Día mundial de higiene de manos 2021 se desarrollaron actividades tanto a nivel central en la Consejería como en los diferentes ámbitos asistenciales. Así, se organizó el I Concurso audiovisual de higiene de manos en los centros del Servicio Madrileño de Salud. Una iniciativa que buscaba reconocer y difundir iniciativas desarrolladas por los centros entorno a la celebración de este día. Fueron un total de 26 las iniciativas presentadas (20 de hospitales, 5 de direcciones asistenciales de atención primaria y una del SUMMA 112).

Un comité de selección, coordinado desde la Subdirección e integrado por profesionales del grupo coordinador de higiene de manos de la Consejería de Sanidad, evaluó todos los materiales presentados. El fallo del jurado se realizó el 5 de mayo y se hizo público en la Jornada de seguridad del paciente, organizada por la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente el 6 de mayo. A esta jornada, vía zoom, asistieron numerosos profesionales de las Unidades Funcionales



de Gestión de Riesgos Sanitarios, equipos directivos y otros profesionales interesados en la seguridad del paciente.

Por otra parte, en la práctica totalidad de los centros del Servicio Madrileño de Salud se realizaron otras muchas actividades, habiendo informado de ellas 23 Hospitales, Atención Primaria y SUMMA 112. Con todo ello se elaboró una Memoria detallada de actividades del 5 de mayo 2021 que se difunde a los centros para compartir y reconocer todas las iniciativas llevadas a cabo y se remite al Ministerio.

También, como en años previos se solicitó en el mes de abril a los centros los indicadores vinculados Programa de Higiene de manos del Sistema Nacional de Salud relativos al año 2020. Toda la información recibida se analizó, se remitió al Ministerio y sus principales resultados se detallan a continuación:

Indicadores del programa de higiene de manos	2019	2020
1.- % de Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en la habitación	98,3%	97,7%
2.- % de Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención	85,3%	81%
3.- % Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención	98%	98,8%
4.-Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en hospitalización (l/1.000 estancias)	34,64	75,94
5.-Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en atención primaria (l/10.000 consultas)	2,80	66,49
6.- Observación del cumplimiento de higiene de manos	61,5%	68,5%

Tabla 8. Indicadores del programa de higiene de manos

Además, se ha continuado con las actividades formativas online sobre higiene de manos, cuyos resultados se presentan detalladamente en el apartado de formación de esta memoria.

### II.1.3. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)

- Prevalencia global de infección relacionada con la asistencia sanitaria 2021

La prevalencia global es un indicador que mide los pacientes que presentan una infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) durante su ingreso hospitalario en un momento determinado. Diversos estudios han demostrado la eficacia de los **programas de vigilancia y control de las IRAS** en los hospitales para prevenir las infecciones. Los estudios de prevalencia aportan información de los pacientes, de situaciones clínica y epidemiológica, y de la necesidad de adoptar medidas de prevención y control de las IRAS.

Los datos proceden del Sistema para la Vigilancia en España (SIVIES) del Centro Nacional de Epidemiología. Estos datos son recogidos por los servicios de medicina preventiva de los hospitales, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las IRAS del hospital y se les proporciona a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en



España (EPINE). Los datos que se reflejan más abajo solo reflejan lo que ocurre en los hospitales del SERMAS.

Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria	2019	2020	2021
	6,32%	No realizado	7%

Tabla 8. Prevalencia global IRAS

- Vigilancia de la infección de localización quirúrgica (ILQ) 2019-2020**

Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son un importante problema que pueden limitar los beneficios de las intervenciones quirúrgicas. Los pacientes que desarrollan una ILQ tienen mayor probabilidad de mortalidad, de estancias hospitalarias más prolongadas y de reingresos. Además, llevan aparejadas un aumento de pruebas complementarias y un uso adicional de antibióticos.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2006, se creó el Sistema de Vigilancia y Control de la infección hospitalaria según orden 1087/2006 dentro del marco de desarrollo de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Este sistema de vigilancia, establece la obligatoriedad de notificar las ILQ para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid tanto públicos como privados.

La vigilancia de ILQ se realiza sobre procedimientos obligatorios y sobre procedimientos opcionales. Los procedimientos quirúrgicos sobre los que se realiza vigilancia obligatoria en 2019 y 2020 son, en adultos, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, cirugía de colon, BYPASS coronario con doble incisión y BYPASS coronario con incisión simple (torácico).

En el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019 se han vigilado en la Comunidad de Madrid 26.539 procedimientos, tanto obligatorios como opcionales. Durante el año 2020 se han vigilado 16.522 procedimientos.

RIESGO	TASA INFECCIÓN SITIO QUIRÚRGICO 2019	TASA INFECCIÓN SITIO QUIRÚRGICO 2020
<b>Total Índice NNIS</b>	3,48%	2,96%
<b>NNIS OE</b>	4,55 %	-
<b>NNIS M</b>	0,95%	0,73%
<b>NNIS 0</b>	1,57%	1,28%
<b>NNIS 1</b>	3,44%	3,12%
<b>NNIS 2</b>	9,05%	8,55%
<b>NNIS 3</b>	15,82%	13,00%
<b>Indeterminado</b>	3,10%	2,61%

Tabla 9. Tasas de ILQ según riesgo NNIS\*

\*El índice de riesgo quirúrgico del National Healthcare Safety Network (NHSN), del CDC, NNIS clasifica a los pacientes quirúrgicos en categorías basándose en la presencia de 3 factores de riesgo principales: ASA, Clasificación de la cirugía según grado de contaminación y la duración de la cirugía > percentil 75 del tiempo estimado para esa cirugía.



Tabla 10. Localización de las ILQ

LOCALIZACIÓN INFECCIÓN	Nº INFECCIONES NOSOCOMIALES 2019	Nº INFECCIONES NOSOCOMIALES 2020
ILQ superficial	248	170
ILQ profunda	170	88
ILQ órgano/ espacio	436	231
<b>Total infecciones</b>	<b>854</b>	<b>489</b>

En el momento actual no se dispone de la información de la vigilancia de ILQ de 2021

- Brotos nosocomiales 2021

La detección precoz de un brote de IRAS es crucial para su control y eliminación. Es importante que cada centro disponga de un programa de vigilancia, prevención y control adecuado a sus características, que permita la rápida identificación del brote, la investigación de la fuente y de los factores contribuyentes y la adopción precoz de las medidas de control más adecuadas, con el fin de disminuir la morbimortalidad y minimizar las posibles repercusiones sociales, económicas y legales.

En el contexto actual de pandemia los brotes de origen nosocomial COVID-19 han adquirido una especial relevancia por la importante carga de morbi-mortalidad en pacientes y profesionales así como la alta carga de trabajo que han supuesto y el aumento de costes.

En la siguiente tabla se puede ver la distribución de los brotes según tipo de hospital

Tipo de hospital	Nº de brotes COVID notificados	Nº de brotes NO COVID notificados
Alta complejidad	62 (47%)	6 (30%)
Media complejidad	33 (25%)	
Baja complejidad	9 (6,8%)	1 (5%)
Hospitales de media/larga estancia	4 (3%)	
Otros centros públicos	17 (12,9%)	
H. privados	7 (5,3%)	13 (65%)
<b>TOTAL</b>	<b>132 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>

Tabla 11. Número de brotes nosocomiales según tipo de hospital. Año 2021

	Nº de casos	Nº de pacientes afectados	Nº de trabajadores afectados	Nº de éxitos
<b>Total brotes COVID</b>	1152	931	221	96
	Nº de casos	Nº casos colonizados	Nº casos infectados	Nº de éxitos
<b>Total brotes NO COVID</b>	108	28	67	---

Tabla 12. Datos descriptivos de los brotes nosocomiales. Año 2021



#### II.1.4. Proyectos Zero en las UCIs

Desde hace años se trabaja con los proyectos “Zero” con indicadores en **objetivos institucionales**. En este sentido se incluyeron en contrato programa 2021 indicadores relacionados con el proyecto Resistencia Zero e ITU Zero, reducción de la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje uretral.

Así, entre las medidas de evaluación se encuentra la tasa de pacientes (infectados o colonizados) con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI, cuyo resultado en 2021 ha aumentado a 5,71% (fue de 1,85% en el año 2019). En relación con los episodios de ITU-SU entre el número total de días de sondaje uretral (por 1000). En el año 2021, el resultado medio de los hospitales del SERMAS ha sido de un 6,03%

En Octubre de 2021, el Ministerio de Sanidad mantuvo una reunión con los representantes de los Proyectos Zero de las CCAA con la idea de reiniciar o reforzar los Proyectos de Seguridad en las UCI, desarrollando planes de acción en las Comunidades Autónomas. En dicha reunión, se presentó el **Plan de críticos elaborado por la Comunidad de Madrid** con un objetivo principal: mejorar la seguridad de los pacientes críticos en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Para alcanzar este objetivo, se establecen los siguientes objetivos secundarios u operativos:

- Evaluar la repercusión de la pandemia por COVID-19 en los proyectos de seguridad del paciente en las UCI.
- Redefinir la estructura organizativa en los proyectos.
- Desarrollar acciones de mejora de los proyectos.
- Establecer un sistema de evaluación y seguimiento de los resultados del Plan de acción.

Para evaluar la repercusión de la pandemia de COVID-19, se ha trabajado en la elaboración de un cuestionario por parte del grupo coordinador para trasladarlo a todas la UCI en el primer semestre de 2022 y realizar un análisis de los datos de forma global y por UCI, que permitirá establecer unas acciones de mejora.

En relación a la estructura, se ha redefinido la composición a nivel central del grupo de coordinación autonómico de los proyectos y a nivel de las unidades, se han designado un responsable médico, de enfermería y de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en cada UCI.

#### II.1.5. Seguridad del paciente quirúrgico

La seguridad en cirugía es una prioridad de salud pública debido a su creciente uso dentro de la atención sanitaria, el alto potencial de daño asociado y la evidencia de que la mayor parte de los eventos relacionados con los procedimientos quirúrgicos son prevenibles.

Por ello, se hace necesario desarrollar e implantar medidas efectivas orientadas a la prevención de eventos adversos, como el desarrollo y utilización de buenas prácticas y recomendaciones basadas en la evidencia científica, la realización sistemática de las verificaciones necesarias para evitar posibles errores, la promoción de una comunicación eficaz dentro del equipo y la implicación del paciente en su seguridad.



En 2021, vinculado a los objetivos institucionales, se ha evaluado el grado de adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ). El **proyecto IQZ** busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la reducción del número de infecciones quirúrgicas que se producen en los hospitales. Propone la aplicación de 5 medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las cuales 3 son obligatorias para todos los hospitales participantes en el proyecto: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello.

En 2021, se mantuvo la meta establecida en el año 2019 donde al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto habían de estar implantadas en >90% de unidades/servicios quirúrgicos. En este sentido, y de acuerdo al protocolo IQZ, al menos se incluyen las siguientes 5 intervenciones: cirugía de colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, By-pass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto y By-pass aorto-coronario con solo incisión torácica, señalando así mismo que cada hospital podrá seleccionar otras intervenciones donde aplicar el protocolo.

En cuanto los resultados, de forma global la adherencia ha sido de un 98% de servicios o unidades, similar al 98,2% del año 2019, habiendo alcanzado la meta establecida el 93% de los hospitales (27 de los 29 centros con actividad quirúrgica).

Y en relación con **la Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ)**, que se ha incluido como objetivo de calidad desde el año 2009, en 2021 el porcentaje global de implantación del LVQ (número de historias clínicas con listado de verificación quirúrgica por número de historias clínicas evaluadas X 100) ha sido de un 96,3% (rango 65-100%), muy similar al porcentaje alcanzado el año anterior (96,1%).

La meta establecida en el año 2021 marcaba que el porcentaje de implantación en cada hospital fuera superior al 95 %. En este caso han sido 90% de hospitales (26 de los 29 con actividad quirúrgica) los que han alcanzado este objetivo, superior al 83% de los centros en el año 2019.

#### II.1.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria

En Atención Primaria, durante el año 2021, **se ha finalizado la elaboración del Mapa de riesgos** iniciado en julio del 2020, en la que ha participado un numeroso grupo de profesionales asistenciales pertenecientes a todas las categorías y coordinados por técnicos del Área de Calidad y Seguridad de la Gerencia Asistencial de AP (GAAP). Se elaboraron 10 AMFES sobre los procesos de riesgo identificados:

- Atención por consulta telefónica
- Nueva gestión del acceso
- Atención en consulta a pacientes COVID
- Atención en consulta a pacientes no COVID
- Atención domiciliaria a pacientes COVID
- Atención domiciliaria a pacientes no COVID

Se identificaron más de 300 modos de fallo y se priorizaron 66. No se identificaron riesgos “muy graves” por lo que el Mapa de Riesgos de AP solo incluye riesgos “importantes” y aquellos “apreciables” que tienen una solución fácil de implantar.



Se seleccionaron 139 medidas, teniendo en cuenta la factibilidad de implantación, y ya se han difundido a los profesionales aquellas soluciones que son fáciles y sencillas de implantar: medidas para los riesgos detectados en la atención telefónica, en la consulta presencial y en la atención domiciliaria.

Otro hito importante en el 2021 en AP ha sido la **finalización del proyecto Trigger-PRIM**, financiado por el Instituto de Salud Carlos III, que ha consistido en un estudio epidemiológico mediante revisión de historias clínicas, con el objetivo de validar un conjunto de trigger y de estimar la frecuencia de todos los tipos de eventos adversos (EA) y sus características en Atención Primaria (evitabilidad, gravedad, lugar de ocurrencia, tipo y factores contribuyentes). Se consideró evento adverso según la definición de la OMS: “evento o circunstancia que ocasionó un daño innecesario a un paciente. Se considera daño la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos”.

Una vez identificados los principales riesgos sanitarios en AP, a través del Mapa de riesgos elaborado, con los principales EA hallados en el estudio Trigger-PRIM y la cuantificación y análisis de las notificaciones de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) realizadas por los profesionales en CISEMadrid, en el 2021 **se han definido los objetivos estratégicos y las actuaciones de la Línea específica de “Entornos de especial riesgo en AP”**, que forma parte de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SERMAS hasta el 2027. Dichos objetivos han sido definidos por todos los integrantes de la Comisión de Seguridad del Paciente de la GAAP, Comisión que ha seguido reuniéndose de forma mensual y está compuesta por la responsable de SP, por los coordinadores de las 7 UFGRS y por 3 farmacéuticos y 1 enfermera asistencial, todos ellos también pertenecientes a UFGRS de AP.

En relación a las **notificaciones de IS y EM**, resaltar que en el 2021 han aumentado de forma considerable en AP, en comparación con el año anterior cuando comenzó la pandemia COVID-19, pasando de 1448 notificaciones en el 2020 a 1960 en el 2021, aunque aún estamos lejos del número de notificaciones de 2019 (pre pandemia) que ascendían a 4055.

De igual forma, en el 2021 **se han elaborado más recomendaciones de seguridad generalizables (RSG)**, intentando dar respuesta a los IS y EM notificados, 15 RSG en total, muchas de ellas relacionadas con mejorar la seguridad en la administración de las vacunas COVID.

Otras actuaciones realizadas en el 2021 en Atención Primaria:

- Se ha actualizado el documento “Recomendaciones para la realización de espirometrías en Atención Primaria durante la pandemia de COVID -19”, para dar respuesta a las medidas de seguridad recomendadas para los pacientes y los profesionales, teniendo en cuenta la evolución de la pandemia.
- Se ha actualizado la guía elaborada en el 2020, pero que por la pandemia no se difundió ni implantó, “Guía para la gestión de eventos adversos graves en AP, comunicación a pacientes y familiares y atención a las segundas víctimas”.
- Se ha puesto en marcha de nuevo el grupo técnico para la mejora del control y seguimiento de pacientes en tratamiento con anticoagulantes en AP y se están actualizando, según la nueva evidencia disponible, los dos proyectos marco: “Procedimiento de control y seguimiento de pacientes en tratamiento con AVK” y “Control y seguimiento en AP de pacientes en tratamiento con ACOD”.
- Se ha aplicado un AMFE al proceso de PREVECOLON



### III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

En los últimos años se ha desarrollado una línea de formación en seguridad del paciente con el objetivo de proporcionar formación en seguridad del paciente a los distintos niveles de profesionales que componen nuestras organizaciones sanitarias utilizando las distintas tecnologías y metodologías de formación de acuerdo con los objetivos estratégicos.

En este apartado se resumen las actividades de formación sobre seguridad del paciente realizadas en 2021 y la actividad derivada de los sistemas de notificación, así como otras actuaciones que también contribuyen a fortalecer el aprendizaje y el desarrollo en seguridad del paciente en nuestra organización desde el ámbito del conocimiento.

#### III.1. Sistemas de notificación y aprendizaje

CISEMadrid es el Sistema común de notificación de incidentes y errores de medicación, que se encuentra implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 33 Hospitales, y en la Unidad Funcional del SUMMA 12 se han mantenido las primeras reuniones para adaptar el sistema.

Como parte de la consolidación de este sistema, en 2021 se ha seguido manteniendo el análisis y gestión de los incidentes de seguridad notificados a través de CISEMadrid y en lo relativo a la evolución del sistema se ha realizado la validación de la última versión con mejoras CISEMadrid que se implementó en diciembre 2021, fundamentalmente relacionadas con las estadísticas.

Asimismo, la Subdirección General de Calidad Asistencial coordina un grupo funcional con profesionales de hospitales y atención primaria que a lo largo de 2021 han avanzado en el planteamiento de nuevas mejoras para su posterior abordaje y asimismo ha realizado un estudio, pendiente de publicación sobre el “Impacto de la pandemia COVID-19 en los sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente y errores de medicación: CISEMadrid”.

##### III.1.1. CISEMadrid

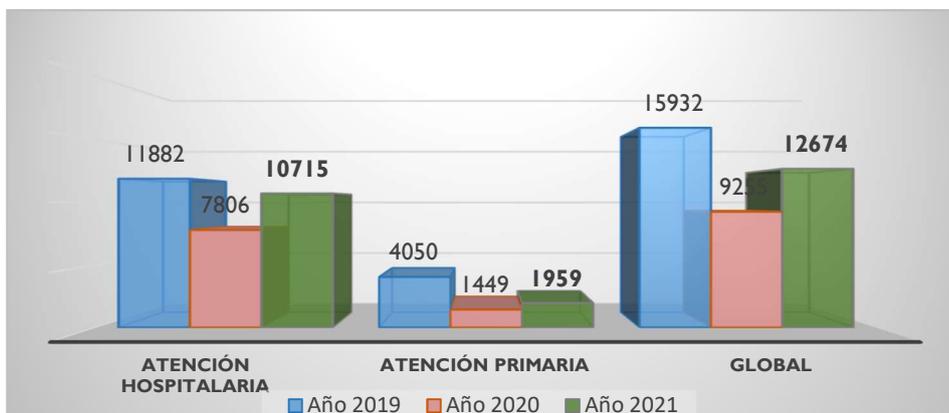
CISEMadrid es el sistema electrónico para la notificación anónima y confidencial, por cualquier profesional, de incidentes de seguridad y errores de medicación desde cualquier puesto de la intranet sanitaria. Sustenta el proceso de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación por los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria y Hospitales y Responsables de Seguridad de Servicios y de Unidad en los hospitales. CISEMadrid facilita la incorporación de los errores de medicación al Portal de Uso Seguro del Medicamento, evitando la duplicidad de estas notificaciones.

Durante el año 2021, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 12.674 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 34,1% con respecto al mismo periodo del año previo, en el que hubo un importante reflejo del impacto que la COVID-19 en los centros.

Analizando estas cifras por ámbitos asistenciales, del total de notificaciones, el 84,5% corresponde a hospitales (donde han notificado 33 centros) y el 15,4% restantes a centros de salud de las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria. Comparando las notificaciones por ámbito con el periodo 2020, el aumento ha sido mayor en Atención Hospitalaria (+29%) respecto a Atención Primaria (+5,1%).



Gráfico 2. N° de notificaciones por ámbito asistencial



Del total de notificaciones por incidentes de seguridad y errores de medicación (12674), 3.683 corresponde a errores de medicación y 8.991 corresponde a incidentes de seguridad. Por tanto, las notificaciones de errores de medicación representan un 29% total de las notificaciones recibidas. Si analizamos y vemos la comparativa 2020-2021 por separado de incidentes de seguridad y errores de medicación, existe una cierta recuperación, con un aumento de +24,4% en incidentes de seguridad y un aumento del +9,7% en errores de medicación.

El primer paso que las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos realizan para la gestión de las notificaciones es la revisión de las mismas para clasificarlas y valorarlas. Es un paso imprescindible para conocer qué ocurre, qué están comunicando los profesionales, si se considera que lo notificado es o no un incidente de seguridad, e iniciar la gestión de dichos incidentes que finalizará informando al notificador de las actuaciones que se han realizado como consecuencia de su comunicación.

Globalmente, de las 12.674 notificaciones recibidas, han sido revisadas o valoradas por las Unidades Funcionales el 91% (11.534); lo que quiere decir que se desconoce qué ha ocurrido con el 9% restante. No obstante, en Atención Primaria un 99,6% de las notificaciones se han valorado mientras que en hospitales el resultado ha sido inferior, con un 89,4% y una variabilidad importante entre centros. Así, entre Unidades Funcionales de hospitales el rango es de 39% a 100%.

Una vez realizada la clasificación-valoración de las notificaciones, se realiza la identificación. Los incidentes identificados más frecuentes tienen que ver con a medicación-vacunas, gestión organizativa y pruebas diagnósticas como se observa en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución de incidentes identificados 2021



El siguiente paso es realizar un análisis más en profundidad con herramientas específicas para ello. Así, de los 9.403 incidentes identificados, han sido analizados globalmente 7.448, lo que representa el 79,2%. De este modo, ha habido un aumento de un 4% respecto al grado de análisis del año 2020.

El promedio en hospitales ha sido de 186 incidentes analizados y en Atención Primaria de 188, por tanto bastante similar. No obstante, hay variabilidad, oscilando el porcentaje de análisis de los incidentes por parte de las distintas Unidades Funcionales de 45,5% a 100%.

En el caso del *SUMMA 112*, el número de incidentes que se han analizado en 2021, a través de sus sistemas propios de notificación y que se ha reflejado en SIAUF, ha sido de 102.

Asimismo, en CISEMadrid se recogen las diferentes herramientas que las Unidades Funcionales han utilizado para analizar los incidentes. De forma global las herramientas más utilizadas son la discusión de casos, las entrevistas y los grupos de discusión.

Por ámbitos, en Atención Primaria las más utilizadas son: la discusión de casos, otras herramientas y la espina de pescado/diagrama de Ishikawa. En hospitales: discusión de casos, entrevistas y otras herramientas.

	HOSPITALES	% hospitales	ATENCIÓN PRIMARIA	% primaria	GLOBAL	% global
<b>Discusión de casos</b>	2.344	29,6%	737	52,5%	3.081	<b>33%</b>
<b>Entrevistas</b>	1.801	22,7%	28	2%	1.829	<b>19,6%</b>
<b>Otras herramientas</b>	1.079	13,6%	261	18,6%	1.340	<b>14,3%</b>
<b>Grupos de discusión</b>	588	7,4%	32	2,2%	620	<b>6,6%</b>
<b>5 por qué</b>	402	5,07%	10	0,7%	412	4,4%
<b>Revisión Historias Clínicas</b>	359	4,5%	6	0,4%	365	3,9%
<b>Análisis causa raíz</b>	319	4,02%	23	1,6%	342	3,6%
<b>Protocolo Londres</b>	258	3,2%	6	0,4%	264	2,8%
<b>Análisis de sistemas</b>	223	2,8%	28	2%	251	2,6%
<b>Auditorías</b>	186	2,3%	13	0,9%	199	2,1%
<b>Espina de pescado (Diagrama de Ishikawa)</b>	45	0,5%	123	8,7%	168	1,8%
<b>Briefing</b>	144	1,8%	7	0,5%	151	1,6%
<b>Grupos focales</b>	111	1,4%	12	0,8%	123	1,3%
<b>Auditorías eventos significativos</b>	15	0,1%	86	6,1%	101	1,08%
<b>AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)</b>	47	0,6%	30	2,1%	77	0,5%

Tabla 13. Herramientas utilizadas para el análisis de incidentes: global y por ámbito asistencial 2021

Tras el análisis de los incidentes, el siguiente paso que realizan las Unidades Funcionales y así se refleja en CISEMadrid es establecer acciones de mejora y remitir un informe al profesional con el resumen de las medidas adoptadas en relación a la notificación que se realizó (Informe validado).



Así, de los 7.448 incidentes analizados, se han establecido acciones de mejora y remitido informe al profesional en 6.891, lo que representa un 73,3% con respecto a los incidentes que fueron identificados.

De este modo ha habido una mejora con respecto al mismo periodo del año 2020 (68,8%) de un +4,5% y, como se observa en la siguiente tabla, hay también diferencias por ámbito asistencial.

	Incidentes analizados	Incidentes con informe validado (al profesional con acciones de mejora)	% incidentes con informe validado con respecto a los identificados
<b>Hospitales</b>	<b>6.130</b>	<b>5.613</b>	<b>70,6%</b>
<b>Atención Primaria</b>	<b>1.318</b>	<b>1.278</b>	<b>87,8%</b>
<b>Global</b>	<b>7.448</b>	<b>6.891</b>	<b>73,3%</b>

Tabla 14. Informes validados 2021: global y por ámbito asistencial

De todas estas actuaciones de mejora, actualmente con las estadísticas de CISEMadrid no podemos hacer la distinción entre ellas, si bien se está trabajando en mejorar su obtención. Por este motivo se solicitó a las Unidades Funcionales que refirieran esta información a través del formulario de SIAUF, describiendo las recomendaciones generalizables y prácticas seguras desarrolladas, habiendo comunicado 52 recomendaciones de seguridad y 174 prácticas seguras.

Analizando la tipología de las acciones de mejora de acuerdo a la clasificación establecida de 17 categorías, las más frecuentes se refieren a medicación-vacunas, dispositivos médicos, gestión organizativa y pruebas diagnósticas tal y como se refleja en la siguiente tabla.

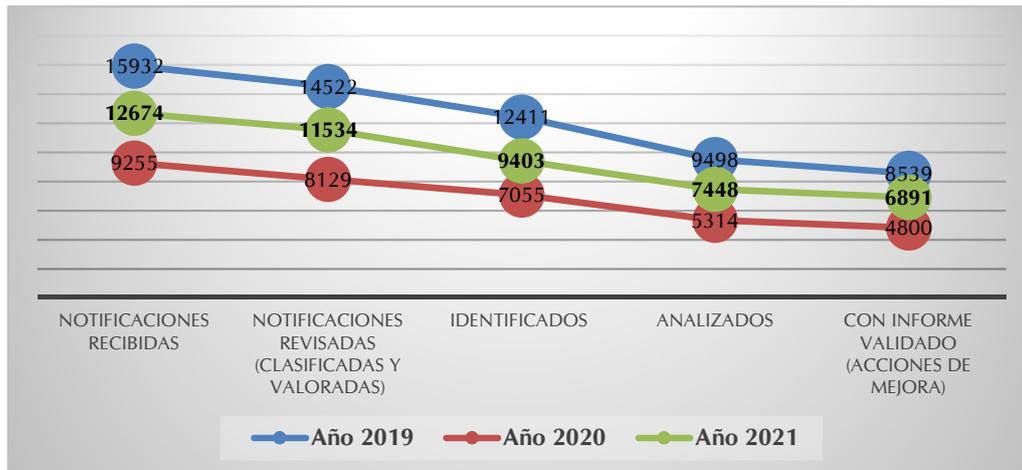
	ATENCION HOSPITALARIA	ATENCION PRIMARIA	GLOBAL	
Medicación/vacunas	1.771	486	2.257	35,7%
Disp. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	501	64	565	8,9%
Pruebas diagnósticas	464	93	557	8,8%
Cuidados y seguimiento del paciente	516	7	523	8,2%
Gestión organizativa/citaciones	398	123	521	8,2%
Identificación del paciente	232	48	280	4,4%
Procedimientos terapéuticos	193	13	206	3,2%
Accidentes del paciente	202	3	205	3,2%
Continuidad asistencial	141	36	177	2,8%
Otros	139	12	151	2,3%
Doc. clínica/ información/consentimiento informado	108	39	147	2,3%
Actividades preventivas	136	8	144	2,2%
Infraestructuras	102	29	131	2,0%
Valoración clínica/diagnóstico	94	26	120	1,8%
Procedimientos quirúrgicos	95	0	95	1,5%
Sangre y hemoderivados	46	0	46	0,7%
Infección relacionada con la atención sanitaria	42	0	42	0,6%

Tabla 15. Distribución de las actuaciones de mejora según su tipología: global y por ámbito asistencial

Asimismo, a modo de resumen se reflejan a continuación, de forma numérica, los pasos en el proceso de gestión (notificación, clasificación y valoración, identificación, análisis y validación con emisión de informe al profesional) que se ha llevado a cabo en CISEMadrid con las notificaciones recibidas en el año 2021 y su comparación con respecto a 2019 y 2020.



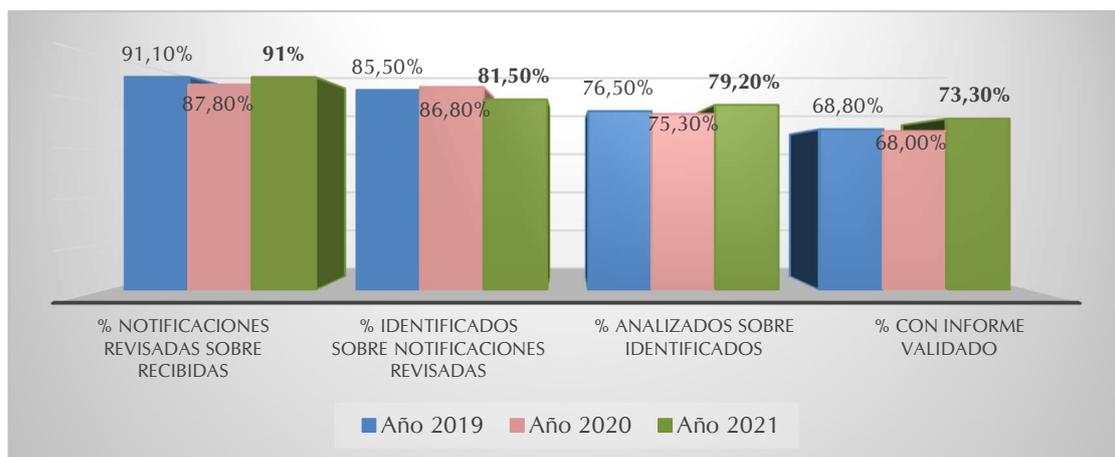
Gráfico 4. Resumen del proceso de gestión de las notificaciones 2019-2021



Así, en 2021, de todas las notificaciones recibidas se han revisado un 91% (frente a un 87,8% en 2020), y de ellas un 81,5% se han considerado incidentes de seguridad (un 86,8% en 2020). Se han analizado un 79,2% frente al 75,3% en año previo y se ha realizado la validación del informe, es decir *feed-back* al profesional con las acciones de mejora adoptadas, en un 73,3% de incidentes identificados (frente a un 68% en 2020).

Se muestra un gráfico comparativo de la evolución de la gestión de las notificaciones desde el año 2019 al 2021, donde se muestra una recuperación de la actividad de análisis y emisión del informe validado con acciones de mejora.

Gráfico 5. Gestión de notificaciones 2019-2020-2021



### III.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento

En el Portal de Uso Seguro del Medicamento, se notifican los errores de medicación procedentes de todos los niveles asistenciales de forma anónima. Una gran parte de los errores de medicación que se recibe desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria se cargan directamente a través de la aplicación CISEMadrid, facilitando así su notificación en el Portal y evitando posibles duplicidades.



Derivado del análisis de las notificaciones y en coordinación con las UFGR, se realizan diferentes actividades, que se detallan a continuación, con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir estos errores.

A lo largo del año 2021 se ha continuado fomentando la notificación de los errores de medicación (EM), con un total de 3.268 errores de medicación notificados. Con respecto al año 2020, se ha producido un aumento del 18% en el número total de notificaciones registradas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos. Por ámbitos asistenciales, la variación producida, respecto al 2020, ha sido el siguiente:

Por parte de las Unidades Funcionales de Atención Primaria (UFGR-AP) se ha producido un aumento del 27%, por parte de las Unidades Funcionales de Atención Hospitalaria (UFGR-AH) un aumento del 16%, por parte de la Red de Farmacias Centinela (RFC) un descenso del 6%, por parte de los Centros Sociosanitarios y Residencias de Ancianos un aumento del 31% y por parte del SUMMA-112 un aumento del 300% de las notificaciones comunicadas.

La participación en el Programa de Notificación de Errores de Medicación ha sido, durante el año 2021, de un 69,09% en el ámbito hospitalario, de un 24,51% en el ámbito de atención primaria, de un 0,12% en el SUMMA112, de un 2,51% en la Red de Farmacias Centinela y de un 3,76% en los Centros Sociosanitarios y Residencias de Mayores. La Sección de Medicamentos Extranjeros no ha participado.

Como consecuencia de la revisión de los errores de medicación notificados, se han realizado diferentes actividades encaminadas a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir dichos errores.

Se han revisado 1.443 (44%) y de estas se han realizado actuaciones en 290 (20%). Las principales actuaciones realizadas han sido las siguientes:

1.- Actuaciones relacionadas con posibles problemas de calidad: Se han revisado las notificaciones recibidas en el Portal relacionadas con posibles problemas de calidad y se han remitido a la Sub. General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, para investigación, 38 notificaciones por posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento.

2.- Actuaciones relacionadas con posibles problemas de suministro: Se han revisado las notificaciones recibidas en el Portal relacionadas con posibles problemas de suministro y se han remitido a la Sub. General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 20 incidentes relacionados con el suministro de medicamentos por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica. Otros 5 casos, no fueron remitidos, al no originar laguna terapéutica.

3.- Actuaciones relacionadas con errores de medicación con daño: Se han revisado 142 notificaciones recibidas en el Portal de Uso Seguro del Medicamento donde se indican consecuencias de daño para el paciente y se han remitido al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la Comunidad de Madrid las consideradas RAM (reacciones adversas). De ellas, 8 casos fueron el resultado de una omisión de tratamiento, por lo que no se remitieron al CFV al no ser consideradas RAM, tal y como recoge el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Artículo 2. Definiciones. A efectos de este Real Decreto, se entenderá por: Error de medicación: Fallo no intencionado en el proceso de prescripción, dispensación o administración de un medicamento bajo el control del profesional sanitario o del ciudadano que consume el medicamento. Los errores de medicación que ocasionen un daño en el paciente se consideran reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento.



4.- Actuaciones relacionadas con posibles incidentes en las bases de datos de prescripción: Se han revisado las notificaciones recibidas en el Portal, relacionadas con incidentes o posibles incidentes de originados en la prescripción donde está involucrado el Módulo Único de Prescripción (MUP). Se han remitido 21 notificaciones al Área de Sistemas de Información de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para su posible resolución a fin de mejorar la seguridad durante el proceso de la prescripción.

5.- Actuaciones relacionadas con errores de medicación cuya causa está relacionada con la presentación de la especialidad farmacéutica que puede dar lugar a confusión por nombres similares, similitud de envases: Se han revisado y remitido a la Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios (AEMPS) 33 notificaciones relacionadas con similitud de envases de especialidades farmacéuticas o de formas farmacéuticas que pueden dar lugar a confusión.

6.- Notificaciones remitidas a la Agencia Española de Medicamentos: Se han remitido 4 notas a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios relacionadas con incidentes revisados en el Portal, que proponen cambios para mejorar las presentaciones de los medicamentos para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos por los pacientes o durante la administración por los profesionales sanitarios.

7.- Otras: Las notificaciones relacionadas con la vacunación frente a la COVID-19 (n= 225; 6,9% del total) fueron analizadas en los boletines trimestrales según origen, tipo y causas del error y remitidas a Salud Pública.

### III.2. Actividades de formación

En 2021 las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente impulsadas por la Subdirección General de Calidad Asistencial fueron dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los Responsables de Seguridad de los servicios y centros de salud, y han incluido el diseño y ejecución de 3 actividades diferentes online, con un total de 4 ediciones en conjunto, proporcionando formación a un total de 5482 asistentes, lo que supone respecto al pasado año un aumento de 2029 alumnos más, sobre todo por la posibilidad de realizar el curso online básico de higiene de manos en abierto con un total de 4.050 profesionales matriculados (el pasado año se matricularon en esta formación 2237 alumnos).

Además se realizaron dos ediciones de aula virtual de la formación de CISEMadrid: aplicación práctica para hospitales, con la asistencia de 66 alumnos en sus dos ediciones.

En la siguiente tabla se recogen los diferentes cursos, ediciones realizadas y fechas de los mismos.

ACTIVIDADES	Dirigido a:	nº alumnos	fechas
<i>No presenciales (online)</i>			
Higiene de manos. Ed.1 y 2	Profesionales sanitarios de centros del Servicio Madrileño de Salud.	1.185	10 al 24/05/2021 20/09 al 4/10/2021
Seguridad del paciente para directivos	Personal directivo de centros sanitarios del SERMAS y de la Consejería de Sanidad. Responsables de seguridad.	181	16 al 30/06/2021
Curso Básico online de Higiene de Manos*	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad	4.050	20/02/2021 hasta la actualidad <sup>4</sup>
<i>Aula Virtual</i>			
CISEMadrid: aplicación práctica en hospitales. Ed. 1 y 2	Profesionales de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de los hospitales que sean usuarios de CISEMadrid	66	26/10/2021 16/11/2021

Tabla 16. Actividades de formación impulsadas por la SG de Calidad Asistencial

\* Puede realizarse en cualquier momento y sin límite de tiempo



Así mismo se ha trabajado en la actualización y virtualización del curso Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios. Desarrollado en el año 2015 se hacía necesaria una revisión y actualización de los contenidos de las diferentes unidades didácticas, incluyendo los cambios en la materia más relevantes de estos años, así como una actualización tecnológica. Para el desarrollo y actualización de los contenidos se solicitó la participación a profesionales con amplia experiencia en seguridad del paciente, con la coordinación y también participación de profesionales de la Subdirección.

El curso ha quedado conformado con 3 módulos de contenido teórico: 1: Conceptos, definiciones, estudios, metodología general y estrategias. 2: Herramientas de gestión de riesgo. 3: Las prácticas seguras. Y un cuarto módulo denominado “Aprender Haciendo” que consta de 11 Bloques con videos, cada uno de ellos con preguntas sobre los diferentes escenarios como ejercicio de autoevaluación.

Figura 8



A partir de este curso también se ha trabajado en 2021 en la virtualización de un nuevo curso denominado “Curso Básico de seguridad del paciente”, más reducido y que estará disponible permanentemente a partir de 2022, con el fin de conseguir un mayor alcance en la formación de los profesionales sanitarios en seguridad del paciente, tal y como ocurre con el curso básico online de higiene de manos.

Incluye así un resumen de los contenidos más relevantes desarrollados en el “Curso de seguridad del paciente: gestión de riesgos sanitarios”, con el diseño de un interfaz sencillo y atractivo puesto que el curso estará dirigido a cualquier profesional de sanidad que acceda a ForMadrid. Se estructura en los siguientes apartados: 1: La seguridad del paciente: importancia y conceptos fundamentales. 2. Estrategias de actuación para mejorar la seguridad del paciente. 3. Metodología y herramientas para gestionar los riesgos. 4. Las prácticas seguras. 5: Resumen e ideas clave.



Figura 9



De forma adicional, otras Unidades Directivas como la SG de Farmacia y Productos Sanitarios, así como los propios centros sanitarios, desarrollan actividades formativas en seguridad del paciente, que no están contempladas en este apartado.

### III.3. Comunicación y difusión del conocimiento

La comunicación periódica a la organización del desarrollo de la Estrategia mediante memorias e informes y su presentación en distintas jornadas y reuniones de carácter periódico, así como toda información de interés en materia de seguridad del paciente, es una actividad transversal que redunda en el impulso de la cultura de seguridad y la normalización del uso de esta información en la actividad cotidiana, de los profesionales sanitarios y no sanitarios y de los gestores y directivos de la organización.

Los elementos desplegados han sido principalmente:

- Documentos con información específica de la organización sobre seguridad del paciente, como las **memorias e informes** elaborados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial.
- En 2021 se ha avanzado en **la difusión de la publicación del Decreto\*** por el que se establecen **los requisitos para mejorar la seguridad del paciente** en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid y del borrador para la realización del plan de seguridad en los centros
- **Jornadas de trabajo** de las Unidades Funcionales que se desarrollan semestralmente, a las que acuden los miembros de las Unidades y en las que se presentan los datos de actividad obtenidos a través del Sistema de Información establecido (SIAUF), información sobre la marcha de proyectos institucionales y actividades de interés en seguridad y experiencias y prácticas seguras planteadas por las Unidades Funcionales.
- A nivel interno, se han actualizado los contenidos, que permite la difusión de información dentro de la organización, así como el trabajo colaborativo de distintos grupos de



profesionales (Responsables de Unidades Funcionales, Comité Operativo de Seguridad del Paciente, Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, Proyectos Zero, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, Cirugía Segura, etc.).

En el área de “Calidad y Seguridad del Paciente”, se publican regularmente noticias y novedades relativas a seguridad del paciente, informes y memorias, material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales y material de formación. En la siguiente tabla se recoge el detalle de las actuaciones enumeradas en este apartado.

## DOCUMENTOS

Publicados en el área de Calidad y Seguridad del Paciente de la Intranet corporativa y en los espacios de colaboración

- Memoria final de actuaciones 2020 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020
- 2 Informes de actividad de las Unidades Funcionales (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo
- Memoria de actuaciones del Día mundial de higiene de manos 2021
- Informe por centro de evaluación de indicadores de higiene de manos 2020

Publicados en el Portal Salud de internet (Observatorio Regional de Seguridad del Paciente)

- Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2020  
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>  
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20202>

## JORNADAS

- 1 jornada de trabajo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios
- Día Mundial de higiene de manos-seguridad del paciente.

## PORTAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE en la INTRANET CORPORATIVA

- Informes y memorias
- Material de promoción de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales
- Noticias y novedades
- Material de formación de las Unidades Funcionales

## OBSERVATORIO DE RESULTADOS

Incluye indicadores de efectividad clínica y seguridad del paciente (además de otros indicadores de estructura, actividad, calidad y resultados) de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y Estado de Salud de la población.

Está accesible en el portal salud y se pueden desglosar por centro y proporciona información anual desde 2013.

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>







## ANEXOS





## ANEXO 1: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS

UNIDAD FUNCIONAL	Nº MIEMBROS	RESP. SEGURIDAD	Nº OBJETIVOS	Nº REUNIONES
<i>H. El Escorial</i>	15	17	5	7
<i>H.U. del Henares</i>	23	13	13	1
<i>H. U. Infanta Cristina</i>	10	45	6	4
<i>H. U. Infanta Elena</i>	19	55	13	9
<i>H. del Sureste</i>	30	30	11	6
<i>H. del Tajo</i>	37	8	13	11
<b>PROMEDIO GRUPO 1</b>	<b>22,3</b>	<b>28,0</b>	<b>10,2</b>	<b>6,3</b>
<i>H.U. Infanta Leonor</i>	29	56	23	10
<i>H.U. Infanta Sofia</i>	18	0	8	1
<i>H.U. Fundación Alcorcón</i>	15	70	6	6
<i>H.U. de Fuenlabrada</i>	12	39	6	1
<i>H.U. de Getafe</i>	12	56	6	8
<i>H.U. de Móstoles</i>	16	57	6	7
<i>H.U. Príncipe de Asturias</i>	15	94	11	5
<i>H.U. Severo Ochoa</i>	18	53	6	10
<i>H. Gómez Ulla</i>	16	27	10	3
<i>H. de Torrejón</i>	23	23	3	8
<i>H. Rey Juan Carlos</i>	31	71	17	8
<i>H. G. Villalba</i>	21	71	16	10
<i>H.I.U. Niño Jesús</i>	17	102	4	10
<b>PROMEDIO GRUPO 2</b>	<b>18,7</b>	<b>55,3</b>	<b>9,4</b>	<b>6,7</b>
<i>H. U. Fundación Jiménez Díaz</i>	29	81	11	13
<i>H.U. 12 de Octubre</i>	20	144	4	5
<i>H. Clínico San Carlos</i>	34	126	18	13
<i>H.G.U. Gregorio Marañón</i>	35	327	18	7
<i>H.U. La Paz</i>	75	243	35	6
<i>H.U. La Princesa</i>	16	142	7	6
<i>H.U. Puerta de Hierro</i>	32	97	12	3
<i>H.U. Ramón y Cajal</i>	17	122	4	8
<b>PROMEDIO GRUPO 3</b>	<b>32,3</b>	<b>160,3</b>	<b>13,6</b>	<b>7,6</b>
<i>H. C. Cruz Roja</i>	15	32	11	4
<i>H.U. Santa Cristina</i>	18	19	19	9
<b>PROMEDIO GRUPO Apoyo</b>	<b>16,5</b>	<b>25,5</b>	<b>15,0</b>	<b>6,5</b>
<i>H. de Guadarrama</i>	13	6	10	4
<i>H. La Fuenfria</i>	9	5	6	2
<i>H. Virgen de la Poveda</i>	13	6	8	3
<i>H. U. José Germain</i>	16	9	11	7
<i>H.Dr. Rodríguez Lafora</i>	17	10	5	2
<b>PROMEDIO GRUPO MLE y Psiq.</b>	<b>13,6</b>	<b>7,2</b>	<b>8,0</b>	<b>3,6</b>
<i>D.A. Centro</i>	17	49	6	9
<i>D.A. Norte</i>	10	35	5	2
<i>D.A. Este</i>	11	38	9	7
<i>D.A. Sureste</i>	14	39	4	10
<i>D.A. Sur</i>	15	31	4	4
<i>D.A. Oeste</i>	13	30	8	4
<i>D.A. Noroeste</i>	13	40	11	7
<b>PROMEDIO AT. PRIMARIA</b>	<b>13,3</b>	<b>37,4</b>	<b>6,7</b>	<b>6,1</b>
<b>SUMMA 112</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>8</b>

## ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS

UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>									
H. EL ESCORIAL	196	153	(78,1)%	112	(73,2)%	63	(56,3)%	57	(50,9)%
HU HENARES	222	136	(61,3)%	92	(67,6)%	92	(100,0)%	87	(94,6)%
HU SURESTE	205	195	(95,1)%	149	(76,4)%	115	(77,2)%	111	(74,5)%
HU TAJO	168	168	(100,0)%	125	(74,4)%	98	(78,4)%	93	(74,4)%
HU INFANTA CRISTINA	575	575	(100,0)%	427	(74,3)%	349	(81,7)%	345	(80,8)%
HU INFANTA ELENA	215	208	(96,7)%	187	(89,9)%	146	(78,1)%	123	(65,8)%
<b>PROMEDIO Grupo 1</b>	<b>264</b>	<b>239</b>	<b>(90,8)%</b>	<b>182</b>	<b>(76,1)%</b>	<b>144</b>	<b>(79,0)%</b>	<b>136</b>	<b>(74,7)%</b>
HG VILLALBA	169	81	(47,9)%	74	(91,4)%	72	(97,3)%	57	(77,0)%
HIU NIÑO JESÚS	314	268	(85,4)%	227	(84,7)%	152	(67,0)%	145	(63,9)%
HU FUENLABRADA	101	90	(89,1)%	51	(56,7)%	24	(47,1)%	19	(37,3)%
HU GETAFE	166	166	(100,0)%	126	(75,9)%	99	(78,6)%	90	(71,4)%
HU MÓSTOLES	184	161	(87,5)%	131	(81,4)%	86	(65,6)%	79	(60,3)%
HU TORREJÓN	371	371	(100,0)%	262	(70,6)%	197	(75,2)%	195	(74,4)%
HU FUNDACIÓN ALCORCÓN	160	160	(100,0)%	143	(89,4)%	118	(82,5)%	109	(76,2)%
HU INFANTA LEONOR	284	279	(98,2)%	222	(79,6)%	155	(69,8)%	122	(55,0)%
HU INFANTA SOFÍA	139	139	(100,0)%	124	(89,2)%	90	(72,6)%	84	(67,7)%
HU PRÍNCIPE DE ASTURIAS	936	932	(99,6)%	799	(85,7)%	716	(89,6)%	636	(79,6)%
HU REY JUAN CARLOS	236	235	(99,6)%	179	(76,2)%	163	(91,1)%	160	(89,4)%
HU SEVERO OCHOA	121	74	(61,2)%	9	(12,2)%	8	(88,9)%	5	(55,6)%
<b>PROMEDIO Grupo 2</b>	<b>265</b>	<b>246</b>	<b>(92,9)%</b>	<b>196</b>	<b>(79,4)%</b>	<b>157</b>	<b>(80,1)%</b>	<b>142</b>	<b>(72,5)%</b>



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
HU FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	358	340	(95,0)%	304	(89,4)%	280	(92,1)%	278	(91,4)%
HGU GREGORIO MARAÑÓN	1669	1540	(92,3)%	1257	(81,6)%	952	(75,7)%	867	(69,0)%
HU 12 DE OCTUBRE	463	463	(100,0)%	451	(97,4)%	205	(45,5)%	196	(43,5)%
HU CLÍNICO SAN CARLOS	761	653	(85,8)%	592	(90,7)%	446	(75,3)%	405	(68,4)%
HU LA PRINCESA	515	201	(39,0)%	161	(80,1)%	154	(95,7)%	146	(90,7)%
HU LA PAZ - H. CANTOBLANCO H. CARLOS III	337	326	(96,7)%	316	(96,9)%	244	(77,2)%	235	(74,4)%
HU PUERTA DE HIERRO	717	638	(89,0)%	525	(82,3)%	400	(76,2)%	369	(70,3)%
HU RAMÓN Y CAJAL	341	322	(94,4)%	300	(93,2)%	189	(63,0)%	189	(63,0)%
<b>PROMEDIO Grupo 3</b>	<b>645</b>	<b>560</b>	<b>(86,9)%</b>	<b>488</b>	<b>(87,1)%</b>	<b>359</b>	<b>(73,5)%</b>	<b>336</b>	<b>(68,7)%</b>
HC CRUZ ROJA S	86	50	(58,1)%	49	(98,0)%	47	(95,9)%	24	(49,0)%
HU SANTA CRISTINA	175	164	(93,7)%	132	(80,5)%	62	(47,0)%	25	(18,9)%
<b>PROMEDIO Grupo apoyo</b>	<b>130,5</b>	<b>107</b>	<b>76%</b>	<b>90,5</b>	<b>89%</b>	<b>54,5</b>	<b>71%</b>	<b>24,5</b>	<b>34%</b>
H GUADARRAMA	92	92	(100,0)%	90	(97,8)%	90	(100,0)%	87	(96,7)%
H DR. R. LAFORA	53	29	(54,7)%	11	(37,9)%	11	(100,0)%	2	(18,2)%
H LA FUENFRÍA	105	96	(91,4)%	82	(85,4)%	81	(98,8)%	79	(96,3)%
H VIRGEN DE LA POVEDA	202	202	(100,0)%	175	(86,6)%	165	(94,3)%	139	(79,4)%
H. VIRGEN DE LA TORRE	79	75	(94,9)%	64	(85,3)%	61	(95,3)%	55	(85,9)%
HU JOSÉ GERMAIN	113	101	(89,4)%	84,4	79%	81,6	98%	72,4	75%
<b>PROMEDIO Grupo ME/PSQ</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>(100,0)%</b>	<b>90</b>	<b>(97,8)%</b>	<b>90</b>	<b>(100,0)%</b>	<b>87</b>	<b>(96,7)%</b>
<b>PROMEDIO ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>	<b>325</b>	<b>290</b>	<b>(89,4)%</b>	<b>241</b>	<b>(82,9)%</b>	<b>186</b>	<b>(77,1)%</b>	<b>170</b>	<b>(70,6)%</b>
<b>Total Atención Hospitalaria</b>	<b>10.715</b>	<b>9.582</b>	<b>(89,4)%</b>	<b>7.948</b>	<b>(82,9)%</b>	<b>6.130</b>	<b>(77,1)%</b>	<b>5.613</b>	<b>(70,6)%</b>





UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>									
DA Centro	415	415	(100,0)%	245	(59,0)%	190	(77,6)%	178	(72,7)%
DA Este	316	314	(99,4)%	267	(85,0)%	255	(95,5)%	250	(93,6)%
DA Noroeste	190	190	(100,0)%	141	(74,2)%	133	(94,3)%	133	(94,3)%
DA Norte	182	182	(100,0)%	147	(80,8)%	144	(98,0)%	140	(95,2)%
DA Oeste	143	143	(100,0)%	112	(78,3)%	107	(95,5)%	105	(93,8)%
DA Sur	351	351	(100,0)%	265	(75,5)%	236	(89,1)%	234	(88,3)%
DA Sureste	362	357	(98,6)%	278	(77,9)%	253	(91,0)%	238	(85,6)%
<b>PROMEDIO ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>280</b>	<b>279</b>	<b>(99,6)%</b>	<b>208</b>	<b>(74,5)%</b>	<b>188</b>	<b>(90,6)%</b>	<b>183</b>	<b>(87,8)%</b>
<b>Total Atención Primaria</b>	<b>1.959</b>	<b>1.952</b>	<b>(99,6)%</b>	<b>1.455</b>	<b>(74,5)%</b>	<b>1.318</b>	<b>(90,6)%</b>	<b>1.278</b>	<b>(87,8)%</b>





**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General de Humanización  
y Atención al Paciente  
CONSEJERÍA DE SANIDAD