

Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027

Estrategia  
de Seguridad  
del Paciente del  
Servicio Madrileño  
de Salud  
2027



Dirección General de Humanización  
y Atención al Paciente  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Comunidad  
de Madrid

A decorative graphic consisting of blue lines and circles. A central blue circle with a gradient contains the title. A solid blue line starts from the top left, goes down, then right, then up, ending in a circle. A dashed blue line starts from the top left, goes right, then down, then left, ending in a circle. Another solid blue line starts from the right side of the central circle, goes right, then down, ending in a circle. A dashed blue line starts from the bottom right, goes left, then up, ending in a circle. The text is centered within the central blue circle.

**Estrategia  
de Seguridad  
del Paciente del  
Servicio Madrileño  
de Salud  
2027**



**Comunidad  
de Madrid**



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)

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Humanización y Atención al Paciente

Coordina: Subdirección General de Calidad Asistencial.

@ Textos: Subdirección General de Calidad Asistencial.

@ Ilustraciones: Big Creativos.

@ Comunidad de Madrid.

Edita: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.

Diseño y maquetación: Big Creativos, S.L.

Edición: 10/2022

Tirada: 200 ejemplares

ISBN: 978-84-451-4017-8

Depósito legal: M-25327-2022

Impreso en España / Printed in Spain

<b>Presentación</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>15</b>
<b>Análisis de situación</b> .....	<b>23</b>
Análisis interno .....	25
1. Despliegue de la Infraestructura de Seguridad del Paciente .....	26
2. Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente .....	38
3. Aprendizaje y conocimiento .....	48
4. Percepciones y estudios sobre seguridad del paciente .....	54
5. Normativa sobre seguridad del Paciente .....	68
Análisis externo .....	73
1. Actuaciones de ámbito nacional .....	73
2. Actuaciones de ámbito internacional .....	83
<b>Misión, visión y valores</b> .....	<b>103</b>
Misión .....	105
Visión .....	105
Valores .....	105
<b>Enfoque estratégico</b> .....	<b>107</b>
<b>Líneas estratégicas</b> .....	<b>113</b>
Línea estratégica 1: “Desarrollar la cultura” .....	116
Línea estratégica 2: “Desplegar la infraestructura en la organización” .....	118
Línea estratégica 3: “Promover la seguridad en salud digital” .....	120
Línea estratégica 4: “Potenciar la coordinación institucional” .....	122
Línea estratégica 5: “Desarrollar y reconocer líderes y profesionales” .....	124
Línea estratégica 6: “Implicar a pacientes, familiares y allegados” .....	126
Línea estratégica 7: “Enfocar y desplegar prácticas seguras” .....	128
Línea estratégica 7.1: “Cirugía y anestesia” .....	128
Línea estratégica 7.2: “Urgencias y emergencias” .....	130
Línea estratégica 7.3: “Pacientes críticos” .....	133
Línea estratégica 7.4: “Obstetricia y Ginecología” .....	135
Línea estratégica 7.5: “Pediatría” .....	138
Línea estratégica 7.6: “Salud mental” .....	140
Línea estratégica 7.7: “Atención al dolor” .....	142
Línea estratégica 7.8: “Uso seguro de radiaciones ionizantes” .....	144
Línea estratégica 7.9: “Cuidados y procedimientos de enfermería” .....	146
Línea estratégica 7.10: “Entornos de especial riesgo en Atención Primaria” .....	148
Línea estratégica 7.11: “Uso seguro del medicamento” .....	150
Línea estratégica 7.12: “Infección relacionada con la asistencia sanitaria” .....	153

Línea estratégica 8: “Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias” . . . . .	155
Línea estratégica 9: “Impulsar la transferencia del conocimiento” . . . . .	157
Línea estratégica 10: “Fomentar la investigación y la innovación” . . . . .	159
Línea estratégica 11: “Promover la transparencia y difusión del conocimiento” . . . . .	161
Línea estratégica 12: “Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje” . . .	163
<b>Implantación y seguimiento</b> . . . . .	<b>165</b>
<b>Tabla resumen de actuaciones</b> . . . . .	<b>171</b>
<b>Dirección, coordinación y participantes</b> . . . . .	<b>203</b>
<b>Bibliografía</b> . . . . .	<b>215</b>

# Presentación





En el escenario actual, en el que la complejidad y especialización de la atención sanitaria, con su combinación de mejoras tecnológicas, procesos e interacciones humanas, ha significado un importante beneficio para los pacientes, mejorar la seguridad del paciente se ha convertido en un objetivo prioritario para los profesionales y las organizaciones sanitarias, con el fin de prevenir o al menos, reducir, los eventos adversos relacionados con nuestras actuaciones.

Además, nos encontramos con evidencias que nos demuestran la importancia y el impacto de esta mejora y tenemos estudios sobre la efectividad y eficiencia que la puesta en marcha de prácticas seguras, como por ejemplo los proyectos Zero, puede representar para los pacientes y las instituciones sanitarias.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad, dentro de su compromiso de proporcionar una asistencia sanitaria de excelencia, ha establecido una política de seguridad del paciente y ha desarrollado una infraestructura organizativa, que alineadas con las estrategias de seguridad implementadas por la OMS, nos han permitido hacer efectivo su despliegue e implementación en todos los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud.

En este sentido, en el año 2004, se puso en marcha el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, que impulsó el Plan de Riesgos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud como una de sus primeras acciones estratégicas, y desde entonces, se han desarrollado un gran número de actuaciones planificadas, tanto a través de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012, como de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, que ha supuesto un hito muy importante en nuestra organización, incluyendo 12 líneas estratégicas (más 12 líneas de prácticas seguras), 92 objetivos y 307 actuaciones, y todo ello, alcanzando un 86% de cumplimiento.

Afrontamos ahora una nueva etapa, en la que presentamos esta nueva Estrategia para el Servicio Madrileño de Salud, basada en potenciar la transversalidad en toda la organización, en utilizar metodologías participativas y en aprovechar la potencialidad de las nuevas tecnologías, destacando la participación activa de pacientes, profesionales y gestores.

Para finalizar, quiero expresar mi más sincero reconocimiento a todos los integrantes del Servicio Madrileño de Salud, por su implicación en mejorar la seguridad de la atención sanitaria, al esfuerzo de los profesionales y expertos de las instituciones sanitarias y de las unidades directivas, que han participado en la elaboración de este documento y, sobre todo, a las asociaciones de pacientes que han formado parte fundamental en la revisión del contenido de esta estrategia y confirmarles, a todos ellos, nuestro compromiso de trabajar para lograr una atención sanitaria segura, en beneficio de los ciudadanos madrileños.

*Enrique Ruiz Escudero*  
**Consejero de Sanidad**





Introducción



La seguridad del paciente es una prioridad global, que requiere una acción urgente para reducir la carga de daños evitables, como establece la Organización Mundial de la Salud, en su documento de consenso sobre el Plan de Acción 2030.

Este Plan incluye dentro de sus objetivos prioritarios: establecer políticas para eliminar los daños evitables en la atención médica, sistemas de alta fiabilidad, seguridad en los procesos clínicos, compromiso de los pacientes y familiares, educación, habilidades y seguridad del personal sanitario, información, investigación, gestión de riesgos y mejora, y el establecimiento de sinergias, alianzas y solidaridad para poder avanzar en la consecución de estas metas.

En base a este contexto conceptual, se presenta la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 que nace fruto de un trabajo de colaboración entre profesionales de las instituciones sanitarias y las unidades directivas de la Consejería de Sanidad, contando con la participación de asociaciones de pacientes.

La seguridad del paciente emergió a finales del siglo XX y principios del XXI, impulsada primero desde el ámbito de la responsabilidad sanitaria y posteriormente desde el campo de actuación de la calidad asistencial, como una apuesta de diferentes organizaciones entre las que se encontraban la ya citada Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosos organismos de especializados en este campo, como la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), el NQF (National Quality Forum) en EEUU, la National Patient Safety Agency (NPSA) en el Reino Unido o el Canadian Patient Safety Institute (CPSI) en Canadá.

Uno de los momentos clave en este desarrollo se produjo en el año 1999, con la publicación del ya clásico informe “To err is human” del Institute of Medicine que estimó que entre 44.000 y 98.000 muertes anuales en EEUU eran consecuencia de la asistencia sanitaria. En septiembre de 2013 otro estudio publicado en el Journal of Patient Safety al menos duplica las estimaciones. Así, James, en el estudio “A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care”, establece un rango de 210.000 a 440.000 muertes anuales atribuibles a eventos adversos en EEUU. Durante los años que separan ambos estudios, se abordaron multitud de iniciativas y proyectos para caracterizar el problema, desarrollar mecanismos de actuación para combatirlo y evaluar su impacto.

Esta expansión de la seguridad del paciente está avalada por un enfoque metodológico riguroso basado en las herramientas de planificación sanitaria y evidencia científica. A nivel global, nacional y local se han multiplicado las estrategias y planes de actuación, se han desarrollado numerosos proyectos de investigación y difundido un número creciente de publicaciones científicas.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad ha impulsado la seguridad del paciente como objetivo institucional en sus unidades directivas y en todos los centros sanitarios desde el año 2004, en el que creó el actual Observatorio Regional de Seguridad del Paciente (Decreto 134/2004 de 9 de septiembre), como órgano consultivo y de asesoramiento en materia de riesgos sanitarios.

Una de las primeras actuaciones del Pleno del Observatorio fue la aprobación del primer Plan de Riesgos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, que desarrolló seis líneas estratégicas en los años 2005 a 2009.

En él se contemplaba la creación de una nueva y pionera estructura en las gerencias asistenciales, las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, con el objetivo de identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad de los pacientes. Estas unidades comenzaron a formarse en el año 2006 y su implantación fue plena desde 2007 en Atención Primaria, Hospitales y SUMMA 112.

A continuación, se desplegó la Estrategia del año 2010, que tuvo su continuación en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Servicio Madrileño de Salud incluyendo un despliegue muy importante de actuaciones (307) y estableció un conjunto de líneas estratégicas 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”. El año 2020 era el año de finalización de la estrategia, pero tras la situación sanitaria derivada de la pandemia por SARS-CoV-2, se prolongó la duración de la misma durante el año 2021.

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”. Se trata de un Decreto que fija criterios mínimos, a instancias de la Resolución 77/2017 sobre política general de Seguridad del Paciente de la Asamblea Madrileña.

Este Decreto 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.

En su 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, como son el Plan de seguridad del paciente, Responsable de seguridad del paciente, Comisión de seguridad del paciente y la regulación de sus funciones.

Este despliegue de la seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad, tanto en sus unidades directivas como en los centros sanitarios, es coordinado por la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial, dirigiendo el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y estableciendo los objetivos institucionales de seguridad, tanto en Atención Primaria como en Hospitales y SUMMA 112.

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 centros, servicios y unidades, los que desarrollan, evalúan y mejoran periódicamente las actuaciones sobre seguridad del paciente.

Otra de las actuaciones relevantes en seguridad son la coordinación e implantación de proyectos institucionales como los proyectos Zero, la higiene de manos o la seguridad del paciente quirúrgico. Los centros del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) participan en estos proyectos, impulsados a nivel nacional por el Ministerio de Sanidad e implementados, mediante la aplicación de recomendaciones específicas y de un programa de seguridad del paciente, que han mostrado su efectividad a la hora de disminuir la incidencia de determinados procesos patológicos.

Para el impulso de estos proyectos en nuestra Comunidad, se han ido incluyendo dentro de los objetivos institucionales de seguridad de los contratos programa anuales. Así, y a modo de ejemplo, en el caso de los proyectos Zero en las UCI, en el año 2009 se comenzó con la inclusión de objetivos relacionados con el programa bacteriemia Zero, en 2011 con neumonía Zero, en 2014 con resistencia Zero y por último, el proyecto infección del tracto urinario Zero se incorporó en el año 2018.

Además, durante los últimos años en la Comunidad de Madrid se ha realizado un importante esfuerzo en el desarrollo de actividades de formación y en los sistemas de notificación y aprendizaje con el despliegue de CISEMadrid, que a falta del incorporar el SUMMA 112, es utilizado como herramienta de notificación y gestión de incidentes y errores de medicación, por las siete Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y por treinta y tres hospitales.

En este sentido, durante el año 2021, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron a través de CISEMadrid un total de 12.674 notificaciones. De esas notificaciones, 9.403 fueron identificados como incidentes de seguridad, se analizaron 7.448 y se definieron 6.891 acciones de mejora.

En cuanto a las actuaciones de formación, en los años de despliegue de la última estrategia, se ha puesto un especial interés en desarrollar cursos online para facilitar su accesibilidad. Estos cursos centralizados, fueron dirigidos 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 proporcionado formación a un amplio número de profesionales.

En resumen, en la trayectoria mantenida en estos últimos años, en nuestra Comunidad, se ha establecido y desarrollado una infraestructura organizativa, siendo muy numerosos los profesionales y gestores del Servicio Madrileño de Salud que han trabajado en el despliegue de las actividades de seguridad del paciente en los centros asistenciales, lo que ha permitido establecer las bases que facilitarán reforzar el objetivo compartido con los sistemas de salud a nivel mundial, de prevenir o reducir los eventos adversos evitables en la atención que se presta a los pacientes, y abordar los objetivos y actuaciones de esta nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2027.





Metodología



La planificación estratégica es una herramienta fundamental para relacionar, de forma prospectiva, los objetivos establecidos y sus diferentes actuaciones operativas con los efectos que se persiguen. Además, es un proceso de naturaleza multidisciplinaria, continuo y dinámico y que, por ello, requiere una evaluación continua en sus diferentes fases, así como una evaluación final que favorezca el aprendizaje y la mejora continua de las organizaciones.

Para su elaboración se necesitan una serie de etapas, que resumimos en la siguiente imagen, debiendo incluir a todos los agentes interesados, de acuerdo con sus diferentes fases y en todo caso, facilitando la implicación de pacientes, profesionales y gestores.

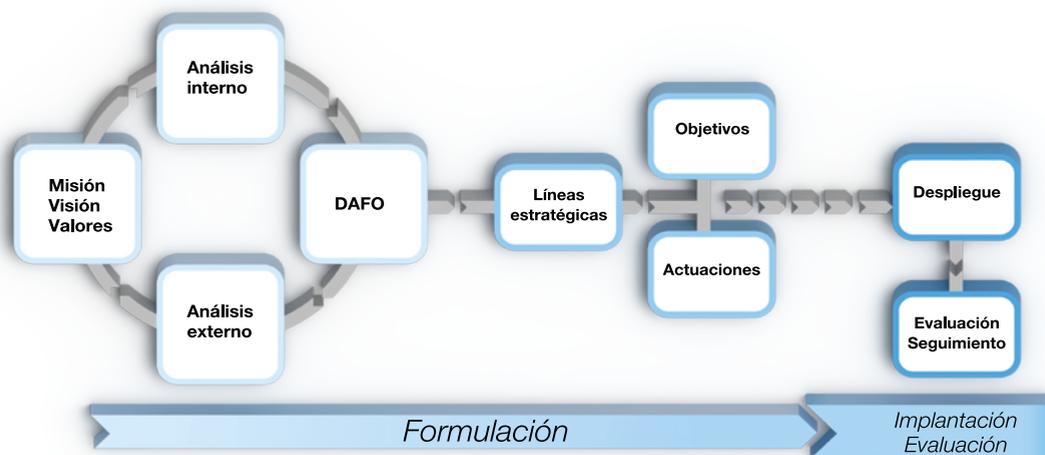


Figura 1: Fases de la planificación estratégica

El trabajo técnico para la elaboración de este documento, coordinado por la Subdirección General de Calidad Asistencial de la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, se inició en el primer semestre de 2021, tras finalizar la evaluación de la estrategia vigente anterior (Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020).

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 fue evaluada de forma anual, y en el primer semestre de 2021 se elaboró el informe final de actuaciones de la misma, habilitándose el año 2021 para poder desarrollar las actuaciones que quedaban en marcha o próximas a su finalización.

Una vez presentados los resultados de las actuaciones finales de la anterior estrategia, y siguiendo la metodología propuesta, se abordó el análisis de situación, tanto interno como externo. A continuación, se realizó un análisis DAFO-CAME basado en la evaluación de las potenciales Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de la organización en relación con la seguridad del paciente, y con sus resultados se estableció la propuesta y definición de líneas estratégicas, y posteriormente sus correspondientes objetivos y actuaciones.

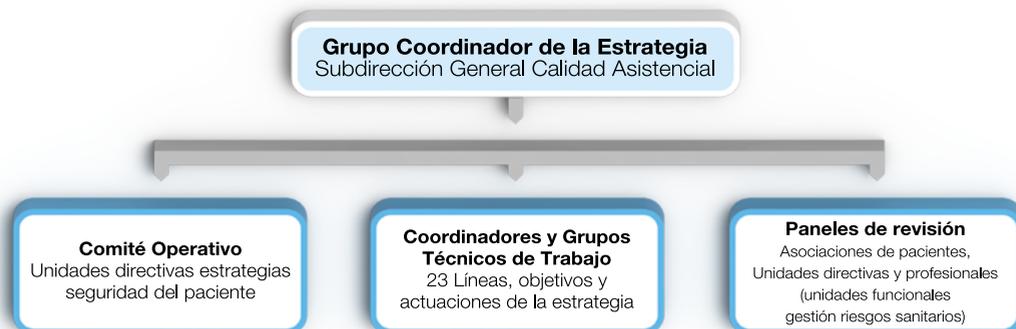
Este enfoque estratégico fue presentado al Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente en su reunión del 14 de diciembre de 2021, como órgano encargado de proponer las bases fundamentales para el diseño de un Plan de Gestión de Riesgos Sanitarios para nuestra Comunidad. En la siguiente imagen se puede visualizar, de forma más concreta, el desarrollo del documento de planificación:



Figura 2: Organización del desarrollo del documento estratégico

En la organización del proceso de trabajo, y en relación con los grupos de interés, han participado las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad, los profesionales y gestores del Servicio Madrileño de Salud, así como, diferentes asociaciones de pacientes, de tal forma que se establecieron:

- **Un Grupo Coordinador:** integrado por miembros de la Subdirección General de Calidad Asistencial, de la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, con la finalidad de establecer y coordinar las diferentes etapas metodológicas que acabamos de señalar: análisis de situación, enfoque estratégico, asesoría y apoyo a los coordinadores de líneas estratégicas y grupos de trabajo, y todo ello, estableciendo plazos y aportando documentación de apoyo y participando en la elaboración y redacción de todas las fases de la planificación.
- **El Comité Operativo:** en él están representadas todas las Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad que han participado en el desarrollo de las diferentes estrategias de seguridad del paciente. Este comité actúa como órgano asesor y consultivo respecto de la implantación y seguimiento de la estrategia y realiza la revisión del enfoque estratégico y definición de líneas de la presente estrategia.
- **Los Grupos de trabajo para elaborar objetivos y actuaciones de las diferentes líneas estratégicas (23 grupos, 1 por línea estratégica):** Estos grupos se constituyeron con uno o varios coordinadores por líneas, como figura referente del grupo, y por diferentes profesionales. Su trabajo consistió en desarrollar la propuesta de introducción de cada línea estratégica, así como las de sus correspondientes objetivos y actuaciones operativas para alcanzarlos.
- **Paneles de revisión de la estrategia:** Se constituyeron tres paneles conformados por Asociaciones de Pacientes, Unidades Directivas y Profesionales, a través de los representantes de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de cada Gerencia Asistencial, para revisar de forma global las líneas, los objetivos y las actuaciones de la estrategia.



*Figura 3: Organización del proceso de trabajo*

Estos grupos, han desarrollado el proceso estratégico siguiendo las etapas establecidas. Al inicio de las fases de la metodología para elaborar esta estrategia, se definió la Misión, Visión y Valores, y para ello, desde el Grupo Coordinador se realizó una propuesta, utilizando como base para la nueva formulación la de la anterior estrategia (2015-2020), que fue revisada por parte de las Unidades Directivas del Comité Operativo, siendo presentada en la reunión del 7 de julio de 2021.

A continuación, se elaboró el análisis de situación, tanto a nivel interno como a nivel externo. Respecto el análisis interno se incluyeron, entre otras fuentes, datos de la evaluación final de actuaciones de la estrategia anterior (2015-2020), de los objetivos institucionales y su evolución, de la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) y su percepción sobre la seguridad del paciente; de indicadores de seguridad del paciente del SNS y de higiene de manos; y de los proyectos relacionados con la seguridad del paciente (Tabla 1).

**Tabla 1. Análisis interno. Fuentes de información**

- Estrategia de Seguridad del Paciente (2015-2020): evaluación final de las actuaciones.
- Objetivos institucionales: evaluación y seguimiento.
- Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos: actividad y percepción.
- Indicadores de Seguridad del Paciente del SNS.
- Estudio ESHMAD.
- Prácticas seguras realizadas a nivel institucional: proyectos Zero, vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, higiene de manos, seguridad del paciente quirúrgico, uso seguro del medicamento, entornos seguros en Atención Primaria.
- Recomendaciones de seguridad y prácticas seguras.
- Aprendizaje y conocimiento: formación y análisis de incidentes (CISEMadrid).
- Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud.
- Decreto 4/2021.

Por otra parte, para la realización del análisis externo, se desarrolló una búsqueda bibliográfica, partiendo de las principales instituciones, tanto nacionales como internacionales, con competencias relacionadas con la seguridad del paciente, además de agencias u otros organismos de reconocido prestigio en esta materia. Con esta información se elaboró un archivo en Excel con la información de cada organismo actualizada, que fue revisada junto con el texto completo, por las Unidades Directivas del Comité Operativo (Tabla 2).

**Tabla 2. Fuentes de análisis externo**

**Actuaciones de ámbito nacional**

- Ministerio de Sanidad: Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud.
- Planes y estrategias de las Comunidades Autónomas.
- Instituto para el Uso Seguro del Medicamento de España.
- Otras actuaciones nacionales relacionadas con la seguridad del paciente.

**Actuaciones de ámbito internacional**

- Declaraciones y normas sobre seguridad del paciente.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- Emergency Care Research Institute (ECRI).
- Joint Commission International (JCI).
- Institute for Health Improvement (IHI).
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- National Healthcare Safety Network (NHSN).
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI).
- National Health Service (NHS).
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.

Con la base de la definición de Misión, Visión y Valor y teniendo en cuenta los resultados de los análisis de situación, el Grupo Coordinador realizó una propuesta de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO-CAME) de la organización en relación con la seguridad del paciente. Por una parte, se identificaron y valoraron los factores internos y externos de la organización que afectan de forma negativa (D-A), y positiva (F-O). Por otra parte, para poder Corregir las debilidades y Afrontar las amenazas (C-A), y en caso positivo, Mantener las fortalezas, para Explotar las oportunidades (M-E) se desarrolló un análisis CAME.

Finalmente, con todos estos trabajos de enfoque se estableció un mapa de líneas estratégicas derivadas de este DAFO-CAME, con las que se elaboró la propuesta de marco estratégico, teniendo en cuenta las cuatro perspectivas incluidas en el documento anterior: Organización, Agentes y Grupos de interés, Procesos internos y Aprendizaje y futuro, obteniéndose 12 líneas estratégicas, dentro de las cuales la línea estratégica 7 se subdivide a su vez en 12 líneas más, con un total de 23 líneas estratégicas.

Para el desarrollo de las líneas estratégicas, se designaron coordinadores para cada una de ellas y, el 30 de noviembre de 2021, se realizó una reunión con ellos para la constitución de los 23 grupos de trabajo. Cada grupo estaba conformado por uno o varios coordinadores y por un grupo de colaboradores con experiencia en la línea.

Además, por parte del Grupo Coordinador se facilitó documentación para la elaboración del trabajo encomendado, incluyendo para cada línea el resultado de las actuaciones de la anterior estrategia relacionadas con su tarea actual, así como bibliografía y recursos de interés.

Esta información se complementó con instrucciones para la elaboración de la propuesta de objetivos operativos y actuaciones, y se puso a disposición de los grupos un espacio virtual de colaboración en la intranet corporativa de la Consejería de Sanidad, manteniendo un contacto periódico con los coordinadores para apoyar a los grupos desde el Grupo Coordinador.

Los diferentes grupos de trabajo elaboraron, mediante un proceso participativo y dinámico, la definición de la introducción, los objetivos y las actuaciones, y una vez recibidos a lo largo del mes de febrero de 2022, se establecieron reuniones individuales entre el Grupo Coordinador y los Coordinadores de los Grupos de las líneas estratégicas, para consensuar el contenido final y poder elaborar un borrador que incluyó todas las líneas estratégicas, cada una de ellas con una introducción-justificación, los objetivos estratégicos, las actuaciones propuestas para su despliegue, bibliografía de referencia, los nombres de los colaboradores de la propuesta y otros materiales de interés.

Con este borrador consensuado, del contenido del documento, durante el mes de mayo de 2022 se realizaron reuniones individuales con los tres paneles de agentes de interés en seguridad: Asociaciones de Pacientes, Profesionales (Responsables de Seguridad) y Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad.

En dichas reuniones, se presentaron los resultados globales de la evaluación de la anterior estrategia y las actuaciones realizadas hasta ese momento, y se solicitó su colaboración para valorar las actuaciones planteadas por los grupos.

Para ello se remitió una herramienta en formato Excel con todos los objetivos y actuaciones trabajados con los grupos, para su revisión y en su caso, aportaciones. Para cada actuación se podía seleccionar una de las siguientes opciones: aceptar; suprimir; modificar o bien no aplica /no sabe /no contesta.

También se podía escribir en texto libre si se requería añadir algún contenido en cualquiera de ellas y existía otra columna para añadir observaciones donde se pudieran añadir aquellas cuestiones que de manera global quisieran aportar para cada línea estratégica. Estas revisiones se fueron remitiendo a lo largo del mes de junio del 2022.

Como respuesta, se recibieron 40 revisiones, 13 correspondientes a las 15 Unidades Directivas (86,6%), 4 de Asociaciones de Pacientes (100%) y por parte de los Responsables de Seguridad de los 35 Hospitales, se recibieron 23 (66%). Las Gerencias de Atención Primaria y la del SUMMA 112 hicieron una única revisión, como Unidades Directivas y como Profesionales.

De las 349 actuaciones propuestas, 115 no recibieron ninguna aportación u observación y en las 234 actuaciones restantes, se recibieron un total 524 aportaciones. De todas estas aportaciones recibidas, un 84% fueron propuestas de modificación, en su mayoría mejoras de la redacción o aclaraciones, 10% de supresión de actuaciones y un 6% observaciones.

El Grupo Coordinador durante el mes de julio de 2022, llevó a cabo una revisión de todas estas aportaciones y en algún caso se volvió a consultar con el coordinador de línea para revisar la actuación con la modificación propuesta y consensuarla de nuevo. Con todo ello se realizó finalmente la modificación de la redacción de 45 actuaciones y la supresión de 3, obteniendo como resultado final 87 objetivos y 346 actuaciones, de las cuales 198 están incluidas dentro de la línea 7 de prácticas seguras. Algunas de las aclaraciones y observaciones planteadas serán asimismo tenidas en cuenta en el despliegue operativo de la estrategia.

En resumen, durante el proceso participativo y dinámico de los grupos de trabajo para la propuesta definitiva de objetivos estratégicos y actuaciones, han colaborado diferentes expertos de nuestra organización con el siguiente esquema de trabajo y participación:

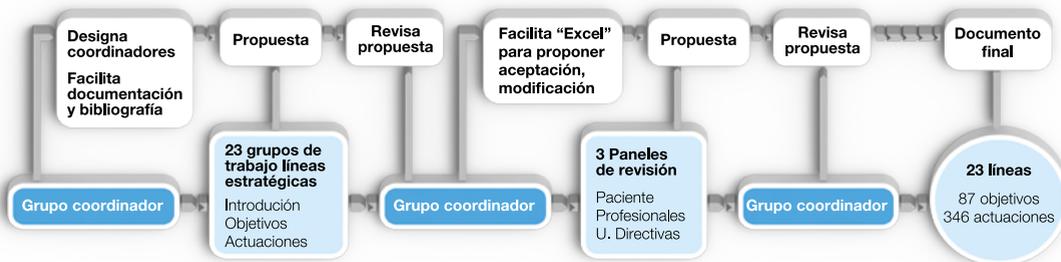


Figura 4. Esquema del Proceso de trabajo de la definición de objetivos y actuaciones



Análisis  
de situación



## Análisis interno

El análisis interno incluye la revisión de las actuaciones y los resultados obtenidos en la Consejería de Sanidad, desde la puesta en marcha de la Estrategia de Seguridad del Paciente en el año 2015. En concreto se incluyen los siguientes apartados:

### **1. Despliegue de la Infraestructura de Seguridad del Paciente**

- 1.1. Observatorio Regional de Seguridad del Paciente
- 1.2. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020
- 1.3. Objetivos institucionales
- 1.4. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS)

### **2. Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente**

- 2.1. Prácticas seguras institucionales
  - 2.1.1. Proyectos Zero
  - 2.1.2. IRAS
  - 2.1.3. Higiene de manos
  - 2.1.4. Paciente quirúrgico
  - 2.1.5. Uso seguro del medicamento
  - 2.1.6. Entornos de especial riesgo en atención primaria
- 2.2. Prácticas seguras locales
  - 2.2.1. Recomendaciones y prácticas seguras

### **3. Aprendizaje y conocimiento**

- 3.1. Formación
- 3.2. CISEMadrid
- 3.3. Comunicación y difusión
  - 3.3.1. Memorias, Jornadas e Informes
  - 3.3.2. Reconocimientos de Prácticas de Seguridad
  - 3.3.3. Política Institucional en Seguridad del Paciente
  - 3.3.4. Recomendaciones para la comunicación sobre Eventos Adversos Graves
  - 3.3.5. Biblioteca Breve de Seguridad del Paciente

### **4. Percepciones y estudios sobre seguridad del paciente**

- 4.1. Percepción de los pacientes
- 4.2. Percepción de las UFGRS
- 4.3. ESHMAD
- 4.4. Auditorías sobre servicios sanitarios

### **5. Normativa sobre Seguridad del Paciente:**

- 5.1. Decreto 53/2017
- 5.2. Decreto 4/2021

A continuación, se describen todos estos apartados:

## 1. Despliegue de la Infraestructura de Seguridad del Paciente

La implantación de una cultura de seguridad requiere un amplio margen de tiempo, ya que supone un cambio profundo en cómo se lleva a cabo la atención sanitaria, especialmente en la manera de afrontar los errores y los daños no deseados que una medicina cada vez más compleja e invasiva a veces comporta.

En este sentido, la Consejería de Sanidad ha abordado la Seguridad del Paciente como uno de sus objetivos estratégicos desde el año 2004, en el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, actualmente denominado Observatorio Regional de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid (año 2017).

A partir de este primer impulso inicial, y contando con la planificación establecida en nuestra Estrategia, se han desarrollado múltiples actuaciones en seguridad del paciente, canalizadas en objetivos institucionales anuales para los centros asistenciales de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA 112, y todo ello con la colaboración de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, los servicios clínicos y sus profesionales, así como las correspondientes Gerencias, Direcciones Asistenciales y Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad.

### 1.1. Observatorio Regional de Seguridad del Paciente

Para poder incrementar la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad de los profesionales y pacientes en el entorno sanitario, el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente (ver 5.1.) tiene como finalidad, mejorar la seguridad de los pacientes derivada de la práctica asistencial en la Comunidad de Madrid.

El Observatorio es un órgano consultivo y de asesoramiento en materia de riesgos sanitarios y prevención de los mismos de la Consejería de Sanidad, de carácter funcional, que tiene los siguientes objetivos:

- Impulsar y difundir la cultura de la gestión de riesgos sanitarios en la Comunidad de Madrid.
- Obtener, analizar y difundir información periódica y sistemática sobre los riesgos sanitarios.
- Proponer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.

Para llevar a cabo sus objetivos, el Observatorio funciona a través del Pleno, integrado por representantes de la administración, representantes de colegios profesionales y de pacientes. Desde 2017, y de forma anual, el Observatorio publica una memoria a la que se puede acceder desde la página Web de la Comunidad de Madrid (<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>).

En el momento actual, se encuentran publicadas las memorias de los años 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021, y en ellas, se describen las actuaciones desarrolladas en seguridad del paciente, tanto por parte de los centros asistenciales, como por parte de las unidades directivas de la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud.

### **1.2. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020**

Una de las primeras actuaciones del Pleno del Observatorio fue la definición, en el año 2005, del primer Plan de Gestión de Riesgos Sanitarios, que desarrollaba seis líneas estratégicas que estuvieron vigentes hasta el año 2009, contemplando la creación de una estructura pionera, las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

En 2010, se estableció la Estrategia de Seguridad del Paciente para el periodo 2010-2012, extendida a 2014, que contaba con 4 líneas estratégicas, 21 objetivos estratégicos, 102 objetivos operativos y 237 actuaciones.

El 23 de marzo del año 2015, se presentó la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, que contaba con 12 líneas estratégicas, desagregándose 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. En la siguiente tabla se comparan los tres documentos:

**Tabla 3. Objetivos y líneas del Plan y Estrategias de Seguridad del Paciente Comunidad de Madrid**

<b>Plan Gestión de Riesgos Sanitarios 2005</b>	<b>Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012</b>	<b>Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020</b>
6 líneas estratégicas (programas de actuación)	4 líneas estratégicas	12 líneas estratégicas (una de prácticas seguras con 12 áreas de actuación)
1 objetivo general	21 objetivos estratégicos	92 objetivos estratégicos

Asimismo, la comparación del contenido de las diferentes líneas de los tres documentos se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Comparativa de las Líneas Estratégicas en el Plan 2005, y Estrategias 2010-2012 y 2015-2020**

Principales Líneas Estratégicas	Plan 2005	Estrategia 2010-2012	Estrategia 2015-2020
Impulsar y difundir la cultura de seguridad	X	X	
Consolidar y desplegar la seguridad del paciente			X
Crear una estructura organizativa	X		
Conocer nuestra realidad y optimizarla		X	
Formación continuada de los profesionales en gestión de riesgos sanitarios	X	X	X
Desarrollar herramientas para la identificación y valoración de los riesgos	X	X	X
Establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios	X	X	X
Continuidad asistencial			X
Implicar a pacientes, familias y cuidadores			X
Difundir el conocimiento científico			X
Comunicación y transparencia			X
Impulsar y desplegar prácticas seguras			X
Evitar intervenciones innecesarias			X
Fomentar la investigación. Facilitar la innovación tecnológica			X
Desarrollar los sistemas de información			X

En la elaboración de la Estrategia 2015-2020, participaron diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad y 137 profesionales de los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud, entre coordinadores y colaboradores de líneas estratégicas, revisores, coordinación técnica y dirección.

Para facilitar, realizar y apoyar su implantación, se estableció un Comité Operativo de Seguridad del Paciente (ya en funcionamiento desde la anterior Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012), constituido con representantes de las Unidades Directivas responsables del desarrollo de las actuaciones.

Este Comité, incluía en el año 2020, representantes de 14 Unidades Directivas, responsables del desarrollo de las actuaciones, manteniendo reuniones de forma anual. En relación con el despliegue, se definió un plan de acción para cada actuación determinando el responsable del seguimiento, las actividades, el cronograma y los indicadores para su evaluación. La planificación anual ha sido la siguiente:

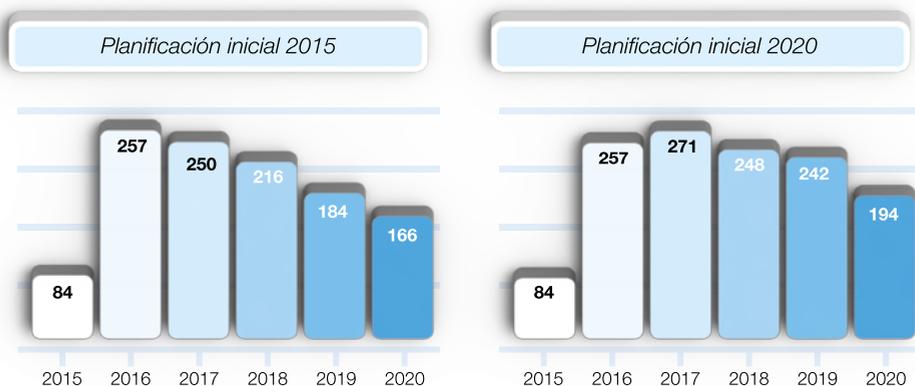


Figura 5. Distribución de las actuaciones de la Estrategia 2015-2020 por año

En la parte izquierda de la figura, se presenta la planificación de las actuaciones de la estrategia que se estableció en el año de su inicio, mientras que a la derecha se presenta la planificación desarrollada en el año 2020. Así, podemos observar cómo en la planificación inicial de 2015 estaban previstas inicialmente 166 actuaciones para desarrollar en 2020, y cómo finalmente se incluyeron 194 actuaciones como consecuencia de las modificaciones que cada año estableció el Comité Operativo al revisar el despliegue operativo de la estrategia.

De 307 actuaciones de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, 186 finalizaron y 81 estaban en desarrollo, lo que supone un 86,9% de ejecución de la estrategia en su periodo de vigencia 2015-2020. Asimismo, 25 actuaciones se consideran no realizadas (8,14%) y un 4,8% de las actuaciones fueron canceladas (15) (Figura 6).

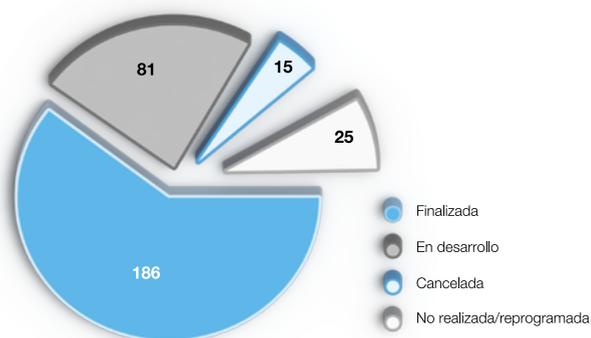


Figura 6. Evaluación de las actuaciones Estrategia 2015-2020

En este sentido, al finalizar la vigencia de la Estrategia, es interesante valorar el estado de las actuaciones desglosadas por líneas estratégicas (Tabla 5).

**Tabla 5: Estado de ejecución de las actuaciones por Línea Estratégica**

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

Como se observa en la tabla 5, 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 muy elevada, 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 intervenciones 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 sobre Facilitar la innovación tecnológica (14,20%), y la línea 11 sobre Potenciar la formación (11,11%).

### 1.3. Objetivos Institucionales de Seguridad del Paciente

Desde 2015, hay un aumento en el número y cumplimiento de los objetivos de seguridad del paciente establecidos para implementar la estrategia. En 2019, dentro del objetivo “Desplegar la seguridad del paciente en la organización”, se establecieron como actuaciones: la implantación de objetivos de seguridad en cada centro, la participación activa de los directivos en las rondas de seguridad y la implantación de CISEMadrid; y dentro del objetivo “Impulsar prácticas seguras” se incluyeron: la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), el desarrollo de las actuaciones para la mejora de la higiene de manos y para la seguridad en la paciente quirúrgico.

En el año 2020, como consecuencia de la situación provocada por la pandemia, no se establecieron objetivos y se transformaron en recomendaciones, tanto en hospitales, como en atención primaria y SUMMA 112.

En la siguiente tabla se puede observar un resumen de la evolución temporal de resultados en hospitales:

Tabla 6. Resultados Objetivos Institucionales en Hospitales 2015-2019 (1)							
Atención hospitalaria							
	2015	2016	2017	2018	2019		
DESPLEGAR SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN	Implantación de objetivos propios de SP (al menos 5)	100%	97%	100%	100%	100%	
	Despliegue objetivos SP en servicios / unidades	88%	88%	94,5%	92,6%	N/I	
	Participación directivos en "rondas de seguridad"	94% rondas indicadas total: 168 rondas	97% rondas indicadas total: 162	88% rondas indicadas total: 213	97% rondas indicadas total: 214	97% rondas indicadas total: 214 rondas	
	Implantación CISEMadrid	N/I	N/I	28 UFGRS (82%)	33 UFGRS (97%)	33 UFGRS (97%)	
IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS		2015	2016	2017	2018	2019	
	Prevención de IRAES y desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neumonía</li> <li>Zero: 4,14/1000 días VM</li> <li>■ Bacteriemia</li> <li>Zero: 2,50/1000 días de CVC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neumonía</li> <li>Zero: 3,86/1000 días VM</li> <li>■ Bacteriemia</li> <li>Zero: 2,43/1000 días CVC</li> <li>■ Resistencia</li> <li>Zero: 3,90</li> </ul> pacientes BMR/1000 días estancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neumonía</li> <li>Zero: 3,66/1000 días de VM</li> <li>■ Bacteriemia</li> <li>Zero: media 1,84/1000 días CVC</li> <li>■ Resistencia</li> <li>Zero: 2,66</li> </ul> pacientes con BMR/1000 días estancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neumonía</li> <li>Zero: 3,86/1000 días VM</li> <li>■ Bacteriemia</li> <li>Zero: 1,71/1000 días CVC</li> <li>■ Resistencia</li> <li>Zero: 2,20</li> </ul> pacientes con BMR/1000 días estancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Resistencia</li> <li>Zero: BMR inferior al 3%: 80% centros</li> <li>■ ITU</li> <li>Zero: 3,23/1000 días sondaje</li> </ul>	

Tabla 6. Resultados Objetivos Institucionales en Hospitales 2015-2019 (2)

		Atención hospitalaria				
		2015	2016	2017	2018	2019
<b>IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS</b>	Autoevaluación y planes de mejora higiene de manos	100%	89%	97%	97%	100%
	Implantación Listado Verificación Quirúrgica	91%	92%	94,6%	76%	83%
	Infección quirúrgica Zero	N/I	N/I	N/I	90,5%	98,2%
	Sistema de identificación en Urgencias	98%	96,5%	N/I	N/I	N/I
	Implantación en los servicios/ unidades de escalas de valoración del dolor	N/A	91% servicios	94,1% servicios	79% historias clínicas	N/I
	Identificación prácticas innecesarias	N/I	94%	100%	100%	100%
	Uso seguro de radiaciones ionizantes	91%	94%	97%	100%	100%

N/I: No incluido como objetivo

Como se observa, en los últimos resultados disponibles, la implantación de objetivos propios del centro en seguridad del paciente, en hospitales, se cumple en su práctica totalidad. Dentro del despliegue en la organización, destaca la implantación de objetivos en servicios o unidades, la realización de un 97% de rondas indicadas en seguridad y la implantación de CISEMadrid en el 100% de los centros. Respecto al impulso de las prácticas seguras, se obtiene un cumplimiento del 100% de los planes de mejora de higiene de manos y se cumplen al 100% los objetivos respecto a las prácticas innecesarias y las radiaciones ionizantes. Otros parámetros relacionados con las IRAS, la lista de verificación quirúrgica o la valoración del dolor, tienen cierta variabilidad en los cumplimientos, como se puede observar en la tabla anterior.

Una vez revisada la evolución temporal en hospitales, en la siguiente tabla se presenta la referida a Atención Primaria (AP):

**Tabla 7. Resultados Objetivos Institucionales en Atención Primaria**

		Atención Primaria				
		2015	2016	2017	2018	2019
ACTUACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Realización de rondas de seguridad	N/I	49 rondas	62 rondas	79 rondas	127 rondas
	Desarrollo de al menos 3 actuaciones SP	N/I	95% centros	92,8% centros	98,1% centros	N/I
	Implantación de al menos 5 objetivos de SP en cada DA	100%	N/I	N/I	100%	N/I
	Responsable de SP	N/I	100% centros	100% centros	100% centros	100% centros
	Mejorar atención al dolor	N/I	Protocolo de valoración integral	Responsable atención al dolor 97%	3 actuaciones 100%	3 actuaciones 85,7%
	Recomendaciones de "No Hacer"	N/I	N/I	N/I	100%	N/I

*N/I: No incluido como objetivo*

Como resumen, en AP, todos los objetivos han aumentado su cumplimiento, destacando la implantación de al menos 5 objetivos en Seguridad del Paciente por cada Dirección Asistencial (DA), alcanzando y superando la meta en 2019, con un promedio de 6 y un total de 40 objetivos en el total de las DA; también en algunos objetivos se ha mejorado ampliamente el cumplimiento, destacando las rondas de seguridad, que desde 2016 han ido aumentando, empezando con 49 rondas de seguridad y llegando en 2019 a realizarse 127 rondas de seguridad en el total de las DA.

Por último, en la siguiente tabla se presentan los objetivos referidos al SUMMA 112:

**Tabla 8. Resultados Objetivos Institucionales en SUMMA 112**

		SUMMA 112				
		2015	2016	2017	2018	2019
DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Implantación objetivos SP en Gerencia (al menos 5)	100%	100%	100%	100%	100%
	Reuniones SP con participación de responsables	31%	40%	85%	81,5%	N/I
	Rondas de seguridad (al menos 1 por unidad)	81% de las 26 unidades	60% de las 26 unidades	100% de las 26 unidades	85,2%	100%
IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	Autoevaluación HM según OMS y 2 planes de mejora	100%	100%	100%	100%	100%
	Mejora atención al dolor	Desarrollo líneas de actuación en relación con el dolor	Diseño de estudio de validación de 3 escalas de Valoración del Dolor	Estudio piloto de validación de las escalas; puesta en marcha 4 medidas normalizadas y registro de informes y tratamientos	Desarrollo de 4 líneas, priorizando identificación de procesos o actuaciones clínicas y evaluación del registro	Desarrollo de 4 líneas, priorizando reunión trimestral del Comité, referentes del dolor y valoración dolor

*N/I: No incluido como objetivo*

Como resumen, en el SUMMA 112, ha habido también un importante aumento del cumplimiento de los objetivos en seguridad del paciente, entre ellos, los de prácticas innecesarias y “no hacer”; destacando también el cumplimiento de las rondas de seguridad, el establecimiento de planes de mejora de la higiene de manos y el diseño de acciones específicas relacionadas con la atención al dolor (Tabla 8).

#### 1.4. Desarrollo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) constituyen, desde 2005, una estructura organizativa flexible configurada por profesionales del ámbito asistencial, no asistencial y de gestión, que les permite adaptarse a cada tipo de centro sanitario, con el objetivo de identificar evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios con el fin de mejorar la seguridad de sus pacientes.

En sus inicios, estas unidades estaban formadas, como mínimo, por un miembro del equipo directivo, y un representante de las áreas de calidad, farmacia y medicina preventiva (este último solo en hospitales), pudiendo formar parte de ellas cualquier otro personal que la gerencia del centro considere necesario (atención al paciente, mantenimiento, etc.) y, además, podía contar con la asesoría de la Inspección Sanitaria.

Las 42 UFGRS actualmente existentes, informan de forma semestral a la Subdirección General de Calidad Asistencial, respecto a su organización y a la actividad que realizan. Hasta el primer semestre de 2020, la información se ha enviado en exclusiva a través del Sistema de Información de Actuaciones de las Unidades Funcionales (SIAUF) y desde 2020 se empieza a recopilar parte de esta información también a través de CISEMadrid (Tablas 9 y 10).

**Tabla 9. Organización de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos sanitarios (UFGRS)**

##### Organización de las Unidades Funcionales

Comparativa 2015-2020	2015 (n=43)	2016 (n=43)	2017 (n=42)	2018 (n=42)	2019 (n=42)	2020 (n=42)	Variación 2015-2019
Miembros de las UFGRS Nº total (promedio)	670 (16)	705 (16)	752 (18)	744 (18)	845 (20)	828 (20)	+175
Objetivos establecidos (nº)	677	538	530	475	504	385	-173
Promedio reuniones/año	10	8	8	9	10	4	0
Responsables de seguridad Nº Total (promedio)	1.623 (38)	2.015 (47)	2.074 (49)	2.101 (50)	2.229 (53)	2.303 (55)	+606

En cuanto al perfil profesional de las UFGRS, en 2019, un 62% eran profesionales sanitarios asistenciales y un 11 % eran directivos. Desde 2015, las UFGRS han visto incrementado su número de miembros, pasando de 670 miembros a 845, lo que supone un incremento de 175 miembros más en 2019; se observa también el incremento de los responsables de seguridad, con 606 responsables más en 2019 respecto a 2015. Por último, hay que reseñar que se ha calculado la variación en el periodo 2015-2019, debido a que los datos del 2020 han podido estar influidos por la situación pandémica generada por la COVID-19.

**Tabla 10. Actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS)**

**Actividad en seguridad del paciente**

Comparativa 2015-2020	2015 (n=43)	2016 (n=43)	2017 (n=42)	2018 (n=42)	2019 (n=42)	2020* (n=42)	Variación 2015-2019	
Nº Incidentes identificados	24.378	21.944	21.005	23.500	23.500	25.319	9.255	+941
Nº Incidentes analizados	20.629	17.497	16.554	19.599	19.599	20.425	7.055	-204
% de analizados/ identificados	85%	80%	79%	83%	83%	81%	76,2%	-4%
Nº actuaciones locales	7.710	5.592	9.880	11.720	11.720	10.871	n/a	+3.161
Recomendaciones de seguridad generalizables	138	105	115	66	66	102	120	-36
Prácticas seguras	208	189	166	109	109	106	226	-102

*n/a: no aplica*

*(\*) No permite la comparación con años previos al ser la fuente de información diferente*

En esta tabla se evidencia el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la identificación y análisis de los incidentes de riesgo en el año 2020; por este motivo, y como hemos comentado anteriormente, el análisis comparativo se realiza entre los años 2015 y 2019, máxime teniendo en cuenta que en 2020 la fuente de información de la actividad de las Unidades Funcionales fue exclusivamente CISEMadrid.

Referente a la actividad, se han incrementado el número de incidentes notificados que en 2015 eran de 24.378 y en 2019 de 25.319, al igual que el número de actuaciones locales para mejorar la seguridad del paciente (con un incremento de 3.161 actuaciones más en 2019 respecto a 2015).

## 2. Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente

La instauración de prácticas seguras es fundamental para mejorar la seguridad del paciente y es el resultado de la aplicación del ciclo de gestión de riesgos, evitando la repetición de errores y fallos conocidos y la aparición de otros nuevos. Por este motivo, se han introducido diferentes prácticas transversales y, entre otras, podemos citar: la higiene de manos, la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) o la seguridad del paciente quirúrgico. En este sentido, en la Comunidad de Madrid este despliegue de prácticas institucionales está alineado con las establecidas por organismos como es el Ministerio de Sanidad, y, a través de él, con la Comisión Europea y con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En contraposición al enfoque institucional, las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local representan otro nivel de acción, en el que son los centros y las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios quienes diseñan actuaciones para abordar riesgos locales y en ocasiones, cuando las condiciones para ello, son adecuadas, promueven su generalización, para extenderlas a toda la organización. En este sentido, diferenciamos prácticas seguras y recomendaciones de seguridad, según exista mayor o menor evidencia científica sobre la efectividad para mejorar la seguridad del paciente.

A continuación, en el apartado “Prácticas seguras a nivel institucional” se presentan los resultados de los proyectos institucionales abordados, que incluyen: Proyectos Zero, vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria, Higiene de Manos, Seguridad del Paciente Quirúrgico, Uso Seguro del Medicamento y Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.

Y, en el apartado “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” se sintetiza la información sobre las actuaciones promovidas por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en los centros, diferenciando recomendaciones de seguridad y prácticas seguras.

### 2.1. Prácticas seguras desarrolladas a nivel institucional

#### 2.1.1. Proyectos Zero

Los Proyectos Zero en la UCI, liderados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) junto con el Ministerio de Sanidad, han sido desarrollados en la Comunidad de Madrid, a través de un grupo coordinador central con la participación de líderes clínicos.

Todos los proyectos tienen una estructura común, con dos ramas: una clínica, constituida por un conjunto de medidas clínicas de eficacia probada a aplicar a los pacientes y otra de seguridad de pacientes, que buscan crear una cultura adecuada y utilizar herramientas que refuercen la seguridad de sus pacientes.

Estos proyectos se han desarrollado desde 2009, año en el que comenzó a desarrollarse Bacteriemia Zero, con la meta de alcanzar una densidad de incidencia de 3 o menos episodios bacteriemias asociadas a catéter venoso central (CVC).

Posteriormente, en el año 2011, se inició el proyecto Neumonía Zero con el objetivo de reducir la densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) en las UCI participantes.

Además de los proyectos anteriores, se desarrolló en 2014 el proyecto Resistencia Zero, con el objetivo principal de reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR) de origen nosocomial en UCI.

Y, por último, en 2018 se puso en marcha el proyecto ITU Zero, cuyo objetivo es la reducción de la infección del tracto urinario asociada a sondaje uretral.

Todos estos proyectos se han continuado desarrollando a lo largo de la vigencia de la anterior estrategia y sus resultados pueden consultarse en el apartado de objetivos institucionales (Tabla 6, Atención hospitalaria).

### **2.1.2. Vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)**

En el año 2006 se creó el Sistema de Prevención y Vigilancia en materia de Infecciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, mediante la Orden 1087/2006, de 25 de mayo, de la Consejería de Sanidad. El objetivo general de este sistema de vigilancia es disminuir las IRAS en los hospitales de la Comunidad de Madrid. Los datos de prevalencia son proporcionados por el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). Además, desde 2016, la creación del Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS, promovió el desarrollo de un nuevo Protocolo de Vigilancia de la Infección de Localización Quirúrgica (ILQ) en la Comunidad de Madrid.

Los procedimientos quirúrgicos básicos sobre los que se realiza la vigilancia obligatoria son, en adultos, las prótesis de cadera y de rodilla, la cirugía de colon, el BYPASS coronario con doble incisión y el BYPASS coronario con incisión simple (torácico); y, en niños, la apendicectomía y un procedimiento de vigilancia elegido por el hospital de especial relevancia.

### **2.1.3. Higiene de manos**

La mejora de la higiene de manos es un elemento fundamental en la prevención de las IRAS. Por ello, se han impulsado diversas actuaciones en el marco de la Estrategia de higiene de manos del Servicio Madrileño de Salud, que se definió en 2010.

Entre las actuaciones desarrolladas, se encuentra la inclusión anual de objetivos institucionales de higiene de manos, promoviendo desde 2012 la realización de una autoevaluación a través de la herramienta validada de la OMS y la puesta en marcha de planes de mejora. Esta herramienta permite conocer la situación de un centro en relación al programa de mejora de higiene de manos y evaluar progresos. Así, en 2015, un 3% de hospitales se encontraba en nivel básico de desarrollo, 65% en intermedio y un 32% en nivel avanzado; y, con los años, ha habido un

desplazamiento hacia niveles de mayor implantación, alcanzando en 2019 el 60% de hospitales un nivel avanzado y el 40% restante, nivel intermedio.

También se han promovido actividades divulgativas o de sensibilización en torno al Día mundial de higiene de manos (5 de mayo), habiendo convocado desde el año 2016 cuatro ediciones de un concurso de dibujo infantil; y se ha elaborado cada año una memoria que recoge las múltiples actuaciones realizadas alrededor de ese día en todos los centros sanitarios.

Asimismo, se ha avanzado en la disponibilidad y uso de los preparados de base alcohólica (PBA). Cada año se realiza la evaluación en los centros a través de indicadores consensuados a nivel del Sistema Nacional de Salud que muestran tendencias incrementales positivas. El porcentaje de camas de hospitalización con PBA en el punto de atención fue de un 77% en 2009, situándose en 2019 en 85,3%. En el caso de PBA en camas de UCI, el resultado se ha incrementado de 80,2% a 98% y, en relación con el consumo de PBA en hospitalización, en 2009 se situaba en 22,6 l/1.000 días de estancia y en 2019 en 34,6 l/1.000 días de estancia.

Con respecto a la formación de los profesionales, se ha actualizado en los años 2016 y 2020 un curso desarrollado en 2010, con una metodología tipo e-learning y materiales en formatos multimedia interactivos. A este curso, a través del cual se forman aproximadamente 600 profesionales al año, se ha sumado un nuevo curso con un contenido básico y sin necesidad de tutorización, dirigido también a especialistas en formación, que está disponible de forma continuada y que en 2020 realizaron más de 2.300 profesionales.

### 2.1.4. Seguridad del Paciente quirúrgico

El Ministerio de Sanidad, junto con diversas Sociedades Científicas, han impulsado dos proyectos de seguridad del paciente en el área de cirugía: Proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ), con el objetivo de reducir la tasa de infección de localización quirúrgica, liderado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH); y el Proyecto Cirugía Segura (CS), cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en los hospitales del SNS, liderado por la Asociación Española de Cirugía.

En la Comunidad de Madrid, a nivel central, se ha constituido el Comité de seguimiento del Proyecto Seguridad del Paciente Quirúrgico para la implantación de estos proyectos (para ver los resultados ver apartado de Objetivos Institucionales, Atención hospitalaria, Tabla 6).

### 2.1.5. Uso seguro del medicamento

Los errores de medicación constituyen el tipo de evento adverso más frecuente. En este sentido, en el Portal de Uso Seguro del Medicamento (<https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>) los profesionales sanitarios pueden notificar errores de medicación procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales. Durante el periodo 2015-2020, se han recibido en el Portal 33.038 notificaciones sobre errores de medicación: 18.430 (55,78%) procedentes de los Hospitales (AH), 11.792 (35,69%) desde AP, 84 (0,25%) del SUMMA112, 1.536 (4,65%) de la Red de Farmacias Centinela (RFC), 1.158 (3,51%) de los centros socio-sanitarios públicos y 38 (0,12%) del servicio de medicamentos extranjeros (ME) de la Comunidad de Madrid. La evolución de la participación en el programa se detalla en el siguiente gráfico:

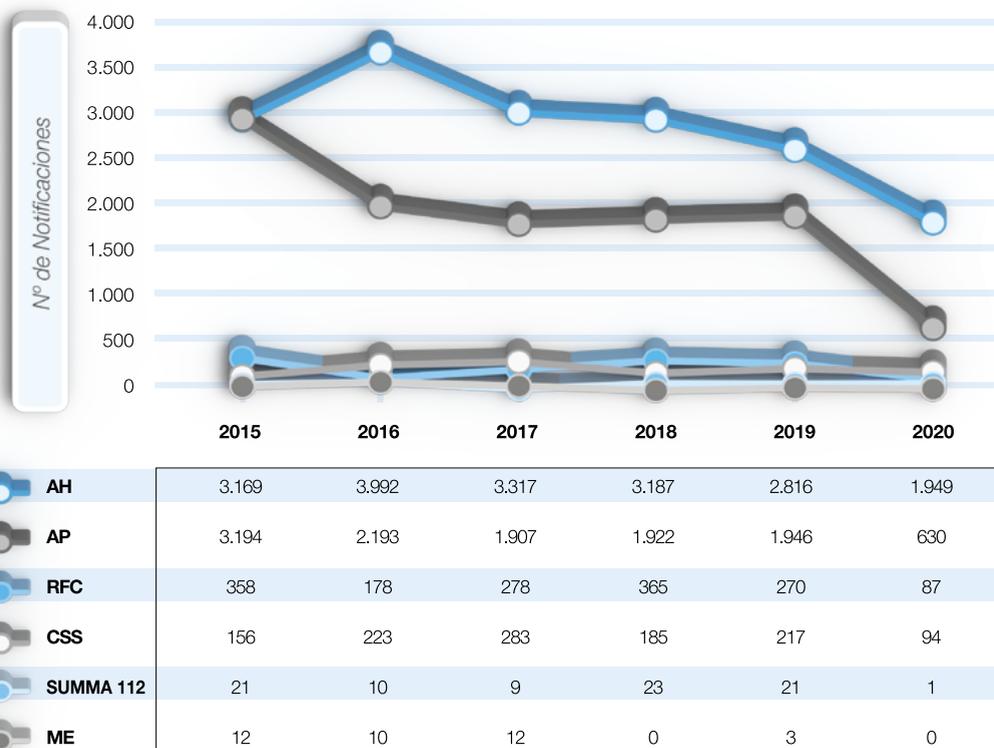


Figura 7. Evolución de las notificaciones en el Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM)

Durante el periodo de vigencia de la Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020, derivado del análisis de estas notificaciones y en coordinación con las UFGRS, se han realizado 3.571 actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos, entre las que se encuentran las que resumimos en la siguiente tabla:

**Tabla 11. Actuaciones notificaciones Uso Seguro del Medicamento del Servicio Madrileño de Salud**

1. Remisión a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico de:
  - 421 incidentes para investigación por año, por posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento (media de 70 al año).
  - 744 relacionados con el suministro de los medicamentos por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica (media de 124 incidentes por año).
2. Remisión al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la C.M. de 1.224 notificaciones de errores de medicación con daño al ser consideradas reacciones adversas a los medicamentos (media por año de 204).
3. Remisión al Área de Sistemas de Información de la S. Gral. de Farmacia y Productos Sanitarios, de 362 incidentes (media de 72 al año) relacionadas con posibles problemas en las bases de datos de los medicamentos que pueden dar lugar a errores de medicación.
4. Remisión de 71 Notas a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), una media de 12 notificaciones al año, relacionadas con incidentes en el etiquetado o similitud de envases de especialidades farmacéuticas, por dar lugar a confusión debido a nombres similares, similitud de envases o similar, con propuestas de cambio para mejorar las presentaciones de los medicamentos.
5. Elaboración y publicación de diferentes Boletines para fomentar el Uso Seguro de Medicamentos que están recopilados en la web del PUSM:
  - 103 Boletines de recomendaciones a los profesionales para fomentar el uso seguro de los medicamentos. Disponibles en la intranet corporativa y en el PUSM (media 17 al año).
  - 50 Boletines resumen de notificaciones sobre uso seguro del medicamento (media 8 al año), destinado a todos los ámbitos asistenciales y con información descriptiva mensual.
  - 57 Informes de seguimiento de objetivos de errores de medicación para atención especializada y 57 informes de seguimiento de objetivos de errores de medicación para AP (media 10 al año en cada caso). Con el seguimiento mensual de los errores de medicación comunicados por cada uno, acompañados de un boletín de información adicional con el análisis de las notificaciones recibidas en ese periodo.
  - 12 Boletines destinados a las Oficinas de Farmacia de la Red de Farmacias Centinela.
  - 3 Boletines de Seguridad para Pacientes.
  - Se han publicado un total de 469 noticias sobre seguridad de medicamentos (media 72 al año).

Además se han elaborado diferentes actuaciones no relacionadas directamente con las notificaciones, comenzando por la estrategia de reducción de uso crónico de benzodiazepinas (BZD), 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 (AMAS), con documentación dirigida al paciente, 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 y coordinación con servicios de urgencias de los hospitales y las oficinas de farmacia.

Como resultado, en términos absolutos, en el año 2020 hubo menos pacientes diferentes con consumo de BZD, si bien los datos analizados indican que el número de envases de BZD por paciente se ha incrementado. Esta situación ha sido probablemente motivada por la pandemia por la COVID-19.

En relación con la resistencia a los antibióticos, uno de los riesgos mundiales más graves y urgentes para la salud pública que tenemos en la actualidad, en el año 2019 la Comunidad de Madrid puso en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE), con 7 líneas de trabajo generales. Una de ellas trata de Implementar Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de la atención sanitaria.

En el año 2020, debido a la situación de la pandemia, no se pudieron desplegar las líneas de trabajo previstas, aunque se facilitaron una serie de recursos de forma centralizada, como son un plan formativo con 47 cursos en 2020 y 776 alumnos formados y el pilotaje de la herramienta informática WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System) en 2 hospitales. Además, se ha mantenido en los contratos programa de los hospitales y de AP y, como resultado, en el año 2020, a pesar de la situación de la pandemia, 25 hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud siguieron desarrollando actividades relacionadas con los PROA.

En relación con la Identificación de las vías de administración de medicamentos, se han dictado instrucciones a través de la Resolución 609/2016 para facilitar la implantación de esta práctica segura.

En relación con el circuito de suministro de antidotos centralizado entre el SUMMA112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, se ha establecido un procedimiento centralizado por la Resolución 105/2017 y, desde su implantación en marzo de 2017, se han realizado un total de 181 solicitudes de antidotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112 (59 solicitudes en el año 2020).

Para mejorar la adecuación y la seguridad de los tratamientos en los pacientes con mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con la medicación, en el año 2017, se puso en marcha un programa de revisión parcial de la medicación realizada por el farmacéutico de AP como medida de colaboración con los médicos de familia. Como resultado, durante el año 2020 se realizó la revisión del tratamiento de 2.698 pacientes (6,34% más que en 2019), la edad media de los pacientes revisados ha aumentado un año (81), el promedio de medicamentos prescritos por paciente se mantiene entre 12 y 13 (en 2020 12,44) y el número medio de recomendaciones farmacológicas realizadas por paciente es de 6,12.

Las incidencias más frecuentes, identificadas en las revisiones, se mantienen igual que en años anteriores (interacciones medicamento-medicamento, la necesidad de revisar dosis y/o pauta posológica, la duración del tratamiento). En 2020 hubo una caída de las revisiones por la situación provocada por la pandemia, aunque se sigue incrementando el número de revisiones de tratamiento de pacientes que viven en centros socio-sanitarios privados o concertados, suponiendo estas revisiones un 38% del total de las realizadas en este año (1.025 pacientes).

En relación con la capacitación sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización, el taller “Conoce tus medicamentos”, ha estado disponible a través de la intranet en la aplicación EpSalud y, como resultado, en el año 2019 se impartieron 78 talleres, que por la pandemia descendieron a 10 en 2020.

Por otra parte, en octubre de 2020 se inició un programa para la mejora de la seguridad en la prescripción de medicamentos, con la inclusión en el Módulo Único de Prescripción (MUP) de mensajes por principio activo. Se han seleccionado principios activos con pautas especiales para minimizar el riesgo de que se produzcan errores en la prescripción de fentanilo transmucoso, por los riesgos asociados a su uso fuera de indicación, y en anticoagulantes para minimizar el riesgo de duplicidades en la prescripción (en diciembre 2020 se había solucionado el 86% de los casos identificados).

Por último, en relación con actuaciones en centros socio-sanitarios, se han elaborado 10 Boletines de buenas prácticas de medicamentos y productos sanitarios y se han llevado a cabo diversas actuaciones en los centros públicos, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 12. Actividad farmacéuticos integrados en  
centros socio-sanitarios públicos de la AMAS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015-2020
Nº centros socio-sanitarios	10	23	38	38	38	38	-
Capacidad de residentes	3.116	5.344	6.246	6.246	6.612	6.709	-
SPD revisados	5.160	9.501	11.020	15.676	13.574	9.655	64.586
Incidencias SPD	1.073	1.525	2.029	2.990	2.672	983	11.272
Tratamientos revisados	1.163	6.156	11.949	20.822	22.125	24.038	86.253
Medicamentos revisados	10.268	59.597	120.653	213.101	229.164	247.831	880.614
Intervenciones	416	1.390	3.003	4.402	4.726	5.072	19.009
Aceptación intervenciones	255	693	1429	1.749	2.236	2.534	8.896
% aceptación intervenciones	61%	50%	48%	40%	47%	50%	47%
Consultas	257	541	537	753	1.004	1.023	4.115
Carteles informativos	22	52	52	82	54	118	380
Sesiones impartidas	32	48	69	73	29	3	254
Asistentes	387	485	948	721	802	59	3.402
Nº alertas medicamentos*	-	-	-	-	-	15	-
Notas de seguridad AEMPS	52	59	45	65	72	91	384
Notificación errores medicación	156	223	283	185	217	94	1.158

SPD: Sistema Personalizado de Dosificación

Nº Alertas de medicamentos o productos sanitarios difundidas en los centros\*: esta actividad se ha realizado durante todo el periodo; pero, por cambios en el registro, solo disponible datos del 2020.

### 2.1.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria (AP)

Aunque la práctica clínica en AP es razonablemente segura si tenemos en cuenta la baja frecuencia de eventos adversos (EA) (11,8‰) y el elevado porcentaje de EA que son leves (55%), dicha práctica tiene unas características especiales, que hacen que la seguridad del paciente sea una prioridad. En este sentido, se han desarrollado diferentes actuaciones que se presentan a continuación:

Atención a los pacientes en las consultas: acceso a la historia clínica informatizada en todos los puntos de atención de pacientes dentro de los centros de salud, analizando las interrupciones en consultas y mejorando el almacenaje de medicación en los centros de salud. Como resultado, se ha implantado el documento: “Recomendaciones sobre estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos” y se ha elaborado y difundido una recomendación de seguridad generalizable, que incluye la elaboración de un protocolo individualizado en cada centro de salud para la gestión de las interrupciones.

Atención a los pacientes a domicilio: actualización del procedimiento interno de los centros de salud para la gestión de avisos domiciliarios y así poder disminuir los incidentes relacionados con retrasos y errores. Como resultado, se ha elaborado y difundido una lista de verificación dirigida a los profesionales para mejorar la seguridad en la gestión de los botiquines caseros.

Control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K: se han diseñado y difundido los circuitos de coordinación establecidos entre las direcciones asistenciales de AP y sus hospitales de referencia para garantizar la continuidad asistencial. Como resultado, se ha elaborado y difundido un protocolo para el control y seguimiento de pacientes con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD).

Por último, se han desarrollado diversas actuaciones relacionadas con el uso seguro de medicamentos que se han incluido en el apartado anterior (por ejemplo, el programa de revisión parcial de la medicación) y se ha desarrollado e implantado en todos los centros de salud una Práctica Segura generalizable sobre inmunización segura, para adecuar en los centros un circuito de recepción de vacunas, el almacenamiento, la revisión sistemática de la caducidad y la difusión del cartel “pasos para una vacunación segura” y del calendario actualizado de vacunación.

## 2.2. Actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente a nivel local:

### 2.2.1. Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras

El número total de “actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” (recomendaciones de seguridad + prácticas seguras) informadas por las UFGRS en 2016, fue de 5.592: el 98% eran actuaciones locales (medidas correctoras y prácticas seguras) y el 2% generalizables (recomendaciones y prácticas seguras), mientras que, en 2019, el número total de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente ha sido de 10.871, y de ellas, el 99% son locales y un 1% son generalizadas:

Nº actuaciones	Anual 2016			Anual 2019			Variación 2016-2019			
	TOTAL	AH	AP	TOTAL	AH	AP	TOTAL	AH	AP	SUMMA
Nº medidas correctoras	5.298	2.331	2.946	10.663	7.820	2.816	5.365	5.489	-130	6
Recomendaciones de seguridad generalizables	105	84	18	102	86	16	-3	2	-2	-3
Nº de prácticas seguras	189	188	1	106	105	0	-83	-83	-1	1
<b>Total</b>	<b>5.592</b>	<b>2.603</b>	<b>2.965</b>	<b>10.871</b>	<b>8.011</b>	<b>2.832</b>	<b>5.279</b>	<b>5.408</b>	<b>-133</b>	<b>4</b>

En la tabla anterior, se tienen en cuenta los valores promedio de análisis en los diferentes ámbitos en 2019, así como la variación con respecto al año 2016. Se puede ver el incremento en las recomendaciones de seguridad locales (también denominadas medidas correctoras) en hospitales y en el SUMMA 112 y un descenso en Atención Primaria. Además, se aprecia un descenso en el número de prácticas seguras sobre todo en hospitales. De nuevo se fija la variación hasta 2019, por la situación pandémica en 2020.

A nivel global, las actuaciones de los hospitales están relacionadas con la mejora sobre la medicación, cuidados y accidentes del paciente. En Primaria y SUMMA 112 se observan algunas especificidades. En Atención Primaria, además del 61% de las actuaciones de mejora que abordan aspectos relacionados con medicación y vacunas, también hay otros aspectos relacionados con las actuaciones de mejora sobre dispositivos médicos y pruebas diagnósticas. Y, finalmente, en el SUMMA 112 las actuaciones de mejora abordan aspectos relacionados con documentación clínica, gestión organizativa y continuidad asistencial.

Por último, en el año 2020, se ha producido un incremento en la elaboración de materiales relacionados con la seguridad del paciente y la COVID-19, con más del triple de materiales para la promoción de la cultura de seguridad (1.157 materiales) y con un aumento de recomendaciones de seguridad generalizables (119 en 2020) y de prácticas seguras (225 en 2020).

### 3. Aprendizaje y conocimiento

---

#### 3.1. Formación en Seguridad del Paciente

---

En los últimos años, se ha desarrollado una línea de formación en seguridad del paciente con el objetivo de proporcionar formación adaptada a las necesidades de los profesionales que componen nuestras organizaciones sanitarias, utilizando las distintas tecnologías y metodologías de formación, todo ello alineado con nuestros objetivos estratégicos.

Como resumen, durante la implantación de la estrategia se han abordado las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los responsables de seguridad de los servicios y centros de salud. Así, en el año 2019, se incluyó el diseño y ejecución de 5 actividades diferentes, de entre 5 y 55 horas de formación, con un total de 8 ediciones en conjunto, proporcionando formación a un total de 804 alumnos. En total, desde el año 2015 y hasta 2019, se han formado 2.898 alumnos.

En cuanto a la temática de las actividades formativas, se encuentran cursos sobre: Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios, Resolución de crisis, Comunicación de EA e Higiene de manos, en los que se han incluido la utilización de la simulación o la metodología online.

Tabla 14. Actividades formativas en seguridad del paciente (2016-2019)

2016	2017	2018	2019
<b>Formación Online</b>			
Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios	Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios. 252 alumnos	Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios. 324 alumnos	Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios. 201 alumnos
Higiene de manos	Higiene de manos. 313 alumnos	Higiene de manos. 336 alumnos	Higiene de manos. 406 alumnos
<b>Simulación (IDEhA)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Introducción a la seguridad del paciente. Taller de simulación en el manejo de crisis (11 ED)</li> <li>■ Taller de comunicación de eventos adversos: herramientas simulación. (2 ED)</li> <li>■ Taller de simulación en comunicación efectiva (3 ED)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Resolución de crisis en el área quirúrgica con seguridad para el paciente (4 ED). 39 alumnos</li> <li>■ Taller de comunicación de eventos adversos: herramientas simulación. (2 ED). 27 alumnos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Taller de simulación en el manejo de crisis en el área pediátrica (2 ED). 21 alumnos</li> <li>■ Taller de comunicación de eventos adversos: herramientas simulación. (4 ED). 50 alumnos</li> <li>■ Taller de simulación en el manejo de crisis en el área de urgencias (2 ED). 24 alumnos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Taller de comunicación de eventos adversos: herramientas simulación. (2 ED). 19 alumnos</li> </ul>
<b>Presenciales</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CISEMadríd(6ed)</li> <li>■ Seguridad del paciente: gestión de riesgos sanitarios (1ED)</li> <li>■ Observación del cumplimiento de higiene de manos. Formación de formadores (2 ED)</li> <li>■ Cultura de seguridad del paciente (1 ED)</li> <li>■ Herramientas en seguridad del paciente (ACR Y AMFE) (1 ED)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Observación del cumplimiento de higiene de manos. Formación de formadores (2 ED). 25 alumnos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manejo del Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación CISEMadríd (3 ED). 65 alumnos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CISEMadríd (Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación): aplicación práctica en hospitales. (2 ED). 46 alumnos</li> </ul>
<b>Total: 509 alumnos</b>	<b>Total: 656</b>	<b>Total: 929</b>	<b>Total: 804</b>

### 3.2. Notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadríd

Los sistemas de notificación y registro de incidentes constituyen una herramienta de aprendizaje y mejora de la seguridad del paciente, a través del análisis de los eventos comunicados y el establecimiento de propuestas de actuación.

CISEMadríd es el sistema electrónico para la notificación anónima y confidencial, por cualquier profesional del SERMAS, 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 UFGRS de Atención Primaria, hospitales y responsables de seguridad de servicios. Además, CISEMadríd facilita la incorporación de los errores de medicación al Portal de uso seguro del medicamento, evitando la duplicidad de estas notificaciones.

Esta aplicación se encuentra implantada desde 2011 en AP (CISEMAP), y posteriormente, en 2016, comienza su implantación conjunta con los Hospitales (CISEMadríd), incluyéndose desde 2017 entre los objetivos de calidad institucionales (por ello, en la figura siguiente no hay datos en 2015 de hospitales). En la actualidad, se utiliza en 33 hospitales y en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria.

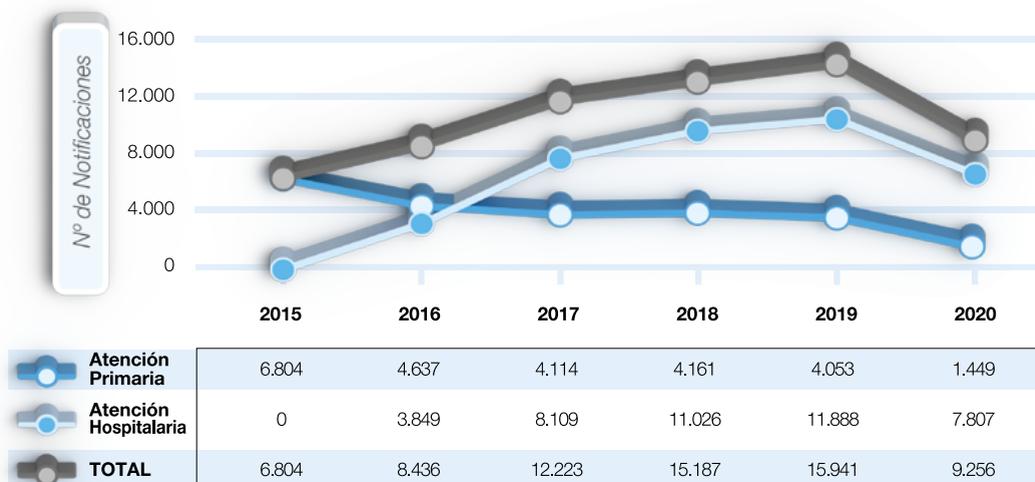


Figura 8. Notificaciones CISEMadríd 2015-2020

La comparativa refleja una situación más o menos estable en cuanto a las notificaciones en Atención Primaria entre los años 2016-2019, donde ya estaba implantada la aplicación, y un incremento importante de notificaciones en hospitales desde el 2016 (3.849) al 2019 (11.888).

En el año 2016, donde ya había estadísticas de los dos ámbitos asistenciales, el total de las notificaciones fue de 8.486; y, en 2019, de 15.941, produciéndose un incremento de un 46%. En el año 2020, debido a la situación pandémica, se ha producido un descenso de las notificaciones.

Por último, en CISEMadrid todavía no está incluido el SUMMA 112, que actualmente utiliza un sistema propio de notificación cuyos resultados se reportan semestral y anualmente.

### 3.3. 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 redundará 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.

Durante los años de implementación de la estrategia, se han realizado documentos con información específica de la organización sobre seguridad del paciente, como las memorias e informes elaborados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial; se han desarrollado de forma semestral Jornadas de trabajo de las Unidades Funcionales, 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 del paciente y experiencias y prácticas seguras planteadas por las Unidades Funcionales.

Y a nivel interno, se han actualizado los contenidos de la intranet, 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.).

Además, para identificar, difundir y premiar las buenas prácticas, en 2018, se desarrolló el "I Reconocimiento a las mejores prácticas de Seguridad del Paciente en el SERMAS" y en el año 2019, se desarrolló el "II Reconocimiento". En esta segunda convocatoria de reconocimientos específicos en el ámbito de seguridad del paciente, pudieron optar, además de las organizaciones y centros sanitarios públicos, los centros privados que realizan sus actuaciones en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Por otra parte, en diciembre de 2017, se aprobó, por el pleno de la Asamblea de la Comunidad de Madrid, la Resolución 77/2017 sobre Política general de seguridad del paciente, en la que se acordó informar sobre la situación inicial y actuaciones desarrolladas desde las unidades directivas de la Consejería en relación con esta materia.

Partiendo de la Resolución, en abril de 2019, desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se difundió su "Política institucional en seguridad del paciente", disponible en la intra-

net corporativa, que define los principios que debe desplegar el conjunto de la organización y de sus centros sanitarios, definiendo la seguridad del paciente como una prioridad en sus estrategias, proyectos y objetivos institucionales, siendo una dimensión clave de la calidad asistencial.

En este sentido, el marco general incluye los diez principios siguientes:

**Tabla 15. Principios de la Política de seguridad del paciente de la Comunidad de Madrid**

1. Considerar la seguridad de nuestros pacientes como uno de los aspectos más relevantes del trabajo de todos los profesionales y gestores de nuestra organización.
2. Reconocer y apoyar el trabajo diario de nuestros profesionales, en un entorno de una creciente complejidad de la asistencia, y especialmente en los implicados en un EA, como posibles segundas víctimas.
3. Establecer un enfoque sistémico y no punitivo, que promueva la identificación y análisis de sus EA, se desarrolle en un ambiente de confidencialidad y que favorezca la mejora de nuestras actuaciones sin culpabilizar a los profesionales implicados.
4. Cumplir con las normas establecidas, con el fin de respetar los compromisos bajo el criterio de desarrollar una gestión justa y ética de nuestros riesgos asistenciales.
5. Elaborar, implantar y difundir estrategias, proyectos y prácticas seguras en todos los niveles asistenciales y organizativos.
6. Fomentar la investigación y la adquisición de conocimientos y habilidades en materia de seguridad del paciente entre nuestros profesionales y directivos, priorizando especialmente a los implicados en su mejora, en nuestros centros.
7. Promover la participación de nuestros pacientes, y en su caso de familiares y/o allegados, en su propia seguridad, reconociendo su importancia y facilitando su activación a través de la Escuela Madrileña de Salud.
8. Impulsar la creación y despliegue de una infraestructura organizativa que dé apoyo y asesoría a las actuaciones de los responsables establecidos en los diferentes niveles asistenciales.
9. Desarrollar la comunicación abierta de EA graves, así como la transparencia y publicación de nuestros resultados en seguridad del paciente, facilitando el conocimiento y la consulta de los mismos a pacientes y ciudadanos.
10. Participar en las iniciativas nacionales e internacionales sobre esta materia, estableciendo alianzas y promoviendo reconocimientos de las prácticas que mejoren la seguridad.

Asimismo, se elaboró y difundió, en diciembre de 2019, un documento sobre “Recomendaciones para la comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves”, disponible a través de la página web de la Consejería de Sanidad (<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020276.pdf>) y a través de la Escuela Madrileña de Salud, que tiene como objetivo facilitar a los profesionales sanitarios herramientas para informar a pacientes, familiares y allegados cuando se produce un evento adverso grave, incluida la muerte. Las recomendaciones incluyen el procedimiento general de comunicación y respuesta, con cinco fases:

1. Fase de detección y actuaciones iniciales
2. Fase de preparación y análisis inicial
3. Fase de comunicación
4. Fase de seguimiento
5. Fase de registro y documentación

Por último, para fortalecer las líneas de difusión de información existentes sobre buenas prácticas a nivel regional, nacional e internacional, se ha elaborado a través de un grupo de expertos coordinado desde la Subdirección General de Calidad Asistencial, la biblioteca Breve de Seguridad del Paciente, accesible tanto como en PDF, como en la siguiente dirección: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/biblioteca-breve-seguridad-paciente>.

Esta biblioteca es un conjunto de referencias bibliográficas de calidad, en distintos ámbitos de interés relacionados con la seguridad del paciente, que se revisa de forma periódica e incorpora novedades y sugerencias de los propios usuarios, profesionales y ciudadanía. El contenido de la biblioteca es el siguiente:

**Tabla 16. Contenido biblioteca breve seguridad paciente**

Biblioteca breve de seguridad del paciente	154
Recursos Generales	74
¿Qué es la seguridad del paciente?	7
Cultura de seguridad	3
Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios	4
Metodología/herramientas	9
Sistemas de notificación y aprendizaje	9
Estrategias en Seguridad del Paciente nacionales/internacionales	6
Información institucional Consejería de Sanidad	5
Normativa (Nacional – CCAA / Internacional)	9 (8/1)
Prácticas seguras	5
Estudios de seguridad del paciente (nacionales/internacionales)	17 (8/9)
Recursos por Área Temática	51
Seguridad del medicamento	18
Infección relacionada con la asistencia sanitaria	11
Higiene de Manos	4
Identificación inequívoca	3
Prevención de incidentes de seguridad -Seguridad en los cuidados (Prevención de Úlceras por Presión / Prevención de Caídas)	9 (5/4)
Cirugía segura	6
Videos y multimedia (Higiene de manos)	12 (7)
Organismos y sitios web de interés nacionales/internacionales /Blogs especializados	17 5/9/3

## 4. Percepciones y estudios sobre seguridad del paciente

### 4.1. Percepción de los ciudadanos respecto a la seguridad del paciente

La satisfacción global con la atención recibida es un aspecto clave de la calidad asistencial que proporciona información sobre las expectativas y las percepciones de los pacientes con el proceso asistencial. La valoración de la satisfacción permite evaluar la calidad de la asistencia prestada, detectar posibles áreas de mejora y adecuar las mejoras en las prácticas asistenciales a las prioridades y preferencias del paciente.

En las siguientes tablas se muestran los resultados relacionados con la percepción que tienen los usuarios del Servicio Madrileño de Salud sobre seguridad del paciente en el periodo 2015-2019, por cada uno de los ámbitos asistenciales y segmentos que se abordan en la encuesta (En todos los resultados se incluyen las respuestas “No sabe/No contesta”).

**Tabla 17. Resultados de la percepción de los usuarios en relación con la seguridad del paciente en Atención Primaria**

#### Percepción de la Seguridad del Paciente - Resultados 2015-2019 (con Ns/Nc)

Atención Primaria					
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2016	2017	2018	2019
Sí	9,6%	11,8%	10,9%	13,4%	11,5%
No	89,0%	86,9%	88,7%	85,4%	87,6%
Ns/Nc	1,4%	1,30%	0,39%	1,16%	0,90%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2016	2017	2018	2019
Nada grave	30,5%	21,7%	23,8%	24,6%	28,9%
Poco grave	33,8%	35,6%	32,1%	38,4%	36,9%
Bastante grave	23,5%	28,0%	30,0%	23,7%	21,9%
Muy grave	10,2%	12,2%	13,1%	10,8%	9,8%
Ns/Nc	2,0%	2,4%	1,0%	2,5%	2,4%

Fuente: “Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio Madrileño de Salud”

Como resumen, en AP, en 2019, las afecciones son percibidas como poco o nada graves en un 65,8% y un 87,6% no han percibido error durante la atención. Hay un aumento de la percepción de error de 1,9% entre los años 2015-2019.

Tabla 18 (I). Resultados de la percepción de los usuarios en relación  
con la seguridad del paciente en hospitales

## Percepción de la Seguridad del Paciente - Resultados 2015-2019 (con Ns/Nc)

Consultas externas					
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2016	2017	2018	2019
Sí	10,3%	16,1%	16,6%	17,4%	13,6%
No	89,0%	82,5%	82,6%	81,6%	85,3%
Ns/Nc	0,7%	1,40%	0,81%	1,04%	1,06%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2016	2017	2018	2019
Nada grave	30,2%	25,8%	25,0%	21,2%	26,8%
Poco grave	24,4%	30,6%	24,8%	32,4%	31,0%
Bastante grave	26,7%	26,0%	31,1%	26,7%	23,3%
Muy grave	16,0%	16,1%	17,9%	16,9%	14,7%
Ns/Nc	2,6%	1,6%	1,2%	2,8%	4,2%

Cirugía ambulatoria					
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2016	2017	2018	2019
Sí	7,2%	7,7%	7,0%	9,6%	8,8%
No	91,6%	91,1%	91,1%	88,8%	89,1%
Ns/nc	1,2%	1,2%	2,0%	1,6%	2,0%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2016	2017	2018	2019
Nada grave	23,9%	20,7%	21,0%	18,6%	24,1%
Poco grave	36,0%	38,0%	35,3%	34,5%	37,3%
Bastante grave	27,2%	24,2%	28,2%	28,1%	25,0%
Muy grave	10,4%	13,9%	11,3%	13,7%	10,6%
Ns/nc	2,6%	3,1%	4,2%	5,1%	3,0%

**Tabla 18 (II). Resultados de la percepción de los usuarios en relación con la seguridad del paciente en hospitales**

**Percepción de la Seguridad del Paciente - Resultados 2015-2019 (con Ns/Nc)**

Urgencias					
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2016	2017	2018	2019
Sí	10,9%	13,7%	10,3%	15,2%	16,7%
No	87,0%	85,2%	89,3%	83,4%	82,0%
Ns/nc	2,1%	1,1%	0,4%	1,3%	1,3%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2016	2017	2018	2019
Nada grave	16,8%	12,9%	21,2%	13,3%	15,8%
Poco grave	33,9%	30,5%	36,4%	33,1%	34,4%
Bastante grave	32,0%	35,5%	33,3%	31,6%	33,6%
Muy grave	14,9%	19,0%	5,9%	19,3%	13,2%
Ns/nc	2,5%	2,1%	3,2%	2,6%	3,0%

Hospitalización					
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2016	2017	2018	2019
Sí	13,2%	14,5%	12,7%	17,2%	14,2%
No	85,4%	83,9%	85,7%	81,6%	84,3%
Ns/nc	1,4%	1,6%	1,6%	1,2%	1,5%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2016	2017	2018	2019
Nada grave	23,1%	22,2%	17,2%	19,2%	24,8%
Poco grave	30,8%	31,6%	33,0%	32,0%	34,0%
Bastante grave	26,5%	28,2%	35,1%	29,4%	24,4%
Muy grave	17,5%	16,0%	12,1%	16,8%	11,9%
Ns/nc	2,1%	2,0%	2,7%	2,5%	4,8%

Fuente: "Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio Madrileño de Salud"

Respecto a los hospitales, se ha recogido información en cuatro ámbitos: consultas externas, cirugía ambulatoria, urgencias y hospitalización. Se observa que, en general, en todos los ámbitos y al igual que en Atención Primaria, aumenta la percepción del error o equivocación con variaciones que van desde 1 punto en hospitalización hasta 5,8 puntos porcentuales en Urgencias; aunque en un 50,2% de los casos, la afectación es percibida como nada o poco grave.

**Tabla 19 (I). Resultados de la percepción de los usuarios en relación con la seguridad del paciente en SUMMA 112**

**Percepción de la Seguridad del Paciente - Resultados 2015-2019 (con Ns/Nc)**

UAD (Unidades de Atención Domiciliaria)				
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2017	2018	2019
Sí	4,6%	4,3%	5,1%	7,7%
No	94,9%	94,0%	94,3%	90,3%
Ns/nc	0,6%	1,7%	0,6%	2,0%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2017	2018	2019
Nada grave	25,0%	26,7%	38,9%	22,2%
Poco grave	25,0%	20,0%	11,1%	25,9%
Bastante grave	31,3%	33,3%	38,9%	37,0%
Muy grave	12,5%	20,0%	11,1%	11,1%
Ns/nc	6,3%	0,0%	0,0%	3,7%

VIR (Vehículos de Intervención Rápida)				
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2017	2018	2019
Sí	4,3%	6,9%	4,9%	8,0%
No	95,1%	92,3%	93,4%	91,1%
Ns/nc	0,6%	0,9%	1,7%	0,9%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2017	2018	2019
Nada grave	6,7%	20,8%	41,2%	28,6%
Poco grave	6,7%	41,7%	35,3%	21,4%
Bastante grave	40,0%	25,0%	17,6%	32,1%
Muy grave	13,3%	12,5%	5,9%	14,3%
Ns/nc	33,3%	0,0%	0,0%	3,6%

**Tabla 19(II). Resultados de la percepción de los usuarios en relación con la seguridad del paciente en SUMMA 112**

**Percepción de la Seguridad del Paciente - Resultados 2015-2019 (con Ns/Nc)**

UVI Móvil				
Equivocación o error sufrido personalmente durante la atención	2015	2017	2018	2019
Sí	5,4%	3,7%	4,0%	4,6%
No	93,4%	96,3%	95,4%	93,7%
Ns/nc	1,1%	0,0%	0,6%	1,7%
Afectación a la salud de la equivocación o error sufrido	2015	2017	2018	2019
Nada grave	5,3%	23,1%	42,9%	25,0%
Poco grave	31,6%	30,8%	28,6%	25,0%
Bastante grave	47,4%	23,1%	14,3%	18,8%
Muy grave	10,5%	23,1%	14,3%	18,8%
Ns/nc	5,3%	0,0%	0,0%	12,5%

Fuente: "Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio Madrileño de Salud"

En cuanto a las encuestas del SUMMA 112, hasta 2017 se realizaban cada dos años, por lo que en 2016 no se llevaron a cabo y, a partir de 2017, se empezaron a realizar de forma anual. Las preguntas y respuestas se dividen en los siguientes ámbitos: Unidades de Atención Domiciliaria (UAD), Vehículos de Intervención Rápida (VIR) y UVI móvil.

Como resumen, la mayor percepción de error o equivocación se da con los VIR, aunque el 50% de los episodios son percibidos como poco o nada graves. Destaca la disminución de la afectación por error sufrido en la UVI móvil "Muy grave" y "Bastante grave", que ha disminuido desde el 57,9% en 2015 hasta el 37,6 % en 2019.

#### 4.2. Percepción de las UFGRS sobre la importancia y situación actual de la seguridad del paciente

Para conocer la percepción de las UFGRS, en 2020 se diseñó un cuestionario con el objetivo de analizar ocho variables en relación con la importancia y situación actual en seguridad del paciente en los tres niveles asistenciales del SERMAS: Cultura, Liderazgo, Estrategia y organización, Herramientas, Implantación de estrategia, Prácticas Seguras (PS), Pacientes y familiares y Barreras, con un ítem de valoración global por cada una de ellas y puntuándose con una escala de tipo Likert (1-10), siendo el 0 "no aplica".

Como resultados obtenidos, contestaron al cuestionario 33 hospitales, Atención Primaria y SUMMA 112. Todos los centros han puntuado por encima de 8 en relación con la importancia en seguridad del paciente, destacando en las variables de cultura, liderazgo, estrategia e implantación.

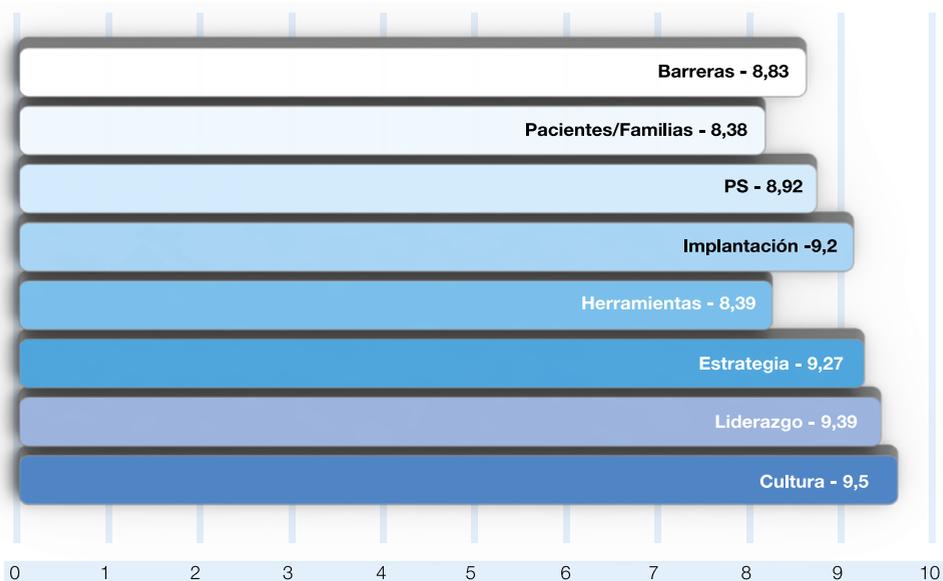


Figura 9. Puntuaciones totales de la importancia en la totalidad de centros estudiados

Respecto a la situación actual en seguridad del paciente, el total de centros van desde la puntuación más baja en pacientes/familias (4,13) hasta la más alta en estrategias (7,48), pasando por puntuaciones medias en las demás variables, como se puede ver en la siguiente figura:

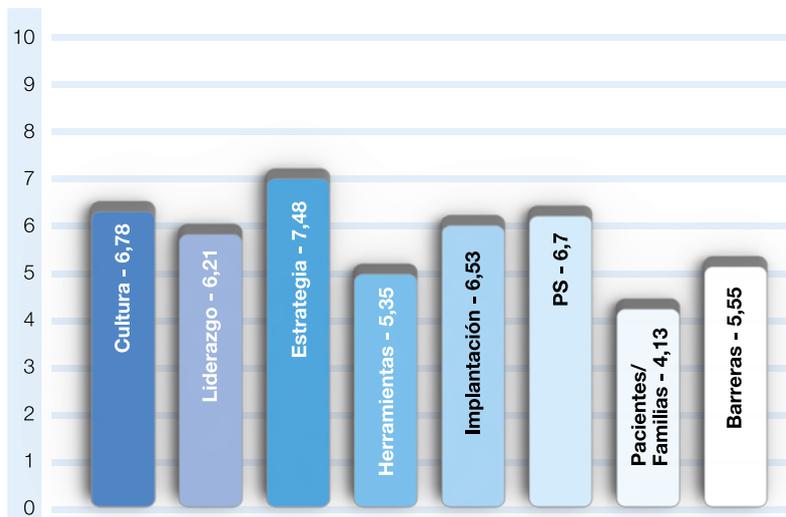


Figura 10. Puntuaciones totales de la situación actual en SP en la totalidad de centros estudiados

Por niveles asistenciales, los centros hospitalarios tienen puntuaciones similares a SUMMA 112 en cultura y liderazgo, y superiores en implantación y prácticas seguras respecto de Atención Primaria y SUMMA 112. Por otro lado, Atención Primaria tiene una puntuación algo superior en estrategia. Y finalmente, SUMMA 112 destaca en puntuaciones ligeramente más altas en la detección de barreras en seguridad del paciente:

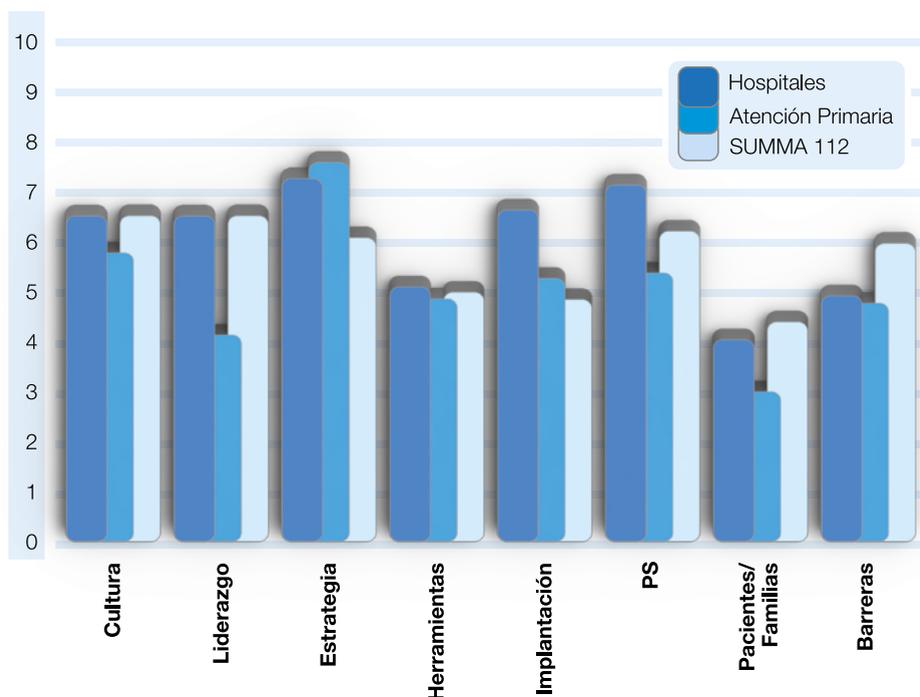


Figura 11. Puntuaciones totales en situación actual de la SP en las 8 variables por nivel asistencial

Respecto a la comparación entre importancia y situación actual del conjunto de las distintas variables, las diferencias son mayores en Atención Primaria (3,62), respecto de SUMMA 112 (2,51) y hospitales (2,63). En relación con las variables analizadas, la diferencia es mayor en el área de pacientes/familias, seguida por barreras y liderazgo; en cambio, la menor es en la variable estrategias:

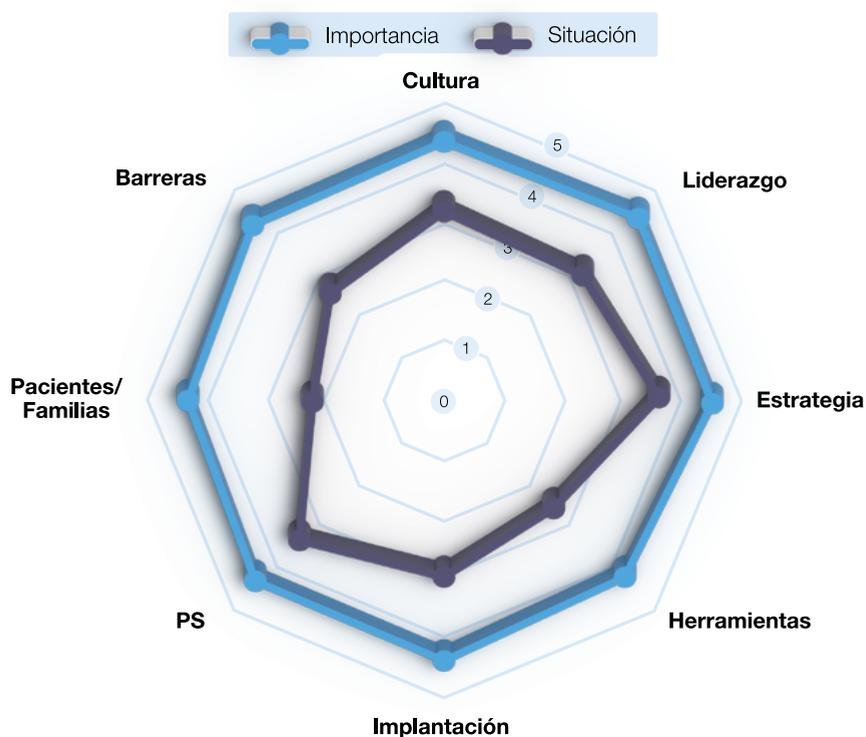


Figura 12. Diferencias entre la importancia y la situación actual

Es interesante analizar también si la valoración que hacen las unidades funcionales de cada variable (ítem de valoración global incluido en cada una de las variables) coincide con el promedio encontrado de las puntuaciones de cada una de ellas (promedio de todas las preguntas de la variable, exceptuando la valoración global). Así, se pueden observar algunas diferencias, siendo mayores en pacientes/familias y liderazgo. Sin embargo, coinciden en la variable herramientas y es bastante ajustada en prácticas seguras, barreras y cultura.

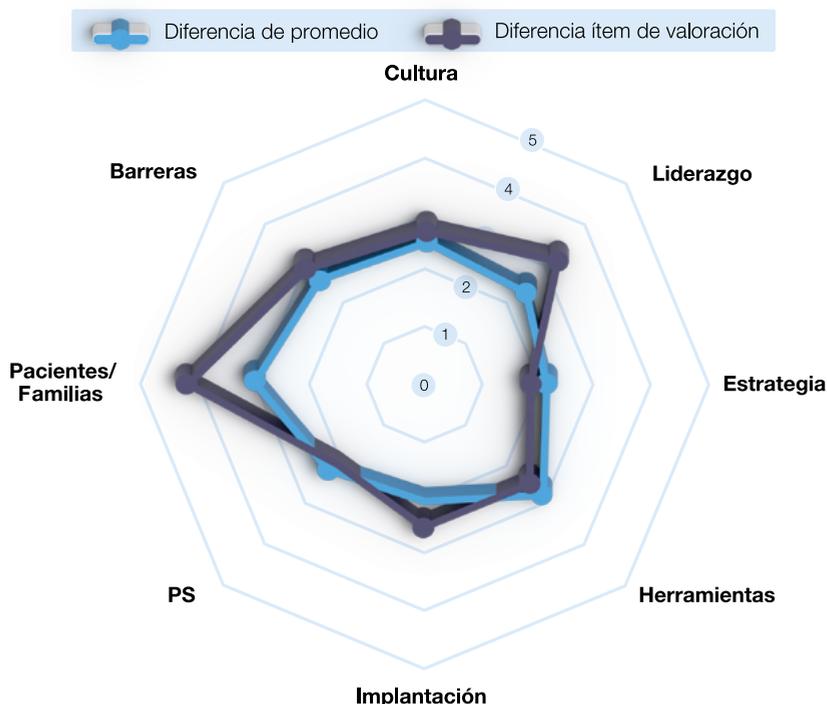


Figura 13. Diferencias en el ítem de valoración global respecto al promedio de cada variable estudiada

### 4.3. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en los Hospitales de la Comunidad de Madrid (ESHMAD)

La identificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente es el primer paso para priorizar acciones de mejora en seguridad del paciente y la realización de estudios epidemiológicos fiables es una base de la cultura de seguridad, imprescindible para poder avanzar en esta área de tanta relevancia para los pacientes y profesionales.

El Estudio sobre la Seguridad de los pacientes en Hospitales de la Comunidad de Madrid (ESHMAD), es un estudio observacional de tipo transversal, con revisión retrospectiva sobre una muestra de los pacientes estudiados en 34 hospitales de la Comunidad de Madrid, realizado entre mayo y diciembre de 2019.

Su objetivo es estimar la prevalencia de Incidentes sin daño (I) y de Incidentes con daño o EA existentes en los Hospitales de la Comunidad de Madrid, haciendo un posterior análisis de sus características para conocer así su magnitud, trascendencia, evitabilidad, impacto y factores desencadenantes.

El estudio se planteó a dos niveles: por un lado, global, para conocer el estado general de la Comunidad de Madrid y, por otro, intrahospitalario, para identificar los problemas inherentes en de cada centro, permitiendo así identificar las áreas y problemas de seguridad del paciente en ambos marcos.

Para llevarlo a cabo, basándose en la experiencia y validación previa de estudios anteriores, se realizó la revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en los hospitales de la Comunidad de Madrid en un momento temporal concreto en dos fases.

La primera, integrada dentro del Estudio EPINE, permitía identificar en la revisión signos de alarma vinculados a EA mediante una guía de cribado.

Posteriormente, en la segunda fase, se revisaban las historias de los pacientes con cribado positivo para los signos de alarma y se analizaba la presencia o ausencia de EA y sus características mediante el cuestionario modular MRF-2, según se puede apreciar en la siguiente imagen:

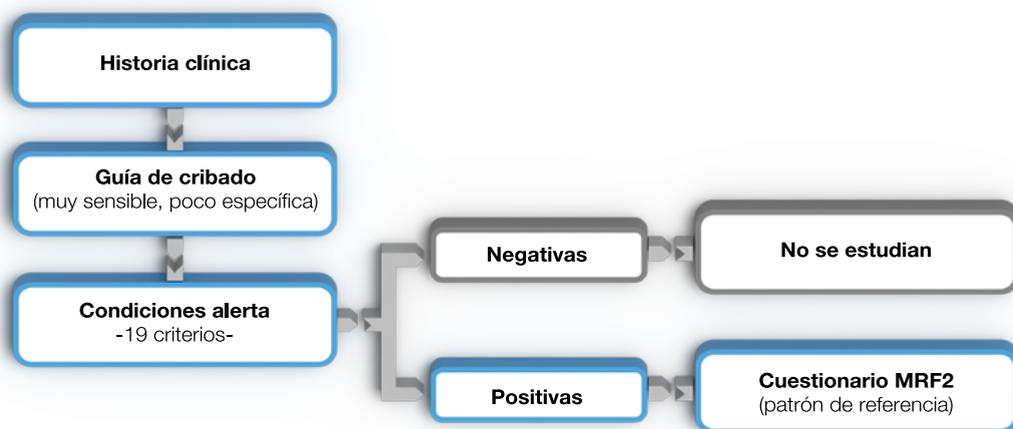


Figura 14. Metodología estudio ESHMAD

De los 9.975 pacientes estudiados en la primera fase de cribado, 6.326 se identificaron como cribados negativos y 3.649 como cribados positivos. Al iniciarse la segunda fase, se perdieron 54 registros. De los 3.595 pacientes con cribados positivos se registraron 4.660 formularios MRF-2 en el total de 3.595 pacientes estudiados (cada cribado puede tener más de un formulario según los ítems marcados). De ellos, 4 tuvieron un registro desconocido, 2.378 fueron falsos positivos, 311 fueron Incidentes y 1.967 fueron EA. Por último, tras el análisis, de los 1.967 EA se confirmó la relación de la asistencia sanitaria en 1.455 registros con EA y de los 311 incidentes se confirmaron 129.

Como resultado, la prevalencia de pacientes con algún EA fue del 11,9% (IC 95%: 11,3 - 12,5), y la prevalencia de pacientes con Incidentes fue del 0,9 % (IC 95%: 0,8 - 1,1), según se puede ver en la siguiente tabla, segmentada por grupos de hospitales:

Tabla 20. Incidentes y Eventos Adversos

Tipo de hospital	Incidentes relacionados con la asistencia sanitaria		Eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria	
	Pacientes con incidentes (n)	Prevalencia de pacientes con incidentes (%)	Pacientes con eventos adversos (n)	Prevalencia de pacientes con eventos adversos (%)
<b>G1: Baja complejidad</b>	20	2,5%	88	11,2%
<b>G2: Media complejidad</b>	41	1,3%	467	14,8%
<b>G3: Alta complejidad</b>	30	0,6%	578	11,6%
<b>G4: Apoyo</b>	1	0,5%	16	8,5%
<b>G5: Media estancia</b>	1	0,2%	27	6,7%
<b>G6: Psiquiátricos</b>	0	0,0%	11	2,4%
<b>Total Hospitales</b>	<b>93</b>	<b>0,9%</b>	<b>1.187</b>	<b>11,9%</b>

Un aspecto relevante es cuantificar cuántos EA relacionados con la asistencia sanitaria podrían haberse evitado. En este sentido, de todos los EA registrados, el 47% de ellos se consideraron evitables, aunque hubo un 24,9% cuya evitabilidad fue desconocida.

En cuanto a las causas de los EA, las tres más frecuentes son: las IRAS, los efectos negativos de la medicación y las complicaciones de los cuidados, según se puede observar en la siguiente tabla de resultados:

Tabla 21. Causas de los Eventos Adversos

Causas del EA en el paciente	Evitabilidad					
	Desconocida		Nula o pequeña		Moderada a elevada	
	n	% de fila	n	% de fila	n	% de fila
Complicaciones de los cuidados	31	9,2%	75	22,3%	<b>230</b>	<b>68,5%</b>
Efectos negativos de la medicación	71	36,0%	58	29,4%	<b>68</b>	<b>34,5%</b>
Infección relacionada con accidente	134	24,5%	162	29,6%	<b>252</b>	<b>46,0%</b>
Complicaciones de un procedimiento	113	37,2%	94	30,9%	<b>97</b>	<b>37,9%</b>
Otras consecuencias	10	17,2%	17	29,3%	<b>31</b>	<b>53,4%</b>
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>24,9%</b>	<b>406</b>	<b>28,1%</b>	<b>678</b>	<b>47,0%</b>

En cuanto a la gravedad, se dividieron los EA en: de gravedad leve (aquellos que no modificaron la duración de la estancia), de gravedad moderada (aquellos que aumentaron la hospitalización o causaron un reingreso) y graves (los relacionados con la muerte del paciente o que provocan una reintervención quirúrgica). De esta forma, el 42,3% de los EA fueron considerados de gravedad moderada, el 35,5% fueron de gravedad leve y el 21% se clasificaron como graves.

**Tabla 22. Gravedad de los Eventos Adversos**

Gravedad del EA	EA en mujeres	% en mujeres	EA en hombres	% en hombres	Total EA	% en el Total
Desconocida	8	1,2%	11	1,4%	<b>19</b>	<b>1,3%</b>
Leve	255	38,2%	259	33,2%	<b>514</b>	<b>35,5%</b>
Moderada	270	40,5%	342	43,9%	<b>612</b>	<b>42,3%</b>
Grave	134	20,11%	167	21,4%	<b>301</b>	<b>20,8%</b>
<b>Total</b>	<b>667</b>	<b>100,0%</b>	<b>779</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.446</b>	<b>100,0%</b>

Por último, en cuanto a sus consecuencias, el 92,5% de los EA necesitaron asistencia adicional, como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 23. Consecuencia asistencial de los Eventos Adversos**

Asistencia adicional como consecuencia del EA	EA en mujeres	% en mujeres	EA en hombres	% en hombres	Total EA	% en el Total
La atención sanitaria no se vio afectada	57	8,5%	52	6,7%	<b>109</b>	<b>7,5%</b>
Requirió un nivel elevado de observación y monitorización (constantes vitales, efectos secundarios...)	37	5,5%	32	4,1%	<b>69</b>	<b>4,8%</b>
Requirió una prueba adicional (radiografía, cultivo...) u otro procedimiento	55	8,2%	49	6,3%	<b>104</b>	<b>7,2%</b>
Tratamiento médico o rehabilitación (antibióticos, curas...)	370	55,5%	427	54,9%	<b>797</b>	<b>55,2%</b>
Intervención quirúrgica adicional	113	16,9%	147	18,95%	<b>260</b>	<b>18,0%</b>
Intervención o tratamiento de soporte vital (intubación orotraqueal, RCP...)	35	5,2%	71	9,11%	<b>106</b>	<b>7,3%</b>
<b>Total</b>	<b>667</b>	<b>100,0%</b>	<b>778</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.445</b>	<b>100,0%</b>

Además del informe global, que acabamos de resumir, se elaboraron informes individuales que fueron remitidos en el año 2020 a cada hospital, para que fueran revisados y se pudieran diseñar e implementar actuaciones de mejora.

En este sentido, de los 32 hospitales que han revisado el informe y establecido áreas de mejora, 5 han propuesto crear grupos de trabajo para abordar las áreas de mayor impacto de los incidentes y efectos adversos, mientras que en cuanto a las acciones de mejora, de acuerdo a la naturaleza del EA, un 69% de los hospitales (22) han definido acciones de mejora para la prevención y control de la infección y un 31% (10 centros) acciones para abordar errores de medicación o problemas en la administración de sangre o fluidos, lo que parece congruente con los EA más frecuentes identificados en el estudio ESHMAD. También se han definido, entre otras, acciones de mejora para incidir en problemas durante la realización de un procedimiento (28% de centros) o en cuidados de enfermería (28% de centros).

#### 4.4. Auditorías sobre la gestión de riesgos sanitarios

La compañía aseguradora de la responsabilidad sanitaria del Servicio Madrileño de Salud (SHAM) incluye entre sus actuaciones la realización de auditorías para evaluar el sistema establecido para gestionar los riesgos sanitarios en las diferentes gerencias asistenciales (Hospitales, Atención Primaria y SUMMA 112).

Estas evaluaciones se realizaron con un cuestionario utilizado por SHAM tanto en nuestro país, como en Francia e Italia, incluyendo las siguientes ocho áreas: Cirugía, Urgencias, Obstetricia, Medicamentos, Historia Clínica, Higiene y Prevención de IRAS, Gestión de Reclamaciones y Gestión de Riesgos de forma general.

Como resultado global, según se aprecia en el gráfico siguiente, nuestras gerencias obtuvieron un elevado resultado en el cumplimiento del cuestionario (93%), lo que representa un riesgo bajo:

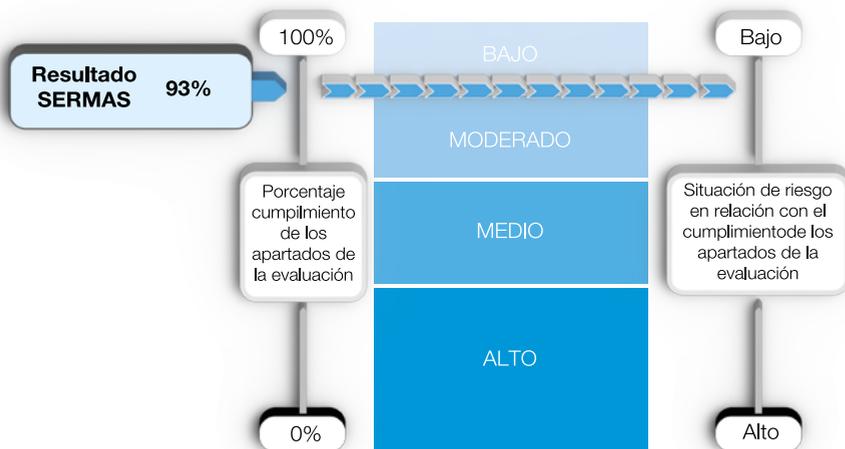


Figura 15. Resultado global auditorías SHAM

En concreto, entre sus resultados podemos señalar que los porcentajes obtenidos en las auditorias, fueron elevados y bastante homogéneos, proviniendo de una gestión iniciada hace más de 10 años.

En su informe, se señala que los equipos multidisciplinares tienen una gran experiencia y están muy implicados en la gestión de riesgos, que la aportación de la historia clínica informatizada es un elemento clave en la gestión de riesgos y que el SERMAS dispone de una enorme base de datos sanitarios.

En relación con las ocho áreas evaluadas, se obtuvieron unos resultados elevados en relación con su cumplimiento, con la mayoría de ellos por encima del 90%, que es el umbral del riesgo bajo, según se puede ver en la siguiente figura:

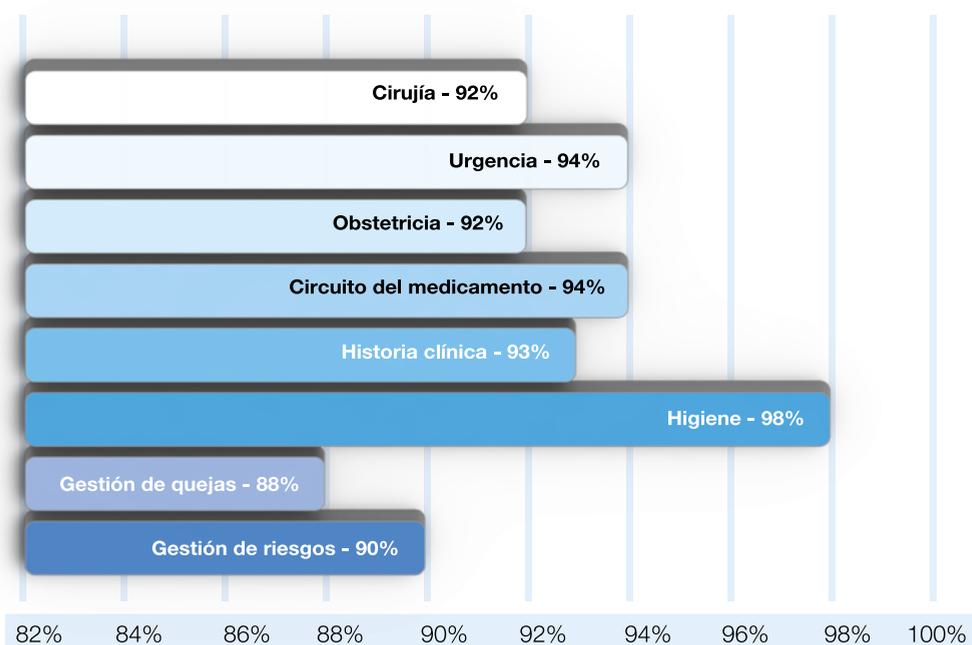


Figura 16. Resultados auditoría SHAM por temas/áreas evaluadas

En cuanto a las áreas de mejora, el informe global de las auditorias establece las siguientes observaciones: las pautas para la gestión de riesgos están muy estructuradas y son homogéneas, con una coordinación por las UFGRS y puesta en marcha por comisiones de seguridad y referentes en el servicio. La comprensión del riesgo se apoya en la descripción de eventos indeseables y los análisis a priori al riesgo (mapas de riesgo) podrían estar mejor desarrollados.

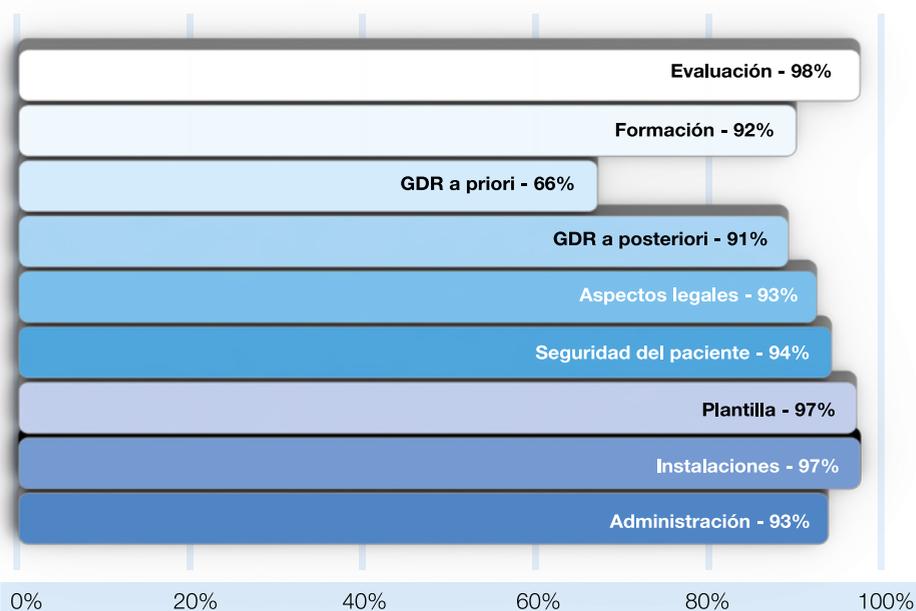


Figura 17. Resultados auditoría SHAM por áreas de mejora

## 5. Normativa sobre seguridad del Paciente

Durante el desarrollo de la estrategia, se han elaborado y publicado dos Decretos específicos sobre la regulación de la seguridad del paciente en nuestra Comunidad Autónoma:

### 5.1. Decreto 53/2017, de 9 de mayo, 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

El Observatorio, como hemos comentado previamente, es un órgano de asesoramiento y consulta, con carácter funcional, siendo el primero en nuestro país regulado a través de un Decreto (Decreto 134/2004, de 9 de septiembre). Este Decreto fue modificado en el año 2017 por el Decreto 53/2017, de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios pasó a denominarse Observatorio Regional de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid.

En la siguiente tabla, se puede ver la evolución de las funciones del Observatorio reguladas en el primer Decreto de 2004 y su modificación posterior en 2017:

**Tabla 24. Comparativa de objetivos, funciones y composición del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente (Decreto 2004 versus 2017)**

Objetivos Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid (2004)	Objetivos Observatorio Regional de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid (2017)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Impulsar y difundir la cultura de la gestión de riesgos sanitarios en la Comunidad de Madrid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Impulsar y difundir la cultura de la gestión de riesgos sanitarios en la Comunidad de Madrid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Obtener, analizar y difundir información periódica y sistemática sobre los riesgos sanitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Obtener, analizar y difundir información periódica y sistemática sobre los riesgos sanitarios.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proponer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proponer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.</li> </ul>
Funciones Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid (2004)	Funciones Observatorio Regional de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid (2017)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actuar como órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actuar como órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Proponer las bases fundamentales para el diseño de un Plan para implantar de forma efectiva la gestión de riesgos en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Analizar las actuaciones desarrolladas en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, para mejorar la seguridad del paciente.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Promover la realización de estudios y líneas de trabajo que contribuyan a la gestión de los riesgos sanitarios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Revisar el enfoque de las estrategias para implantar, de forma efectiva, la seguridad del paciente en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ofrecer un análisis de la situación de los riesgos sanitarios en el sistema sanitario madrileño, mediante una evaluación continuada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Realizar el seguimiento de las estrategias y objetivos institucionales para mejorar la seguridad de los pacientes, actuando como órgano de análisis de la información disponible en diferentes fuentes, sobre la seguridad del paciente en los centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Efectuar el seguimiento de las actuaciones relacionadas con incidentes puntuales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Promover la realización de estudios y líneas de trabajo que contribuyan a la seguridad del paciente.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Proponer medidas para la prevención o reducción de situaciones de riesgo sanitario.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Analizar la coordinación de los diferentes centros sanitarios públicos, instituciones y ámbitos que puedan ser relevantes en mejorar la seguridad de los pacientes.</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Evaluar la participación de los pacientes y usuarios del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid en materia de seguridad del paciente.</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Elaborar una memoria anual que contenga, de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente".</li> </ol>

## 5.2. 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

La ya citada Resolución 77/2017 del Pleno de la Asamblea de Madrid, sobre política general de seguridad del paciente (Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid de 14 de diciembre de 2017), incluyó la elaboración y publicación de esta norma.

El Decreto 4/2021 de 20 de enero de 2021 del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, fue publicado en el BOCM el viernes 22 de enero de 2021 y 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.

En concreto, el Decreto 4/2021 determina los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en los centros y establecimientos sanitarios públicos y privados, estableciendo que cada centro contará con plan de seguridad, aprobado por la dirección del centro y difundido entre los trabajadores del mismo, un responsable de seguridad del centro y una comisión de seguridad, que en los centros públicos se denominará Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS).

El plan, contará con unos contenidos mínimos y debe desplegarse a través de la implementación y evaluación de objetivos anuales, debiendo ser revisado y actualizado como mínimo cada cinco años, estableciéndose un periodo transitorio para que los centros y establecimientos sanitarios puedan adaptarse al cumplimiento de esta normativa.

**Tabla 25. Contenido Plan seguridad del paciente**

### Contenido mínimo del Plan de Seguridad del Paciente (Decreto 4/2021)

- Identificación del centro o servicio sanitario y actividad.
- Identificación de la persona responsable de seguridad del paciente del centro.
- Estructura organizativa del centro que da soporte a la gestión de riesgos sanitarios.
- Programa de acciones previstas en materia de seguridad en la asistencia.
- Líneas concretas de actuación que deberán incluir prácticas para mejorar la seguridad.

En cuanto al responsable de seguridad, el Decreto establece que, para llevar a cabo las tareas de coordinación en la aplicación de los distintos instrumentos de acción de seguridad del paciente, los gerentes, directores técnicos o asistenciales de los centros y servicios sanitarios designarán como responsable de seguridad del paciente a un profesional sanitario del mismo, con las siguientes funciones:

Tabla 26. Funciones del responsable de seguridad del paciente

## Funciones del responsable de seguridad del paciente (Decreto 4/2021)

- Actuar como interlocutor y canalizar las propuestas de los profesionales y los pacientes con la gerencia del centro o servicio sanitario en cuestiones relativas a la seguridad del paciente.
- Impulsar los objetivos de seguridad del paciente y coordinar las actuaciones relativas a la mejora de la seguridad del paciente.
- Difundir entre el personal que presta sus servicios en el centro o servicio el plan de seguridad del paciente.
- Presidir la comisión de seguridad del paciente.
- Difundir las recomendaciones emanadas de la comisión de seguridad del paciente y de los resultados de la aplicación del plan de seguridad del centro.
- Asesorar en materia de seguridad del paciente a los gestores y profesionales.
- Colaborar en la formación del personal del centro o servicio sanitario en materia de seguridad del paciente.
- Cualquier otra actuación que, en relación con esta materia, le sea encargada por el titular del centro o servicio sanitario.

Además, en los centros y servicios sanitarios que estén constituidos por más de una unidad asistencial, podrá designarse un responsable de seguridad del paciente por cada una de dichas unidades desarrollando actuaciones en su ámbito de trabajo. Estos responsables de seguridad del paciente serán designados por el gerente, director técnico o asistencial del centro y actuarán de forma coordinada con el responsable del centro o servicio.

Por último, el Decreto también incorpora la comisión de seguridad del paciente para la participación de profesionales y la dirección del centro sanitario. La comisión de seguridad del paciente contará con un número mínimo de seis miembros que podrán ser profesionales asistenciales o no asistenciales, debiendo ser mayoría los profesionales asistenciales.

La Comisión estará presidida por el responsable de seguridad del paciente y actuará como secretario uno de los integrantes de la misma. Formarán parte de la comisión, de acuerdo con las características del centro o servicio, al menos un representante del equipo directivo y uno de cada una de las áreas de calidad, de farmacia y de medicina preventiva (en el supuesto de no existir en la plantilla del centro profesionales de dichas áreas, estos profesionales podrán ser sustituidos, por la dirección del centro, por otros profesionales que realicen funciones similares). Sus funciones se recogen en la siguiente tabla:

**Tabla 27. Funciones de la Comisión de seguridad del paciente / UFGRS****Funciones de la Comisión de seguridad del paciente / UFGRS (Decreto 4/2021)**

- Asesorar a directivos y profesionales del centro en los problemas de seguridad del paciente y sus principales causas, con el fin de que los servicios puedan establecer propuestas de mejora continua.
- Impulsar iniciativas para la implantación efectiva del plan de seguridad y especialmente de una cultura de aprendizaje y mejora.
- Realizar el seguimiento y evaluación de las medidas establecidas para mejorar la seguridad del paciente, incluidas las acciones contenidas en plan de seguridad del paciente y actualizar sus contenidos y metas.
- Analizar los incidentes de seguridad en su ámbito de actuación, identificar áreas de riesgo del centro o servicio sanitario y proponer las acciones de mejora y recomendaciones que considere necesarias.
- Fomentar y facilitar la formación de los profesionales en materia de seguridad del paciente.
- Cualquier otra actuación que en relación con la materia le sea encargada por el responsable asistencial del centro o servicio sanitario.

Por último, los centros y servicios sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de este Decreto y autorizados antes de la entrada en vigor de esta norma, dispondrán de un plazo de 12 meses para adaptarse a lo establecido en el mismo, a contar desde esa fecha (22 enero 2022).

## Análisis externo

El análisis externo incluye la revisión de las actuaciones y experiencias, tanto a nivel nacional, como a nivel internacional, con la finalidad de seleccionar aquellas que son de mayor interés para poder ser aplicadas en nuestro entorno. En concreto se incluyen:

### 1. Actuaciones de ámbito nacional

- 1.1. *Ministerio de Sanidad: Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud.*
- 1.2. *Planes y estrategias de las Comunidades Autónomas.*
- 1.3. *Otras actuaciones nacionales relacionadas con la seguridad del paciente.*

### 2. Actuaciones de ámbito internacional

- 2.1. *Declaraciones y normas sobre seguridad del paciente.*
- 2.2. *Organización Mundial de la Salud (OMS): Plan de Acción 2030.*
- 2.3. *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).*
- 2.4. *Emergency Care Research Institute (ECRI).*
- 2.5. *Joint Commission International (JCI).*
- 2.6. *Institute for Health Improvement (IHI).*
- 2.7. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).*
- 2.8. *National Healthcare Safety Network (NHSN).*
- 2.9. *Canadian Patient Safety Institute (CPSI).*
- 2.10. *National Health Service (NHS).*
- 2.11. *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.*

A continuación, se presenta un breve resumen de estas iniciativas, comenzando desde el contexto nacional y más cercano, hasta el contexto internacional.

## 1. Actuaciones de ámbito nacional

### 1.1. Ministerio de Sanidad: Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud

En España, el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), elaboró la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020, que fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 29 de julio de 2015, y que incluye seis líneas estratégicas (ver Tabla 28) que contienen las acciones a desarrollar en su periodo de vigencia.

Tabla 28. Líneas y actuaciones Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020

Líneas estratégicas	Resumen actuaciones
1. Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Plan de seguridad (propio o institucional) en todos los centros.</li> <li>■ Promover el liderazgo de los profesionales.</li> <li>■ Evaluación, difusión e conocimientos y experiencias y formación en seguridad del paciente.</li> </ul>
2. Prácticas clínicas seguras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso seguro de los medicamentos.</li> <li>■ Prevención de las IRAS.</li> <li>■ Cirugía segura.</li> <li>■ Cuidados de los pacientes.</li> <li>■ Identificación inequívoca de los pacientes.</li> <li>■ Comunicación efectiva.</li> <li>■ Abordaje EA graves.</li> <li>■ Uso seguro de radiaciones ionizantes.</li> </ul>
3. Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promover la creación de unidades de gestión de riesgos en los centros sanitarios.</li> <li>■ Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes (mejorar e incentivar la notificación, fomentar la retroalimentación y la publicación periódica de información en el SNS, promover la protección de los participantes).</li> </ul>
4. La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Información completa y comprensible a paciente/cuidador facilitando una toma de decisiones compartida.</li> <li>■ Promover la formación de los pacientes/cuidadores sobre su enfermedad y su participación activa.</li> </ul>
5. Investigación en seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promover líneas de investigación específicas en seguridad del paciente a nivel nacional y en las CCAA, así como la difusión de los resultados.</li> </ul>
6. Participación internacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fomentar la colaboración con el Programa de seguridad del paciente de la OMS y de la OPS.</li> <li>■ Promover la participación en foros internacionales relacionados con la seguridad del paciente.</li> </ul>

Entre estas actuaciones, podemos destacar el desarrollo de una cultura de seguridad, promoviendo liderazgo, planes o identificación y difusión del conocimiento, la participación de pacientes y ciudadanos y el establecimiento de prácticas seguras en siete ámbitos de actuación:

En primer lugar, las prácticas para desarrollar el uso seguro del medicamento se han centrado en el adecuado manejo de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR), la seguridad en el uso de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados y el desarrollo de la conciliación de la medicación.

En este sentido, se han elaborado una serie de documentos, como son las “Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos” en el 2019, el documento “Errores diagnósticos en Atención Primaria” en el año 2020 o el elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) en el año 2016, sobre “Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración”. Además, el Ministerio ha desarrollado diferentes actuaciones de forma conjunta con el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos como veremos posteriormente.

En segundo lugar, para prevenir las IRAS se han implementado los ya citados, Proyectos Zero, tanto en las UCI, como en los pacientes quirúrgicos.

Estos proyectos han sido liderados por el Ministerio de Sanidad en colaboración con diferentes Sociedades Científicas y desplegados de forma operativa, por las diferentes Comunidades Autónomas.

En concreto, en el año 2017 se puso en marcha el proyecto denominado Infección Quirúrgica Zero (IQZ) y, en el año 2018, se inició en las UCI el proyecto de Infección del Tracto Urinario, denominado ITU Zero, que complementaba los iniciados anteriormente (Bacteriemia Zero en el año 2009, Neumonía Zero en el año 2011 y Resistencia Zero en el año 2014).

Junto a estos proyectos también se ha promovido la higiene de manos como medida más efectiva para disminuir la transmisión de las infecciones y, en concreto, se ha trabajado en la aplicación de la estrategia multimodal de la OMS, monitorizando actuaciones como la observación directa del cumplimiento de la higiene de manos, las infraestructuras existentes en habitaciones y salas o el consumo de preparados de base alcohólica.

En tercer lugar, para mejorar la seguridad en cirugía, conjuntamente con el ya citado proyecto de Infección Quirúrgica Zero, se puso en marcha de forma paralela en el año 2017, el proyecto Cirugía Segura, centrado en la aplicación del listado de verificación quirúrgica, incluyendo actuaciones como la profilaxis tromboembólica o las recomendaciones sobre normotermia y normoglucemia.

En cuarto lugar, y en relación con el resto de prácticas, se ha impulsado la definición de planes de cuidados individualizados para los pacientes hospitalizados o en el domicilio, así como la inclusión de aspectos de seguridad en la historia clínica del paciente, en el informe de alta y en la información facilitada al propio paciente, a la familia y/o a cuidadores.

Además, se ha continuado con la identificación inequívoca de pacientes, se ha promovido la existencia de protocolos para la gestión adecuada de eventos adversos graves o la elaboración de Mapas de Riesgos de los procesos en las unidades de radioterapia y/o medicina nuclear (Proyecto MARR sobre Matrices de Riesgo en Radioterapia).

En el momento actual y por la situación provocada por la pandemia, no se ha finalizado y publicado la evaluación de la estrategia y, por tanto, no disponemos de los resultados de estos proyectos a nivel de nuestro país, si bien, los datos de la Comunidad de Madrid relacionados con estos proyectos se han incluido en el análisis interno de este documento.

Por otra parte, el Ministerio ha desarrollado diversas actuaciones para el resto de líneas de la estrategia y, entre ellos, podemos citar el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) y el “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas”.

Respecto al SiNASP, para describir los incidentes notificados, se han elaborado informes anuales, siendo el último informe disponible el que incluye notificaciones del año 2018, tanto en hospitales como en centros de Atención Primaria. En este informe se incluyeron un total de 4.348 notificaciones de hospitales y 737 de primaria y los incidentes relacionados con la medicación eran los de notificación más frecuente (20,6% en hospitales y 22,9% en Atención Primaria).

Además, en ese año, se observó en los hospitales, una tendencia creciente en la notificación de incidentes relacionados con la identificación (14%) y los relacionados con equipos y dispositivos (14%).

Por otra parte, se ha continuado el despliegue del proyecto “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas”, que se puso en marcha en el año 2013 por iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Interna, con el objetivo principal de disminuir las intervenciones que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad o no son coste-efectivas (No hacer).

Como objetivos secundarios, se establecieron los siguientes: evitar la iatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias, disminuir la variabilidad en la práctica clínica, contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados y contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.

A lo largo de estos años, diferentes Sociedades Científicas han elaborado sus recomendaciones de “no hacer” basadas en la evidencia científica y con el apoyo metodológico de GUIASALUD, que se pueden consultar en la Web del Ministerio de Sanidad sobre este proyecto ([https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_sccc.htm](https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm)). En concreto, se han incluido cinco recomendaciones de 38 Sociedades Científicas, lo que supone alrededor de 200 recomendaciones.

Siguiendo esta línea de trabajo, algunas CCAA han desarrollado acciones y, entre ellas, podemos citar el proyecto “Si NO es necesario puede HACER daño” de Castilla y León (<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/calidad-seguridad-paciente/seguridad-paciente/necesario-puede-hacer-dano>), o el proyecto “Essencial” de Cataluña ([http://essentialsalut.gencat.cat/es/que\\_es\\_essencial/](http://essentialsalut.gencat.cat/es/que_es_essencial/)) con objetivos similares al del Ministerio, en cuanto a la prevención o minimización de este tipo de prácticas clínicas innecesarias o de bajo valor.

### 1.2. Planes y estrategias de las Comunidades Autónomas

Referente a las Comunidades Autónomas (CCAA), ha existido un importante desarrollo en este último periodo, donde es posible identificar diversas referencias sobre sus actuaciones en seguridad del paciente, tanto a nivel documental, como en publicaciones en las webs oficiales de los gobiernos regionales, los organismos con competencias en sanidad o los responsables de la gestión asistencial.

En este sentido, y en relación con la elaboración y desarrollo de actuaciones de planificación, también podemos encontrar cómo algunas CCAA han elaborado planes específicos en esta materia; mientras que, en otros casos, incluyen líneas sobre seguridad del paciente en sus planes de salud, como podemos observar en la siguiente tabla:

Tabla 29. Planes y estrategias de las Comunidades autónomas

CCAA/MS	Denominación del Plan	Año
<b>Andalucía</b>	Estrategia para la seguridad del paciente.	2019
<b>Asturias</b>	Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias	2015-2020
<b>Baleares</b>	Plan Estratégico de Seguridad del Paciente (Atención Primaria)	2019-2023
<b>Castilla La Mancha</b>	Estrategia de seguridad del paciente de Castilla La Mancha	2019-2023
<b>Castilla León</b>	Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente	2011-2015
<b>Cataluña</b>	Plan de Salud de Cataluña	2016-2020
<b>Extremadura</b>	Plan estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud	2011-2016
<b>Galicia</b>	Estrategia SERGAS	2020
<b>La Rioja</b>	III Plan de Salud La Rioja	2015-2019
<b>Madrid</b>	Estrategia de Seguridad del paciente	2015-2020
<b>Murcia</b>	Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia	2012-2016
<b>Navarra</b>	Estrategia de seguridad de pacientes	2014-2020
<b>País Vasco</b>	Estrategia de Seguridad del Paciente	2017-2020
<b>Valencia</b>	Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunidad Valenciana	2009-2013
<b>Ceuta/Melilla (INGESA)*</b>	Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*	2015-2020
<b>M. Sanidad</b>	Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud	2015-2020

\*INGESA: el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria es una entidad dependiente del Ministerio de Sanidad de España que gestiona la prestación sanitaria pública de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Como resumen, hemos encontrado que la mayoría de las CCAA tienen publicados documentos de planificación de las actuaciones relacionadas con la seguridad del paciente y que, además, comparten algunas líneas como presentamos en la siguiente tabla, donde hemos elaborado una síntesis de sus apartados comunes:

**Tabla 30. Comparativa de las Líneas Estratégicas incorporadas por las comunidades autónomas con Estrategia de seguridad del paciente**

Líneas estratégicas	Madrid	Andalucía	Asturias	C. Mancha	Galicia	País Vasco
Organización y liderazgo	X	X	X	X	X	
Cultura de seguridad	X		X	X		
Gestión de riesgos e incidentes	X	X		X	X	X
Prácticas seguras	X	X	X	X	X	X
Entorno seguro			X		X	
Participación de pacientes	X	X	X	X		X
Atención integral, continuidad asistencial, comunicación	X	X			X	
Seguridad en Tecnologías de la información sanitaria		X				
Conocimiento, formación, innovación, investigación	X	X	X	X	X	
Atención a las segundas y terceras víctimas						X
Evitar intervenciones innecesarias	X					
Desarrollar sistemas de información	X			X		

Como se puede comprobar, existen líneas que son comunes en muchas de ellas. Por ejemplo, todas incluyen líneas de prácticas seguras, si bien, también podemos observar algunas diferencias, como es la inclusión de las prácticas innecesarias en el caso de Madrid. En la siguiente tabla, y a modo de ejemplo, recogemos algunas de las diferencias en estos planes:

**Tabla 31. Síntesis de líneas de trabajo diferentes en los Planes Estratégicos de las CCAA**

CCAA	Actuación
<b>Andalucía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Garantizar un entorno asistencial seguro a través de la adecuada gestión de equipamientos, infraestructura y edificación.</li> <li>■ Proporcionar atención a la primera, segunda y tercera víctima de forma inmediata, protocolizada y eficaz.</li> <li>■ Seguridad en el proceso transfusional.</li> <li>■ Reforzar la atención segura para pacientes en situación de vulnerabilidad.</li> <li>■ Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria.</li> </ul>
<b>Baleares (GAP*)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elaborar un procedimiento de comunicación de EA que incluya listas de verificación de atención a primeras y segundas víctimas.</li> <li>■ En general, la Línea estratégica 6 “Entorno seguro”: adaptar los centros sanitarios a los pacientes con discapacidades.</li> </ul>
<b>País Vasco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atención a las segundas y terceras víctimas.</li> <li>■ Seguridad transfusional.</li> <li>■ Buenas prácticas en los pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición.</li> <li>■ Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida.</li> </ul>

\*GAP. Gerencia de Atención Primaria.

Un aspecto importante y también diferencial, han sido las acciones para fomentar la participación de los pacientes, y así, algunas CCAA han desarrollado actuaciones, como es el caso del País Vasco que ha elaborado una campaña titulada “Participa en tu seguridad”, Cataluña que ha desarrollado el proyecto “Decisiones Compartidas” o Asturias, con el “Paciente Activo Asturias”.

No obstante, como en años anteriores, no ha existido un despliegue de órganos de participación, manteniéndose el ejemplo de Cataluña con su Consejo asesor de la seguridad de los pacientes, establecido en el año 2010, como espacio de encuentro para llevar a cabo debates regulares, en torno a esta materia. En la siguiente tabla incluimos sus funciones:

**Tabla 32. Funciones del Consejo Asesor de la seguridad de los pacientes de Cataluña**

- a. Informar sobre los proyectos de las actuaciones y las propuestas normativas impulsados por el Departamento de Salud y los entes dependientes o vinculados que incidan en aspectos de seguridad de los/las pacientes.
- b. Favorecer la difusión y la instauración de una cultura de seguridad entre los diferentes agentes del sector y promover una visión abierta entre la sociedad, los/las pacientes y el sistema sanitario.
- c. Proponer al Departamento de Salud y a los entes dependientes o vinculados, objetivos de seguridad para aplicar en los ámbitos asistenciales, para fomentar cambios de efectividad probada en el sistema que potencien la seguridad de los/las pacientes.
- d. Impulsar el desarrollo de diferentes líneas de investigación que aborden los diferentes aspectos de la seguridad clínica, y atender, si se tercia, las diferencias entre hombres y mujeres y las necesidades de aquellas personas que, por razón de su discapacidad intelectual o sensorial, tienen limitada su capacidad de comunicación en relación con la protección de su salud.
- e. Favorecer la difusión entre los/las pacientes de los problemas de seguridad y fomentar la participación, para facilitar un entorno a la asistencia de más seguridad.
- f. Promover la mejora de los sistemas de medida y evaluación de la seguridad y servir como observatorio para conseguir las mejores prácticas en seguridad.
- g. Proponer programas de formación y desarrollo profesional.
- h. Promover las tecnologías de la información para mejorar los procesos de comunicación y formación en seguridad de los/las pacientes.
- i. Promover y facilitar la cooperación y coordinación de iniciativas de seguridad entre los diferentes grupos de implicados (profesionales sanitarios, instituciones sanitarias y pacientes).
- j. Proponer estándares de seguridad en los sistemas de autorización y de acreditación a los órganos competentes del Departamento de Salud.
- k. Establecer, de acuerdo con las directrices del Departamento de Salud, relaciones con otras comunidades autónomas y con otros países, a efectos de poner en común conocimientos sobre los acontecimientos adversos y sus causas.

### 1.3. Otras actuaciones nacionales relacionadas con la seguridad del paciente

#### Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP)

En relación con la seguridad del medicamento y, como se ha mencionado previamente, también hay que señalar la labor desarrollada por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) con la elaboración de diferentes documentos:

- Año 2016: se elaboró el documento “Prácticas seguras para el uso de anti-coagulantes orales”.
- Año 2018: se elaboró una segunda versión actualizada del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales, que inicialmente había sido adaptada para su uso en nuestro país (año 2007).
- Año 2019: se creó un “Cuestionario de Autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los servicios de medicina intensiva”, estructurado en

10 apartados que se corresponden con los 10 elementos clave que más inciden en la seguridad de los medicamentos en los servicios de medicina intensiva y se elaboraron las “Recomendaciones para la prevención de errores de medicación”.

Por otra parte, el ISMP también publica datos sobre los errores de medicación, basados en su Registro de Notificación de Errores de Medicación del ISMP-España, promovido por el Ministerio de Sanidad. Así, en el año 2020, ha publicado los diez tipos de errores de medicación con consecuencias más graves detectados en este año (Boletín ISMP-España):

**Tabla 33. Diez tipos de errores de medicación con consecuencias más graves detectados en 2020**

Nº	Tipo de error
1	Errores por omisión o retraso de la medicación
2	Administración de medicamentos a un paciente equivocado.
3	Errores asociados a alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos.
4	Errores en el cálculo de la dosis en pacientes pediátricos.
5	Errores por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos comercializados.
6	Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes.
7	Errores por administración accidental de bloqueantes neuromusculares.
8	Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos.
9	Errores en la conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria.
10	Errores por problemas de comprensión de los pacientes de cómo utilizar los medicamentos.

La importancia de conocer estos incidentes radica en su recurrencia, que podría ser evitada o minimizada con la puesta en marcha de prácticas seguras (por ejemplo, las ya citadas, uso seguro de MAR o la conciliación de la medicación), y todo ello teniendo en cuenta que los errores de medicación constituyen el tipo de EA más frecuente, siendo evitables en el 35% de los casos.

### Foro español de pacientes

En relación con el apartado anterior, el Foro ha promovido la creación de una “Alianza multidisciplinar frente a los errores en la medicación del paciente hospitalizado en España”, basada en el tercer reto de la OMS sobre seguridad de los medicamentos y avalada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Esta alianza, está compuesta por más de 20 organizaciones científicas y profesionales, que incluyen personal de farmacia, de medicina, de enfermería, enfermeras, gestores y otros profesionales.

Propone la puesta en marcha de las siguientes medidas (<https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/02/MANIFIESTO-ALIANZA-FRENTE-ERRORES-MEDICACION-C3%93Nv4.pdf>):

- Elaborar normativa a nivel nacional y autonómico. Para, por ejemplo, garantizar la trazabilidad de la medicación a pie de cama de todos los pacientes hospitalizados, siendo prioritario dicho desarrollo normativo para la medicación de alto riesgo.
- Impulsar sistemas de reporte de los errores de medicación, obligatorios y no punitivos, con el fin de aprender de ellos y establecer mejoras.
- Desarrollar un programa de formación y sensibilización para pacientes y profesionales de la Sanidad.
- Adecuar los recursos humanos, con el impulso de los soportes tecnológicos que faciliten el uso seguro de la medicación, e incluyendo la dotación presupuestaria.

### Desarrollo normativo sobre seguridad del paciente

Junto a estas actuaciones, se han desarrollado algunas normas relacionadas con la estructura organizativa y las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente. En nuestro país, no existe una norma específica de ámbito nacional en esta materia, aunque sí tenemos un marco normativo general que se puede aplicar a diferentes aspectos de la seguridad del paciente, si bien como señala el informe del Comité de Bioética de España (<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20Seguridad%20Paciente.pdf>), hace falta un mayor desarrollo legislativo, siendo la principal laguna la regulación de los sistemas de notificación de incidentes.

A nivel autonómico, sí encontramos ejemplos de normas específicas, como es la publicación del Decreto 78/2016, de 17 de mayo, sobre medidas de seguridad de pacientes que reciban asistencia sanitaria en los centros y servicios sanitarios ubicados en Euskadi, que incluye como elementos obligatorios la existencia de un plan de seguridad, referentes y comités de seguridad y un sistema de notificación de incidentes.

Junto a este Decreto, otras CCAA como Cataluña, han incluido actuaciones sobre seguridad del paciente en sus normas de autorización y, así, en su Decreto 151/2017, de 17 de octubre, se establece que cada centro o servicio sanitario tiene que disponer de mecanismos para garantizar la seguridad de los pacientes con respecto a prevención de caídas, prevención de IRAS y de la resistencia a los antibióticos, utilización de medicamentos de alto riesgo, cirugía correcta en el lugar correcto, identificación inequívoca de los pacientes y otros de naturaleza análoga.

En este Decreto, también se incluye que el departamento competente en materia de salud debe facilitar un sistema de notificación de incidentes que garantice la confidencialidad de las notificaciones y el anonimato, y que facilite el análisis y la realización de propuestas de mejora para disminuirlos en la medida de lo que sea posible.

## 2. Actuaciones de ámbito internacional

---

A nivel internacional, se han revisado las actuaciones de organizaciones de ámbito supranacional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y las de gobiernos, instituciones y organizaciones sanitarias.

### 2.1. Declaraciones y normas sobre seguridad del paciente

---

La importancia que ha adquirido la seguridad del paciente a nivel internacional la podemos observar en la Declaración que emitieron los ministros de salud del G20, celebrada en Arabia Saudí, en noviembre de 2020, señalando que la seguridad del paciente es una prioridad de salud mundial que requiere atención urgente, especialmente en el momento actual como resultado de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del SARS-CoV-2.

La declaración incluye un grupo global de líderes en seguridad del paciente, con el propósito de cerrar las brechas de implementación a través de soluciones a nivel de sistema, aumentando el aprendizaje y con soluciones innovadoras aplicables localmente. Para ello, se cita la posible adaptación de prácticas basadas en la evidencia de industrias de alta confiabilidad (por ejemplo, aviación, nuclear, gas y petróleo) y la ingeniería de factores humanos; todo ello, con el fin de mejorar la experiencia y el compromiso del paciente, así como mejorar la capacitación y educación de la fuerza laboral en seguridad del paciente.

Junto con esta declaración, también han existido iniciativas legislativas relacionadas con la seguridad del paciente y, como ejemplo, tenemos la publicación en Italia de la Ley número 24/2017, de Disposiciones sobre la seguridad de la asistencia y la persona asistida, así como sobre la responsabilidad de las profesiones sanitarias, que entre otras acciones, ayuda a crear una cultura de aprendizaje y facilita la comunicación de incidentes, estableciendo que las actas y los documentos resultantes de la gestión del riesgo clínico no puedan ser utilizados como prueba en acciones legales contra los profesionales de la salud.

A continuación, se presentan de forma resumida las actuaciones que, a nivel internacional, se han realizado en los últimos años para mejorar la seguridad del paciente:

### 2.2. Organización Mundial de la Salud (OMS)

---

La labor de la OMS en materia de seguridad del paciente comenzó con la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en 2004 y ha seguido evolucionando con el tiempo, convirtiéndose en una de las organizaciones con mayor número de actuaciones. Entre ellas, y de forma cronológica, podemos señalar cómo en el año 2016 se elaboró la “Serie Técnica sobre Atención Primaria Más Segura”, una serie de nueve monografías que exploran la magnitud y la naturaleza del daño en el entorno de la Atención Primaria desde varios ángulos y brindan algunas posibles soluciones para mejorar la seguridad con los objetivos de sensibilizar sobre las causas y consecuencias de la Atención Primaria insegura, proporcionar resúmenes accesibles sobre cuestiones clave que se deben abordar cuando se lucha por una atención más segura y ayudar a aumentar el conocimiento sobre cómo diseñar y brindar una primaria más segura.

**Tabla 34. Monografías Serie Técnica sobre Atención Primaria más segura. OMS**

1	Compromiso del paciente
2	Educación y entrenamiento
3	Factores humanos
4	Errores administrativos
5	Errores diagnósticos
6	Errores de mediación
7	Multimorbilidad
8	Transiciones en los cuidados
9	Herramientas electrónicas

Por otro lado, en la Segunda Cumbre Ministerial Mundial sobre Seguridad del Paciente celebrada en Bonn (Alemania) el 29 de marzo de 2017, la OMS estableció su tercer desafío mundial para la seguridad del paciente “Medicamentos sin daño”, con el que propuso soluciones para abordar muchos de los obstáculos a los que se enfrenta el mundo hoy en día para garantizar la seguridad de las prácticas de los medicamentos. Sus objetivos se pueden ver en la siguiente tabla:

**Tabla 35. Objetivos Tercer Desafío Mundial de la OMS: Medicamentos sin daño**

**Objetivo general**

- Reducir los daños graves y evitables relacionados con la medicación en un 50% a nivel mundial en los próximos 5 años.

**Objetivos específicos**

1. Evaluar el alcance y la naturaleza de los daños evitables y fortalecer los sistemas de monitorización para detectar y rastrear este daño.
2. Crear un marco de acción dirigido a pacientes, profesionales sanitarios y Estados Miembros, para facilitar mejoras al ordenar, prescribir, preparar, dispensar, administrar y seguir las prácticas.
3. Desarrollar guías, materiales, tecnologías y herramientas para apoyar el establecimiento de sistemas de uso de medicamentos más seguros para reducir los errores de medicación.
4. Involucrar a las principales partes interesadas, socios e industria para crear conciencia sobre el problema y perseguir activamente los esfuerzos para mejorar seguridad de los medicamentos.
5. Empoderar a los pacientes, las familias y sus cuidadores para participar activamente y participar en decisiones de tratamiento o atención, hacer preguntas, detectar errores y administrar sus medicamentos.

Para ello, ha elaborado numerosos documentos en los últimos años, que se resumen en:

- Errores de medicación: Atención Primaria más segura.
- Seguridad de los medicamentos en las transiciones de la atención.
- Seguridad de los medicamentos en situaciones de alto riesgo.
- Seguridad de los medicamentos en polifarmacia.
- Cinco momentos para la seguridad de los medicamentos.

Además, y en relación con un enfoque global de la seguridad del paciente, en los últimos años, la OMS ha desarrollado actuaciones de gran interés.

En primer lugar, en su 72 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2019, adoptó una resolución (WHA72.6) sobre “Acción mundial en materia de seguridad del paciente”, que respaldó el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, para ser conmemorado todos los años el 17 de septiembre; y reconoció “la seguridad del paciente como una prioridad de salud mundial”.

La resolución instaba a los Estados Miembros a reconocer la seguridad del paciente como una prioridad clave en las políticas y programas del sector de la salud, y solicitaba al Director General de la OMS que enfatizara la seguridad del paciente como una prioridad estratégica clave en el trabajo de la OMS, especialmente dentro de la cobertura universal de salud.

Desde ese año, se celebra el día mundial de la seguridad de paciente con un lema y temática específica. Así, en el año 2021, se ha dedicado a los cuidados seguros para la madre y el recién nacido.

En segundo lugar, en el año 2020, ha publicado un informe técnico sobre los sistemas de aprendizaje y notificación de incidentes de seguridad del paciente. Este documento tiene como objetivo instar a los lectores a comprender el propósito, las fortalezas y limitaciones de la notificación de incidentes sobre seguridad del paciente, ya que los datos derivados de los informes de incidentes pueden ser muy valiosos para comprender la escala y la naturaleza de los daños derivados de la atención médica, siempre que los datos se revisen cuidadosamente y las conclusiones se extraigan con cautela.

En este sentido, señala que el uso de sistemas de notificación de incidentes es un verdadero método de aprendizaje para lograr reducciones sostenibles del riesgo y mejorar la seguridad del paciente, aunque aún está en progreso y su desarrollo aún no es a la escala y velocidad adecuadas, cuando se compara con otras industrias de alto riesgo.

En tercer lugar, en su 74 Asamblea Mundial, celebrada en mayo de 2021, ha decidido adoptar y poner en marcha su Plan Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030. Este Plan, en el que se llevaba trabajando varios años, incluye seis principios fundamentales y se desarrolla a través de siete objetivos estratégicos, como podemos ver en la siguiente tabla:

Tabla 36. Plan de Acción en Seguridad del Paciente 2021-2030 de la OMS

## Principios fundamentales

1. Involucrar a los pacientes y las familias en la atención segura.
2. Obtener resultados a través del trabajo colaborativo.
3. Analizar datos para generar aprendizaje.
4. Traducir las evidencias en mejoras medibles.
5. Basar las políticas y acciones en el entorno de atención.
6. Utilizar tanto la experiencia científica como la experiencia del paciente para mejorar.

## Objetivos estratégicos

1. Políticas para eliminar los daños evitables en la atención médica.
2. Sistemas de alta fiabilidad.
3. Seguridad en los procesos clínicos.
4. Compromiso de los pacientes y familiares.
5. Educación, habilidades y seguridad del personal sanitario.
6. Información, investigación, gestión de riesgos y mejora.
7. Sinergias, alianzas y solidaridad.

La visión del Plan es alcanzar un mundo en el que nadie resulte perjudicado en la atención de la salud y cada paciente reciba una atención segura y respetuosa en todo momento y en todas partes.

Para hacerlo operativo, cada uno de sus siete objetivos se despliega en cinco estrategias, conformando un total de treinta y cinco. Entre ellas, encontramos actuaciones sobre el desarrollo de una política integral, una cultura que promueva el aprendizaje, involucrar y empoderar a pacientes y familiares, capacitar a los profesionales, fortalecer los sistemas de notificación y aprendizaje, desarrollar alianzas o garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos. Estas últimas estrategias, dedicadas a los procesos clínicos, se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 37. Estrategias para garantizar la seguridad en todos los procesos clínicos

- **Estrategia 1:** Identificar todos los procedimientos clínicos propensos a riesgos y mitigar los riesgos, teniendo en cuenta las prioridades nacionales y locales.
- **Estrategia 2:** Implementar un programa para transformar la seguridad de la administración y el uso de medicamentos basado en el tercer desafío mundial de la OMS para la seguridad del paciente: Medicamentos sin daños.
- **Estrategia 3:** Implementar medidas rigurosas y basadas en evidencias para la prevención y el control de infecciones, a fin de minimizar la aparición de IRAS y la resistencia a los antimicrobianos.
- **Estrategia 4:** Garantizar la seguridad de los dispositivos médicos, medicamentos, sangre y productos sanguíneos, vacunas y otros productos médicos.
- **Estrategia 5:** Garantizar la seguridad de los pacientes en todos los entornos, incluidos los entornos de salud mental y los hogares de ancianos, con especial atención a la AP y las transiciones de la atención.

### 2.3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)

La OCDE es una organización internacional cuya misión es diseñar políticas para una vida mejor, con el objetivo de promover políticas que favorezcan la prosperidad, la igualdad, las oportunidades y el bienestar para todas las personas. En relación con la seguridad del paciente, señala que reducir la ocurrencia de eventos adversos reduciría el desperdicio, liberaría recursos y abogaría por sistemas de salud más eficientes y efectivos en la OCDE.

En este sentido, ha elaborado diversos documentos en relación con cultura, indicadores y aspectos económicos de la seguridad del paciente. Uno de ellos, “La cultura como cura: evaluaciones de la cultura de seguridad del paciente en los países de la OCDE” fue publicado en el 2020 y su objetivo era medir la cultura en Seguridad del Paciente. Como resultado, más del 75% de los países encuestados (18 de 23) indicaron que existían planes en su país para iniciar o expandir líneas de trabajo existentes en este tipo de cultura, por lo que medirla es algo extendido en los países pertenecientes a la OCDE, aunque su aplicación, propósito y herramientas varían entre ellos.

En relación con los indicadores, ya en 2007, con el fin de desarrollar indicadores homogéneos a partir de bases de datos administrativas que permitieran la evaluación y comparación entre países, constituyó un subgrupo de trabajo de indicadores en seguridad del paciente.

Así, en su documento “Panorama de la Salud 2019: indicadores de la OCDE”, desarrolla y actualiza los indicadores clave de salud pública y el desempeño de los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE, candidatos y países socios. Esta edición presenta los más recientes datos comparables de 80 indicadores, reflejando las diferencias entre países en el estado de salud de su población, factores de riesgo y comportamientos que promueven la salud, acceso y calidad del cuidado, así como los recursos financieros y físicos disponibles para la salud.

En relación con la seguridad del paciente, incluye indicadores sobre la seguridad en UCI, concretamente sobre las complicaciones quirúrgicas, las IRAS y el trauma obstétrico.

Por otra parte, en el año 2020, ha publicado un documento sobre “Gobernanza del sistema para mejorar la seguridad del paciente: funciones clave, enfoques y vías de implementación”, que aporta una serie de ideas clave que se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 38. Ideas clave para la gobernanza del sistema para mejorar la seguridad del paciente 2020. OCDE**

1. No existe ningún modelo de dirección y gestión ideal para la seguridad del paciente. Es más importante que la gestión de la seguridad del paciente (a) complemente a la gestión del sistema sanitario en su conjunto y su financiación, y (b) que sus componentes y funciones individuales estén alineadas.
2. El ámbito de la dirección y gestión de la seguridad del paciente debe incluir todos los escenarios de asistencia sanitaria.
3. La dirección y gestión de la seguridad debe fomentar la formación continua tanto desde el daño como desde el éxito. El foco debería ampliarse desde la reacción al daño hacia el manejo y asesoramiento de riesgos.
4. La base de la dirección y gestión de la seguridad debe basarse en lo que es mejor para el paciente, cuya perspectiva debería incluirse en el diseño, implementación y ejecución de modelos de gestión.
5. La gestión debe fomentar la cultura de sinceridad y confianza entre los profesionales sanitarios y los reguladores.
6. La gestión de seguridad debe estar alineada con y debe influir otras áreas políticas, en particular las políticas de privacidad/seguridad y protección de datos y grado de preparación de los trabajadores.
7. La gestión de seguridad debe incentivar para que la financiación e inversión sanitarias resulten en un mayor equilibrio entre los costes de los errores (costes de fallos) y los costes para prevenir los errores (costes de prevención). A su vez, los sistemas de pago deben premiar la buena seguridad del paciente y penalizar la falta de seguridad del paciente.
8. El liderazgo político debe incluir dentro de su agenda de políticas de salud a la seguridad del paciente como una de sus mayores prioridades.

En relación con la repercusión económica, también en el año 2020, la OCDE ha publicado un Informe titulado "The Economics of Patient Safety: from analysis to action" (<https://www.oecd.org/health/healthsystems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>), donde señala que, a nivel mundial, la atención insegura provoca más de 3 millones de muertes cada año y la carga para la salud de los daños se estima en 64 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) al año, similar a la del VIH / SIDA.

La atención insegura también tiene altos costos financieros y económicos. Así, en los países desarrollados, el costo directo de tratar a los pacientes que han sufrido daños durante su atención se acerca al 13% del gasto en salud y, si se excluyen los fallos de seguridad que pueden no ser evitables, esta cifra representa el 8,7% del gasto sanitario. Esto equivale a 606 mil millones de dólares al año, poco más del 1% de la producción económica combinada de los países de la OCDE.

Además, la carga económica y social indirecta de la atención insegura es aún mayor, ejerciendo un freno nada insignificante sobre la productividad y el crecimiento, ya que el coste social del daño al paciente puede valorarse entre 1 y 2 billones de dólares al año. Así, la eliminación del daño podría impulsar el crecimiento económico mundial en más del 0,7% anual.

Estos costes, desde una perspectiva no solo económica sino también personal, suelen aumentar cuando los daños recaen sobre los más jóvenes y cuando las lesiones ocasionadas por los eventos adversos se prolongan en el tiempo o son causantes de una discapacidad o disfunción irreparable (por ejemplo, las lesiones obstétricas al recién nacido), pero también cuando afectan a las personas de más edad o más longevos, sobre todo, a los más frágiles.

En este sentido, se estima que la tasa de ingresos se duplica entre la población de 65 años y se triplica para los mayores de 80. Con estos datos, y teniendo en cuenta que en los próximos años, 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años, podemos deducir que su coste sanitario será entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población, y todo ello, con un incremento de los eventos adversos y su impacto social y económico en el sistema de salud.

#### 2.4. Emergency Care Research Institute (ECRI)

Como organización independiente sin fines de lucro para la mejora de la seguridad, la calidad y de la atención en todos los entornos de atención médica en todo el mundo, el ECRI elaboró en el año 2019 unas recomendaciones de prácticas seguras para desarrollar, implementar e integrar un programa de seguridad con tecnologías de la información en salud, que se puede resumir en la siguiente tabla:

**Tabla 39. Recomendaciones de prácticas seguras ECRI**

- 1. Integrar:** Identificar formas de integrar las TIC en programas existentes en seguridad.
- 2. Colaborar:** Convocar a los interesados, incluyendo usuarios, proveedores, organizaciones, y pacientes a colaborar activamente en la seguridad.
- 3. Incorporar:** Incluir la cultura de seguridad en el trabajo diario para conseguir una visión de TIC seguras.

Además, de forma anual y desde hace más de diez años, el ECRI publica una lista con los principales peligros tecnológicos para la salud y ofrece recomendaciones prácticas para reducir los riesgos. A continuación, se presentan los referidos al año 2021, en dos tablas. La primera sobre los diez principales problemas de seguridad del paciente y la segunda, sobre los diez principales peligros en el uso de tecnologías sanitarias:

**Tabla 40. Diez principales problemas de seguridad del paciente para 2021. ECRI**

1. Disparidades raciales y étnicas en la atención de la salud.
2. Preparación y respuesta ante emergencias en los servicios para personas mayores (residencias).
3. Preparación para una pandemia en todo el sistema de salud.
4. Interrupciones de la cadena de suministro.
5. Escasez de medicamentos.
6. Desafíos del flujo de trabajo de telemedicina.
7. Uso improvisado de dispositivos médicos.
8. Terapia con metotrexato.
9. Daño vascular periférico por catéteres intravenosos periféricos.
10. Riesgo de infección por procedimientos que generan aerosoles.

**Tabla 41. Principales peligros en el uso de Tecnologías Sanitarias (Top 10 ECRI)**

1. Complejidad de la gestión de productos sanitarios con la autorización de uso por la emergencia por COVID-19.
2. Errores de medicación ante la visualización automática del nombre del fármaco (los campos de entrada de medicamentos se rellenan después de unas pocas letras).
3. La rápida implantación de nuevas tecnologías de telemedicina/e-salud puede poner en riesgo a los pacientes y a sus datos personales.
4. La posibilidad de que las mascarillas de tipo N95 importadas puedan no proteger a los profesionales sanitarios de las enfermedades respiratorias infecciosas.
5. Confiar en los resultados de los dispositivos médicos aptos para usuarios no sanitarios (por ejemplo, brazaletes de presión arterial, medidores de glucosa...) puede llevar a tomar decisiones inapropiadas en la atención médica.
6. La implementación apresurada de dispositivos de desinfección de tipo ultravioleta puede reducir la efectividad de los mismos y aumentar el riesgo de contaminación.
7. Nuevos desafíos de ciberseguridad ante la posibilidad de vulnerabilidades en los componentes de software de terceros.
8. Las aplicaciones de inteligencia artificial para diagnóstico por imagen pueden tener una funcionalidad no del todo fiable y afectar al plan de tratamiento de un paciente o la dosis de radiación administrada.
9. La utilización en remoto de dispositivos médicos diseñados para usarse junto a la cama (por ejemplo: ventiladores o bombas de infusión) presentan riesgos y pueden provocar daño al paciente.
10. La garantía de calidad de los dispositivos médicos impresos en 3D (por ejemplo: implantes o prótesis) puede ser insuficiente y provocar daño a los pacientes.

En esta última tabla se puede observar como en el año 2021, la mayoría de los problemas de seguridad de los pacientes se relacionan con la pandemia de COVID-19 o han sido exacerbados por ella.

## 2.5. Joint Commission International (JCI)

La Joint Commission es una organización sin ánimo de lucro, con sede en los Estados Unidos (EEUU), que acredita a más de 22.000 organizaciones y programas de atención médica. Su rama internacional acredita servicios médicos en todo el mundo.

Entre sus aportaciones, destaca la elaboración de objetivos de seguridad del paciente para ayudar a las organizaciones acreditadas a abordar áreas específicas de trabajo en algunas de las áreas más problemáticas. A continuación, se presentan las relacionadas con los objetivos nacionales del año 2021.

**Tabla 42. Áreas Objetivos Nacionales  
Joint Commission 2021**

1	Atención médica ambulatoria
2	Servicios humanos y salud mental
3	Servicios críticos hospitalarios
4	Atención domiciliaria
5	Hospital
6	Laboratorio
7	Cuidados de enfermería
8	Cirugía ambulatoria

Para cada una de estas áreas, se establecen objetivos concretos, y a modo de ejemplo, en el caso de la atención ambulatoria, se establece:

- Identificación correcta de los pacientes, utilizando al menos dos formas de identificarlos.
- Uso seguro de los medicamentos, etiquetando antes de un procedimiento los medicamentos que no lo estén y con especial cuidado con los medicamentos de alto riesgo (por ejemplo, los anticoagulantes).
- Registro y transmisión correcta de la información sobre los medicamentos a un paciente, averiguando que está tomando el paciente y comparándolo con los nuevos medicamentos prescritos al paciente.
- Prevención de la infección, realizando higiene de manos.
- Evitar errores en la cirugía, asegurándose que sea la cirugía correcta en el paciente correcto y en el lugar correcto.

Además, también establece objetivos internacionales, que varían según el entorno o el programa de acreditación. Con esta matización, se presenta una tabla con los objetivos:

**Tabla 43. Objetivos Internacionales Joint Commission\***

1. Identificar a los pacientes correctamente.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta máxima.
4. Garantizar una cirugía segura.
5. Reducir el riesgo de IRAS.
6. Reducir el riesgo de daños al paciente como consecuencia de caídas.

\*[https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/offerings/other-resources/jci\\_2017\\_ipsg\\_infographic\\_062017.pdf](https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/offerings/other-resources/jci_2017_ipsg_infographic_062017.pdf)

## 2.6. Institute for Health Improvement (IHI)

El IHI es un organismo independiente sin ánimo de lucro, con sede en EEUU, que trabaja para la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Entre las iniciativas que ha desarrollado para impulsar la seguridad en las organizaciones sanitarias, destacamos “Salvar 100.000 vidas”, establecida en los años 2005-2006, o “Salvar 5 Millones de vidas” en los años 2006 a 2008.

Desde entonces, el IHI ofrece muchas oportunidades para aprender de expertos en la mejora clínica y organizacional, ofreciendo oportunidades a través de su “IHI Open School” con cursos Online sobre mejora de la calidad o seguridad del paciente.

Además, en el año 2020 elaboró un Plan de Acción Nacional para mejorar la seguridad del paciente, con 17 recomendaciones para promover la cultura de seguridad del paciente, el liderazgo y la gobernanza, que se resume a continuación:

Tabla 44. Plan de Acción Nacional IHI 2020

## Cultura, liderazgo y gobernanza

1. Garantizar que la seguridad es un valor fundamental.
2. Evaluar las capacidades y asignar recursos para promover la seguridad.
3. Compartir información para promover la transparencia.
4. Implementar la gobernanza y el liderazgo basados en competencias.

## Participación del paciente y familiares

5. Establecer competencias para la participación de todos los profesionales de la salud, familiares y cuidadores.
6. Involucrar a los pacientes, familiares y cuidadores en la atención.
7. Incluir a pacientes, familiares y cuidadores en el liderazgo, gobernanza, seguridad y mejora.
8. Garantizar la participación equitativa de pacientes, familiares y cuidadores.
9. Promover una cultura de confianza y respeto por los pacientes, familiares y cuidadores.

## Seguridad laboral

10. Implementar un enfoque de sistemas para la seguridad laboral.
11. Asumir la responsabilidad por la seguridad física y psicológica y un ambiente de trabajo saludable que fomente la alegría del personal sanitario.
12. Desarrollar, proporcionar recursos y ejecutar programas prioritarios que fomenten de manera equitativa la seguridad en el trabajo.

## Sistemas de aprendizaje

13. Facilitar el trabajo intra e inter-organizacional.
14. Acelerar el desarrollo de las mejores redes de aprendizaje de seguridad posibles.
15. Iniciar y desarrollar sistemas para facilitar la educación y capacitación interprofesionales sobre seguridad.
16. Desarrollar metas compartidas para la seguridad a lo largo de la atención continuada.
17. Acelerar la coordinación, colaboración y cooperación de toda la industria en materia de seguridad.

Además, el Instituto ha realizado diversas publicaciones relacionadas con la seguridad del paciente, entre las que destacan tres, del año 2020, y que abordan problemas actuales de la seguridad del paciente: plantear un objetivo de cero daños en la atención médica, la adopción de un enfoque sistémico para la crisis de los opioides o los elementos para una telemedicina segura.

En el caso de cero daños (Gandhi, Feeley, y Schummers, 2020), establece cuatro elementos clave para el cambio exitoso: (1) gestión del cambio, (2) cultura de seguridad, (3) un sistema de aprendizaje y (4) participación del paciente y codiseño de la asistencia sanitaria.

En el caso de los opioides, incluye cinco estrategias a nivel de sistema que abordan los desafíos de prevenir, identificar y tratar el trastorno por consumo de opioides.

**Tabla 45. Estrategias para el abordaje del consumo de opioides**

1. Identificar y tratar a las personas con trastorno por consumo de opioides en puntos de contacto clínicos clave.
2. Modificar las prácticas de prescripción de opioides para minimizar el daño y maximizar el beneficio.
3. Capacitar a las partes interesadas sobre los riesgos del trastorno por consumo de opioides y cómo reducir el estigma.
4. Identificar y evaluar a las personas con alto riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de opioides.
5. Reducir los daños del trastorno por uso de sustancias.

Por último, en el caso de la telemedicina (Telemedicina: Calidad y Seguridad del Centro. Jeff Rakover Alex Anderson), relata el incremento producido por la pandemia en su utilización (por ejemplo, en una encuesta de NEJM Catalyst de abril, más del 80% de los ejecutivos del sistema de salud de los EEUU informaron que la usaba de alguna forma) y se centra en los riesgos, señalando que actualmente hay poca investigación sobre seguridad y calidad en telemedicina. Para establecer una telemedicina segura establece los cuatro elementos de la siguiente tabla:

**Tabla 46. Elementos para la seguridad en la Telemedicina**

1. Seleccione los pacientes cuidadosamente. La telemedicina no es adecuada para todos los pacientes o todos los tipos de atención.
2. Ofrecer una sólida capacitación para los proveedores. La telemedicina es similar, pero no exactamente igual, a otros tipos de atención clínica. Los proveedores necesitan capacitación en comunicación estructurada, uso de tecnología o documentación.
3. Establecer procesos de apoyo para garantizar interacciones fluidas. Los sistemas de salud deben establecer procesos para proporcionar apoyo técnico tanto a los proveedores como a los pacientes, para solucionar los problemas técnicos a medida que surgen, así como la interpretación del idioma si es necesario. Este tipo de apoyo aumenta la confianza del paciente y del proveedor en el uso de la tecnología.
4. Medir indicadores clave como la utilización y la satisfacción. Es posible que la telemedicina no requiera un conjunto de medidas totalmente independiente de las que la mayoría de los sistemas de salud ya están siguiendo. Sin embargo, algunas medidas específicas de telemedicina son necesarias para comprender su impacto, eficacia, calidad y seguridad.

## 2.7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención de la Salud (AHRQ) tiene como misión producir evidencia para hacer que la atención médica sea más segura, de mejor calidad, más asequible y accesible, además de trabajar con el Ministerio de Salud y los Servicios Sociales de los EEUU y con otros socios para asegurar que la evidencia sea comprendida y utilizada.

Se centra en 3 competencias básicas: investigación de sistemas de salud, mejora de la práctica y publicación de los datos y análisis.

La Agencia elaboró, en marzo de 2020, el documento “Haciendo la atención médica más segura” cuyo objetivo fue crear una fuente de información sobre prácticas para mejorar la seguridad del paciente en diversos escenarios. Se abordaron cinco amenazas: problemas con la medicación, IRAS, eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería, procedimientos y errores diagnósticos, con un total de 47 prácticas identificadas. Además, se observó que algunos aspectos como el trabajo en equipo, la formación y la participación del paciente y familiares mejoraban la cultura de seguridad.

Por otra parte, la AHRQ y el Departamento de defensa americano, desarrollaron un sistema de trabajo en equipo (TeamSTEPPS) que ofrece una solución para mejorar la colaboración y la comunicación dentro de su institución, con el fin de optimizar el desempeño entre los equipos de profesionales de la salud, como una de las iniciativas clave para transformar la cultura dentro de la atención médica.

## 2.8. National Healthcare Safety Network (NHSN)

La Red Nacional de Seguridad en el Cuidado de la Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (NHSN, por sus siglas en inglés) es uno de los sistemas de seguimiento de IRAS más utilizados en EEUU.

La NHSN permite que los centros sanitarios recopilen y utilicen datos sobre las IRAS, la adherencia a las prácticas clínicas conocidas para prevenirlas (como la higiene de manos), la incidencia o prevalencia de microorganismos multirresistentes dentro de sus centros, las tendencias temporales y algunas medidas sanitarias, como la cobertura de vacunación frente a la gripe de los profesionales sanitarios.

Para realizar una correcta recopilación de datos y un buen seguimiento de los mismos, la NHSN elabora de forma anual una serie de documentos. En ellos, plasman las recomendaciones e instrucciones a seguir con el objetivo de conseguir una correcta identificación y monitorización de los eventos adversos. Además, elaboran de forma anual informes, organizados por temas, en los que incluyen resúmenes de los datos recopilados.

La NHSN también permite a los centros sanitarios realizar un seguimiento de los eventos adversos relacionados con las transfusiones. En este sentido, en 2021 publican un Protocolo de biovigilancia (documento que actualiza su última versión, del año 2020) donde desarrollan un módulo dedicado a la hemovigilancia, creado para implementar la vigilancia nacional de los eventos adversos asociados a las transfusiones. Su objetivo es mejorar la seguridad del paciente, minimizar la morbilidad y la mortalidad de los receptores de transfusiones e identificar las complicaciones emergentes y los microorganismos asociados a las transfusiones de sangre.

Por otra parte, en el año 2021 actualizaron su “Manual de los componentes de seguridad del paciente” (la anterior edición databa del año 2020), en el que se abordan los siguientes temas:

**Tabla 47. Elementos clave componentes de seguridad del paciente**

- Identificación de IRAS para su vigilancia.
- Infecciones del torrente sanguíneo (asociadas a catéter central y no asociadas a catéter central).
- Neumonías (neumonía asociada a ventilador y no asociada a ventilador).
- Infección del tracto urinario (asociada al catéter, no asociada al catéter y otras infecciones del tracto urinario).
- Infección del sitio quirúrgico.
- Infecciones y eventos asociados a ventilador (adultos e infantil).
- Microorganismos resistentes a múltiples fármacos e infección por *Clostridium difficile*.
- Uso y resistencia a los antimicrobianos.
- Plan de informes mensuales de seguridad del paciente y encuestas anuales.

En resumen, los datos recopilados en los diferentes componentes de la NHSN ayudan a los centros sanitarios, las instituciones y las agencias de salud pública a monitorizar e informar de las tendencias de las diferentes IRAS, evaluar el impacto de las medidas preventivas implementadas, caracterizar el uso de medicamentos antivirales y antimicrobianos y hacer un seguimiento de las tasas de vacunación entre los profesionales sanitarios.

### 2.9. Canadian Patient Safety Institute (CPSI)

Otro organismo internacional relevante en seguridad del paciente es el CPSI, con más de 10 años de experiencia en liderazgo de seguridad del paciente y en implantación de programas, que ha elaborado la estrategia de seguridad del paciente 2018-2023 (Tabla 21) y recientemente se ha fusionado con la Fundación Canadiense para la Mejora de la Atención Médica en un mismo organismo "Healthcare Excellence Canada".

**Tabla 48. Elementos y líneas de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2018-2023. CPSI**

**Elementos clave**

1. Demostrar lo que funciona: las iniciativas deben evaluarse para demostrar que funcionan.
2. Fortalecer el compromiso: la evidencia de lo que funciona debe traducirse en prácticas estándar para profesionales y proveedores en todos los niveles del sistema de salud.

**Líneas de acción**

- Proyectos de mejora de la seguridad: CPSI trabajará con socios comprometidos para implementar y evaluar proyectos de mejora de la seguridad cuantificables y sostenibles que se alinean con las prioridades canadienses.
- Hacer de la seguridad del paciente una prioridad: CPSI utilizará la voz del paciente en informes, campañas y medios para hacer de la seguridad del paciente una prioridad más alta en todos los sistemas de salud.
- Impacto en las políticas: la CPSI influirá en las políticas, los estándares y las regulaciones para que incorporen evidencia y prácticas de seguridad del paciente.
- Alianzas y redes: CPSI creará y fortalecerá alianzas y redes estratégicas con pacientes, gobiernos, industria y otros socios comprometidos con hacer que la atención sea más segura.

Además, actualizó los Required Organizational Practices (ROPs) para su aplicación a partir de enero de 2021. Una ROP es una práctica esencial que las organizaciones deben desplegar para mejorar la seguridad del paciente y minimizar los riesgos

**Tabla 49 (I). Actuaciones de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2018-2023. CPSI**

**Cultura de seguridad: Crear una cultura de seguridad en la organización**

- Responsabilidad por la calidad
- Divulgación de incidentes
- Gestión de incidentes
- Informes trimestrales de seguridad

**Comunicación: Mejorar la efectividad y coordinación de la comunicación entre profesionales sanitarios y los destinatarios del cuidado a través del continuo asistencial**

- Identificación del cliente
- La “Lista no utilizar” de abreviaturas
- Transferencia de información en las transiciones de cuidados
- Conciliación de la medicación como prioridad estratégica
- Conciliación de medicamentos en las transiciones de cuidados
- Lista de verificación de cirugía segura

**Tabla 49 (II). Actuaciones de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2018-2023. CPSI**

**Uso de medicamentos: Asegurar el uso seguro de medicamentos**

- Antibióticos
- Concentrados de electrolitos
- Heparina
- Medicamentos de alto riesgo
- Bombas de infusión
- Psicotropos

**Ámbito laboral y trabajadores: Entorno y ambiente de trabajo que contribuyan a proporcionar una asistencia sanitaria segura**

- Flujo de clientes
- Formación
- Plan de seguridad del paciente
- Programa de mantenimiento preventivo
- Prevención de la violencia en el trabajo
- Control de la infección: Reducir el riesgo de IRAS y su impacto
- Cumplimiento de higiene de manos
- Formación en higiene de manos
- Tasas de infección
- Reprocesamiento

**Evaluación de riesgos: Identificar riesgos de seguridad inherentes a la población atendida**

- Caídas y reducción de daños
- Riesgos en el domicilio
- Úlceras por presión
- Heridas y cuidados de la piel
- Prevención del suicidio
- Profilaxis del tromboembolismo venoso

## 2.10. National Health Service (NHS)

El NHS, como entidad de prestaciones públicas de Reino Unido, elaboró un Plan Estratégico 2019-2024 que, en su línea segunda, dentro de la estrategia de calidad, incluye mejorar la seguridad: las personas serán protegidas por un sistema de seguridad fuerte y comprensivo, centrado en su apertura, transparencia y que aprende cuando las cosas van mal. En la siguiente tabla se presenta la actualización de su estrategia de seguridad.

Tabla 50. Estrategia de Seguridad 2019. NHS

**Conocimiento**

- Principios en la medida de la seguridad del paciente
- Un nuevo sistema digital para apoyar el aprendizaje sobre seguridad del paciente
- El marco de respuesta a incidentes de seguridad del paciente
- La Rama de Investigación en Seguridad Sanitaria (HSIB)
- El sistema examinador médico
- Revisión y respuesta clínica nacional
- El Comité Nacional de Alertas de Seguridad del Paciente: mejora de las alertas de SP
- Negligencia clínica y litigio: Conocimiento a partir de negligencias clínicas; flujo de trabajo de demandas del Programa GIRFT (Getting It Right First Time)

**Involucrar**

- Pacientes, cuidadores, familiares y establecer a las personas como colaboradores/compañeros: creación de “Compañeros de Seguridad del Paciente” (Patient Safety Partners-PSPs): la presencia y la involucración de los pacientes y sus familiares en todos los niveles de la atención sanitaria
- Educación y formación en Seguridad del Paciente
- Especialistas en Seguridad del Paciente: desarrollo del rol de “Especialistas en Seguridad del Paciente”, reconocidos como líderes clave en el sistema de seguridad, visibles a la organización y al resto, capaces de apoyar el trabajo en seguridad de su organización
- Seguridad I y Seguridad II
- Sector independiente

**Mejora**

- Mejora continua
- El Programa Nacional de Mejora de la Seguridad del Paciente
- El Programa de Mejora de Seguridad en la Maternidad y Neonatal
- El Programa de Mejora de Seguridad del Medicamento
- El Programa de Mejora de Seguridad de la Salud Mental
- Problemas de seguridad que afectan en concreto a personas de edad avanzada
- Incapacidad en el aprendizaje y la seguridad
- Resistencia a antibióticos e IRAS
- Investigación e innovación

Anteriormente, en el año 2018, el NHS también actualizó el listado de aquellos eventos adversos que nunca deberían ocurrir (“Never Events”), según podemos observar a continuación:

Tabla 51. Never Events (Eventos que nunca deben suceder) Actualización 2018

## Cirugía

- Cirugía en sitio equivocado
- Implante/prótesis equivocado
- Olvido de material quirúrgico tras cirugía

## Medicación

- Error en la administración de medicación con potasio
- Administración de medicación por vía incorrecta
- Sobredosificación de insulina por abreviaturas o dispositivos incorrectos
- Sobredosificación de metotrexato para el tratamiento no oncológico
- Administración intravenosa de medicación epidural
- Selección incorrecta de midazolam de alta concentración durante la sedación consciente
- Error en la administración de Insulina

## Salud Mental

- Fracaso al instalar duchas funcionales plegables o railes de cortinas

## General

- Precipitaciones desde ventanas mal protegidas
- Atrapamiento del pecho o cuello en barrotes de la cama
- Trasfusión o trasplante de componentes sanguíneos u órganos ABO incompatibles
- Error de implantación de sonda oro o nasogástrica
- Quemaduras de pacientes
- Conexión no intencionada de un paciente que requiere oxígeno a un caudalímetro de aire

En este sentido, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de abril de 2020 y el 31 de octubre de 2020, se reportaron 205 incidentes graves, de los cuales: 184 incidentes graves parecían cumplir con la definición de un “Never Event” del listado de eventos y 21 incidentes graves no parecían cumplir con la definición de un “Never Event”.

## 2.11. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

La Comisión Australiana de Seguridad y Calidad en la Atención de la Salud se estableció para liderar y coordinar mejoras en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención sanitaria, trabajando en asociación con pacientes, cuidadores, personal médico, los sistemas de salud australianos, estatales y territoriales, el sector privado, administradores y organizaciones de atención médica, para lograr un sistema de salud seguro, de alta calidad y sostenible.

Sus principales objetivos están relacionados con la mejora de la identificación inequívoca de los pacientes, la seguridad de los medicamentos, el traspaso clínico, la divulgación abierta y la reducción de las IRAS. La Comisión también ha desarrollado un “Marco nacional de seguridad y calidad para mejorar la seguridad y la calidad del sistema de salud australiano”.

Otras áreas clave de trabajo de la Comisión incluyen la acreditación del Servicio Nacional de Salud, el reconocimiento y la respuesta al deterioro clínico, la atención centrada en el paciente, la seguridad y calidad en la Atención Primaria y en la atención de la salud mental, y el desarrollo de indicadores nacionales de seguridad y calidad, como parte de su estrategia de información.

Como consecuencia de la implementación de su “Iniciativa nacional de higiene de manos”, en 2019 publicaron una serie de documentos, como es su “Manual del usuario de la Iniciativa nacional de higiene de manos”, el cual forma parte de un conjunto de herramientas para implementar su Iniciativa y proporciona una orientación de las medidas a seguir (este manual fue actualizado en junio de 2021).

Por último, mencionar que en 2021 esta institución elaboró una guía denominada “Directrices australianas para la prevención y el control de infecciones en la atención sanitaria”, donde proporcionan recomendaciones basadas en la evidencia científica, que describen los aspectos críticos de la prevención y el control de infecciones, centrándose en los principios básicos y las áreas prioritarias de acción.



A hand holding a magnifying glass over a digital interface. The magnifying glass is centered on a white circular bubble containing the text 'Misión, visión y valores'. The background is a blurred image of a person in a white lab coat, overlaid with a complex digital grid and various icons representing healthcare, technology, and safety. The overall color scheme is light blue and white.

Misión, visión  
y valores



# A

continuación, se definen la misión, visión y valores de esta estrategia de seguridad del paciente:

## Misión

---

Proporcionar una atención exenta de daños evitables, de acuerdo con las evidencias disponibles, a través de la implantación y desarrollo de la gestión de riesgos sanitarios.

## Visión

---

Alcanzar una organización excelente en seguridad del paciente, que sea reconocida como referente para el resto de servicios sanitarios y que satisfaga las necesidades y expectativas de los pacientes, los profesionales y la sociedad.

## Valores

---

El conjunto de principios éticos que se establecen durante la duración de esta estrategia, son los siguientes:

- **Compromiso con el paciente:** Trabajamos para el paciente, promovemos su autonomía para participar en su seguridad, y nos orientamos a su proceso asistencial y a sus necesidades.
- **Responsabilidad con la sociedad:** Gestionamos y mejoramos con honestidad y transparencia el impacto de nuestra actividad en el conjunto de la sociedad.
- **Apoyo, colaboración y participación:** Impulsamos el apoyo, la cooperación, el reconocimiento y la coordinación con y entre profesionales, la colaboración interinstitucional, la participación de los agentes de la sociedad, y la implicación de las personas de la organización.
- **Conocimiento e innovación:** Tenemos la responsabilidad de gestionar e impulsar el conocimiento y la innovación relacionados con la seguridad del paciente.
- **Eficiencia:** Nuestro deber es utilizar los recursos disponibles de forma coste-efectiva y buscar la máxima seguridad del paciente de forma eficiente.
- **Cultura y liderazgo:** Trabajamos impulsando el liderazgo para una atención sanitaria basado en el desarrollo de una cultura de aprendizaje no punitiva



A hand holding a magnifying glass over a digital interface. The magnifying glass is centered on a white circular bubble containing the text 'Enfoque estratégico'. The background is a blurred image of a person in a white lab coat, overlaid with a complex digital interface featuring various icons, a bar chart, and a line graph. The interface is rendered in a light blue and white color scheme with a grid pattern.

Enfoque  
estratégico



Como se ha señalado en el apartado sobre metodología, con los resultados del análisis de situación y teniendo en cuenta la misión, visión y valores, se han identificado las Debilidades y Fortalezas a nivel interno y las Oportunidades y Amenazas externas a nuestra organización conformando el análisis DAFO. En la siguiente tabla se recogen cada uno de estos apartados:

Tabla 52 (I). Análisis DAFO

Tabla 52 (I). Análisis DAFO	
Fortalezas	1. La Política institucional de la Consejería de Sanidad.
	2. La participación de los profesionales en la infraestructura corporativa.
	3. Publicación de normativa autonómica, estableciendo requisitos obligatorios para mejorar la seguridad del paciente.
	4. El afianzamiento de la existencia de objetivos institucionales anuales.
	5. El afianzamiento de prácticas seguras en las áreas más prevalentes (infecciones, medicación y cirugía).
	6. La implantación de CISEMadrid en hospitales, con un gran incremento de actuaciones de mejora.
	7. Despliegue de la formación centralizada con inclusión de metodología online y formatos multimedia.
	8. Extensión de rondas de seguridad con la implicación de los gestores, a todos los niveles asistenciales.
	9. Resultado de las auditorías externas, situando a las gerencias en un nivel bajo de riesgo.
	10. La elaboración y publicación de indicadores, memorias y estudios.
Debilidades	1. La participación e implicación de pacientes, familiares y allegados en la mejora de la seguridad del paciente.
	2. El desarrollo, a nivel de las gerencias, de los requisitos establecidos en la normativa sobre seguridad del paciente.
	3. La percepción de las UFGRS sobre el liderazgo en relación con su importancia.
	4. La reducción de las causas evitables de EA, con incremento de prácticas seguras.
	5. Las actuaciones para afrontar las prácticas clínicas innecesarias o de poco valor.
	6. La situación actual de las barreras y la utilización de algunas herramientas.
	7. El despliegue de la formación a toda la organización, incluyendo responsables de seguridad y profesionales en formación.
	8. La extensión en la elaboración de mapas de riesgos.
	9. Extensión del sistema de gestión y aprendizaje sobre los incidentes de seguridad (CISEMadrid) al SUMMA 112.
	10. El impacto de la pandemia en el desarrollo de actuaciones sobre seguridad del paciente (por ejemplo, en los proyectos Zero).

Tabla 52 (II). Análisis DAFO

## Oportunidades

1. Refuerzo de la seguridad del paciente como una prioridad de salud mundial para los gobiernos.
2. Publicación de legislación específica sobre seguridad del paciente.
3. Plan de acción mundial en seguridad del paciente 2021-2030 de la OMS.
4. Existencia de retos, objetivos y metas mundiales de seguridad del paciente (“Medicamentos sin daño”).
5. Despliegue de una estrategia de seguridad del paciente en el SNS y en diferentes CCAA.
6. Implementación de proyectos nacionales con la participación de Sociedades Científicas (Proyectos Zero, No Hacer o Cirugía Segura).
7. Desarrollo de enfoques para mejorar la gobernanza del sistema.
8. Existencia de iniciativas para extender la seguridad del paciente fuera de los centros asistenciales (Riesgos en el domicilio).
9. Disponibilidad de estudios y datos sobre la incidencia y las causas de los EA.
10. Incremento de iniciativas y programas para la capacitación de pacientes y profesionales.

## Amenazas

1. Incremento de la edad y complejidad de los pacientes.
2. Problemas asociados al desarrollo y utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos.
3. Alto coste económico y social de la atención insegura.
4. Insuficiencia de órganos institucionales y actuaciones para facilitar la participación de los pacientes en su seguridad.
5. Heterogeneidad en la implantación de la seguridad del paciente.
6. Falta de utilización de herramientas (por ejemplo: sistemas de notificación).
7. Escasez de normativa específica para favorecer la implantación y el aprendizaje sobre seguridad del paciente.
8. Peligros asociados al incremento del uso y el desarrollo de la telemedicina.
9. Impacto producido por la pandemia COVID-19 en los sistemas sanitarios.
10. Carestía de especialistas en seguridad del paciente.

Una vez identificados cada de uno de los cuadrantes del análisis DAFO, se elaboró y posteriormente se revisó y refrendó con los integrantes de los diferentes grupos de trabajo su correlación con el análisis CAME para establecer las diferentes estrategias a desarrollar en los próximos años con el objetivo de alcanzar nuestra visión.

De acuerdo a la estructuración del análisis DAFO-CAME, estas estrategias se refieren a poder Corregir (estrategias de supervivencia), Afrontar (estrategias defensivas), Modificar (estrategias de re-orientación) y Emprender (estrategias ofensivas). Todas ellas se presentan en la siguiente figura:

	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<b>Fortalezas</b>	<b>Estrategias Ofensivas</b>	<b>Estrategias Defensivas</b>
	Desplegar los requisitos normativos para mejorar la seguridad clínica	Desplegar prácticas seguras en todos los niveles asistenciales
	Fortalecer los programas de sensibilización y formación a profesionales y pacientes	Potenciar la comunicación y la transparencia dentro y fuera de nuestra organización
	Potenciar los estudios y los sistemas de información sanitaria, utilizando la posibilidades tecnológicas, para facilitar el aprendizaje	Desarrollo de actuaciones para prevenir los riesgos relacionados con el desarrollo de la telemedicina
<b>Debilidades</b>	<b>Estrategias de Re-orientación</b>	<b>Estrategias de Supervivencia</b>
	Consolidar la cultura institucional de aprendizaje y mejora	Incrementar la participación de pacientes, incluidas sus asociaciones, en el desarrollo de su seguridad
	Fortalecer la continuidad y coordinación asistencial	Identificar y promover líderes y profesionales para desarrollar la seguridad clínica
	Desarrollo de acciones para impulsar la investigación y su aplicación práctica	Prevenir o reducir el uso de prácticas clínicas de poco valor

*Figura 18. Análisis DAFO-CAME*

Una vez desarrollado este análisis y cruzando los diferentes factores identificados con las distintas estrategias de actuación resultantes, se definieron las líneas estratégicas que daban respuesta al resultado del CAME, según la siguiente figura:

CAME		Líneas estratégicas	
1	Desplegar los requisitos normativos para mejorar la seguridad clínica.	1	Desplegar la infraestructura de la organización.
2	Fortalecer los programas de sensibilización y formación a profesionales y pacientes.	2	Promover la transferencia y difusión del conocimiento.
3	Potenciar los estudios y los sistemas de información sanitaria, utilizando las posibilidades tecnológicas, para facilitar el aprendizaje.	3	Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje.
4	Desplegar prácticas seguras en todos los niveles asistenciales.	4	Enfocar y desplegar prácticas seguras.
5	Potenciar la comunicación y la transparencia dentro y fuera de nuestra organización.	5	Transparencia y difusión del conocimiento.
6	Desarrollo de actuaciones para prevenir los riesgos relacionados con el desarrollo de la telemedicina.	6	Promover la seguridad en la salud digital.
7	Incrementar la participación de pacientes, incluidas sus asociaciones, en el desarrollo de su seguridad.	7	Implicar a pacientes, familiares y allegados.
8	Consolidar la cultura institucional de aprendizaje y mejora.	8	Desarrollar la cultura corporativa.
9	Fortalecer la continuidad y coordinación asistencial.	9	Potenciar la coordinación institucional.
10	Identificar y promover líderes y profesionales para desarrollar la seguridad clínica.	10	Desarrollar y reconocer líderes y profesionales.
11	Prevenir o reducir el uso de prácticas clínicas de poco valor.	11	Prevenir y minimizar prácticas clínicas innecesarias
12	Desarrollo de acciones para impulsar la investigación y su aplicación práctica.	12	Fomentar la investigación y la innovación.

Figura 19. Análisis CAME y desarrollo de líneas estratégicas

A hand holding a magnifying glass over a digital interface. The magnifying glass is centered on a white circular bubble containing the text 'Líneas estratégicas'. The background is a blurred image of a person in a white lab coat, overlaid with a complex digital grid and various icons representing healthcare and technology. The overall color scheme is light blue and white.

## Líneas estratégicas



Para desarrollar de forma operativa estas doce líneas estratégicas, y teniendo como base las cuatro perspectivas que ya tenía la planificación anterior (perspectiva de la organización, perspectiva de agentes y grupos de interés, perspectiva de procesos internos y perspectiva de aprendizaje y futuro), se han establecido 12 líneas estratégicas que se desglosan en la siguiente tabla:

**Tabla 53. Perspectivas y Líneas estratégicas**

Cuatro perspectivas	Perspectiva de la organización	Perspectiva de agentes y grupos de interés	Perspectiva de procesos internos	Perspectiva de aprendizaje y futuro
Doce Líneas estratégicas	1. Desarrollar la cultura corporativa	5. Desarrollar y reconocer líderes y profesionales	7. Enfocar y desplegar prácticas seguras*	9. Impulsar la transferencia del conocimiento
	2. Desplegar la infraestructura de la organización	6. Implicar a pacientes, familiares y allegados	8. Prevenir y minimizar prácticas clínicas innecesarias	10. Fomentar la investigación y la innovación
	3. Promover la seguridad en la salud digital			11. Promover transparencia y difusión del conocimiento
	4. Potenciar la coordinación institucional			12. Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje

\*Esta línea 7, se despliega en 12 áreas de prácticas seguras, que coinciden con las establecidas en la estrategia 2015-2020 y en el Decreto 4/2021:

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. Uso seguro de las radiaciones ionizantes, 7.9. Cuidados y técnicas de enfermería, 7.10. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria, 7.11. Uso seguro medicamento y 7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria.

## Línea estratégica 1: “Desarrollar la cultura”

### Introducción

El término de cultura en una organización se entiende como la combinación de creencias, valores, competencias y normas que comparten sus miembros y que se expresa mediante sus actitudes, costumbres y comportamientos. De forma más específica, la cultura organizacional o corporativa se define como un marco cognitivo que contiene actitudes, valores, normas y respeto mutuo, compartido por los miembros de la organización.

Por otra parte, la cultura de seguridad es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de la atención sanitaria.

Promover la cultura de seguridad, significa construir un entorno “inteligente” que facilite la aplicación de los cuidados de salud, de una manera más segura. Las organizaciones sanitarias tienen que ser capaces de dar respuesta y gestionar adecuadamente los riesgos que aparecen en ellas, promoviendo el desarrollo de este entorno inteligente e impulsando la participación y aprendizaje de los profesionales.

La cultura de seguridad no se crea y se consolida rápidamente, ya que requiere un amplio margen de tiempo para alcanzar su aplicación sostenida y continuada a lo largo de los años. No en vano, supone un cambio muy importante en la manera de afrontar los errores y fallos, y consecuentemente los daños no deseados que una medicina cada vez más compleja e invasiva a veces comporta.

Este cambio lo deben protagonizar todos los profesionales sanitarios, con el objetivo de considerar la seguridad como un componente esencial en la atención sanitaria, con una actitud proactiva hacia la seguridad, con el trabajo en equipo y con prácticas estandarizadas, buscando una atención con una comunicación abierta y orientada al paciente, de tal forma que logren el cambio en las diversas instituciones en las que trabajan.

En la Comunidad de Madrid se continúa trabajando con esta nueva estrategia en el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente, proactiva, basada en el aprendizaje y la mejora continua dentro de la organización.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo Estratégico 1.1: Liderar el desarrollo y consolidación de la cultura de seguridad

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.1.** Revisar y difundir la política de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- 1.1.2.** Realizar mediciones periódicas de la cultura de seguridad del paciente.
- 1.1.3.** Desarrollar anualmente reuniones de coordinación dirigidas a los líderes de la organización en seguridad del paciente.
- 1.1.4.** Impulsar la realización de Rondas de Seguridad periódicas con líderes asistenciales y no asistenciales.
- 1.1.5.** Desarrollar actuaciones para los profesionales en formación o de reciente incorporación a la organización.
- 1.1.6.** Promover la inclusión de la seguridad del paciente en las estrategias de la organización.

### Objetivo Estratégico 1.2: Facilitar el acceso a información relevante sobre seguridad del paciente

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.2.1.** Comunicar periódicamente a la organización, el desarrollo y los resultados de la estrategia.
- 1.2.2.** Facilitar información, de forma periódica, en la Intranet corporativa, sobre las actuaciones y resultados en seguridad del paciente.
- 1.2.3.** Difundir información relevante, a los responsables, unidades, comisiones y comités, relacionados con la seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 1.3: Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.3.1.** Reconocer, periódicamente, las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.
- 1.3.2.** Difundir las actuaciones reconocidas, a través de su inclusión en el banco de buenas prácticas.
- 1.3.3.** Promover el desarrollo de distintivos de reconocimiento, en seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 1.4: Promover y coordinar las alianzas en seguridad del paciente

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.4.1.** Favorecer las alianzas con Asociaciones, Sociedades Científicas y otras organizaciones relacionadas con la seguridad del paciente.
- 1.4.2.** Promover la adhesión y el desarrollo de iniciativas nacionales e internacionales relacionadas con la seguridad del paciente.
- 1.4.3.** Desarrollar actuaciones para celebrar el “Día mundial de higiene de manos” y el “Día mundial de la seguridad del paciente”.

## Línea estratégica 2: “Desplegar la infraestructura en la organización”

### Introducción

Una organización segura es aquella que logra extender este enfoque a todos sus centros, unidades y servicios, así como a los diversos profesionales que la conforman. En ella, el liderazgo es un aspecto fundamental, debiendo mostrar su compromiso, fomentar la transparencia, estimular la confianza y reconocer los logros. Para todo ello, se precisa consolidar una estructura organizativa óptima que permita desarrollar esta estrategia.

La Comunidad de Madrid, en este sentido, ha establecido estructuras para promover e impulsar la seguridad del paciente, como han sido: la creación del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios y posteriormente su transformación en Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y la creación de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios como eje donde pivotan los objetivos generales del centro en materia de seguridad.

También como parte de este liderazgo y compromiso por la seguridad, se ha promovido la inclusión sistemática, dentro de los contratos programas de las gerencias, de objetivos de seguridad del paciente que se evalúan anualmente y están sometidos a mejoras.

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.

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, que apunala la estructura en todos los centros y servicios sanitarios, define la situación 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 esta materia.

En la gestión de riesgos se contempla un enfoque integral basado en un modelo proactivo, en un aprendizaje colaborativo y en una estrategia de mejora continua. Sin duda, la implicación del conjunto de profesionales y el fomento de una actitud proactiva, permiten la identificación de los problemas con antelación y el conocimiento del motivo por el que se originan, además de posibilitar el desarrollo de actuaciones que prevengan o reduzcan su repetición, principalmente actuando sobre aquellos que pueden suponer un mayor impacto. Todo ello se enmarca en una organización con un clima positivo y de transparencia en torno a la seguridad.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

## Objetivo estratégico 2.1: Desplegar la infraestructura de seguridad

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.1.1.** Coordinar y difundir el desarrollo y las actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente.
- 2.1.2.** Apoyar y coordinar, las actuaciones de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 2.1.3.** Promover la creación de grupos específicos, de seguridad del paciente, en unidades y/o servicios críticos.
- 2.1.4.** Coordinar y apoyar el desarrollo de los responsables de seguridad de las gerencias asistenciales.
- 2.1.5.** Impulsar el nombramiento y despliegue de los responsables de seguridad por unidades, servicios o centros.

## Objetivo estratégico 2.2: Desarrollar herramientas para facilitar las actuaciones de la infraestructura

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.2.1.** Establecer objetivos institucionales sobre seguridad del paciente.
- 2.2.2.** Evaluar, elaborar y difundir informes periódicos sobre el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- 2.2.3.** Revisar el Sistema de Información de la Actividad de las Unidades Funcionales (SIAUF) para adaptarlo a nuevas necesidades.
- 2.2.4.** Establecer recomendaciones para la elaboración de los planes de seguridad establecidos en el Decreto 4/2021.
- 2.2.5.** Crear un apartado en la Intranet institucional para incluir los planes de seguridad de las gerencias asistenciales.
- 2.2.6.** Impulsar la elaboración de mapas de riesgo.
- 2.2.7.** Revisar y difundir las recomendaciones institucionales para la gestión de la respuesta sobre eventos adversos graves.
- 2.2.8.** Desarrollar actividades informativas y formativas, para los profesionales relacionados con la seguridad del paciente.

## Objetivo estratégico 2.3: Impulsar actuaciones para coordinar el desarrollo de la infraestructura

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.3.1.** Impulsar y coordinar los proyectos institucionales sobre seguridad del paciente.
- 2.3.2.** Promover la coordinación y el intercambio de información entre las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 2.3.3.** Impulsar la difusión de las actuaciones de la estrategia, en los centros sanitarios privados, a través de la Mesa Madrileña de Seguridad del Paciente.
- 2.3.4.** Promover la colaboración con el ámbito socio-sanitario.
- 2.3.5.** Realizar y difundir un informe anual que refleje la actividad realizada en seguridad de paciente y las actividades de mejora conseguidas.

## Línea estratégica 3: “Promover la seguridad en salud digital”

### Introducción

La Salud Digital es el campo del conocimiento y la práctica, relacionado con el desarrollo y la utilización de las tecnologías digitales para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, predicción o prevención de una enfermedad, mientras que con el término e-Salud hacemos referencia a una rama dentro de la salud digital relacionada con el tratamiento informático de la información sanitaria, entrando dentro de esta definición herramientas como la historia clínica electrónica, telemedicina, telecirugía o e-learning.

La incorporación de herramientas digitales a los procesos asistenciales, ha ido creciendo a lo largo de las dos primeras décadas del siglo XXI. Tanto la informatización de los documentos como la digitalización de procesos, han impuesto cambios de la cultura de las organizaciones, modificaciones en los flujos de información, la toma de decisiones, las acciones y las responsabilidades de las personas, nuevos procesos que modifican rutinas, tecnologías que requieren nuevos conocimientos y habilidades, y nuevas reglas que regulan las relaciones de las personas entre sí, y con los sistemas de información.

Todos estos avances han permitido el desarrollo de la telemedicina, concepto que incluye la prestación de servicios de atención de la salud determinada por la distancia entre los profesionales y que permite utilizar las tecnologías de la información y de las comunicaciones para el intercambio de imagen, sonido y datos para fines de diagnóstico, tratamiento, y prevención de enfermedades, así como la investigación y formación permanente de los profesionales de la salud. Una prestación dentro de la telemedicina, sería la teleconsulta (videoconsulta) o la teleconsulta telefónica. Se han acuñado otros conceptos, como el de mSalud, que es el ejercicio de la medicina y salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos.

Las herramientas digitales, han generado expectativas de mejora de la seguridad del paciente y de disminución de los efectos adversos relacionados con la mayor y mejor disponibilidad de la información y el registro de la misma, así como la eliminación de los errores derivados de la legibilidad de la escritura de las personas responsables de registrar los datos y la información en formato papel. Además, es posible la elaboración de alertas que ayudan a los profesionales a identificar y prevenir efectos adversos, derivados de errores en el registro de datos (automatización de la captura), de la función defectuosa de dispositivos o de las interacciones entre medicamentos.

Sin embargo, los cambios introducidos por los nuevos procesos, el diferente grado de formación y entrenamiento en el uso de herramientas digitales y la normativa introducida para la gestión de los sistemas de información han generado nuevos problemas para la seguridad del paciente.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo Estratégico 3.1: Promocionar la cultura de seguridad digital

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.1.1.** Elaborar, publicar y difundir “píldoras formativas” para profesionales sobre el uso de herramientas digitales.
- 3.1.2.** Promover la formación de los profesionales en seguridad digital.
- 3.1.3.** Incluir en la Biblioteca Breve un apartado específico sobre salud digital.

### Objetivo Estratégico 3.2: Promover la alfabetización en salud digital

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.2.1.** Difundir los recursos sanitarios Online y su uso responsable, a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 3.2.2.** Elaborar, publicar y difundir “píldoras formativas” sobre herramientas digitales para los ciudadanos a través de la Escuela Madrileña de Salud.

### Objetivo Estratégico 3.3: Impulsar el uso seguro de herramientas digitales para los profesionales

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.3.1.** Desarrollar recomendaciones de seguridad para las consultas Online.
- 3.3.2.** Desarrollar recomendaciones de seguridad para las consultas telefónicas.
- 3.3.3.** Desarrollar recomendaciones de seguridad para las Video-consultas.
- 3.3.4.** Desarrollar recomendaciones para facilitar el intercambio seguro de datos e información.
- 3.3.5.** Incluir nuevas funcionalidades de seguridad en las herramientas digitales.
- 3.3.6.** Incorporar la perspectiva de la seguridad del paciente en la evaluación y priorización de las herramientas digitales.

### Objetivo Estratégico 3.4: Apoyar el desempeño profesional orientado a la seguridad del paciente

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.4.1.** Promover el desarrollo de herramientas digitales para mejorar la seguridad del paciente.
- 3.4.2.** Incorporar a los desarrollos de los sistemas de información aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
- 3.4.3.** Promover la identificación y el aprendizaje, de los incidentes relacionados con la salud digital.
- 3.4.4.** Facilitar la comunicación entre profesionales para el trabajo multidisciplinar mediante tecnologías digitales.
- 3.4.5.** Promover la integración de aplicaciones para conseguir uniformidad de los datos de identificación de pacientes.

## Línea estratégica 4: “Potenciar la coordinación institucional”

### Introducción

La continuidad y la coordinación de la atención prestada en la resolución de los diferentes procesos asistenciales, es en uno de los objetivos prioritarios de las diferentes políticas sanitarias, que la integran como una herramienta de gestión clínica, generadora de una mejor calidad de vida, seguridad asistencial y satisfacción de los usuarios.

Estas líneas de trabajo son prioritarias para la consecución de esta atención integral y coordinada, la conexión entre los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial, la comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos, la transferencia de información, el establecimiento de planes conjuntos de atención y la sincronización entre las partes, posibilitando que la atención se preste exenta de riesgos y en el momento y en el lugar adecuados.

El Plan de Acción de la OMS (2021-2030), establece como estrategia promover las alianzas interdisciplinarias, identificando oportunidades para fomentar iniciativas colaborativas entre organizaciones, además de establecer esquemas que permitan rotaciones de los profesionales en diferentes sistemas y entornos, facilitando la seguridad del paciente.

También este plan define, como una de las estrategias en relación con las sinergias que se ponen en marcha en la organización, el poder establecer redes para fomentar la colaboración, y que estas redes sirvan para intercambiar experiencias, recursos y para mejorar las prácticas de seguridad del paciente en la atención clínica diaria.

Sin embargo y a pesar de las actuaciones puestas ya en marcha, numerosas publicaciones siguen identificando como causas relevantes en la generación de incidentes y efectos adversos, la falta de comunicación y de coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y la insuficiente o inadecuada transmisión de información durante las transiciones asistenciales.

Es por ello, que esta línea de trabajo, continua el camino iniciado en la estrategia de seguridad anterior, incorporando nuevos objetivos y actuaciones como la definición de otros procedimientos conjuntos de trabajo, el establecimiento de circuitos de comunicación inter-niveles y el desarrollo de herramientas que facilitan la transmisión de información, todas ellas dirigidas a promover la coordinación institucional y a conseguir la mejora de la experiencia y de los resultados en salud de los pacientes atendidos.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 4.1:** **Establecer circuitos de comunicación de alertas de resultados críticos desde los Servicios hospitalarios a sus centros de salud de referencia**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.1.1.** Diseñar un circuito de comunicación de las alertas de resultados desde los servicios hospitalarios, a sus centros de salud de referencia.
- 4.1.2.** Implantar y evaluar el circuito de comunicación de las alertas de resultados desde los servicios hospitalarios, a sus centros de salud de referencia.

### **Objetivo Estratégico 4.2:** **Desarrollar e implementar procedimientos que permitan la correcta transferencia de la información clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.2.1.** Establecer un procedimiento y/o canal de transmisión segura de la información clínica de un paciente, entre los profesionales del SUMMA 112, los profesionales de Atención Primaria y los profesionales de hospitales.
- 4.2.2.** Elaborar e implantar procedimientos que garanticen la transmisión de información desde los Servicios de urgencias hospitalarios a los profesionales de Atención Primaria.

### **Objetivo Estratégico 4.3:** **Establecer circuitos de coordinación y comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.3.1.** Desarrollar de la eConsulta para facilitar la comunicación segura entre profesionales.
- 4.3.2.** Elaborar e implantar circuitos de coordinación y comunicación entre los profesionales de los hospitales de media estancia y los profesionales de los hospitales de agudos, de Atención Primaria y SUMMA 112.
- 4.3.3.** Elaborar e implantar circuitos de coordinación y comunicación entre los profesionales de los hospitales de agudos y los profesionales de los centros socio-sanitarios.
- 4.3.4.** Diseñar rutas de acceso directo a consultas monográficas hospitalarias.
- 4.3.5.** Monitorizar y mejorar los procedimientos de derivación establecidos desde Atención Primaria para valoración previa por un especialista (VPE) o por Sospecha de malignidad (SM).

## Línea estratégica 5: “Desarrollar y reconocer líderes y profesionales”

### Introducción

Reconocer líderes y profesionales comprometidos con la seguridad del paciente y que además trabajen creando sinergias y alianzas, es una necesidad para las instituciones que desean desplegar y consolidar una cultura de seguridad en su organización. La influencia de un óptimo liderazgo en la gestión de la seguridad del paciente es esencial, puesto que se encuentra como una de las causas fundamentales de los sucesos centinela.

En los diferentes estudios que se realizan sobre cultura de seguridad, se concluye que el liderazgo y la implicación de los directivos y profesionales asistenciales en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente sigue siendo una debilidad de nuestro sistema sanitario; en esta nueva estrategia, se ha evidenciado la necesidad de identificar y promover líderes profesionales en la seguridad clínica.

Uno de los objetivos estratégicos del Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 es desarrollar un liderazgo fuerte y visible, tanto clínico como institucional a todos los niveles, que incluye también una perspectiva humana y ergonómica, en las organizaciones sanitarias, que aseguren la sostenibilidad y continuidad de los programas de seguridad del paciente en cada servicio clínico.

Es algo conocido que los líderes que promueven un clima organizacional positivo contribuyen a una mayor satisfacción laboral de los empleados, a un menor desgaste profesional, a la reducción de los errores médicos y a la mejora general de la cultura de seguridad.

Además, un aspecto a tener en cuenta es que los proyectos que se diseñan y se tienen que implantar en los centros sanitarios necesitan directivos que los hagan posibles, facilitando los recursos necesarios y a su vez líderes clínicos que los impulsen. La comunicación eficaz y el trabajo en equipo colaborativo son fundamentales para apoyar un objetivo común.

Por todo lo anterior, se necesitan líderes eficaces en nuestros centros, que sean sensibles a la necesidad de tener organizaciones seguras para los pacientes y que estén dispuestos a trabajar para ello.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo Estratégico 5.1: Promover la seguridad clínica a través del liderazgo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.1.1.** Incluir, en los contratos programa, objetivos relacionados con la implicación de los líderes en la seguridad del paciente.
- 5.1.2.** Fomentar la formación en Seguridad del Paciente de los líderes.
- 5.1.3.** Desarrollar mediciones periódicas de la cultura de seguridad entre los líderes.
- 5.1.4.** Realizar jornadas, reuniones o foros de encuentro con la participación de gestores y líderes clínicos.

### Objetivo Estratégico 5.2: Implicar a los líderes en el despliegue, seguimiento y mejora de la seguridad del paciente

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.2.1.** Impulsar la participación de los líderes en las actuaciones de sus centros, para mejorar la seguridad del paciente.
- 5.2.2.** Promover la participación de los líderes formales e informales en las rondas de seguridad.
- 5.2.3.** Impulsar la inclusión de la seguridad del paciente, en las reuniones directivas de la organización.
- 5.2.4.** Monitorizar las actuaciones de liderazgo establecidas en el Decreto 4/2021.

### Objetivo Estratégico 5.3: Fomentar el liderazgo de los profesionales

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.3.1.** Promover la identificación de profesionales como líderes/expertos en seguridad del paciente.
- 5.3.2.** Facilitar la participación en las reuniones sobre seguridad del paciente de los centros.
- 5.3.3.** Promover el reconocimiento del liderazgo clínico en seguridad del paciente.
- 5.3.4.** Facilitar la participación en foros, jornadas o congresos relacionados con la seguridad del paciente.
- 5.3.5.** Crear foros de encuentro para los líderes clínicos en seguridad del paciente.
- 5.3.6.** Facilitar la participación en proyectos de investigación relacionados con la seguridad del paciente.

## Línea estratégica 6: “Implicar a pacientes, familiares y allegados”

### Introducción

La seguridad del paciente constituye una de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial. Los pacientes, familiares y personas cuidadoras pueden participar en la mejora de la seguridad de diferentes maneras: a través de la identificación de riesgos del sistema y la búsqueda de soluciones; participando de forma activa en el proceso asistencial y en la toma de decisiones; y en la gestión de los eventos adversos en los que se han visto involucrados.

En los últimos años, las estrategias enfocadas en la participación del paciente en la mejora de la seguridad clínica, se han convertido en una prioridad de las principales organizaciones reguladoras y gubernamentales, nacionales e internacionales, desarrollando iniciativas dirigidas a este punto.

El Plan de acción para la seguridad del paciente de la OMS (2021-2030), establece como principales acciones de las organizaciones sanitarias: involucrar a pacientes o representantes de los mismos con experiencia en casos de daño evitable durante la atención sanitaria en el diseño de estrategias; la designación de representantes de pacientes y familias en juntas y comisiones de las organizaciones; la creación de consejos asesores de pacientes y familias centrados en la seguridad del paciente; el desarrollo de procedimientos en torno a las disposiciones legales que incluyan la no discriminación, la autonomía del paciente, el consentimiento informado y toma de decisiones compartida, la respuesta de emergencia, el acceso a la historia clínica y la divulgación completa de los eventos adversos; y finalmente, el desarrollo de estándares institucionales para la participación del paciente y la familia, junto con el desarrollo de una práctica médica basada en la experiencia del paciente.

Aunque la participación y compromiso de los pacientes en la mejora de la seguridad es un área prometedora, todavía no existe suficiente evidencia de la efectividad y el impacto de las intervenciones diseñadas. Por otra parte, existen importantes barreras para su implementación y que en ocasiones podrían derivar en resultados negativos, trasladando la responsabilidad de los proveedores e instituciones a los propios pacientes.

Por todo lo anterior, la implicación de pacientes, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del paciente requiere un esfuerzo de la organización, que incluya un cambio o adecuación del modelo asistencial y el incremento de la investigación para poder realizarse de forma efectiva.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo Estratégico 6.1: Mejorar la información y formación de pacientes, familiares y personas significativas

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.1.1.** Desarrollar actuaciones divulgativas e informativas sobre seguridad del paciente.
- 6.1.2.** Revisar y actualizar la inclusión de recomendaciones sobre seguridad del paciente en los planes de acogida en los centros sanitarios.
- 6.1.3.** Promover la inclusión de pacientes, asociaciones de pacientes, familiares o personas significativas en actividades y jornadas institucionales.
- 6.1.4.** Realizar actividades formativas para pacientes, familiares y personas significativas.
- 6.1.5.** Potenciar la figura del “paciente experto” a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 6.1.6.** Desarrollar contenidos formativos para facilitar la participación de los pacientes en grupos de trabajo y/o unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios.
- 6.1.7.** Potenciar las alianzas con asociaciones de pacientes para divulgar la transmisión de conocimientos.

### Objetivo Estratégico 6.2: Promover la incorporación del paciente en la gestión de riesgos

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.2.1.** Impulsar la participación de los pacientes en grupos de trabajo y/o Unidades Funcionales de Riesgos Sanitarios.
- 6.2.2.** Promover la participación de los consejos o comités de pacientes en las actuaciones sobre seguridad del paciente en las gerencias asistenciales
- 6.2.3.** Elaborar recomendaciones institucionales para la participación de los pacientes en las Unidades de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 6.2.4.** Proporcionar información, desde los Servicios de Información y Atención al Paciente a las Unidades Funcionales, sobre reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 6.3: Promover la comunicación abierta en los eventos adversos graves

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.3.1.** Revisar las recomendaciones institucionales sobre comunicación abierta en eventos adversos graves.
- 6.3.2.** Promover la implantación de la comunicación abierta en eventos adversos graves.

## Línea estratégica 7: “Enfocar y desplegar prácticas seguras”

### Línea estratégica 7.1: “Cirugía y anestesia”

#### Introducción

La implantación de la seguridad clínica requiere un amplio margen de tiempo, ya que supone un cambio profundo en cómo se lleva a cabo la atención sanitaria, especialmente en la manera de afrontar los errores y los daños no deseados que una medicina cada vez más compleja e invasiva a veces comporta.

El quirófano es un lugar crítico en términos de seguridad del paciente. Hasta un 50% de los efectos adversos ocurridos en el ámbito hospitalario, pueden estar localizados en el ámbito quirúrgico. Es por esto, por lo que sus profesionales, se han erigido como grandes promotores de la seguridad del paciente en todo el mundo. Sin embargo, las diferentes características de las áreas quirúrgicas de la Comunidad de Madrid en cuanto a morfología, circuitos, procesos y profesionales implicados, hace que las recomendaciones de trabajo, para fomentar la seguridad del paciente quirúrgico, sean difíciles de diseñar e implementar.

El quirófano se considera una zona de alto riesgo para incendios. El disponer de un procedimiento de prevención y actuación en caso de que esto ocurra representa un punto básico para la seguridad de nuestros pacientes y como tal continúa siendo un objetivo primordial en esta nueva estrategia.

En términos generales, la transición de cuidados de un paciente entre unidades supone un claro riesgo para la aparición de errores y eventos adversos. En los pacientes post-operados, el traslado desde las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) a la planta de hospitalización es un proceso complejo con importantes implicaciones para la seguridad del paciente. En este cambio, se reduce la monitorización de forma brusca, disminuye la disponibilidad de personal y existe riesgo de transmisión inadecuada de la información clínica. Como consecuencia, algunos pacientes sufren eventos adversos graves precisando reingreso en la unidad de origen, o presentando muerte inesperada en planta. Todo ello contribuye a un aumento en la morbilidad, una prolongación de la estancia hospitalaria, un mayor coste, y en general, a una disminución de la calidad asistencial.

Se han estudiado diversas medidas dirigidas a mejorar los resultados de este proceso de transición. Aunque la metodología de los estudios no permite llegar a conclusiones con un alto grado de evidencia, algunas medidas se han mostrado eficaces.

Otro de los objetivos de seguridad planteados es la mejora de la transmisión de información en los puntos críticos del proceso quirúrgico, la coordinación entre niveles, la multidisciplinariedad, así como la mejora de la comunicación y la formación. Es importante difundir y compartir la información de las mejores prácticas y protocolos e incorporar los avances científicos más recientes en el ámbito de seguridad.

Dentro del Grupo de Trabajo en Seguridad del Paciente en Cirugía y Anestesia se han incorporado profesionales de distintos estamentos, especialidades y hospitales, de forma que se han podido recoger opiniones y experiencias desde puntos de vista diferentes. Se ha revisado el documento “Estrategia de seguridad del paciente en cirugía y anestesia” trabajado en la Estrategia previa para valorar su grado de implementación en la Comunidad de Madrid y así establecer que objetivos precisan completar su implementación o avanzar en ella.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo estratégico 7.1.1:** **Promover la cultura de seguridad en el paciente quirúrgico**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.1.1.** Desarrollar una red institucional de responsables en servicios relacionados con el paciente quirúrgico.
- 7.1.1.2.** Impulsar la creación de grupos multidisciplinarios en los servicios relacionados con el paciente quirúrgico.
- 7.1.1.3.** Incluir recomendaciones de seguridad del paciente quirúrgico en el plan de acogida de profesionales.
- 7.1.1.4.** Promover la elaboración de mapas de riesgos en las áreas quirúrgicas.
- 7.1.1.5.** Promover la inclusión de aspectos específicos del paciente quirúrgico en los cursos sobre seguridad.
- 7.1.1.6.** Promover la formación, por simulación, en la gestión de crisis en el quirófano.
- 7.1.1.7.** Elaborar un listado de eventos adversos graves, incluyendo eventos centinelas.
- 7.1.1.8.** Impulsar la información y la responsabilización del paciente quirúrgico.

### **Objetivo estratégico 7.1.2:** **Impulsar el listado de verificación quirúrgica**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.2.1.** Analizar la situación del listado verificación quirúrgica.
- 7.1.2.2.** Monitorizar, de forma periódica, su implantación en los centros.
- 7.1.2.3.** Adaptar el listado verificación quirúrgica a los resultados de las evaluaciones.

### **Objetivo Estratégico 7.1.3:** **Minimizar el impacto de los eventos críticos por fuego, en quirófano**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.3.1.** Analizar la situación de las actuaciones en caso de incendio en los quirófanos.
- 7.1.3.2.** Promover la implementación del procedimiento de actuación elaborado en caso de fuego en el quirófano.
- 7.1.3.3.** Monitorizar y evaluar el grado de implementación en los centros.

### **Objetivo Estratégico 7.1.4:** **Asegurar la continuidad en el periodo peri-operatorio**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.4.1.** Analizar la situación de cumplimentación de la información en el formulario que debe llegar al quirófano según el Documento “Estrategia de Seguridad del paciente en Cirugía y Anestesia”.
- 7.1.4.2.** Promover el despliegue de los formularios con la información necesaria en las fases críticas en los centros, según Documento “Estrategia de Seguridad del Paciente en Cirugía y Anestesia”.
- 7.1.4.3.** Evaluar el grado de implementación de los formularios previos, en los centros.
- 7.1.4.4.** Impulsar el despliegue de las recomendaciones para el seguimiento de transmisión de información en planta del postoperatorio de pacientes de alto riesgo, según Documento “Estrategia de Seguridad del paciente en Cirugía y Anestesia”.
- 7.1.4.5.** Evaluar el grado de implementación de las recomendaciones anteriores en los centros.

## **Línea estratégica 7.2: “Urgencias y emergencias”**

---

### **Introducción**

---

Los servicios de urgencias y emergencias (SU) frecuentemente son la puerta de entrada a los servicios sanitarios, siendo tanto un servicio receptor de pacientes como proveedor de los mismos a otros niveles asistenciales. Está ampliamente documentado que los pacientes que son atendidos por ellos sufren eventos adversos de diferente gravedad, aunque su incidencia y/o prevalencia no está bien determinada debido a la diversidad metodológica de los diferentes estudios (1,6 a 14%).

Los puntos críticos de este tipo de atención han sido bien identificados desde hace tiempo en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y evidencian múltiples factores relacionados con la cultura, la identificación de los pacientes, la comunicación durante la transferencia del paciente (turnos, servicios, niveles asistenciales), la prevención de la infección asociada a la atención sanitaria, el uso adecuado de la medicación, así como factores asociados a la gestión de situaciones específicas. Estos factores, en diferente medida, son asimilables en las urgencias extra-hospitalarias, en la que la inmediatez en la atención, sobre todo en el crítico, la ausencia de información completa, las órdenes verbales, la identificación de la prioridad, la complejidad y número de

intervinientes y de comunicaciones, y la transferencia son elementos significativamente relevantes como se ha identificado en los mapas de riesgo realizados en la Comunidad de Madrid.

El Plan Estratégico de Seguridad del Paciente para el periodo 2015-2020 ha resultado clave en el desarrollo de actuaciones orientadas a disminuir el riesgo derivado de los factores predisponentes en urgencias y emergencias y a implantar prácticas de seguridad como las pulseras identificativas para los pacientes o el avance en la conciliación de la medicación, así mismo ha dotado de un refrendo normativo al impulso de la seguridad del paciente en todos los centros.

El análisis actual del conjunto de expertos convocados para avanzar en este campo apuesta por seguir implantando prácticas de efectividad acreditada por diferentes organismos, así como por el aprendizaje organizacional, para disminuir, evitar o minimizar la incidencia y repercusión de los eventos adversos.

En este documento se proponen como líneas claves para la mejora que cada unidad o servicio realice sus mapas de riesgo atendiendo a sus peculiaridades, implante indicadores, asuma la formación en seguridad del paciente como un requisito indispensable para la competencia y toma de conciencia, amplíe el concepto de identificación del paciente en todo el itinerario del mismo desde la urgencia o emergencia e implante un identificador común que garantice el acceso a los datos clínicos, mejore la transferencia y en conjunto la comunicación entre todas las partes interesadas en las diferentes circunstancias del paciente, abunde en el "triaje" para extenderlo como método garantista más allá de los SUH, haga una apuesta por la telemedicina y desarrolle todas las prácticas bien conocidas y fundamentadas para mejorar la seguridad con relación a la medicación.

Para los próximos años, ser realista, supone modelizar el futuro de seguridad hacia el que debemos alcanzar en la urgencia y emergencia para el bien de pacientes, profesionales y organización sanitaria.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.2.1:** **Mejorar la seguridad en urgencias y emergencias**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.1.1.** Desarrollar una red institucional de responsables de servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.2.** Impulsar la creación de grupos multidisciplinares en los servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.3.** Promover la realización de mapas de riesgos en servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.4.** Impulsar la elaboración de indicadores de seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.5.** Promover la inclusión de aspectos específicos de urgencias y emergencias en los cursos sobre seguridad del paciente.
- 7.2.1.6.** Impulsar la identificación y análisis de los procesos asistenciales con mayor impacto en la seguridad del paciente.

- 7.2.1.7.** Promover la utilización de recomendaciones sobre uso prudente de antibióticos.
- 7.2.1.8.** Impulsar la minimización de errores de medicación en los servicios de urgencias y emergencias.

### **Objetivo Estratégico 7.2.2:** **Mejorar la identificación del paciente en urgencias y emergencias**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.2.1.** Realizar el análisis de situación actual en los Servicios de Urgencias con relación a la identificación inequívoca del paciente.
- 7.2.2.2.** Promover actuaciones para garantizar la identificación inequívoca del paciente incluyendo, los traslados entre centros.

### **Objetivo Estratégico 7.2.3:** **Mejorar la comunicación y la transferencia de información**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.3.1.** Promover la evaluación y propuesta de mejora, de las necesidades en el proceso de urgencias.
- 7.2.3.2.** Desarrollar recomendaciones sobre transferencia del paciente.
- 7.2.3.3.** Desarrollar recomendaciones sobre reuniones tipo “briefing y debriefing”.
- 7.2.3.4.** Mejorar la coordinación del proceso de alta entre el servicio de urgencias hospitalarias y el transporte sanitario.
- 7.2.3.5.** Elaborar recomendaciones sobre la utilización de abreviaturas, siglas y símbolos no farmacológicos en urgencias y emergencias.
- 7.2.3.6.** Impulsar el seguimiento del proceso de alta estandarizado y coordinado con el destino del paciente.

### **Objetivo Estratégico 7.2.4:** **Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.4.1.** Desarrollar recomendaciones para mejorar los sistemas de clasificación de pacientes (“triaje”).
- 7.2.4.2.** Promover y difundir recomendaciones de seguridad en el transporte y la transferencia del paciente pediátrico.
- 7.2.4.3.** Promover y difundir recomendaciones de seguridad durante el proceso de atención del paciente paliativo.
- 7.2.4.4.** Promover y difundir recomendaciones de seguridad el paciente con problemas de salud mental.
- 7.2.4.5.** Impulsar la actualización y despliegue de los Planes de Atención a Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV).

## Línea estratégica 7.3: “Pacientes críticos”

### Introducción

En los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) son frecuentes los eventos adversos, al tratarse de pacientes más graves, muy vulnerables, que requieren múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos e invasivos, uso de numerosos medicamentos de alto riesgo, una alta tecnología, una atención urgente y una vigilancia estrecha y continuada entre otros factores.

Además, en estas áreas asistenciales es necesario que los profesionales involucrados en el cuidado del paciente crítico, desarrollen un trabajo en equipo con una comunicación efectiva y múltiples trasposos de información, sin olvidar el desgaste profesional que supone el estrés y la carga de trabajo implícitos entre otros factores. Tampoco se puede olvidar que el entorno de las UCI es un ambiente hostil por el ruido de las alarmas, de los aparatos de monitorización que supone un estrés añadido, tanto para los pacientes como familiares y profesionales que les atienden.

En el estudio Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) llevado a cabo en 79 SMI, concluyó que en España la probabilidad que un paciente sufriese, al menos, un incidente relacionado con la seguridad del paciente (IRSP) fue del 62%. La tasa de ocurrencia de eventos adversos fue de 2,04/100 pacientes/hora de estancia en SMI. El 74% de los incidentes se relacionaron con medicación, aparatos, cuidados, accesos vasculares y sondas, vía aérea y ventilación mecánica. El 66% de los incidentes fueron sin daño y el 34% eventos adversos; el 29,5% ocasionó un daño temporal y el 4,28% un daño permanente, que comprometió la vida del paciente o contribuyó al fallecimiento. El 90% de los incidentes sin daño y el 60% de los eventos adversos se consideraron sin duda evitables o posiblemente evitables.

El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas han promovido el “Programa de seguridad en los pacientes críticos”, que incluye una serie de proyectos enfocados a implantar prácticas clínicas seguras en UCI. Los “Proyectos Zero” liderados por la SEMICYUC y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), han sido una oportunidad para introducir la cultura de seguridad en las UCI. Estos proyectos con sostenibilidad en el tiempo se han convertido en herramientas de trabajo en las UCI con unos resultados exitosos.

Otras áreas relevantes en la seguridad del paciente crítico son el uso seguro del medicamento. En el estudio SYREC, los errores de medicación fueron los incidentes sin daño más frecuentes (31,2%) y la causa del 11,6% de los eventos adversos registrados. Desde la SEMICYUC se han promovido acciones específicas a través de convenios de colaboración con otras sociedades como la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y se ha elaborado el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva” con la participación del Instituto para el Uso seguro del Medicamento (ISMP-España).

Otras iniciativas de la SEMICYUC relacionadas con la seguridad del paciente han sido, adoptar políticas más restrictivas en cuanto a intervenciones innecesarias, implementar equipos de respuesta rápida y modelos de UCI sin paredes y se está trabajando en reducir el síndrome post-UCI en pacientes y familiares, a través de la detección y prevención del mismo, así como el seguimiento al alta de UCI y de hospitalización lo que puede reducir las secuelas del enfermo crítico.

La pandemia por SARS-CoV2 ha impactado negativamente en los diferentes programas de seguridad implantados en las UCI como consecuencia de los importantes cambios estructurales, funcionales y organizativos que han tenido que sufrir las UCI. Así mismo, la pandemia está impactando negativamente en los aspectos psicológicos de los profesionales. La sobrecarga de trabajo asociado al cansancio físico y psíquico está influyendo negativamente. El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible, garantizando que sea adecuada, sostenible, ética y respetuosa con la autonomía del paciente.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.3.1:** **Prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.1.1.** Implementar las recomendaciones actualizadas del proyecto “Bacteriemia Zero”.
- 7.3.1.2.** Implementar las recomendaciones actualizadas del proyecto “Neumonía Zero”.
- 7.3.1.3.** Impulsar la implantación del proyecto “Resistencia Zero”.
- 7.3.1.4.** Desplegar la implantación del proyecto “ITU-Zero”.
- 7.3.1.5.** Consolidar la figura del médico intensivista responsable y la enfermera/o referente del control de infección en las unidades de cuidados intensivos.

### **Objetivo Estratégico 7.3.2:** **Promover la evaluación de la seguridad en el paciente crítico**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.2.1.** Identificar indicadores para monitorizar la seguridad del paciente crítico.
- 7.3.2.2.** Impulsar la realización de auditorías internas aleatorias de seguridad.
- 7.3.2.3.** Implementar el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva”.

### **Objetivo Estratégico 7.3.3:** **Desarrollar actuaciones para mejorar la atención al paciente crítico**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.3.1.** Promover la realización de sesiones conjuntas o rondas, entre el personal involucrado en los cuidados de los pacientes críticos.

- 7.3.3.2.** Elaborar recomendaciones para mejorar el traspaso de información entre los profesionales al alta.
- 7.3.3.3.** Elaborar recomendaciones para favorecer la participación e implicación de las familias durante el ingreso del paciente en UCI.
- 7.3.3.4.** Establecer recomendaciones para la acogida a los profesionales sanitarios de nueva incorporación en los Servicios de Medicina Intensiva.

#### **Objetivo Estratégico 7.3.4:** **Optimizar la calidad de vida de los pacientes críticos al alta de UCI**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.4.1.** Elaborar recomendaciones para optimizar el estado nutricional del paciente crítico.
- 7.3.4.2.** Elaborar e introducir prácticas para reducir el síndrome post-UCI en pacientes críticos ingresados en UCI.

#### **Objetivo Estratégico 7.3.5:** **Fomentar la seguridad de los pacientes críticos y potencialmente críticos en todo el entorno hospitalario (“UCI sin paredes”)**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.5.1.** Promover medidas que favorezcan la intervención precoz en los pacientes potencialmente críticos no ingresados en UCI.
- 7.3.5.2.** Impulsar y desplegar el “Código Sepsis”.

### **Línea estratégica 7.4: “Obstetricia y Ginecología”**

---

#### **Introducción**

---

Según los datos del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud en 2020 hubo 38.508 partos, lo que supone casi un 12% de todos los ingresos, sin contar la patología del primer trimestre o los ingresos obstétricos y puerperal por otros motivos referentes a la gestación o no. En este sentido, la gestación, normal o complicada, representa un alto porcentaje de la actividad en los centros hospitalarios de nuestra comunidad, y en la asistencia de este proceso confluyen e interactúan múltiples profesionales de manera dinámica y es momento de alto riesgo de complicaciones que se pueden presentar de forma poco previsible.

Los procedimientos ginecológicos diagnósticos son cada vez de mayor complejidad (dependencia de la tecnología y de la rapidez en que se realicen e informen) y no solo atañen a aquellas patologías potencialmente malignas, sino a las que aun siendo benignas afectan a la calidad de vida de nuestras pacientes.

Teniendo lo anterior en consideración y en la misma línea de trabajo en que se desarrolló la por el grupo de trabajo de la anterior estrategia, los objetivos se centrarán en la búsqueda de la mejor asistencia tanto en el área materno-perinatal como en la patología de la mujer no gestante, ya

sea por alteración funcional, por anticoncepción, por infertilidad o por patología oncológica. Por tanto, se pretende revisar las áreas de mejora basadas en la mejor práctica clínica y establecer unas nuevas líneas para los próximos años en los todos los centros de nuestra comunidad para poder alcanzar una asistencia clínica más segura y excelente.

En la Estrategia 2015-2020 se propusieron una serie de indicadores en Obstetricia y Ginecología con el objetivo de conocer la realidad de cada uno de los centros y establecer aquellas medidas y/o prácticas seguras que aumenten la seguridad del paciente en aquellos procesos mas frecuentes o relevantes. Por tanto, se propone revisar e implementar nuevos indicadores de otras áreas como en las pruebas de diagnóstico por la imagen en obstetricia, en la oncología ginecológica o en asistencia de la salud reproductiva.

Una de las grandes herramientas que permiten la mejor asistencia multiprofesional y que puede ser una gran oportunidad para aumentar la cultura de seguridad en el área obstétrica consiste en sistematizar las revisiones y análisis de riesgos/incidentes que se notifican.

Además, en la Estrategia previa se propuso unificar el listado de verificación del parto, aunque siguen presentes los retos para la mejora en su cumplimiento (coordinación entre los profesionales/servicios implicados) y para la búsqueda de las herramientas informáticas pertinentes.

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más graves y que pueden llegar a tener consecuencias letales, por ese motivo se propuso un documento donde se establecieron las bases para su manejo en cualquier centro y en función de los medios humanos y materiales. Por tanto, en la línea actual se considerará la importancia de implementar dicho protocolo y la respuesta de las unidades de radiología intervencionista a las demandas asistenciales y el seguimiento de aquellos casos a los que hubo que realizar procedimientos quirúrgicos (histerec-tomías) para el control de la situación en el caso de riesgo vital de la paciente.

Pero también debemos dar un paso más y proponer otros protocolos de actuación ante complicaciones evitables del embarazo y el parto. El riesgo de tromboembolismo ha cobrado una importancia notable con la pandemia por el virus SARS-CoV2, por tanto un objetivo de este grupo de trabajo deberá proponer generalizar las medidas profilácticas farmacológicas a todas las gestantes durante el control prenatal, en los ingresos por patología relacionada con el embarazo, en el parto y en el puerperio.

Finalmente, para mejorar la seguridad en la atención a los procesos ginecológicos y obstétricos y lograr disminuir la variabilidad de la práctica clínica, se deberá seguir implementando los listados de verificación de quirúrgica y de los procedimientos ambulatorios de nuestra especialidad. Además, se podrá avanzar en dos líneas de mejora: con la estandarización de los criterios de transfusión que asegure la trazabilidad de hemoderivados y también proponer mejoras en la trazabilidad de las muestras de (ovocitos/semen/embriones) en las técnicas de reproducción asistida.

El establecimiento de estos objetivos estratégicos conlleva una revisión de la mejor evidencia disponible y de la búsqueda de las mejores herramientas para continuar trabajando en la seguridad del paciente, sin olvidar las distintas realidades, de equipamientos y dotaciones de profesionales, de cada uno de los hospitales que dan asistencia en nuestra comunidad.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.4.1: Impulsar la estructura de seguridad en obstetricia y ginecología**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.4.1.1.** Desarrollar una red institucional de responsables de obstetricia y ginecología.
- 7.4.1.2.** Impulsar la creación de grupos multidisciplinares en obstetricia y ginecología.
- 7.4.1.3.** Promover la revisión periódica y “feed-back” de riesgos e incidentes.

### **Objetivo Estratégico 7.4.2: Promover la seguridad del paciente en obstetricia y ginecología**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.4.2.1.** Desplegar el listado de indicadores en obstetricia y ginecología.
- 7.4.2.2.** Revisar periódicamente el listado de indicadores.
- 7.4.2.3.** Incorporar indicadores de reproducción, oncología y ecografía.
- 7.4.2.4.** Promover la inclusión de los indicadores en la historia clínica.
- 7.4.2.5.** Promover la inclusión de aspectos específicos de obstetricia y ginecología en los cursos sobre seguridad del paciente.
- 7.4.2.6.** Promover la formación, por simulación, en la gestión de crisis en obstetricia.

### **Objetivo Estratégico 7.4.3: Mejorar la seguridad relacionada con el seguimiento y control del embarazo, parto y puerperio**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.4.3.1.** Impulsar la elaboración de mapas de riesgos del parto normal y del puerperio.
- 7.4.3.2.** Promover el uso de los listados de verificación en obstetricia.
- 7.4.3.3.** Desplegar el protocolo de hemorragias obstétricas.
- 7.4.3.4.** Elaborar recomendaciones de actuación ante complicaciones evitables del embarazo y el parto.
- 7.4.3.5.** Mejorar la coordinación al alta y en las transiciones asistenciales con Atención Primaria.
- 7.4.3.6.** Realizar recomendaciones para mejorar la trazabilidad de muestras de ovocitos/semen/embriones en casos de técnicas de reproducción.

## Línea estratégica 7.5: “Pediatria”

### Introducción

Los niños son especialmente vulnerables a los eventos adversos ocurridos durante la atención sanitaria debido a múltiples factores, algunos de los cuales serían: la propia fragilidad biológica del individuo, la incapacidad de comunicación en los primeros años de la vida, los cambios fisiológicos que se producen en esta etapa vital, la dependencia en los cuidados de otras personas y la propia complejidad actual de los cuidados pediátricos. Mejorar la seguridad del paciente pediátrico es, por tanto, un objetivo básico para las organizaciones sanitarias y precisa un enfoque específico, dadas las circunstancias y características especiales de estos pacientes.

Los incidentes de seguridad en la atención pediátrica tienen que ver con múltiples aspectos asistenciales que van desde el uso del medicamento, a las infecciones debidas a la asistencia sanitaria, pasando por problemas con la identificación, alergias alimentarias, problemas de coordinación y continuidad asistencial entre diferentes niveles de atención o eventos adversos debidos a técnicas o procedimientos diagnóstico-terapéuticos utilizados.

Además, hay que tener en cuenta la existencia de diferentes áreas y niveles asistenciales (atención primaria, hospitalización pediátrica y neonatal, urgencias, consultas externas, hospitalarias, UCI...) con diferencias estructurales y organizativas, por lo que las medidas en seguridad del paciente deben adaptarse a los distintos entornos de trabajo.

Se estima que se producen incidentes de seguridad o eventos adversos, en un tercio de todos los pacientes pediátricos hospitalizados. Estos incidentes tienen que ver con múltiples aspectos asistenciales, que van desde el uso del medicamento a las infecciones debidas a la asistencia sanitaria, pasando por problemas con la identificación, accidentes en el ámbito hospitalario o eventos adversos debidos a problemas relacionados con las diferentes técnicas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos utilizados.

Por último, en la búsqueda de una asistencia sanitaria excelente, la atención pediátrica debe incorporar una estrategia de trabajo que permita establecer medidas para prevenir los eventos adversos derivados de sus actuaciones en la que los pacientes y sus familias sean partícipes.

Dadas las características particulares de la atención sanitaria pediátrica y debido a la necesidad de adoptar un enfoque propio, dentro del ámbito de actuación de la anterior planificación, se establecieron una serie de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones que se desarrollaron en un documento específico sobre seguridad del paciente en Pediatría. Para el próximo periodo se propone profundizar y analizar el estado de implantación de algunas de las actuaciones recogidas anteriormente y consideradas como prioritarias y no totalmente desarrolladas aún, y se plantean algunos otros objetivos y líneas de actuación para valorar su desarrollo en los próximos años.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo Estratégico 7.5.1: Promover la seguridad en pediatría

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.1.1.** Desarrollar una red institucional de responsables de pediatría.
- 7.5.1.2.** Impulsar la creación de grupos multidisciplinares de seguridad en pediatría
- 7.5.1.3.** Promover la elaboración de mapas de riesgos en las principales áreas pediátricas
- 7.5.1.4.** Establecer recomendaciones para mejorar la comunicación entre los profesionales.
- 7.5.1.5.** Establecer recomendaciones para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales pediátricos.
- 7.5.1.6** Elaborar y difundir recomendaciones sobre identificación inequívoca del paciente neonatal y pediátrico.
- 7.5.1.7.** Promover la inclusión de aspectos específicos de pediatría en los cursos sobre seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 7.5.2: Disminuir los errores de prescripción (incluidas alergias alimentarias)

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.2.1.** Promover la especificación de la alimentación de los pacientes en la pauta de dieta.
- 7.5.2.2.** Desplegar la correcta identificación de leche materna de cada paciente.
- 7.5.2.3.** Elaborar, difundir e implementar recomendaciones sobre el uso seguro de medicamentos en pediatría.
- 7.5.2.4.** Elaborar, difundir e implementar recomendaciones de seguridad sobre vacunaciones en la edad pediátrica.

### Objetivo estratégico 7.5.3: Mejorar la seguridad del paciente pediátrico con patología de riesgo

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.3.1.** Elaborar y difundir recomendaciones sobre sistemas de alerta precoz para detección del paciente pediátrico grave.
- 7.5.3.2.** Elaborar y difundir recomendaciones para prevenir incidentes de seguridad en el ámbito sanitario del paciente pediátrico con patología compleja.
- 7.5.3.3.** Elaborar y difundir recomendaciones sobre seguridad transfusional en pediatría.
- 7.5.3.4.** Elaborar y difundir recomendaciones para prevenir incidentes de seguridad en el ámbito sanitario del paciente pediátrico con problemas de salud mental.

## Línea estratégica 7.6: “Salud mental”

### Introducción

El trastorno mental continúa implicando una mayor vulnerabilidad de los pacientes, que están expuestos a riesgos derivados de su propia enfermedad, de sus tratamientos o cuidados y también de sus conductas y las de otros pacientes. La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Servicio Madrileño de Salud recogía en su línea específica de Salud Mental el interés por la seguridad a través de tres objetivos principales, la seguridad en el riesgo suicida, la seguridad ante medidas restrictivas y la seguridad específica en personas con trastorno mental grave, que continúan considerándose prioritarias y vigentes en el momento actual.

En estos años se ha podido objetivar un avance en los objetivos establecidos, a través de las actuaciones marcadas en la anterior estrategia y de acciones sinérgicas que han venido a reforzar, desde diferentes ámbitos, la atención basada en la seguridad de los pacientes en salud mental, de forma estrechamente vinculada con el avance en el respeto a los derechos y la humanización de la asistencia. Destacan, entre otras, la Resolución 106/2017 de regulación de las sujeciones físicas, el protocolo de atención en crisis y traslados de personas con problemas de salud mental o la realización de rondas de seguridad en las unidades de hospitalización breve de psiquiatría.

Si bien, es limitada la literatura científica en torno a la seguridad de los pacientes en el ámbito de la salud mental, una reciente revisión sistemática (Thibaut 2019), señala diez áreas a considerar en el ámbito hospitalario, que se han tenido en cuenta en la presente estrategia: la violencia interpersonal, las intervenciones coercitivas, la cultura de la seguridad, el daño a sí mismo, la seguridad del entorno físico, la seguridad de la medicación, los permisos no autorizados, la toma de decisiones clínicas, las caídas y la prevención de las infecciones.

Por otra, parte, resulta especialmente relevante la atención a los problemas de salud física, especialmente en los pacientes con trastorno mental grave, con una mayor morbimortalidad por estas causas y también con mayor disparidad en el acceso y en la prestación de la atención sanitaria, que puede suponer un mayor riesgo de seguridad (WHO 2018).

En los próximos años se plantea consolidar los tres objetivos vigentes, y precisar actuaciones en poblaciones específicas, como en la red de adicciones, en personas con trastornos del espectro autista o con discapacidad intelectual. Así mismo, se incorpora un nuevo objetivo para promover la coordinación de las actuaciones en seguridad del paciente y respeto a los derechos y su integración sistemática en las unidades de hospitalización, como estímulo para el avance conjunto de la cultura de seguridad y mejora continua en Salud Mental y Adicciones.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

#### **Objetivo Estratégico 7.6.1:**

#### **Avanzar en la mejora en la seguridad de los pacientes con riesgo suicida**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.6.1.1.** Consolidar la prestación Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) en adultos y en niños y adolescentes.
- 7.6.1.2.** Promover la extensión de los programas de prevención secundaria de suicidio.
- 7.6.1.3.** Revisar y actualizar periódicamente el protocolo de prevención de conductas suicidas en las unidades de hospitalización psiquiátricas y en las unidades de hospitalización general.
- 7.6.1.4.** Actualizar y difundir material informativo sobre prevención del suicidio a pacientes y familiares.
- 7.6.1.5.** Promover la formación en detección y manejo del riesgo suicida en Atención Primaria y SUMMA 112.

**Objetivo Estratégico 7.6.2:  
Mejorar la seguridad en la aplicación de medidas restrictivas  
basadas en el respeto a los derechos de los pacientes**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.6.2.1.** Actualizar periódicamente los protocolos y los registros de sujeciones físicas de acuerdo con las recomendaciones de la resolución 106/2017.
- 7.6.2.2.** Promover la reducción de las sujeciones físicas.
- 7.6.2.3.** Promover la planificación compartida de la atención.

**Objetivo Estratégico 7.6.3:  
Mejorar la seguridad en la atención a los pacientes  
con trastorno mental y/o de conductas adictivas**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.6.3.1.** Actualizar el programa de continuidad de cuidados en pacientes adultos en los Centros de Salud Mental.
- 7.6.3.2.** Promover la elaboración y seguimiento de programas de transición en población joven.
- 7.6.3.3.** Promover la cultura de seguridad y formación a profesionales en la atención a las personas con trastornos adictivos.
- 7.6.3.4.** Promover actuaciones para mejorar la seguridad en personas con Trastorno del Espectro Autista.
- 7.6.3.5.** Promover actuaciones para mejorar la seguridad en los pacientes con discapacidad intelectual, en urgencias e ingresos hospitalarios.

**Objetivo 7.6.4:  
Promover la gestión integrada de las actuaciones  
en el ámbito de Salud Mental y Adicciones**

---

- 7.6.4.1.** Constituir un grupo institucional de seguridad del paciente en salud mental y adicciones.
- 7.6.4.2.** Desarrollar una red institucional de responsables de servicios relacionados con el paciente con problemas de salud mental.

## Línea estratégica 7.7: “Atención al dolor”

### Introducción

En la Encuesta Europea de Salud en España, realizada en el año 2020, sobre la salud de la población española, se establece que el dolor físico, de cualquier intensidad, desde muy leve a extremo, afecta en torno al 40% de la población de 15 y más años. En todos los grupos etarios, es más frecuente la presentación de dolor en mujeres, y en el caso del dolor severo o extremo, es más del doble en mujeres que en hombres, en algunos grupos de edad.

El dolor, por tanto, es un reto importante para las organizaciones sanitarias, en cuanto puede complicar la evolución de otros procesos patológicos de base, alargar la hospitalización, disminuir la calidad de vida de los pacientes, incrementar la morbilidad perioperatoria y ser un factor de riesgo para desarrollar dolor crónico.

En la asistencia sanitaria, muchos procedimientos e intervenciones provocan dolor y esta circunstancia es conocida, y puede ser prevenible y minimizable; por lo que el no abordarla de forma planificada, se podría considerar como un evento adverso derivado de una actuación sanitaria inadecuada y evitable. En este sentido, es necesario desarrollar una serie de cambios en la práctica clínica para un abordaje global y sistemático de esta problemática.

También, en la atención del dolor, los tratamientos farmacológicos, las intervenciones y los procedimientos empleados en su control pueden conducir a interacciones y efectos secundarios que den lugar a eventos adversos. Ello es especialmente relevante en pacientes vulnerables como ancianos, enfermos con pluripatología o población pediátrica y también en el uso de aquellos medicamentos identificados de mayor riesgo, como son los opioides.

En la Comunidad de Madrid, se han implantado distintas iniciativas relacionadas con el dolor, incluidas en los objetivos de calidad que anualmente se establecen para los centros, como la valoración del dolor mediante escalas validadas, así como la constitución de los comités de atención al dolor.

Estos comités constituyen un pilar fundamental a nivel de cada gerencia para identificar, evaluar y proponer mejoras en la atención integral del dolor, tanto agudo como crónico, que nos permita mejorar la atención efectiva y segura a los pacientes con dolor, así como identificar aquellos puntos críticos como son las transiciones asistenciales.

Para conocer y gestionar los incidentes de seguridad contamos con CISEMadrid, si bien, aún no contamos con filtros específicos relacionados con la atención al dolor que trabajaremos en los próximos años, y además, debemos contar con los pacientes y personas significativas habilitando canales de comunicación que favorezcan la participación activa en su seguridad.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.7.1:** **Mejorar la seguridad en la atención al dolor**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.7.1.1.** Impulsar la inclusión de contenidos específicos de seguridad del paciente en los cursos sobre atención al dolor.
- 7.7.1.2.** Promover la elaboración de listados de verificación para las técnicas invasivas de abordaje del dolor.
- 7.7.1.3.** Fomentar el análisis de los incidentes relacionados con el tratamiento del dolor en CISEMadrid.
- 7.7.1.4.** Favorecer la coordinación de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios con los Comités de Atención al dolor.
- 7.7.1.5.** Elaborar mapas de riesgo en ámbitos o unidades prioritarias relacionadas con la atención al dolor.
- 7.7.1.6.** Fomentar la inclusión de aspectos relacionados con la seguridad, en la elaboración de protocolos o guías sobre atención al dolor.
- 7.7.1.7.** Identificar y difundir prácticas seguras sobre atención al dolor en los distintos ámbitos asistenciales.

### **Objetivo Estratégico 7.7.2:** **Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.7.2.1.** Fomentar la formación de pacientes sobre el uso seguro de fármacos.
- 7.7.2.2.** Implementar funcionalidades de seguridad en Módulo Único de Prescripción (MUP) y en los sistemas de prescripción hospitalarios.
- 7.7.2.3.** Impulsar la conciliación de la medicación para el dolor.
- 7.7.2.4.** Elaborar recomendaciones al paciente, para el uso seguro de opioides.
- 7.7.2.5.** Promover la utilización de escalas de riesgo en el uso de opioides.

### **Objetivo Estratégico 7.7.3:** **Desplegar la seguridad en patologías específicas**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.7.3.1.** Elaborar recomendaciones para el abordaje y tratamiento seguro del dolor crónico en salud mental.
- 7.7.3.2.** Fomentar la coordinación, entre profesionales, para el abordaje seguro del dolor, en pacientes en situación terminal.

## Línea estratégica 7.8: “Uso seguro de radiaciones ionizantes”

### Introducción

Las directrices sobre la protección de los pacientes y los profesionales de las radiaciones ionizantes, tienen ya una larga trayectoria, con responsabilidades bien definidas y regulaciones precisas, que se reflejan en mandatos legales europeos establecidos en Programas de Garantía de Calidad (PGC) en los centros y servicios.

Disminuir los riesgos de las radiaciones, manteniendo todos los beneficios de las prácticas, realizando procedimientos diagnósticos cada vez más seguros y justificados, son objetivos prioritarios para las Sociedades Científicas, los Organismos Reguladores y para la Administración en general.

Los beneficios y riesgos de las radiaciones ionizantes son bien conocidos, el uso médico indiscriminado, la tendencia creciente en el número de prácticas, la cantidad de instalaciones y la calidad de estas prácticas han permitido alcanzar diagnósticos más precoces y certeros, pero ello no se ha acompañado, en todos los casos, de su justificación y su optimización, realizándose todavía, hasta un 30% de exploraciones innecesarias.

Por este motivo, en los últimos años, se han publicado varios documentos por distintos organismos como la OMS, administraciones locales, asociaciones de pacientes y sociedades científicas relacionados con este tema. En este sentido, la OMS ha publicado “Comunicando los riesgos de la radiación en radiodiagnóstico pediátrico”. En él se detallan los efectos nocivos de la radiación utilizada con fines médicos, especialmente los probabilísticos como la inducción al cáncer en población más vulnerable como la pediátrica.

Este uso seguro de radiaciones ionizantes tiene como principios básicos la justificación de la utilización de este tipo de radiaciones, la optimización para utilizar la mínima dosis de radiación posible y el fortalecimiento de la cultura de seguridad y riesgo de radiaciones ionizantes en todos los actores implicados, pacientes y profesionales. En el SERMAS se ha desarrollado e instalado el software de gestión DOLQA (Dose Online and Quality Assurance), que permite obtener mapas de dosis de radiación en piel, en procedimientos fluoroscópicos complejos. Todo ello requiere el uso de sistemas de registro de dosis, como guía de los sistemas de optimización dosimétrica.

En esta estrategia se mantienen las actuaciones desarrolladas hasta ahora en la estrategia de seguridad del paciente 2015-2020, ahondando en esta segunda fase en la implantación de las mismas con el desarrollo de herramientas y elementos organizativos aplicables al entorno de los diferentes centros asistenciales existentes en la Comunidad de Madrid.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.8.1:** **Mejorar el uso seguro de radiaciones ionizantes**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.8.1.1.** Elaborar mapas de riesgo en los servicios que utilizan radiaciones ionizantes.
- 7.8.1.2.** Establecer o desarrollar los protocolos de alerta radiológica.
- 7.8.1.3.** Elaborar y difundir información sobre riesgos relacionados con los procedimientos que utilizan radiaciones ionizantes.
- 7.8.1.4.** Impulsar la formación de los profesionales en el uso seguro de radiaciones ionizantes.
- 7.8.1.5.** Actualizar los Programas de Garantía de Calidad de los centros.
- 7.8.1.6.** Mejorar la notificación y gestión de incidentes en radiaciones ionizantes.

### **Objetivo Estratégico 7.8.2:** **Promover la justificación de los procedimientos con radiaciones ionizantes**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.8.2.1.** Promover la implementación de protocolos consensuados con los servicios peticionarios.
- 7.8.2.2.** Fomentar la monitorización de las indicaciones de pruebas.
- 7.8.2.3.** Difundir los documentos sobre prácticas inadecuadas ('No hacer') con radiaciones ionizantes.
- 7.8.2.4.** Promover la elaboración de algoritmos informáticos de ayuda a los facultativos en la toma de decisiones de pruebas con radiaciones ionizantes a realizar.
- 7.8.2.5.** Impulsar el desarrollo de herramientas para evitar la repetición de pruebas.

### **Objetivo Estratégico 7.8.3:** **Mejorar de la optimización de dosis**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.8.3.1.** Maximizar el uso de las capacidades tecnológicas disponibles.
- 7.8.3.2.** Desarrollar y difundir de la herramienta de gestión de dosis de la Comunidad de Madrid (DOLQA).
- 7.8.3.3.** Promover el volcado de los registros de dosis en la historia clínica electrónica.
- 7.8.3.4.** Impulsar la creación de Comités de Gestión de Dosis.

## Línea estratégica 7.9: “Cuidados y procedimientos de enfermería”

### Introducción

Los riesgos relacionados con la atención sanitaria siguen constituyendo problemas importantes para la seguridad del paciente en todo el mundo. El papel de enfermería en este campo, radica en “prevenir y reducir los riesgos, errores y daños” que pueden sufrir los pacientes durante la prestación de los cuidados en la asistencia sanitaria.

Durante el proceso asistencial, se llevan a cabo un gran número de intervenciones que implican riesgos para los pacientes y les pueden originar eventos adversos. Son numerosas las referencias en la literatura científica que hacen mención de esos riesgos, y también existen múltiples estudios que contemplan medidas y actuaciones para minimizarlos.

La puesta en marcha de estrategias en los últimos años, en el Servicio Madrileño de Salud, han ayudado a lograr avances importantes en la prevención de riesgos, siendo una práctica extendida la normalización de los cuidados, con el objetivo de disminuir la variabilidad de la práctica enfermera, disponiendo de protocolos basados en la evidencia científica que permitan poner en marcha medidas para su prevención.

De la misma forma, es fundamental la elaboración de planes de cuidados enfermeros, con taxonomías enfermeras, mejorar la continuidad de cuidados y realizar la valoración de determinados riesgos que presentan una alta prevalencia y que en gran medida son evitables, como es el riesgo de sufrir caídas, o las úlceras por presión.

Estas estrategias permiten la comparación entre centros y organizaciones, sirviendo de herramientas útiles para favorecer el análisis y la investigación, así como la necesidad de generar a partir de los riesgos identificados, soluciones prácticas y generalizables para la práctica asistencial.

Sin embargo, aún nos queda mucho por avanzar. Hay intervenciones enfermeras que conllevan riesgos para los pacientes, tal y como reflejan trabajos como el Proyecto SENECA o los estudios de evaluación de indicadores de buenas prácticas para la seguridad.

Con este fin, es esencial promover el liderazgo en nuestra organización, impulsando la formación en seguridad, junto con intervenciones enfermeras específicas y normalizadas, guías de actuación, y la monitorización de los eventos adversos. También es importante avanzar hacia la participación activa del paciente en su propia seguridad a lo largo de su proceso de atención, mejorando la información, la comunicación y la formación, para incorporar la voz de los usuarios en las estrategias de seguridad y de sus cuidados.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.9.1: Potenciar el liderazgo en los cuidados**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.1.1.** Impulsar la designación de referentes de enfermería en servicios o unidades asistenciales.
- 7.9.1.2.** Promover el despliegue de los protocolos de seguridad de los cuidados de enfermería.

### **Objetivo Estratégico 7.9.2: Disminuir la variabilidad de la práctica clínica enfermera mediante la normalización de los cuidados**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.2.1.** Mejorar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales estableciendo la información mínima relevante mediante lista de verificación.
- 7.9.2.2.** Difundir e implantar el Protocolo para la prevención de caídas del adulto.
- 7.9.2.3.** Actualizar y difundir el Protocolo para la prevención de úlceras por presión del adulto.
- 7.9.2.4.** Actualizar y difundir el Protocolo para el manejo y prevención de la infección relacionada con los cuidados de las sondas vesicales.
- 7.9.2.5.** Actualizar y difundir el Protocolo para el manejo y prevención de la infección, flebitis y extravasación relacionada con los cuidados de las vías venosas.
- 7.9.2.6.** Actualizar y difundir el Protocolo para la colocación, el manejo y los cuidados de las sondas nasogástricas.
- 7.9.2.7.** Elaborar e implantar un Protocolo para la colocación, manejo y cuidados de las ostomías de alimentación y eliminación.

### **Objetivo Estratégico 7.9.3: Impulsar la seguridad mediante intervenciones enfermeras específicas**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.3.1.** Actualizar recomendaciones para la administración adecuada de sangre y hemoderivados.
- 7.9.3.2.** Actualizar el protocolo de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas.
- 7.9.3.3.** Desarrollar un protocolo de actuación enfermera para la reducción de errores de medicación y mejora de la conciliación de la medicación en las transiciones del paciente.

### **Objetivo Estratégico 7.9.4: Impulsar formación en seguridad de cuidados**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.4.1.** Elaborar información específica sobre seguridad relacionada con los cuidados para la acogida de los profesionales de nueva incorporación.
- 7.9.4.2.** Promover la realización de Jornadas, reuniones o sesiones sobre seguridad del paciente en enfermería.

## Línea estratégica 7.10: “Entornos de especial riesgo en Atención Primaria”

### Introducción

La asistencia en Atención Primaria presenta unas características que la convierten en un entorno de alta densidad de decisiones, lo que acarrea implicaciones en relación con la seguridad del paciente como son: el elevado número de personas atendidas a diario, el envejecimiento de la población y presencia de múltiples patologías crónicas, la alta complejidad en el manejo terapéutico (medicamentos de alto riesgo como insulinas y anticoagulantes orales, pacientes polimedicados), el reto de identificar lo grave y separarlo de lo poco importante en consultas cortas, la asunción de cuidados y tratamientos que tradicionalmente se realizaban en los hospitales (cirugía menor, cuidados paliativos...) que son cada vez más complejos, así como el aumento del uso de dispositivos médicos invasores (catéteres urinarios, nasogástricos). A esto hay que añadir que el volumen de actividad no sólo es alto, sino también variado y complejo, lo que requiere la interacción de diferentes categorías profesionales.

Según los estudios publicados, aunque atención primaria es más segura, ya que se originan menos eventos adversos que en el hospital y estos son menos graves y más evitables, no es un contexto exento de la aparición de daños durante la asistencia.

A tenor de los datos preliminares del Estudio de frecuencia de eventos adversos que se está realizando en la Comunidad de Madrid en el contexto del proyecto TriggerPrim, el 5% de los pacientes sufre un incidente de seguridad con daño cada trimestre, lo que significa que cada 3 meses 290.000 madrileños sufren daño relacionado con la atención sanitaria en el entorno de la Atención Primaria y casi el 10% de estos, serían considerados de tipo grave. Todo esto la convierte en un entorno en que la seguridad del paciente es un pilar fundamental y las iniciativas para mejorarla y acercarla a los profesionales deben ser múltiples y variadas.

Para elaborar esta nueva línea estratégica hemos tenido en cuenta la identificación proactiva de nuevos riesgos tras la elaboración del mapa de riesgos y la aplicación de los trigger tool, que además incorporan medidas para evitarlos o minimizar su impacto, así como los nuevos riesgos identificados por nuevas modalidades de consulta no presenciales.

Siguiendo esta perspectiva y teniendo en cuenta los objetivos desarrollados en la estrategia anterior, se han revisado los resultados del estudio TriggerPrim que complementa al sistema de notificación CISEMadrid, en el que se detectó, por ejemplo, un volumen relevante de eventos adversos relacionados con el seguimiento inadecuado del paciente, así como el análisis de las notificaciones realizadas a CISEMadrid de los últimos tres años.

Finalmente, también se han incorporado nuevas líneas de trabajo a desarrollar, como es la comunicación de eventos adversos graves a pacientes y familiares, así como la atención a las segundas víctimas.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.10.1:**

#### **Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en consulta no presencial**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.1.1.** Elaborar un procedimiento de consulta no presencial para pacientes con demandas de atención por patología aguda.
- 7.10.1.2.** Desarrollar recomendaciones de seguridad en consulta no presencial de pacientes crónicos.

### **Objetivo Estratégico 7.10.2:**

#### **Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el domicilio**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.2.1.** Desarrollar acciones para mejorar la identificación del paciente en la historia clínica electrónica de atención primaria.
- 7.10.2.2.** Diseñar e implantar información específica para mejorar la atención domiciliaria.
- 7.10.2.3.** Informar a los pacientes atendidos en el domicilio sobre los medios/canales de comunicación con Atención Primaria y sobre el acceso a su información clínica.
- 7.10.2.4.** Establecer acciones para potenciar la continuidad de la atención a los pacientes tras una visita domiciliaria.

### **Objetivo Estratégico 7.10.3:**

#### **Mejorar la seguridad de los pacientes en la gestión de pruebas diagnósticas**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.3.1.** Diseñar e implantar circuitos internos en los centros de salud sobre la actuación ante la recepción de valores críticos.
- 7.10.3.2.** Desarrollar acciones para potenciar la revisión de resultados de pruebas diagnósticas.
- 7.10.3.3.** Realizar un AMFE y establecer medidas de mejora del programa PREVECOLON en Atención Primaria.
- 7.10.3.4.** Actualizar el procedimiento normalizado de gestión de muestras biológicas.

### **Objetivo Estratégico 7.10.4: Mejorar la seguridad de los pacientes en la utilización de medicamentos y productos sanitarios en Atención Primaria**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.4.1.** Desarrollar actuaciones de seguridad en el proceso de vacunación.
- 7.10.4.2.** Promover actividades para reducir los errores de medicación del paciente.
- 7.10.4.3.** Definir actuaciones para mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) en Atención Primaria.
- 7.10.4.4.** Analizar y abordar la inercia terapéutica en patologías crónicas.
- 7.10.4.5.** Potenciar la seguridad del tratamiento de los pacientes institucionalizados.
- 7.10.4.6.** Establecer actuaciones para potenciar la notificación de incidentes de seguridad relacionados con productos sanitarios a la Agencia Española.

### Objetivo Estratégico 7.10.5: Impulsar la gestión de eventos adversos graves

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.5.1.** Implantar la gestión de eventos adversos graves en Atención Primaria.
- 7.10.5.2.** Capacitar a los profesionales para fomentar la comunicación de eventos adversos graves en atención primaria.
- 7.10.5.3.** Desarrollar la atención de las segundas víctimas por eventos adversos graves.

## Línea estratégica 7.11: “Uso seguro del medicamento”

### Introducción

Los medicamentos constituyen una de las herramientas de la tecnología sanitaria que más se utiliza para mejorar el estado de salud de los ciudadanos. No obstante, dicha utilización no está exenta de riesgos, algunos de los cuales, los errores de medicación, pueden ser evitados. Los datos extraídos del Portal de uso seguro del medicamento, indican que estos eventos adversos continúan produciéndose en todos los ámbitos asistenciales y durante todo el proceso de utilización de los mismos, a pesar de las medidas que se han ido implantando, por lo que se hace necesario seguir estableciendo, de manera continua, barreras para tratar de evitar las consecuencias para el paciente, que en ocasiones, pueden llegar a ser graves.

Siguiendo los objetivos establecidos en la estrategia de seguridad del paciente anterior, el Servicio Madrileño de Salud ha continuado realizando actividades para mejorar el uso de los medicamentos, aportando formación e información a los profesionales de todos los ámbitos asistenciales, sobre el uso seguro de medicamentos y los errores de medicación notificados, a través de boletines e informes de seguimiento y actualizando la guía farmacoterapéutica para el paciente mayor. Se han desarrollado diferentes medidas para reducir los errores de medicación asociados al uso de medicamentos de alto riesgo y de otros grupos de medicamentos, así como para fomentar la conciliación de la medicación.

En relación a los sistemas de información se ha implantado el Módulo Único de Prescripción (MUP), que ha permitido disponer de una historia farmacoterapéutica única y completa del paciente. El MUP ha supuesto un punto de inflexión para facilitar la conciliación de la medicación ambulatoria y además ha facilitado el refuerzo de la atención farmacéutica que ha sido necesario proporcionar por motivos de la pandemia por el COVID-19, para asegurar la dispensación, especialmente en población más vulnerable.

Además, se han establecido programas de racionalización del uso de medicamentos y productos sanitarios para mejorar la utilización de antibióticos y reducir el consumo crónico de benzodiacepinas.

En esta nueva etapa es preciso seguir afianzando las líneas establecidas tomando como marco de referencia el tercer reto mundial de la Organización Mundial de la Salud “medicación sin

daño” insistiendo en sus tres pilares fundamentales: medicamentos de alto riesgo, conciliación de la medicación y polimedición, teniendo en cuenta todos los eslabones de la cadena de utilización de medicamentos y poniendo el foco en el paciente como referencia final para conseguir el reto. Estos tres pilares no son excluyentes, de manera que el foco de atención lo situaremos en los pacientes polimeditados que reciben medicamentos de alto riesgo y son atendidos por numerosos profesionales sanitarios de diferentes ámbitos asistenciales. Para ello se impulsará la conciliación y coordinación asistencial, estableciendo nuevas líneas de trabajo para la detección de errores con inicio en la prescripción que continúan en la etapa de la dispensación y se impulsarán las mejoras y ayudas en los sistemas de prescripción que ayuden a minimizar riesgos.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 7.11.1: Impulsar la cultura para fomentar un uso seguro de los medicamentos**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.1.1.** Impulsar estrategias encaminadas a mejorar el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios en la población.
- 7.11.1.2.** Colaborar en el despliegue de los cinco momentos clave para la utilización segura de los medicamentos.
- 7.11.1.3.** Potenciar la correcta utilización de Módulo Único de Prescripción en todos los ámbitos asistenciales.
- 7.11.1.4.** Incluir aspectos específicos sobre el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios en los cursos de formación.
- 7.11.1.5.** Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la medicación.
- 7.11.1.6.** Planificar Jornadas de buenas prácticas sobre el uso seguro del medicamento.

### **Objetivo Estratégico 7.11.2: Desarrollar e implementar herramientas para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.2.1.** Desarrollar e implementar sistemas de ayuda a la prescripción.
- 7.11.2.2.** Desarrollar e implementar herramientas para facilitar la revisión de tratamientos.
- 7.11.2.3.** Desarrollar e implementar protocolos de ayuda a la decisión clínica.

### **Objetivo Estratégico 7.11.3: Fomentar la implantación de prácticas seguras con Medicamentos de Alto Riesgo**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.3.1.** Promover actuaciones específicas para disminuir los errores de medicación en grupos terapéuticos que presenten un riesgo elevado.
- 7.11.3.2.** Impulsar prácticas seguras en los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR).

#### **Objetivo Estratégico 7.11.4: Promover la conciliación y adherencia al tratamiento**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.4.1.** Mejorar la comunicación entre los farmacéuticos de todos los niveles asistenciales.
- 7.11.4.2.** Potenciar la colaboración con Oficinas de Farmacia para la detección de errores de medicación.
- 7.11.4.3.** Consolidar los procedimientos de conciliación de la medicación.

#### **Objetivo Estratégico 7.11.5: Fomentar el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios en población de especial riesgo**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.5.1.** Impulsar actuaciones encaminadas a fomentar la seguridad en pacientes polimedicados y pacientes mayores de 74 años.
- 7.11.5.2.** Impulsar actuaciones encaminadas a fomentar la seguridad en usuarios institucionalizados.
- 7.11.5.3.** Impulsar actuaciones encaminadas a mejorar la utilización segura de productos sanitarios.

#### **Objetivo Estratégico 7.11.6: Promover el uso racional de los antibióticos en los diferentes ámbitos asistenciales**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.6.1.** Promover la implementación o mejora de los PROA en los diferentes ámbitos asistenciales.
- 7.11.6.2.** Fomentar la concienciación de los pacientes con la problemática de las resistencias a los antimicrobianos.
- 7.11.6.3.** Promover programas formativos para profesionales sanitarios en el uso racional de antibióticos.

## Línea estratégica 7.12: “Infección relacionada con la asistencia sanitaria”

### Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que puede desarrollar el paciente como consecuencia de la asistencia recibida en el hospital o en cualquier otro ámbito asistencial.

Entre un 5 y un 10% de los pacientes hospitalizados desarrollan alguna IRAS, siendo especialmente relevantes las causadas por microorganismos resistentes a alguno de los antimicrobianos (MMR) habituales en su tratamiento.

Constituyen así un importante problema de salud pública tanto por la elevada morbilidad y mortalidad que ocasionan como por el coste económico que representan. Muchos factores contribuyen al mantenimiento de esta situación y a la aparición de brotes de IRAS, como son el alto porcentaje de pacientes inmunodeprimidos, la creciente utilización de antimicrobianos y la aparición de microorganismos resistentes a los mismos, la realización de intervenciones cada vez más complejas y el mayor número de procedimientos invasivos, todo ello unido a un insuficiente cumplimiento de las medidas de control y prevención de la transmisión de infecciones por parte del personal sanitario.

Las infecciones por MMR se asocian a un aumento de la mortalidad, no por tratarse de microorganismos más virulentos, sino por las importantes limitaciones terapéuticas existentes y, a un aumento del coste sanitario, tanto por la prolongación de las estancias hospitalarias como por el mayor consumo de recursos que conllevan. Cada año cerca de 25.000 pacientes mueren en la Unión Europea por una infección por MMR y estas infecciones elevan los costes sanitarios y producen pérdidas de productividad de al menos 1,5 billones cada año.

Según los resultados de prevalencia de IRAS del primer proyecto Healthcare-Associated Infections in Long-Term Care Facilities (HALT) en 2010 y del segundo (HALT-2 en 2013), la carga anual total de IRAS en los centros de larga estancia (CLE) europeos, el equivalente en nuestro país a residencias de mayores, se estimó en respectivamente 4,3 millones de episodios de infección (de los cuales 2,6 millones coincidieron con la definición de caso) en 2010 y 4,2 millones de episodios de infección en 2013.

Conocer la importancia la IRAS, sus principales factores de riesgo y sus mecanismos de transmisión y prevención, con la higiene de las manos como la principal medida de prevención, son determinantes para disminuir su incidencia.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo estratégico 7.12.1: Prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en Atención Primaria y otros ámbitos asistenciales**

---

Para desarrollar este objetivo se realizarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.1.1.** Desarrollar un protocolo de medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en la asistencia en centros de Atención Primaria, SUMMA 112 y en domicilios.
- 7.12.1.2.** Difundir el protocolo entre los profesionales.

### **Objetivo estratégico 7.12.2: Impulsar la vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en residencias de mayores**

---

Para desarrollar este objetivo se realizarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.2.1.** Desarrollar protocolos de vigilancia de IRAS en residencias de mayores.
- 7.12.2.2.** Realizar un estudio de incidencia de las IRAS en residencia de mayores.
- 7.12.2.3.** Promover la participación de los centros de la Comunidad de Madrid en estudios de prevalencia de IRAS.
- 7.12.2.4.** Formar a los profesionales en la vigilancia de las IRAS.
- 7.12.2.5.** Difundir los resultados a los profesionales y a los organismos implicados en la vigilancia.

### **Objetivo estratégico 7.12.3: Prevenir la transmisión de IRAS por microorganismos resistentes a antimicrobianos (MMR)**

---

Para desarrollar este objetivo se realizarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.3.1.** Actualizar la aplicación informática para comunicación de MMR y de brotes por MMR (D.G. Salud Pública, Medicina preventiva hospitalaria, Atención Primaria y Sº de Microbiología).
- 7.12.3.2.** Identificar la transmisión de MMR en centros sanitarios, socio-sanitarios y Atención Primaria.
- 7.12.3.3.** Realizar y difundir informes de resultados entre profesionales implicados.
- 7.12.3.4.** Actualizar el protocolo de medidas de prevención de la transmisión de IRAS por microorganismos MMR.

### **Objetivo estratégico 7.12.4: Avanzar en la mejora de la higiene de manos**

---

Para desarrollar este objetivo se realizarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.4.1.** Actualizar recomendaciones sobre estructura e indicaciones para realizar una adecuada higiene de manos.
- 7.12.4.2.** Potenciar la formación periódica entre los profesionales.
- 7.12.4.3.** Impulsar la evaluación y el aprendizaje de la práctica de higiene de manos, en las gerencias asistenciales.
- 7.12.4.4.** Promover la creación de un distintivo en higiene de manos.

## Línea estratégica 8: “Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias”

### Introducción

Los sistemas sanitarios deben prestar una asistencia de alto valor, y la atención de menor valor o ineficiente, debe ser identificada, reducida de forma segura y, si procede, interrumpida. Una recomendación en este sentido, es una indicación de abandonar una práctica clínica de escaso valor. El escaso valor lo determina el hecho de que la práctica no reporte ningún beneficio conocido para los pacientes y/o les ponga en riesgo de sufrir daños y además pueda suponer un derroche de recursos, sanitarios y/o sociales.

En el año 2007 en Reino Unido, NICE (National Institute for Health and Care Excellence) comenzó a elaborar un listado de prácticas usuales en los servicios sanitarios pero sin suficiente sustento científico; se recomendaba, por tanto, no continuar realizándolas; fueron conocidas como las recomendaciones “Do Not Do”.

Desde entonces, existen numerosas iniciativas que promueven la detección de prácticas sanitarias no necesarias para limitar su utilización. Como ejemplos relevantes cabe destacar los proyectos “Choosing Wisely” iniciado por la ABIM Foundation en EEUU, el movimiento o alianza Right Care Alliance (RCA), con el objetivo de reducir tanto el exceso como la infrautilización de los recursos sanitarios, las colecciones de publicaciones sobre intervenciones médicas inadecuadas de las revistas JAMA (Less Is More Collection) o British Medical Journal (Too much medicine) o la colección de la librería Cochrane sobre intervenciones innecesarias.

En España nuestro referente es el “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas” promovido por el Ministerio de sanidad en 2013. El trabajo con 38 Sociedades Científicas para acordar recomendaciones basadas en la evidencia científica, ha supuesto la publicación de alrededor de 200 recomendaciones en esta materia, que en la actualidad coordina metodológicamente “Guíasalud”.

Dos iniciativas a nivel nacional merecen ser referenciadas. El proyecto “Si no es necesario puede hacer daño” del Servicio de Salud de Castilla y León y la iniciativa “Essencial” de la Generalidad de Cataluña, que identifica prácticas clínicas de poco valor, que ya han demostrado resultados de impacto positivo en el sistema tras reducir la realización de prácticas innecesarias. La importancia de incrementar el valor de la asistencia que prestamos, reduciendo la variabilidad no deseada, mediante la prevención o minimización de prácticas que no aumentan la salud o reducen la seguridad de los pacientes, hacen necesario actuar en esta línea.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo Estratégico 8.1: Difundir y promover recomendaciones basadas en la evidencia científica

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.1.1.** Realizar un análisis de situación sobre la implementación en los centros.
- 8.1.2.** Identificar y difundir prácticas innecesarias basadas en la evidencia científica.
- 8.1.3.** Promover la implantación de las prácticas.
- 8.1.4.** Impulsar la adhesión a iniciativas nacionales o internacionales en esta materia.

### **Objetivo Estratégico 8.2: Promover la colaboración de los pacientes en la prevención y minimización de prácticas que no les aportan valor**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.2.1.** Establecer actuaciones de información y formación dirigido a pacientes y sus personas significativas, a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 8.2.2.** Establecer alianzas con asociaciones de pacientes para difundir las prácticas innecesarias.

### **Objetivo Estratégico 8.3: Fomentar la cultura sobre prácticas innecesarias entre los profesionales**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.3.1.** Proporcionar la información actualizada disponible a través de la Web institucional.
- 8.3.2.** Desarrollar jornadas científicas para difundir las prácticas innecesarias.
- 8.3.3.** Incluir las prácticas innecesarias en los programas de formación.
- 8.3.4.** Difundir la información sobre prácticas innecesarias entre los profesionales en formación postgrado en colaboración con las unidades docentes.
- 8.3.5.** Incluir las prácticas innecesarias en los planes de acogida de los profesionales sanitarios.

### **Objetivo Estratégico 8.4: Definir la estructura organizativa para el despliegue de estas iniciativas**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.4.1.** Establecer un grupo institucional para promover las prácticas adecuadas.
- 8.4.2.** Promover la creación de grupos multidisciplinares para identificar y difundir prácticas innecesarias (comités de adecuación de la práctica clínica) en todas las gerencias asistenciales.
- 8.4.3.** Apoyar el despliegue de los comités de adecuación de la práctica clínica.
- 8.4.4.** Impulsar y coordinar la difusión de las prácticas innecesarias identificadas y priorizadas por los comités de adecuación de la práctica clínica.
- 8.4.5.** Promover la inclusión de estas actuaciones en los objetivos institucionales.

### **Objetivo Estratégico 8.5: Evaluar el impacto de eliminar prácticas innecesarias**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.5.1.** Impulsar la evaluación y el establecimiento de indicadores por los comités de adecuación de la práctica clínica.
- 8.5.2.** Identificar y difundir las iniciativas y estudios sobre el impacto de este tipo de prácticas.

## Línea estratégica 9: “Impulsar la transferencia del conocimiento”

### Introducción

La gestión y transferencia del conocimiento, en el ámbito de la seguridad del paciente, constituye un elemento primordial para asegurar una asistencia sanitaria basada en la calidad y centrada en la persona. Su manifestación final y tangible, sobre el sistema, supone la minimización de los riesgos derivados de la práctica sanitaria.

Son varios los elementos que deben involucrarse en el continuo de un conocimiento transformado en este objetivo último de seguridad dentro del sistema sanitario: la formación continuada de los profesionales, la consolidación sostenible de las prácticas que han demostrado ser más seguras y eficaces para prevenir daños en el paciente y el seguimiento de las mejoras, que permita el aprendizaje junto con la innovación e investigación en este ámbito

Igualmente, para conseguir este objetivo finalista de minimizar los daños sobre el paciente derivados de la complejidad de la asistencia, es necesario combinar intervenciones sobre diferentes niveles y sobre diferentes actores implicados en la misma. Además de la mejora en la capacitación directa de los profesionales presentes y futuros, es necesario intervenir sobre las organizaciones y el sistema de salud en general, a través del establecimiento de procesos asistenciales estables y que garanticen la atención más segura posible, más allá del factor humano.

Se ha fomentado la utilización de tecnologías y metodologías más eficientes en formación continuada, elaborándose cursos en modalidad a distancia asíncrona, permitiendo el acceso a un mayor número de profesionales, como es el caso del curso “Higiene de manos básico”, que está a disposición de todos los profesionales desde el año 2020.

En este sentido, desde hace tiempo el esfuerzo en formación y difusión del conocimiento, que da impulso a las diferentes estrategias en seguridad del paciente, gira en torno a unos principios generales que incluyen:

- En primer lugar, fomentar una cultura básica de seguridad que involucra a los profesionales dentro del sistema sanitario, a través de la formación continuada y el liderazgo.
- En segundo lugar, formar para intervenir sobre riesgos básicos, transversales y generales dentro de las organizaciones.
- En tercer lugar, fortalecer un liderazgo entre los responsables de seguridad del paciente de los servicios asistenciales y entre los gestores de los centros, que facilite implantar los cambios organizativos y en los procesos sanitarios, además de favorecer dicha cultura corporativa en torno a la seguridad del paciente.
- En cuarto lugar, potenciar la formación y establecimiento de las prácticas más seguras dentro de la evidencia científica disponible, en los escenarios de más riesgo y en las poblaciones más vulnerables.
- En quinto lugar, facilitar la mejora de los procesos asistenciales a través de la intervención, seguimiento, evaluación, aprendizaje e innovación.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 9.1: Promover la formación transversal e integral sobre seguridad del paciente**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.1.1.** Diseñar un itinerario formativo en seguridad del paciente.
- 9.1.2.** Incluir a los profesionales en formación y de nueva incorporación en la formación básica sobre seguridad del paciente.
- 9.1.3.** Realizar detección de necesidades de formación sobre seguridad del paciente para la elaboración de los planes anuales de formación continuada.
- 9.1.4.** Promover la inclusión de actividades formativas sobre seguridad del paciente en los planes de formación continuada de los centros sanitarios.
- 9.1.5.** Desarrollar píldoras formativas para profesionales sobre seguridad del paciente.
- 9.1.6.** Apoyar la difusión en avances y novedades sobre seguridad del paciente.

### **Objetivo Estratégico 9.2: Potenciar la formación en riesgos sanitarios**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.2.1.** Desarrollar actividades de formación relacionadas con intervenciones sobre riesgos básicos en seguridad del paciente.
- 9.2.2.** Participar en la formación e información sobre actuaciones específicas en seguridad del paciente, promovidas desde el ámbito público e institucional, nacional e internacional.
- 9.2.3.** Desarrollar actividades formativas, sobre prácticas seguras establecidas en la estrategia.

### **Objetivo Estratégico 9.3: Facilitar la formación continuada de los profesionales en la implantación de prácticas seguras (infraestructura de seguridad del paciente)**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.3.1.** Desarrollar formación complementaria para responsables y personal directivo.
- 9.3.2.** Desarrollar formación complementaria para miembros de las unidades funcionales.
- 9.3.3.** Realizar talleres y sesiones de formación de conocimientos sobre herramientas de notificación y gestión de incidentes.
- 9.3.4.** Organizar espacios de encuentro y colaboración profesional a través de jornadas de actualización o seminarios con expertos.

### **Objetivo estratégico 9.4: Impulsar el acceso a la formación a través de nuevas metodologías formativas**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.4.1.** Desarrollar formación básica en seguridad del paciente a través de modalidades en formato Online o semipresencial.
- 9.4.2.** Consolidar la presencia de metodologías formativas, con entornos de simulación.

## Línea estratégica 10: “Fomentar la investigación y la innovación”

### Introducción

La investigación es una herramienta fundamental para mejorar la seguridad del paciente, que utiliza un aprendizaje continuo que reduce la probabilidad de fallos y errores en la atención sanitaria. La difusión y la utilización de datos provenientes de la evidencia científica, permiten prestar una atención sanitaria más segura. La investigación junto con la innovación son elementos claves para avanzar en la seguridad del paciente, ya que permiten generar conocimiento y conducir a la transformación hacia una organización de alta fiabilidad y resiliencia en seguridad del paciente.

El Plan de acción mundial en pro de la seguridad del paciente de la OMS 2021-2030 incluye en uno de sus objetivos estratégicos el impulso a la investigación sobre seguridad del paciente, especialmente de investigación práctica.

Esta organización propone diferentes razones para investigar en este campo entre las que se encuentran: conocer la magnitud del problema y priorizar acciones a tomar, disminuir los sobrecostes de atención, facilitar la implementación de programas de mejora continua, conocer la naturaleza y las causas de los eventos adversos locales y su epidemiología, responder a las exigencias de una mejor atención por parte de los pacientes, y favorecer la comunicación con familias y pacientes entre otras.

Además, la investigación en seguridad del paciente, es una oportunidad para estar a la vanguardia, contribuyendo al prestigio profesional, que favorece el cambio de cultura y genera instrumentos de análisis, mediante la aplicación de metodología científica y sistemática, obteniendo también argumentos y evidencias para la dedicación de recursos a la mejora de la seguridad en las instituciones. Las organizaciones sanitarias, y más concretamente, el Servicio Madrileño de Salud, deben actuar como punto de encuentro de las iniciativas innovadoras y de los profesionales innovadores. En este sentido, su función debe ser la de impulsar, apoyar, difundir y evaluar la innovación en seguridad del paciente, así como dar visibilidad a la investigación e innovación en todos los centros dependientes de la Consejería de Sanidad.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 10.1: Promover la difusión de la producción científica relacionada con la Seguridad del Paciente en el ámbito de la Comunidad de Madrid**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.1.1.** Difundir los principales proyectos, publicaciones originales y meta-análisis en materia de seguridad del paciente, entre los distintos ámbitos de la Consejería de Sanidad.

## **Objetivo Estratégico 10.2: Identificar los proyectos de investigación e innovación sobre Seguridad del Paciente, en el ámbito de la Comunidad de Madrid**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones

- 10.2.1.** Recopilar y difundir los resultados definitivos de las convocatorias anuales de la Acción Estratégica en Salud.
- 10.2.2.** Recopilar y difundir los resultados definitivos de los proyectos europeos “EIT Health” en materia de Seguridad del Paciente.
- 10.2.3.** Recopilar y difundir los proyectos de innovación de Seguridad del Paciente.

## **Objetivo Estratégico 10.3: Desplegar la producción científica de los centros de la Comunidad de Madrid**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.3.1.** Elaborar una estrategia de búsqueda en Pubmed y Scopus en materia de seguridad del paciente.
- 10.3.2.** Desarrollar una base de datos de producción científica en seguridad del paciente recogiendo los centros participantes y los autores.
- 10.3.3.** Recopilar la producción científica en materia de Seguridad del Paciente estratificando por centro asistencial público.
- 10.3.4.** Realizar un gráfico de colaboraciones entre centros asistenciales públicos.
- 10.3.5.** Realizar un informe bibliométrico en materia de seguridad del paciente.

## Línea estratégica 11: “Promover la transparencia y difusión del conocimiento”

### Introducción

Difundir el conocimiento científico, conseguir que este llegue a los profesionales y, de manera comprensible, a los ciudadanos en general y a los pacientes y sus familias en particular, es una de las bases para que el resto de las líneas estratégicas del plan se puedan desarrollar de manera adecuada.

Además, en materia de seguridad del paciente, si pensamos en los profesionales y la complejidad de nuestras organizaciones, es importante que la información llegue de manera válida y precisa a quienes están en posición de utilizarlos en su práctica clínica, siempre teniendo en cuenta, la rápida obsolescencia del conocimiento científico y la dificultad para localizar y evaluar la producción científica existente.

Por otra parte, en esta línea, se ha sumado a la difusión del conocimiento, promover la transparencia, debido a que ambos conceptos deben ir unidos en seguridad del paciente. Los resultados de la asistencia sanitaria para el paciente y la población en general, son fruto de la interacción de múltiples proveedores sanitarios que deben trabajar en sintonía y sincronía, y los ciudadanos, tienen derecho a conocer una parte fundamental de los resultados de las instituciones sanitarias.

Desarrollar y sostener una cultura abierta y transparente que promueva el aprendizaje sin culpa, ni penalización dentro de cada organización y asegurar que los pacientes tienen acceso a su información, debe formar parte del funcionamiento de las instituciones sanitarias, para conseguir sistemas de alta fiabilidad según la OMS (Plan de Acción 2021-2030). Este plan incorpora además, un objetivo relacionado con la concienciación sobre el Día Mundial de Seguridad del Paciente, con actuaciones relacionadas con el desarrollo de campañas locales alineadas con las políticas y con el lema anual establecido.

La información y el conocimiento deben llegar por múltiples canales y deben ser accesibles. En la actualidad, las denominadas TICS o nuevas tecnologías nos ofrecen nuevas maneras de difundir el conocimiento de forma atractiva, ágil y en tiempo real. Tanto los profesionales, como la población en general, han establecido nuevas formas de relación a través de las mismas, por lo que la difusión de la información relacionada con la seguridad del paciente debe integrarse en este nuevo formato y adaptarse a las nuevas formas de elaboración de contenidos y su comunicación efectiva.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo Estratégico 11.1:** **Sintetizar el conocimiento científico en seguridad del paciente y promover su accesibilidad y comunicación efectiva**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.1.1.** Recopilar recursos basados en la evidencia científica a través de la Biblioteca breve de Seguridad del Paciente.

- 11.1.2.** Promover la suscripción de los profesionales del sistema sanitario al sistema de alertas automáticas de la Biblioteca breve de Seguridad del Paciente.
- 11.1.3.** Mejorar la accesibilidad y los contenidos de la Biblioteca breve de Seguridad del Paciente.
- 11.1.4.** Establecer alianzas con otras administraciones, instituciones académicas, así como con las sociedades científicas para la comunicación recíproca de conocimiento.

### **Objetivo Estratégico 11.2:** **Potenciar la difusión de información relevante y hacerla accesible a los profesionales dentro y fuera del ámbito laboral**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.2.1.** Promover la utilización de un espacio web corporativo destinado a dar a conocer buenas prácticas y proyectos innovadores.
- 11.2.2.** Promover el uso de herramientas para llevar a cabo difusión institucional en materia de seguridad del paciente.
- 11.2.3.** Organizar actividades/eventos de carácter temático en coordinación con la web corporativa.
- 11.2.4.** Elaborar una guía con recomendaciones dirigidas a centros, servicios y unidades para que éstos elaboren sus propios contenidos.

### **Objetivo Estratégico 11.3:** **Facilitar la comunicación de actuaciones a la ciudadanía**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.3.1.** Promover la incorporación de los gabinetes de comunicación de la organización, para la difusión de eventos y actuaciones.
- 11.3.2.** Colaborar con la Escuela Madrileña de Salud en la oferta de actividades, para fomentar su corresponsabilidad.

### **Objetivo Estratégico 11.4:** **Promover la transparencia en la organización y la difusión de resultados**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.4.1.** Identificar, elaborar y difundir la información institucional más relevante sobre seguridad del paciente.
- 11.4.2.** Promover la inclusión de indicadores de seguridad del paciente en el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud.

## Línea estratégica 12: “Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje”

### Introducción

Los sistemas de notificación y registro de incidentes, sobre seguridad del paciente, son una herramienta de aprendizaje y mejora basados en la identificación, análisis y propuestas de actuación sobre los eventos comunicados.

En el periodo estratégico anterior (2015-2020) se estableció como objetivo el “Desarrollar un sistema de notificación de incidentes de seguridad unificado para el Servicio Madrileño de Salud”. Así, partiendo de la aplicación que existía desde 2011 en Atención Primaria, denominada CISEM-AP, se realizó la adaptación y extensión a hospitales, conformando la aplicación CISEMadril actual. Así mismo, se integró el sistema con la aplicación sobre Uso Seguro de Medicamentos, se dotó de un medio de explotación de datos con una visión global y se ha ido evolucionando la aplicación con diversas versiones para adaptarlo a nuevas necesidades.

CISEMadril es así un sistema propio, desarrollado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, para promover y facilitar la notificación “Online” de los incidentes de seguridad producidos por la atención sanitaria y establecer acciones de mejora para prevenir que vuelvan a suceder. Esta aplicación sustenta el proceso de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación por parte de los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) o Comités de Seguridad de Atención Hospitalaria y Atención Primaria.

Se encuentra implantado desde 2011 en Atención Primaria y 2016 en Hospitales, si bien con un grado de implantación desigual por centros. Por ello, resulta necesario seguir extendiendo y mejorando dicho sistema.

Hay que seguir trabajando en la notificación de incidentes habida cuenta de que la infranotificación es frecuente, y los estudios reflejan tan sólo un 7-15% de notificación de los incidentes que ocurren. El foco debe dirigirse a cómo estos sistemas nos ayudan a prevenir el daño evitable, para que sean efectivos y ayuden a que las organizaciones sean más seguras para los usuarios/pacientes/familiares.

Además, podría ser de utilidad seguir complementando en los centros la información y aprendizaje aportado por este sistema de notificación con el uso de otras fuentes y herramientas.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo Estratégico 12.1: Mejorar y avanzar en la implantación y uso de CISEMadril

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 12.1.1.** Impulsar la utilización de CISEMadril en los centros de Atención Primaria y en Hospitales.

- 12.1.2.** Extender CISEMadrid al ámbito del SUMMA 112 y otras gerencias asistenciales.
- 12.1.3.** Impulsar actuaciones para facilitar la notificación de incidentes de seguridad por los pacientes.
- 12.1.4.** Desarrollar acciones para mejorar la formación e información de los profesionales sobre la notificación y gestión de incidentes de seguridad.
- 12.1.5.** Difundir y compartir resultados sobre el proceso de gestión de los incidentes y buenas prácticas.

### **Objetivo Estratégico 12.2:** **Desarrollar mejoras y nuevas funcionalidades en CISEMadrid**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 12.2.1.** Implementar mejoras que faciliten la accesibilidad y uso de la aplicación.
- 12.2.2.** Detectar e incorporar periódicamente nuevas funcionalidades que mejoren el conocimiento y la gestión de los eventos notificados.

### **Objetivo Estratégico 12.3:** **Promover la utilización de otras fuentes de identificación y de aprendizaje**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 12.3.1.** Impulsar la utilización de otras herramientas tales como: la revisión de historias clínicas, el uso de “Trigger tools”, etc.
- 12.3.2.** Incluir en los informes o memorias, información de incidentes de seguridad identificados desde fuentes diferentes a CISEMadrid.

The background features a hand holding a magnifying glass over a digital interface. The interface includes a bar chart on the left, a line graph with arrows, and various circular icons representing different functions or data points. The overall theme is healthcare and technology.

## Implantación y seguimiento



Los objetivos y actuaciones establecidas en las diferentes líneas estratégicas se desarrollarán desde su presentación hasta el año 2027. Para su despliegue efectivo, el Servicio Madrileño de Salud contará con los siguientes elementos para su implantación y monitorización:

### **I. Elementos de la organización para la implantación**

Los elementos de la organización para la implantación son los siguientes:

- Observatorio Regional de Seguridad del Paciente.
- Comité Operativo de Seguridad del Paciente.
- Responsables de unidades directivas y de las gerencias asistenciales.
- Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- Herramientas de compromiso e incentivación.
- Herramientas de comunicación y difusión.

### **II. Elementos de evaluación, seguimiento y aprendizaje**

Como elementos para realizar la monitorización y aprendizaje se utilizarán los siguientes:

- Indicadores.
- Plan de acción.
- Informes de seguimiento.

A continuación, se describen los elementos:

## **I. Implantación**

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación, se utilizarán las siguientes estructuras y herramientas:

- 1. Observatorio Regional de Seguridad del Paciente (ORSP)**, que tiene entre sus funciones actuar como órgano de asesoramiento y consulta y proponer las bases fundamentales para el diseño de un Plan de gestión de riesgos. En este sentido, en el Pleno del ORSP se presenta el enfoque estratégico, aprobando sus líneas generales y también desarrolla el seguimiento de su implantación en las diferentes reuniones que se produzcan en el futuro, durante su período de vigencia.
- 2. Comité Operativo de Seguridad del Paciente (CO)**, es una estructura funcional de asesoramiento permanente de la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, para impulsar la implantación efectiva de las actuaciones, así como la evaluación y seguimiento de la estrategia.

El CO, que ya se constituyó para el seguimiento de la Estrategia 2010-2012, y se renovó en la siguiente (2015-2020), incluye representantes de las unidades responsables de los diferentes objetivos y actuaciones, que son propuestos por sus responsables, mientras que la unidad directiva con competencias en seguridad del paciente es la encargada de su coordinación.

Sus principales funciones son:

- Actuar como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento de la estrategia.
- Revisar, apoyar e impulsar las actuaciones establecidas en la estrategia.
- Proponer modificaciones en el desarrollo de la estrategia.
- Aquellas otras funciones que determine el titular de la Dirección General con competencias en seguridad del paciente.

**3. Responsables del despliegue de los objetivos por Unidad Directiva**, con la función de liderar y coordinar a los participantes, en el despliegue efectivo de las actividades de la estrategia. Se establecerán responsables de cada una de las líneas y en su caso, de sus objetivos. En el supuesto de existir objetivos compartidos entre diferentes unidades directivas, se designará un responsable por cada una de ellas.

**4. Responsables de seguridad de las gerencias asistenciales**, con unas funciones establecidas en el artículo 6 del Decreto 4/2021, entre las que podemos señalar: Impulsar los objetivos de seguridad del paciente y coordinar las actuaciones relativas a la mejora de la seguridad del paciente y difundir entre el personal que presta sus servicios en el centro o servicio el plan de seguridad del paciente del centro que será coherente y se corresponderá con esta estrategia.

**5. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios**, son un elemento clave para desarrollar actuaciones de la estrategia y también con unas funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 4/2021, entre las que podemos señalar: Impulsar iniciativas para la implantación efectiva del plan de seguridad y especialmente de una cultura de aprendizaje y mejora y realizar el seguimiento y evaluación de las medidas establecidas para mejorar la seguridad del paciente, incluidas las acciones contenidas en plan de seguridad del paciente y actualizar sus contenidos y metas. Este plan de seguridad del centro, como en el apartado anterior, será coherente y se corresponderá con esta estrategia.

**6. Herramientas de compromiso e incentivación.** En los objetivos institucionales, a nivel de los centros y gerencias y el documento de objetivos internos a nivel de la Dirección General con competencias en seguridad del paciente, como coordinadora de su implantación, se incluirán los que desarrollen esta estrategia de la siguiente forma:

- En los objetivos institucionales, de forma anual, se incluirán por parte de cada unidad directiva responsable, las actuaciones necesarias para implantar de forma efectiva esta estrategia. En este sentido su cumplimiento será un elemento a considerar en las posibles incentivaciones derivadas del compromiso de gestión.
- En cuanto a la Dirección General, de forma anual, se establecerán objetivos internos que incluirán tanto las actuaciones de su responsabilidad establecidas en este documento, como un análisis y revisión anual de su cumplimiento, estableciendo en el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, las modificaciones que se consideren oportunas para favorecer la implantación efectiva y el cumplimiento de sus diferentes líneas estratégicas.

**7. Comunicación y difusión:** Un elemento básico para la implantación efectiva de la estrategia, es la comunicación y difusión de la misma, tanto a través de los equipos directivos y diferentes responsables y líderes relacionados con la seguridad del paciente, como a toda la organización:

- Comunicación directa a gerentes, responsables de las gerencias y responsables de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria, Hospitales y SUMMA 112, de la puesta en marcha y evaluación anual de los objetivos relacionados con la misma.
- Difusión a través de Intranet, en el espacio de la Subdirección General de Calidad Asistencial, e Internet, en espacios destinados a la seguridad del paciente en los que se incluirá la información relevante sobre la puesta en marcha y seguimiento de la estrategia.

## II. Evaluación, seguimiento y aprendizaje

El seguimiento de las líneas estratégicas de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027 se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores que se establecerán por las Unidades Directivas para cada una y de los objetivos institucionales de los contratos programa con los centros asistenciales. En este sentido, con periodicidad anual y al final del periodo de vigencia, se realizará una evaluación de su grado de implantación, y en las que sea posible, de su efectividad.

El sistema de seguimiento se compone de los siguientes elementos:

**1. Indicadores:** la evolución de los diferentes objetivos será monitorizada a través de indicadores que serán propuestos y desarrollados por las Unidades Directivas que sean responsables de cada una de las actuaciones establecidas.

En este sentido, cada unidad responsable elaborará una ficha para cada uno de los objetivos y actuaciones previstas en la estrategia, con la siguiente estructura:

- Línea estratégica
- Objetivo estratégico
- Actuación
- Nombre y descripción del Indicador
- Fórmula de cálculo y unidad de medida
- Observaciones

Junto con los indicadores, las unidades responsables deberán establecer un cronograma semestral para cada una de las sus actuaciones.

**2. Plan de acción:** estará conformado por el conjunto de fichas de seguimiento, en las que como acabamos de señalar se incluyen los objetivos, actuaciones y unidades responsables de puesta en marcha, así como los indicadores y el cronograma de implantación establecido por cada unidad directiva, para cada una de las líneas estratégicas.

El Plan de acción será revisado de forma anual, a partir de los resultados del seguimiento, con objeto de poder gestionar con mayor eficiencia los recursos destinados a la estrategia y establecer, si se consideran necesarios, nuevos objetivos o cambios en la definición y desarrollo de los ya existentes.

**3. Informes de seguimiento:** los avances de la estrategia de seguridad del paciente se incluirán en los siguientes tipos de informe:

- Informe anual de seguimiento: que incluirá el nivel de desarrollo de los objetivos estratégicos y las diferentes actuaciones para su consecución.
- Memoria anual de actuaciones de seguridad del paciente, del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, que incluirá el resultado del despliegue de las actuaciones de la estrategia.

Cada unidad responsable remitirá a la Dirección General con competencias en seguridad del paciente, un informe sobre el grado de consecución de sus objetivos de acuerdo a las fichas de seguimiento establecidas.

La Dirección General con competencias en seguridad del paciente elaborará a su vez un informe, donde recogerá el grado de avance en la implantación de mejoras para el conjunto del Servicio Madrileño de Salud y se presentará al Comité Operativo y al Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente.

The background features a hand holding a magnifying glass over a digital interface. The interface includes a line graph with an upward arrow, a bar chart, and various icons such as a virus, a gear, a warning triangle, and a magnifying glass. The text 'Tabla resumen de actuaciones' is centered within the magnifying glass's lens.

Tabla  
resumen de  
actuaciones



## Línea 1: Desarrollar la cultura

### Objetivo Estratégico 1.1.

#### Liderar el desarrollo y consolidación de la cultura de seguridad

- 1.1.1. Revisar y difundir la política de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- 1.1.2. Realizar mediciones periódicas de la cultura de seguridad del paciente.
- 1.1.3. Desarrollar anualmente reuniones de coordinación dirigidas a los líderes de la organización en seguridad del paciente.
- 1.1.4. Impulsar la realización de Rondas de Seguridad periódicas con líderes asistenciales y no asistenciales.
- 1.1.5. Desarrollar actuaciones para los profesionales en formación o de reciente incorporación a la organización.
- 1.1.6. Promover la inclusión de la seguridad del paciente en las estrategias de la organización.

### Objetivo Estratégico 1.2.

#### Facilitar el acceso a información relevante sobre seguridad del paciente

- 1.2.1. Comunicar periódicamente a la organización, el desarrollo y los resultados de la estrategia.
- 1.2.2. Facilitar información, de forma periódica, en la Intranet corporativa, sobre las actuaciones y resultados en seguridad del paciente.
- 1.2.3. Difundir información relevante, a los responsables, unidades, comisiones y comités, relacionados con la seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 1.3.

#### Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente

- 1.3.1. Reconocer, periódicamente, las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.
- 1.3.2. Difundir las actuaciones reconocidas, a través de su inclusión en el banco de buenas prácticas.
- 1.3.3. Promover el desarrollo de distintivos de reconocimiento, en seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 1.4.

#### Promover y coordinar las alianzas en seguridad del paciente

- 1.4.1. Favorecer las alianzas con Asociaciones, Sociedades Científicas y otras organizaciones relacionadas con la seguridad del paciente.
- 1.4.2. Promover la adhesión y el desarrollo de iniciativas nacionales e internacionales relacionadas con la seguridad del paciente.
- 1.4.3. Desarrollar actuaciones para celebrar el "Día mundial de higiene de manos" y el "Día mundial de la seguridad del paciente".

## Línea 2: Desplegar la infraestructura en la organización

### Objetivo Estratégico 2.1. Desplegar la infraestructura de seguridad

- 2.1.1.** Coordinar y difundir el desarrollo y las actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente.
- 2.1.2.** Apoyar y coordinar, las actuaciones de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 2.1.3.** Promover la creación de grupos específicos, de seguridad del paciente, en unidades y/o servicios críticos.
- 2.1.4.** Coordinar y apoyar el desarrollo de los responsables de seguridad de las gerencias asistenciales.
- 2.1.5.** Impulsar el nombramiento y despliegue de los responsables de seguridad por unidades, servicios o centros.

### Objetivo Estratégico 2.2. Desarrollar herramientas para facilitar las actuaciones de la Infraestructura

- 2.2.1.** Establecer objetivos institucionales sobre seguridad del paciente.
- 2.2.2.** Evaluar, elaborar y difundir informes periódicos sobre el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- 2.2.3.** Revisar el Sistema de Información de la Actividad de las Unidades Funcionales (SIAUF) para adaptarlo a nuevas necesidades.
- 2.2.4.** Establecer recomendaciones para la elaboración de los planes de seguridad establecidos en el Decreto 4/2021.
- 2.2.5.** Crear un apartado en la Intranet institucional para incluir los planes de seguridad de las gerencias asistenciales.
- 2.2.6.** Impulsar la elaboración de mapas de riesgo.
- 2.2.7.** Revisar y difundir las recomendaciones institucionales para la gestión de la respuesta sobre eventos adversos graves.
- 2.2.8.** Desarrollar actividades informativas y formativas, para los profesionales relacionados con la seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 2.3. Impulsar actuaciones para coordinar el desarrollo de la infraestructura

- 2.3.1.** Impulsar y coordinar los proyectos institucionales sobre seguridad del paciente.
- 2.3.2.** Promover la coordinación y el intercambio de información entre las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 2.3.3.** Impulsar la difusión de las actuaciones de la estrategia, en los centros sanitarios privados, a través de la Mesa Madrileña de Seguridad del Paciente.
- 2.3.4.** Promover la colaboración con el ámbito socio-sanitario.
- 2.3.5.** Realizar y difundir un informe anual que refleje la actividad realizada en seguridad de paciente y las actividades de mejora conseguidas.

## Línea 3: Promover la seguridad en salud digital

### Objetivo Estratégico 3.1. Promocionar la cultura de seguridad digital

- 3.1.1. Elaborar, publicar y difundir “píldoras formativas” para profesionales sobre el uso de herramientas digitales.
- 3.1.2. Promover la formación de los profesionales en seguridad digital.
- 3.1.3. Incluir en la Biblioteca Breve un apartado específico sobre salud digital.

### Objetivo Estratégico 3.2. Promover la alfabetización en salud digital

- 3.2.1. Difundir los recursos sanitarios Online y su uso responsable, a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 3.2.2. Elaborar, publicar y difundir “píldoras formativas” sobre herramientas digitales para los ciudadanos a través de la Escuela Madrileña de Salud.

### Objetivo Estratégico 3.3. Impulsar el uso seguro de herramientas digitales para los profesionales

- 3.3.1. Desarrollar recomendaciones de seguridad para las consultas Online.
- 3.3.2. Desarrollar recomendaciones de seguridad para las consultas telefónicas.
- 3.3.3. Desarrollar recomendaciones de seguridad para las Video-consultas.
- 3.3.4. Desarrollar recomendaciones para facilitar el intercambio seguro de datos e información.
- 3.3.5. Incluir nuevas funcionalidades de seguridad en las herramientas digitales.
- 3.3.6. Incorporar la perspectiva de la seguridad del paciente en la evaluación y priorización de las herramientas digitales.

### Objetivo Estratégico 3.4. Apoyar el desempeño profesional orientado a la seguridad del paciente

- 3.4.1. Promover el desarrollo de herramientas digitales para mejorar la seguridad del paciente.
- 3.4.2. Incorporar a los desarrollos de los sistemas de información aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
- 3.4.3. Promover la identificación y el aprendizaje, de los incidentes relacionados con la salud digital.
- 3.4.4. Facilitar la comunicación entre profesionales para el trabajo multidisciplinar mediante tecnologías digitales.
- 3.4.5. Promover la integración de aplicaciones para conseguir uniformidad de los datos de identificación de pacientes.

## Línea 4: Potenciar la coordinación institucional

### Objetivo Estratégico 4.1.

#### Establecer circuitos de comunicación de alertas de resultados críticos desde los Servicios hospitalarios a sus centros de salud de referencia

- 4.1.1. Diseñar un circuito de comunicación de las alertas de resultados desde los servicios hospitalarios, a sus centros de salud de referencia.
- 4.1.2. Implantar y evaluar el circuito de comunicación de las alertas de resultados desde los servicios hospitalarios, a sus centros de salud de referencia.

### Objetivo Estratégico 4.2.

#### Desarrollar e implementar procedimientos que permitan la correcta transferencia de la información clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales

- 4.2.1. Establecer un procedimiento y/o canal de transmisión segura de la información clínica de un paciente, entre los profesionales del SUMMA 112, los profesionales de Atención Primaria y los profesionales de hospitales.
- 4.2.2. Elaborar e implantar procedimientos que garanticen la transmisión de información desde los Servicios de urgencias hospitalarios a los profesionales de Atención Primaria.

### Objetivo Estratégico 4.3.

#### Establecer circuitos de coordinación y comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales

- 4.3.1. Desarrollar de la eConsulta para facilitar la comunicación segura entre profesionales.
- 4.3.2. Elaborar e implantar circuitos de coordinación y comunicación entre los profesionales de los hospitales de media estancia y los profesionales de los hospitales de agudos, de Atención primaria y SUMMA 112.
- 4.3.3. Elaborar e implantar circuitos de coordinación y comunicación entre los profesionales de los hospitales de agudos y los profesionales de los centros socio-sanitarios.
- 4.3.4. Diseñar rutas de acceso directo a consultas monográficas hospitalarias
- 4.3.5. Monitorizar y mejorar los procedimientos de derivación establecidos desde Atención Primaria para valoración previa por un especialista (VPE) o por Sospecha de malignidad (SM).

## Línea 5: Desarrollar y reconocer líderes profesionales

### Objetivo Estratégico 5.1. Promover la seguridad clínica a través del liderazgo

- 5.1.1. Incluir, en los contratos programa, objetivos relacionados con la implicación de los líderes en la seguridad del paciente.
- 5.1.2. Fomentar la formación en seguridad del paciente de los líderes.
- 5.1.3. Desarrollar mediciones periódicas de la cultura de seguridad entre los líderes.
- 5.1.4. Realizar jornadas, reuniones o foros de encuentro con la participación de gestores y líderes clínicos.

### Objetivo Estratégico 5.2. Implicar a los líderes en el despliegue, seguimiento y mejora de la seguridad del paciente

- 5.2.1. Impulsar la participación de los líderes en las actuaciones de sus centros, para mejorar la seguridad del paciente.
- 5.2.2. Promover la participación de los líderes formales e informales en las rondas de seguridad.
- 5.2.3. Impulsar la inclusión de la seguridad del paciente, en las reuniones directivas de la organización.
- 5.2.4. Monitorizar las actuaciones de liderazgo establecidas en el Decreto 4/2021.

### Objetivo Estratégico 5.3. Fomentar el liderazgo de los profesionales

- 5.3.1. Promover la identificación de profesionales como líderes/expertos en seguridad del paciente.
- 5.3.2. Facilitar la participación en las reuniones sobre seguridad del paciente de los centros.
- 5.3.3. Promover el reconocimiento del liderazgo clínico en seguridad del paciente.
- 5.3.4. Facilitar la participación en foros, jornadas o congresos relacionados con la seguridad del paciente.
- 5.3.5. Crear foros de encuentro para los líderes clínicos en seguridad del paciente.
- 5.3.6. Facilitar la participación en proyectos de investigación relacionados con la seguridad del paciente.

## Línea 6: Implicar a pacientes, familiares y allegados

### Objetivo Estratégico 6.1.

#### Mejorar la información y formación de pacientes, familiares y personas significativas

- 6.1.1. Desarrollar actuaciones divulgativas e informativas sobre seguridad del paciente.
- 6.1.2. Revisar y actualizar la inclusión de recomendaciones sobre seguridad del paciente en los planes de acogida en los centros sanitarios.
- 6.1.3. Promover la inclusión de pacientes, asociaciones de pacientes, familiares o personas significativas en actividades y jornadas institucionales.
- 6.1.4. Realizar actividades formativas para pacientes, familiares y personas significativas.
- 6.1.5. Potenciar la figura del “paciente experto” a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 6.1.6. Desarrollar contenidos formativos para facilitar la participación de los pacientes en grupos de trabajo y/o unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios.
- 6.1.7. Potenciar las alianzas con asociaciones de pacientes para divulgar la transmisión de conocimientos.

### Objetivo Estratégico 6.2.

#### Promover la incorporación del paciente en la gestión de riesgos

- 6.2.1. Impulsar la participación de los pacientes en grupos de trabajo y/o unidades funcionales de riesgos sanitarios.
- 6.2.2. Promover la participación de los consejos o comités de pacientes en las actuaciones sobre seguridad del paciente en las gerencias asistenciales.
- 6.2.3. Elaborar recomendaciones institucionales para la participación de los pacientes en las Unidades de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 6.2.4. Proporcionar información, desde los Servicios de Información y Atención al Paciente a las Unidades Funcionales, sobre reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 6.3.

#### Promover la comunicación abierta en los eventos adversos graves

- 6.3.1. Revisar las recomendaciones institucionales sobre comunicación abierta en eventos adversos graves.
- 6.3.2. Promover la implantación de la comunicación abierta en eventos adversos graves.

## Línea 7: Enfocar y desplegar prácticas seguras

### Línea 7.1: Cirugía y anestesia

#### Objetivo Estratégico 7.1.1. Promover la cultura de seguridad en el paciente quirúrgico

- 7.1.1.1. Desarrollar una red institucional de responsables en servicios relacionados con el paciente quirúrgico.
- 7.1.1.2. Impulsar la creación de grupos multidisciplinares en los servicios relacionados con el paciente quirúrgico.
- 7.1.1.3. Incluir recomendaciones de seguridad del paciente quirúrgico en el plan de acogida de profesionales.
- 7.1.1.4. Promover la elaboración de mapas de riesgos en las áreas quirúrgicas.
- 7.1.1.5. Promover la inclusión de aspectos específicos del paciente quirúrgico en los cursos sobre seguridad.
- 7.1.1.6. Promover la formación, por simulación, en la gestión de crisis en el quirófano.
- 7.1.1.7. Elaborar un listado de eventos adversos graves, incluyendo eventos centinelas.
- 7.1.1.8. Impulsar la información y la responsabilización del paciente quirúrgico.

#### Objetivo Estratégico 7.1.2. Impulsar el listado de verificación quirúrgica

- 7.1.2.1. Analizar la situación del listado verificación quirúrgica.
- 7.1.2.2. Monitorizar, de forma periódica, su implantación en los centros.
- 7.1.2.3. Adaptar el listado verificación quirúrgica a los resultados de las evaluaciones.

#### Objetivo Estratégico 7.1.3. Minimizar el impacto de los eventos críticos por fuego en quirófano

- 7.1.3.1. Analizar la situación de las actuaciones en caso de incendio en los quirófanos.
- 7.1.3.2. Promover la Implementación del procedimiento de actuación elaborado en caso de fuego en el quirófano.
- 7.1.3.3. Monitorizar y evaluar el grado de implementación en los centros.

#### Objetivo Estratégico 7.1.4. Asegurar la continuidad en el periodo peri-operatorio

- 7.1.4.1. Analizar la situación de cumplimentación de la información en el formulario que debe llegar al quirófano según el Documento "Estrategia de Seguridad del paciente en Cirugía y Anestesia".
- 7.1.4.2. Promover el despliegue de los formularios con la información necesaria en las fases críticas en los centros, según Documento "Estrategia de Seguridad del Paciente en Cirugía y Anestesia".
- 7.1.4.3. Evaluar el grado de implementación de los formularios previos, en los centros.
- 7.1.4.4. Impulsar el despliegue de las recomendaciones para el seguimiento de transmisión de información en planta del postoperatorio de pacientes de alto riesgo, según Documento "Estrategia de Seguridad del paciente en Cirugía y Anestesia".
- 7.1.4.5. Evaluar el grado de implementación de las recomendaciones anteriores en los centros.

## Línea 7.2: Urgencias y emergencias

### Objetivo Estratégico 7.2.1. Mejorar la seguridad en urgencias y emergencias

- 7.2.1.1. Desarrollar una red institucional de responsables de servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.2. Impulsar la creación de grupos multidisciplinares en los servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.3. Promover la realización de mapas de riesgos en servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.4. Impulsar la elaboración de indicadores de seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias.
- 7.2.1.5. Promover la inclusión de aspectos específicos de urgencias y emergencias en los cursos sobre seguridad del paciente.
- 7.2.1.6. Impulsar la identificación y análisis de los procesos asistenciales con mayor impacto en la seguridad del paciente.
- 7.2.1.7. Promover la utilización de recomendaciones sobre uso prudente de antibióticos.
- 7.2.1.8. Impulsar la minimización de errores de medicación en los servicios de urgencias y emergencias.

### Objetivo Estratégico 7.2.2. Mejorar la identificación del paciente en urgencias y emergencias

- 7.2.2.1. Realizar el análisis de situación actual en los Servicios de Urgencias con relación a la identificación inequívoca del paciente.
- 7.2.2.2. Promover actuaciones para garantizar la identificación inequívoca del paciente incluyendo, los traslados entre centros.

**Objetivo Estratégico 7.2.3.**  
**Mejorar la comunicación y la transferencia de información**

- 7.2.3.1.** Promover la evaluación y propuesta de mejora, de las necesidades en el proceso de urgencias.
- 7.2.3.2.** Desarrollar recomendaciones sobre transferencia del paciente.
- 7.2.3.3.** Desarrollar recomendaciones sobre reuniones tipo “briefing y debriefing”.
- 7.2.3.4.** Mejorar la coordinación del proceso de alta entre el servicio de urgencias hospitalarias y el transporte sanitario.
- 7.2.3.5.** Elaborar recomendaciones sobre la utilización de abreviaturas, siglas y símbolos no farmacológicos en urgencias y emergencias.
- 7.2.3.6.** Impulsar el seguimiento del proceso de alta estandarizado y coordinado con el destino del paciente.

**Objetivo Estratégico 7.2.4.**  
**Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas**

- 7.2.4.1.** Desarrollar recomendaciones para mejorar los sistemas de clasificación de pacientes (“triaje”).
- 7.2.4.2.** Promover y difundir recomendaciones de seguridad en el transporte y la transferencia del paciente pediátrico.
- 7.2.4.3.** Promover y difundir recomendaciones de seguridad durante el proceso de atención del paciente paliativo.
- 7.2.4.4.** Promover y difundir recomendaciones de seguridad el paciente con problemas de salud mental.
- 7.2.4.5.** Impulsar la actualización y despliegue de los Planes de Atención a Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV).

### Línea 7.3: Pacientes críticos

#### Objetivo Estratégico 7.3.1. Prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria

**7.3.1.1.** Implementar las recomendaciones actualizadas del proyecto “Bacteriemia Zero”.

**7.3.1.2.** Implementar las recomendaciones actualizadas del proyecto “Neumonía Zero”.

**7.3.1.3.** Impulsar la implantación del proyecto “Resistencia Zero”.

**7.3.1.4.** Desplegar la implantación del proyecto “ITU-Zero”.

**7.3.1.5.** Consolidar la figura del médico intensivista responsable y la enfermera/o referente del control de infección en las unidades de cuidados intensivos.

#### Objetivo Estratégico 7.3.2. Promover la evaluación de la seguridad en el paciente crítico

**7.3.2.1.** Identificar indicadores para monitorizar la seguridad del paciente crítico.

**7.3.2.2.** Impulsar la realización de auditorías internas aleatorias de seguridad.

**7.3.2.3.** Implementar el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva”.

**Objetivo Estratégico 7.3.3.**  
**Desarrollar actuaciones para mejorar la atención al paciente crítico**

- 7.3.3.1.** Promover la realización de sesiones conjuntas o rondas, entre el personal involucrado en los cuidados de los pacientes críticos.
- 7.3.3.2.** Elaborar recomendaciones para mejorar el traspaso de información entre los profesionales al alta.
- 7.3.3.3.** Elaborar recomendaciones para favorecer la participación e implicación de las familias durante el ingreso del paciente en UCI.
- 7.3.3.4.** Establecer recomendaciones para la acogida a los profesionales sanitarios de nueva incorporación en los Servicios de Medicina Intensiva.

**Objetivo Estratégico 7.3.4.**  
**Optimizar la calidad de vida de los pacientes críticos al alta de UCI**

- 7.3.4.1.** Elaborar recomendaciones para optimizar el estado nutricional del paciente crítico.
- 7.3.4.2.** Elaborar e introducir prácticas para reducir el síndrome post-UCI en pacientes críticos ingresados en UCI.

**Objetivo Estratégico 7.3.5.**  
**Fomentar la seguridad de los pacientes críticos y potencialmente críticos en todo el entorno hospitalario (“UCI sin paredes”)**

- 7.3.5.1.** Promover medidas que favorezcan la intervención precoz en los pacientes potencialmente críticos no ingresados en UCI.
- 7.3.5.2.** Impulsar y desplegar el “Código Sepsis”.

## Línea 7.4: Obstetricia y Ginecología

### Objetivo Estratégico 7.4.1. Prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria

- 7.4.1.1. Desarrollar una red institucional de responsables de obstetricia y ginecología.
- 7.4.1.2. Impulsar la creación de grupos multidisciplinares en obstetricia y ginecología.
- 7.4.1.3. Promover la revisión periódica y “feed-back” de riesgos e incidentes.

### Objetivo Estratégico 7.4.2. Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas

- 7.4.2.1. Desplegar el listado de indicadores en obstetricia y ginecología.
- 7.4.2.2. Revisar periódicamente el listado de indicadores.
- 7.4.2.3. Incorporar indicadores de reproducción, oncología y ecografía.
- 7.4.2.4. Promover la inclusión de los indicadores en la historia clínica.
- 7.4.2.5. Promover la inclusión de aspectos específicos de obstetricia y ginecología en los cursos sobre seguridad del paciente.
- 7.4.2.6. Promover la formación, por simulación, en la gestión de crisis en obstetricia.

### Objetivo Estratégico 7.4.3. Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas

- 7.4.3.1. Impulsar la elaboración de mapas de riesgos del parto normal y del puerperio.
- 7.4.3.2. Promover el uso de los listados de verificación en obstetricia.
- 7.4.3.3. Desplegar el protocolo de hemorragias obstétricas.
- 7.4.3.4. Elaborar recomendaciones de actuación ante complicaciones evitables del embarazo y el parto.
- 7.4.3.5. Mejorar la coordinación al alta y en las transiciones asistenciales con Atención Primaria.
- 7.4.3.6. Realizar recomendaciones para mejorar la trazabilidad de muestras de ovocitos/ semen/ embriones en casos de Técnicas de Reproducción.

## Línea 7.5: Pediatría

### Objetivo Estratégico 7.5.1. Promover la seguridad en pediatría

- 7.5.1.1. Desarrollar una red institucional de responsables de pediatría.
- 7.5.1.2. Impulsar la creación de grupos multidisciplinares de seguridad en pediatría.
- 7.5.1.3. Promover la elaboración de mapas de riesgos en las principales áreas pediátricas.
- 7.5.1.4. Establecer recomendaciones para mejorar la comunicación entre los profesionales.
- 7.5.1.5. Establecer recomendaciones para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales pediátricos.
- 7.5.1.6. Elaborar y difundir recomendaciones sobre identificación inequívoca del paciente neonatal y pediátrico.
- 7.5.1.7. Promover la inclusión de aspectos específicos de pediatría en los cursos sobre seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 7.5.2. Disminuir los errores de prescripción (incluidas alergias alimentarias)

- 7.5.2.1. Promover la especificación de la alimentación de los pacientes en la pauta de dieta.
- 7.5.2.2. Desplegar la correcta identificación de leche materna de cada paciente.
- 7.5.2.3. Elaborar, difundir e implementar recomendaciones sobre el uso seguro de medicamentos en pediatría.
- 7.5.2.4. Elaborar, difundir e implementar recomendaciones de seguridad sobre vacunaciones en la edad pediátrica.

### Objetivo Estratégico 7.5.3. Mejorar la seguridad del paciente pediátrico con patología de riesgo

- 7.5.3.1. Elaborar y difundir recomendaciones sobre sistemas de alerta precoz para detección del paciente pediátrico grave.
- 7.5.3.2. Elaborar y difundir recomendaciones para prevenir incidentes de seguridad en el ámbito sanitario del paciente pediátrico con patología compleja.
- 7.5.3.3. Elaborar y difundir recomendaciones sobre seguridad transfusional en pediatría.
- 7.5.3.4. Elaborar y difundir recomendaciones para prevenir incidentes de seguridad en el ámbito sanitario del paciente pediátrico con problemas de salud mental.

## Línea 7.6: Salud mental

### Objetivo Estratégico 7.6.1.

#### Avanzar en la mejora en la seguridad de los pacientes con riesgo suicida

- 7.6.1.1. Consolidar la prestación Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) en adultos y en niños y adolescentes.
- 7.6.1.2. Promover la extensión de los programas de prevención secundaria de suicidio.
- 7.6.1.3. Revisar y actualizar periódicamente el protocolo de prevención de conductas suicidas en las unidades de hospitalización psiquiátricas y en las unidades de hospitalización general.
- 7.6.1.4. Actualizar y difundir material informativo sobre prevención del suicidio a pacientes y familiares.
- 7.6.1.5. Promover la formación en detección y manejo del riesgo suicida en Atención Primaria y SUMMA 112.

### Objetivo Estratégico 7.6.2.

#### Mejorar la seguridad en la aplicación de medidas restrictivas basadas en el respeto a los derechos de los pacientes

- 7.6.2.1. Actualizar periódicamente los protocolos y los registros de sujeciones físicas de acuerdo con las recomendaciones de la resolución 106/2017.
- 7.6.2.2. Promover la reducción de las sujeciones físicas.
- 7.6.2.3. Promover la planificación compartida de la atención.

### Objetivo Estratégico 7.6.3.

#### Mejorar la seguridad en la atención a los pacientes con trastorno mental y/o de conductas adictivas

- 7.6.3.1. Actualizar el programa de continuidad de cuidados en pacientes adultos en los Centros de Salud Mental.
- 7.6.3.2. Promover la elaboración y seguimiento de programas de transición en población joven.
- 7.6.3.3. Promover la cultura de seguridad y formación a profesionales en la atención a las personas con trastornos adictivos.
- 7.6.3.4. Promover actuaciones para mejorar la seguridad en personas con Trastorno del Espectro Autista.
- 7.6.3.5. Promover actuaciones para mejorar la seguridad en los pacientes con discapacidad intelectual, en urgencias e ingresos hospitalarios.

### Objetivo Estratégico 7.6.4.

#### Promover la gestión integrada de las actuaciones en el ámbito de Salud Mental y Adicciones

- 7.6.4.1. Constituir un grupo institucional de seguridad del paciente en salud mental y adicciones.
- 7.6.4.2. Desarrollar una red institucional de responsables de servicios relacionados con el paciente con problemas de salud mental.

## Línea 7.7: Atención al dolor

### Objetivo Estratégico 7.7.1. Mejorar la seguridad en la atención al dolor

- 7.7.1.1.** Impulsar la inclusión de contenidos específicos de seguridad del paciente en los cursos sobre atención al dolor.
- 7.7.1.2.** Promover la elaboración de listados de verificación para las técnicas invasivas de abordaje del dolor.
- 7.7.1.3.** Fomentar el análisis de los incidentes relacionados con el tratamiento del dolor en CISEMadrid.
- 7.7.1.4.** Favorecer la coordinación de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios con los Comités de Atención al dolor.
- 7.7.1.5.** Elaborar mapas de riesgo en ámbitos o unidades prioritarias relacionadas con la atención al dolor.
- 7.7.1.6.** Fomentar la inclusión de aspectos relacionados con la seguridad, en la elaboración de protocolos o guías sobre atención al dolor.
- 7.7.1.7.** Identificar y difundir prácticas seguras sobre atención al dolor en los distintos ámbitos asistenciales.

### Objetivo Estratégico 7.7.2. Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor

- 7.7.2.1.** Fomentar la formación de pacientes sobre el uso seguro de fármacos.
- 7.7.2.2.** Implementar funcionalidades de seguridad en Módulo Único de Prescripción (MUP) y en los sistemas de prescripción hospitalarios.
- 7.7.2.3.** Impulsar la conciliación de la medicación para el dolor.
- 7.7.2.4.** Elaborar recomendaciones al paciente para el uso seguro de opioides.
- 7.7.2.5.** Promover la utilización de escalas de riesgo en el uso de opioides.

### Objetivo Estratégico 7.7.3. Desplegar la seguridad en patologías específicas

- 7.7.3.1.** Elaborar recomendaciones para el abordaje y tratamiento seguro del dolor crónico en salud mental.
- 7.7.3.2.** Fomentar la coordinación, entre profesionales, para el abordaje seguro del dolor, en pacientes en situación terminal.

## Línea 7.8: Uso seguro de radiaciones ionizantes

### Objetivo Estratégico 7.8.1. Mejorar el uso seguro de radiaciones ionizantes

- 7.8.1.1. Elaborar mapas de riesgo en los servicios que utilizan radiaciones ionizantes.
- 7.8.1.2. Establecer o desarrollar los protocolos de alerta radiología.
- 7.8.1.3. Elaborar y difundir información sobre riesgos relacionados con los procedimientos que utilizan radiaciones ionizantes.
- 7.8.1.4. Impulsar la formación de los profesionales en el uso seguro de radiaciones ionizantes.
- 7.8.1.5. Actualizar los Programas de Garantía de Calidad de los centros.
- 7.8.1.6. Mejorar la notificación y gestión de incidentes en radiaciones ionizantes.

### Objetivo Estratégico 7.8.2. Promover la justificación de los procedimientos con radiaciones ionizantes

- 7.8.2.1. Promover la implementación de protocolos consensuados con los servicios peticionarios.
- 7.8.2.2. Fomentar la monitorización de las indicaciones de pruebas.
- 7.8.2.3. Difundir los documentos sobre prácticas inadecuadas (“No hacer”) con radiaciones ionizantes.
- 7.8.2.4. Promover la elaboración de algoritmos informáticos de ayuda a los facultativos en la toma de decisiones de pruebas con radiaciones ionizantes a realizar.
- 7.8.2.5. Impulsar el desarrollo de herramientas para evitar la repetición de pruebas.

### Objetivo Estratégico 7.8.3. Mejorar de la optimización de dosis

- 7.8.3.1. Maximizar el uso de las capacidades tecnológicas disponibles.
- 7.8.3.2. Desarrollar y difundir de la herramienta de gestión de dosis de la Comunidad de Madrid (DOLQA).
- 7.8.3.3. Promover el volcado de los registros de dosis en la historia clínica electrónica.
- 7.8.3.4. Impulsar la creación de Comités de Gestión de Dosis.

## Línea 7.9: Cuidados y procedimientos de enfermería

### Objetivo Estratégico 7.9.1. Potenciar el liderazgo en los cuidados

- 7.9.1.1. Impulsar la designación de referentes de enfermería en servicios o unidades asistenciales.
- 7.9.1.2. Promover el despliegue de los protocolos de seguridad de los cuidados de enfermería.

### Objetivo Estratégico 7.9.2. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica enfermera mediante la normalización de los cuidados

- 7.9.2.1. Mejorar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales estableciendo la información mínima relevante mediante lista de verificación.
- 7.9.2.2. Difundir e implantar el Protocolo para la prevención de caídas del adulto.
- 7.9.2.3. Actualizar y difundir el Protocolo para la prevención de úlceras por presión del adulto.
- 7.9.2.4. Actualizar y difundir el Protocolo para el manejo y prevención de la infección relacionada con los cuidados de las sondas vesicales.
- 7.9.2.5. Actualizar y difundir el Protocolo para el manejo y prevención de la infección, flebitis y extravasación relacionada con los cuidados de las vías venosas.
- 7.9.2.6. Actualizar y difundir el Protocolo para la colocación, el manejo y los cuidados de las sondas nasogástricas.
- 7.9.2.7. Elaborar e implantar un Protocolo para la colocación, manejo y cuidados de las ostomías de alimentación y eliminación.

### Objetivo Estratégico 7.9.3. Impulsar la seguridad mediante intervenciones enfermeras específicas

- 7.9.3.1. Actualizar recomendaciones para la administración adecuada de sangre y hemoderivados.
- 7.9.3.2. Actualizar el protocolo de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas.
- 7.9.3.3. Desarrollar un protocolo de actuación enfermera para la reducción de errores de medicación y mejora de la conciliación de la medicación en las transiciones del paciente.

### Objetivo Estratégico 7.9.4. Impulsar formación en seguridad de Cuidados

- 7.9.4.1. Elaborar información específica sobre seguridad relacionada con los cuidados para la acogida de los profesionales de nueva incorporación.
- 7.9.4.2. Promover la realización de jornadas, reuniones o sesiones sobre seguridad del paciente en enfermería.

## Línea 7.10: Entornos de especial riesgo en Atención Primaria

### Objetivo Estratégico 7.10.1. Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en consulta no presencial

- 7.10.1.1. Elaborar un procedimiento de consulta no presencial para pacientes con demandas de atención por patología aguda.
- 7.10.1.2. Desarrollar recomendaciones de seguridad en consulta no presencial de pacientes crónicos.

### Objetivo Estratégico 7.10.2. Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el domicilio

- 7.10.2.1. Desarrollar acciones para mejorar la identificación del paciente en la historia clínica electrónica de atención primaria.
- 7.10.2.2. Diseñar e implantar información específica para mejorar la atención domiciliaria.
- 7.10.2.3. Informar a los pacientes atendidos en el domicilio sobre los medios/canales de comunicación con Atención Primaria y sobre el acceso a su información clínica.
- 7.10.2.4. Establecer acciones para potenciar la continuidad de la atención a los pacientes tras una visita domiciliaria.

### Objetivo Estratégico 7.10.3. Mejorar la seguridad de los pacientes en la gestión de pruebas diagnósticas

- 7.10.3.1. Diseñar e implantar circuitos internos en los centros de salud sobre la actuación ante la recepción de valores críticos.
- 7.10.3.2. Desarrollar acciones para potenciar la revisión de resultados de pruebas diagnósticas.
- 7.10.3.3. Realizar un AMFE y establecer medidas de mejora del programa PREVECOLON en Atención Primaria.
- 7.10.3.4. Actualizar el procedimiento normalizado de gestión de muestras biológicas.

**Objetivo Estratégico 7.10.4.**  
**Mejorar la seguridad de los pacientes en la utilización de medicamentos y productos sanitarios en Atención Primaria**

- 7.10.4.1.** Desarrollar actuaciones de seguridad en el proceso de vacunación.
- 7.10.4.2.** Promover actividades para reducir los errores de medicación del paciente.
- 7.10.4.3.** Definir actuaciones para mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) en Atención Primaria.
- 7.10.4.4.** Analizar y abordar la inercia terapéutica en patologías crónicas
- 7.10.4.5.** Potenciar la seguridad del tratamiento de los pacientes institucionalizados.
- 7.10.4.6.** Establecer actuaciones para potenciar la notificación de incidentes de seguridad relacionados con productos sanitarios a la Agencia Española.

**Objetivo Estratégico 7.10.5.**  
**Impulsar la gestión de eventos adversos graves**

- 7.10.5.1.** Implantar la gestión de eventos adversos graves en Atención Primaria.
- 7.10.5.2.** Capacitar a los profesionales para fomentar la comunicación de eventos adversos graves en atención primaria.
- 7.10.5.3.** Desarrollar la atención de las segundas víctimas por eventos adversos graves.

## Línea 7.11: Uso seguro del medicamento

### Objetivo Estratégico 7.11.1. Impulsar la cultura para fomentar un uso seguro de los medicamentos

- 7.11.1.1. Impulsar estrategias encaminadas a mejorar el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios en la población.
- 7.11.1.2. Colaborar en el despliegue de los cinco momentos clave para la utilización segura de los medicamentos.
- 7.11.1.3. Potenciar la correcta utilización de Módulo Único de Prescripción en todos los ámbitos asistenciales.
- 7.11.1.4. Incluir aspectos específicos sobre el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios en los cursos de formación.
- 7.11.1.5. Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la medicación.
- 7.11.1.6. Planificar Jornadas de buenas prácticas sobre el uso seguro del medicamento.

### Objetivo Estratégico 7.11.2. Desarrollar e implementar herramientas para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos

- 7.11.2.1. Desarrollar e implementar sistemas de ayuda a la prescripción.
- 7.11.2.2. Desarrollar e implementar herramientas para facilitar la revisión de tratamientos.
- 7.11.2.3. Desarrollar e implementar protocolos de ayuda a la decisión clínica.

### Objetivo Estratégico 7.11.3. Fomentar la Implantación de prácticas seguras con Medicamentos de Alto Riesgo

- 7.11.3.1. Promover actuaciones específicas para disminuir los errores de medicación en grupos terapéuticos que presenten un riesgo elevado.
- 7.11.3.2. Impulsar prácticas seguras en los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR).

**Objetivo Estratégico 7.11.4.  
Promover la conciliación y adherencia al tratamiento**

- 7.11.4.1.** Mejorar la comunicación entre los farmacéuticos de todos los niveles asistenciales.
- 7.11.4.2.** Potenciar la colaboración con Oficinas de Farmacia para la detección de errores de medicación.
- 7.11.4.3.** Consolidar los procedimientos de conciliación de la medicación.

**Objetivo Estratégico 7.11.5.  
Fomentar el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios  
en población de especial riesgo**

- 7.11.5.1.** Impulsar actuaciones encaminadas a fomentar la seguridad en pacientes polimedicados y pacientes mayores de 74 años.
- 7.11.5.2.** Impulsar actuaciones encaminadas a fomentar la seguridad en usuarios institucionalizados.
- 7.11.5.3.** Impulsar actuaciones encaminadas a mejorar la utilización segura de productos sanitarios.

**Objetivo Estratégico 7.11.6.  
Promover el uso racional de los antibióticos en los diferentes ámbitos asistenciales**

- 7.11.6.1.** Promover la implementación o mejora de los PROA en los diferentes ámbitos asistenciales.
- 7.11.6.2.** Fomentar la concienciación de los pacientes con la problemática de las resistencias a los antimicrobianos.
- 7.11.6.3.** Promover programas formativos para profesionales sanitarios en el uso racional de antibióticos.

## Línea 7.12: Infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS)

### Objetivo Estratégico 7.12.1. Prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en Atención Primaria y otros ámbitos asistenciales

**7.12.1.1.** Desarrollar un protocolo de medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en la asistencia en centros de Atención Primaria, SUMMA 112 y en domicilios.

**7.12.1.2.** Difundir el protocolo entre los profesionales.

### Objetivo Estratégico 7.12.2. Impulsar la vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en residencias de mayores

**7.12.2.1.** Desarrollar protocolos de vigilancia de IRAS en residencias de mayores.

**7.12.2.2.** Realizar un estudio de incidencia de las IRAS en residencia de mayores.

**7.12.2.3.** Promover la participación de los centros de la Comunidad de Madrid en estudios de prevalencia de IRAS.

**7.12.2.4.** Formar a los profesionales en la vigilancia de las IRAS.

**7.12.2.5.** Difundir los resultados a los profesionales y a los organismos implicados en la vigilancia.

**Objetivo Estratégico 7.12.3.  
Prevenir la transmisión de IRAS por microorganismos  
resistentes a antimicrobianos (MMR)**

- 7.12.3.1.** Actualizar la aplicación informática para comunicación de MMR y de brotes por MMR (D.G. Salud Pública, Medicina preventiva hospitalaria, Atención Primaria y Sº de Microbiología).
- 7.12.3.2.** Identificar la transmisión de MMR en centros sanitarios, socio sanitarios y Atención Primaria
- 7.12.3.3.** Realizar y difundir informes de resultados entre profesionales implicados.
- 7.12.3.4.** Actualizar el protocolo de medidas de prevención de la transmisión de IRAS por microorganismos MMR.

**Objetivo Estratégico 7.12.4.  
Avanzar en la mejora de la higiene de manos**

- 7.12.4.1.** Actualizar recomendaciones sobre estructura e indicaciones para realizar una adecuada higiene de manos.
- 7.12.4.2.** Potenciar la formación periódica entre los profesionales.
- 7.12.4.3.** Impulsar la evaluación y el aprendizaje de la práctica de higiene de manos, en las gerencias asistenciales.
- 7.12.4.4.** Promover la creación de un distintivo en higiene de manos.

## Línea 8: Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias

### Objetivo Estratégico 8.1.

#### Difundir y promover recomendaciones basadas en la evidencia científica

- 8.1.1. Realizar un análisis de situación sobre la implementación en los centros.
- 8.1.2. Identificar y difundir prácticas basadas en la evidencia científica.
- 8.1.3. Promover la implantación de las prácticas.
- 8.1.4. Impulsar la adhesión a iniciativas nacionales o internacionales en esta materia.

### Objetivo Estratégico 8.2.

#### Promover la colaboración de los pacientes en la prevención y minimización de prácticas que no les aportan valor

- 8.2.1. Establecer actuaciones de información y formación dirigidas a pacientes y sus personas significativas, a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 8.2.2. Establecer alianzas con asociaciones de pacientes para difundir las prácticas innecesarias.

### Objetivo Estratégico 8.3.

#### Fomentar la cultura sobre prácticas innecesarias entre los profesionales

- 8.3.1. Proporcionar la información actualizada disponible a través de la Web institucional.
- 8.3.2. Desarrollar jornadas científicas para difundir las prácticas innecesarias.
- 8.3.3. Incluir las prácticas innecesarias en los programas de formación.
- 8.3.4. Difundir la información sobre prácticas innecesarias entre los profesionales en formación postgrado en colaboración con las unidades docentes.
- 8.3.5. Incluir las prácticas innecesarias en los planes de acogida de los profesionales sanitarios.

**Objetivo Estratégico 8.4.**

**Definir la estructura organizativa para el despliegue de estas iniciativas**

- 8.4.1.** Establecer un grupo institucional para promover las prácticas adecuadas.
- 8.4.2.** Promover la creación de grupos multidisciplinares para identificar y difundir prácticas innecesarias (comités de adecuación de la práctica clínica) en todas las gerencias asistenciales.
- 8.4.3.** Apoyar el despliegue de los comités de adecuación de la práctica clínica.
- 8.4.4.** Impulsar y coordinar la difusión de las prácticas innecesarias identificadas y priorizadas por los comités de adecuación de la práctica clínica.
- 8.4.5.** Promover la inclusión de estas actuaciones en los objetivos institucionales.

**Objetivo Estratégico 8.5.**

**Evaluar el impacto de eliminar prácticas innecesarias**

- 8.5.1.** Impulsar la evaluación y el establecimiento de indicadores por los comités de adecuación de la práctica clínica.
- 8.5.2.** Identificar y difundir las iniciativas y estudios sobre el impacto de este tipo de prácticas.

## Línea 9: Impulsar la transferencia del conocimiento

### Objetivo Estratégico 9.1.

#### Promover la formación transversal e integral sobre seguridad del paciente

- 9.1.1. Diseñar un itinerario formativo en seguridad del paciente.
- 9.1.2. Incluir a los profesionales en formación y de nueva incorporación en la formación básica sobre seguridad del paciente.
- 9.1.3. Realizar detección de necesidades de formación sobre seguridad del paciente para la elaboración de los planes anuales de formación continuada.
- 9.1.4. Promover la inclusión de actividades formativas sobre seguridad del paciente en los planes de formación continuada de los centros sanitarios.
- 9.1.5. Desarrollar píldoras formativas para profesionales sobre seguridad del paciente.
- 9.1.6. Apoyar la difusión en avances y novedades sobre seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 9.2.

#### Potenciar la formación en riesgos sanitarios

- 9.2.1. Desarrollar actividades de formación relacionadas con intervenciones sobre riesgos básicos en seguridad del paciente.
- 9.2.2. Participar en la formación e información sobre actuaciones específicas en seguridad del paciente, promovidas desde el ámbito público e institucional, nacional e internacional.
- 9.2.3. Desarrollar actividades formativas, sobre prácticas seguras establecidas en la estrategia.

### Objetivo Estratégico 9.3.

#### Facilitar la formación continuada de los profesionales en la implantación de prácticas seguras. (infraestructura de seguridad del paciente)

- 9.3.1. Desarrollar formación complementaria para responsables y personal directivo.
- 9.3.2. Desarrollar formación complementaria para miembros de las unidades funcionales.
- 9.3.3. Realizar talleres y sesiones de formación de conocimientos sobre herramientas de notificación y gestión de incidentes.
- 9.3.4. Organizar espacios de encuentro y colaboración profesional a través de jornadas de actualización o seminarios con expertos.

### Objetivo Estratégico 9.4.

#### Impulsar el acceso a la formación a través de nuevas metodologías formativas

- 9.4.1. Desarrollar formación básica en seguridad del paciente a través de modalidades en formato Online o semipresencial.
- 9.4.2. Consolidar la presencia de metodologías formativas, con entornos de simulación.

## Línea 10: Fomentar la investigación y la innovación

### Objetivo Estratégico 10.1.

**Promover la difusión de la producción científica relacionada con la Seguridad del Paciente en el ámbito de la Comunidad de Madrid**

**10.1.1.** Difundir los principales proyectos, publicaciones originales y meta-análisis en materia de Seguridad del Paciente, entre los distintos ámbitos de la Consejería de Sanidad.

### Objetivo Estratégico 10.2.

**Identificar los proyectos de investigación e innovación sobre seguridad del paciente, en el ámbito de la Comunidad de Madrid**

**10.2.1.** Recopilar y difundir los resultados definitivos de las convocatorias anuales de la Acción Estratégica en Salud.

**10.2.2.** Recopilar y difundir los resultados definitivos de los proyectos europeos “EIT Health” en materia de seguridad del paciente.

**10.2.3.** Recopilar y difundir los proyectos de innovación de seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 10.3.

**Desplegar la producción científica de los centros de la Comunidad de Madrid**

**10.3.1.** Elaborar una estrategia de búsqueda en Pubmed y Scopus en materia de seguridad del paciente.

**10.3.2.** Desarrollar una base de datos de producción científica en seguridad del paciente recogiendo los centros participantes y los autores.

**10.3.3.** Recopilar la producción científica en materia de seguridad del paciente estratificando por centro asistencial público.

**10.3.4.** Realizar un gráfico de colaboraciones entre centros asistenciales públicos.

**10.3.5.** Realizar un informe bibliométrico en materia de seguridad del paciente.

## Línea 11: Promover la transparencia y la difusión del conocimiento

### **Objetivo Estratégico 11.1.** **Sintetizar el conocimiento científico en seguridad del paciente y promover su accesibilidad y comunicación efectiva**

- 11.1.1.** Recopilar recursos basados en la evidencia científica a través de la Biblioteca breve de Seguridad del Paciente.
- 11.1.2.** Promover la suscripción de los profesionales del sistema sanitario al sistema de alertas automáticas de la Biblioteca breve de Seguridad del Paciente.
- 11.1.3.** Mejorar la accesibilidad y los contenidos de la Biblioteca breve de Seguridad del Paciente.
- 11.1.4.** Establecer alianzas con otras administraciones, instituciones académicas, así como con las sociedades científicas para la comunicación recíproca de conocimiento.

### **Objetivo Estratégico 11.2.** **Potenciar la difusión de información relevante y hacerla accesible a los profesionales dentro y fuera del ámbito laboral**

- 11.2.1.** Promover la utilización de un espacio web corporativo destinado a dar a conocer buenas prácticas y proyectos innovadores.
- 11.2.2.** Promover el uso de herramientas para llevar a cabo difusión institucional en materia de seguridad del paciente.
- 11.2.3.** Organizar actividades/eventos de carácter temático en coordinación con la web corporativa.
- 11.2.4.** Elaborar una guía con recomendaciones dirigidas a centros, servicios y unidades para que éstos elaboren sus propios contenidos.

### **Objetivo Estratégico 11.3.** **Facilitar la comunicación de actuaciones a la ciudadanía**

- 11.3.1.** Promover la incorporación de los gabinetes de comunicación de la organización, para la difusión de eventos y actuaciones.
- 11.3.2.** Colaborar con la Escuela Madrileña de Salud en la oferta de actividades, para fomentar su corresponsabilidad.

### **Objetivo Estratégico 11.4.** **Promover la transparencia en la organización y la difusión de resultados**

- 11.4.1.** Identificar, elaborar y difundir la información institucional más relevante sobre seguridad del paciente.
- 11.4.2.** Promover la inclusión de indicadores de seguridad del paciente en el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud.

## Línea 12: Extender y mejorar los sistemas de aprendizaje

### Objetivo Estratégico 12.1. Mejorar y avanzar en la implantación y uso de CISEMadríd

- 12.1.1. Impulsar la utilización de CISEMadríd en los centros de Atención Primaria y en Hospitales.
- 12.1.2. Extender CISEMadríd al ámbito del SUMMA 112 y otras gerencias asistenciales.
- 12.1.3. Impulsar actuaciones para facilitar la notificación de incidentes de seguridad por los pacientes.
- 12.1.4. Desarrollar acciones para mejorar la formación e información de los profesionales sobre la notificación y gestión de incidentes de seguridad.
- 12.1.5. Difundir y compartir resultados sobre el proceso de gestión de los incidentes y buenas prácticas.

### Objetivo Estratégico 12.2. Desarrollar mejoras y nuevas funcionalidades en CISEMadríd

- 12.1.1. Implementar mejoras que faciliten la accesibilidad y uso de la aplicación.
- 12.1.2. Detectar e incorporar periódicamente nuevas funcionalidades que mejoren el conocimiento y la gestión de los eventos notificados.

### Objetivo Estratégico 12.3. Promover la utilización de otras fuentes de identificación y de aprendizaje.

- 12.1.1. Impulsar la utilización de otras herramientas tales como: la revisión de historias clínicas, el uso de "Trigger tools", etc.
- 12.1.2. Incluir en los informes o memorias, información de incidentes de seguridad identificados desde fuentes diferentes a CISEMadríd.



A hand holding a magnifying glass over a digital interface. The magnifying glass is centered on a white circular bubble containing the text 'Dirección, coordinación y participantes'. The background is a blurred image of a person in a white lab coat, overlaid with a complex digital grid and various icons representing healthcare and technology. The overall color scheme is light blue and white.

Dirección,  
coordinación y  
participantes



## Dirección

- **Moreno Molino, M<sup>a</sup> Dolores.** Directora General de Humanización y Atención al Paciente.
- **Pardo Hernández, Alberto.** Subdirector General de Calidad Asistencial.

## Grupo Coordinador

- **Pardo Hernández, Alberto.** Subdirector General de Calidad Asistencial.
- **Navarro Royo, Cristina.** Jefe de Área de Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **García Valriberas, María Rocío.** Técnico. Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Navea Martín, Ana.** Técnico. Subdirección General de Calidad Asistencial.

## Coordinadores y grupos técnicos de trabajo

### Línea 1: Desarrollar la cultura de seguridad

- **Aranaz Andrés, Jesús María.** Coordinador L1. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Espinel Ruiz, Marco Antonio.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Ramírez Puerta, Dulce.** Coordinación Asistencial. Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Alcázar González, María Luisa.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Leal Orozco, Ana.** Hospital Fundación Jiménez Díaz.
- **Martín Delgado, María Cruz.** Hospital Universitario 12 de Octubre.

### Línea 2: Desplegar la infraestructura en la organización

- **Pardo Hernández, Alberto.** Coordinador L2. Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **García Valriberas, Rocío.** Coordinador L2. Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Díaz Redondo, Alicia.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Cañada Dorado, Asunción.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Domínguez Pérez, María Luisa.** Gerencia SUMMA 112.
- **Vázquez Quiroga, Blanca.** Gerencia Asistencial de Hospitales.

### Línea 3: Promover la seguridad digital

- **Mayol Martínez, Julio Ángel.** Coordinador L3. Hospital Clínico San Carlos.
- **Sánchez Prieto, Francisco Luis.** Coordinador L3. Subdirección General de Arquitectura de Sistemas y Sistemas de Información.
- **Grandal Martín, Manuel.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Murillo Aceituno, Carmen.** Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- **Cerdeño Arconada, José David.** Dirección General del Proceso Integrado de Salud.
- **Jiménez Gómez, Carmen.** Dirección General del Proceso Integrado de Salud.
- **García Cubero, Carmen.** Dirección General del Proceso Integrado de Salud.
- **Alonso Safont, Tamara.** Gerencia Asistencial Atención Primaria.

- **Aréjula Torres, José Luis.** Gerencia Asistencial Atención Primaria.
- **Azofra García, José.** Hospitales Quironsalud.

#### Línea 4: Potenciar la coordinación institucional

---

- **Jiménez Gómez, M<sup>a</sup> Carmen.** Coordinador L4. Dirección Gral. del Proceso Integrado de Salud.
- **García Cubero, Carmen.** Coordinador L4. Dirección Gral. del Proceso Integrado de Salud.
- **Mediavilla Herrera, Inmaculada.** Gerencia Asistencial Atención Primaria.
- **Sánchez- Pobre Bejarano, Pilar.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **del Olmo Rubio, M<sup>a</sup> José.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Polo Portes, Carlos.** Gerencia SUMMA 112.
- **Gómez Mateos, M<sup>a</sup> Ángeles.** Subdirección General Humanización Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **de la Corte García, María.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Jiménez Aguilar, Sonia.** Dirección General del Proceso Integrado de Salud.
- **Rodríguez Morales, David.** Dirección General del Proceso Integrado de Salud.
- **García Álvarez, Ana Cristina.** Gerencia Asistencial de Hospitales.

#### Línea 5: Desarrollar y reconocer líderes y profesionales

---

- **Mediavilla Herrera, Inmaculada.** Coordinador L5. Gerencia Asistencial Atención Primaria.
- **Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.** Coordinador L5. Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Vázquez Quiroga, Blanca.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Cañada Dorado, Asunción.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

#### Línea 6: Implicar a pacientes, familiares y allegados

---

- **Alcantarilla Moreno, Cristina.** Coordinador L6. Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Magán Tapia, Purificación.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Alejo Brú, Nury.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Sánchez Fernández, Guiomar.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.

#### Prácticas seguras

##### Línea 7.1: Cirugía y Anestesia

---

- **Pérez Algar, Cristina Teresa.** Coordinador L7.1. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.** Coordinador L7.1. Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Navarro Valdivieso, Juan Paulo.** Coordinador L7.1. Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Miranda Cedillo, Cristina.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Rivas Fidalgo, Sonia.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Candela Toha, Ángel Manuel.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Planas Roca, Antonio.** Hospital Universitario La Princesa.
- **Mata Mena, Esperanza.** Hospital Universitario La Princesa.

- **Arnal Velasco, Daniel.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Tijero Páramo, M<sup>a</sup> Teresa.** Hospital Universitario Santa Cristina.
- **Porrero Carro, José Luis.** Hospital Universitario Santa Cristina.
- **Pereira Torres, Ana Isabel.** Hospital Universitario Santa Cristina.
- **Pacheco Blázquez, Pilar.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Vinagre Gaspar, Raquel.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Verdaguer Muñoz, José M<sup>a</sup>.** Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- **Acedo Díaz-Pache, Victoria.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Pérez Santar, José Luis.** Hospital Universitario Sureste.
- **Ibáñez Praena, Ildefonso.** Hospital Universitario Sureste.
- **Díaz Zorita, Benjamín.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

### Línea 7.2: Urgencias y Emergencias

- **Colomer Rosas, Asunción.** Coordinador L7.2. SUMMA 112.
- **Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.** Coordinador L7.2. Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Andueza Lillo, Juan Antonio.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Ballarín González, Ana.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Bibiano Guillén, Carlos.** Hospital General Universitario Infanta Leonor.
- **Fernán Pérez, Patricia.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **García García, Nelva.** SUMMA 112.
- **Marañón Pardillo, Rafael.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Méndez Scandroglio, María Inés.** SUMMA 112.
- **Miguens Blanco, Iria.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Molina Cabañero, Juan Carlos.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **Navarro Santos, Sara.** SUMMA 112.
- **Navarro Valdivieso, Juan Paulo.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Quintela González, Zita.** SUMMA 112.

### Línea 7.3: Cuidados Críticos

- **Catalán González, Mercedes.** Coordinador L7.3. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Martín Delgado, Mari Cruz.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Gordo Vidal, Federico Natalio.** Hospital Universitario del Henares.
- **Asensio Martín, María José.** Hospital Universitario La Paz.
- **Luengo Alarcía, María Jesús.** Hospital Universitario Fuenlabrada.
- **Sánchez García, Miguel.** Hospital Clínico San Carlos.

### Línea 7.4: Obstetricia y Ginecología

- **Cueto Hernández, Ignacio.** Coordinador L7.4. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- **Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.** Coordinador L7.4. Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Ibáñez Santamaría, Ana Belén.** Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Caballero Borredá, Francisco de Borja.** Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- **Bueno Olalla, Beatriz.** Hospital Universitario Infanta Sofía.

- **Folgar Erades, Laureano.** Hospital Universitario del Sureste.
- **Subías Grau, Elsa.** Hospital Universitario del Tajo.
- **Iniesta Pérez, Silvia.** Hospital Universitario La Paz.
- **Ortega Carbonell, Amaya.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Comudella Saviron, Ricardo.** Hospital Clínico San Carlos.
- **García Burguillo, Antonio.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Vázquez Quiroga, Blanca.** Gerencia Asistencial de Hospitales.

### Línea 7.5: Pediatría

---

- **Ortiz Movilla, Roberto.** Coordinador L7.5. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.** Coordinador L7.5. Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Navarro Valdivieso, Juan Paulo.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Cabañes Alonso, Esther.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Climent Alcalá, Francisco José.** Hospital Universitario La Paz.
- **García-Moreno Sánchez, Ana Belén.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Gómez Rodríguez, Marta.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Martínez Serrano, Ana.** Hospital Universitario La Paz.
- **Molina Molina, Carmen.** Hospital Universitario del Sureste.
- **Moral Pumarega, María Teresa.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Nieto Moro, Montserrat.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **Polo Parada, Ana.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **Piñeiro Pérez, Roi.** Hospital General Universitario de Villalba.
- **del Rosal Rabes, Teresa.** Hospital Universitario La Paz.
- **Sánchez Galindo, Amelia.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Sánchez-Tembleque Díaz-Pache, Remedios.** Hospital Universitario del Henares.
- **Verges Pernía, Cristina.** Hospital Universitario Getafe.
- **Villar Villar, Gemma.** Hospital Universitario Getafe.
- **Marañón Pardillo, Rafael.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Pérez Hernández, Ana Isabel.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

### Línea 7.6: Salud Mental

---

- **Baón Pérez, Beatriz.** Coordinador L7.6. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
- **Navío Acosta, Mercedes.** Coordinador L7.6 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
- **Ansede Cascudo, Juan Carlos.** Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

### Línea 7.7: Atención al Dolor

---

- **Palos Zorrilla, M. Paz.** Coordinador L7.7. Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Pérez Hernández, Concepción.** Coordinador L7.7. Hospital Universitario La Princesa.

- **Herrero Hernández, Silvia.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Colomer Rosas, Asunción.** SUMMA 112.
- **Navarro Siguero, Ana.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Pérez Cayuela, Pilar.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Alcaraz Borrajo, Marta.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **García Valriberas, María Rocío.** Subdirección General de Calidad Asistencial.

### Línea 7.8: Uso seguro de Radiaciones Ionizantes

- **Fraga Rivas, Patricia.** Coordinador L7.8. Hospital Universitario del Henares.
- **Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.** Coordinador L7.8. Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Vázquez Quiroga, Blanca.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Gómez Mardones, Gloria.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **Alejo Luque, Luis.** Hospital Universitario La Paz.
- **Maurelos Castell, Patricia Irene.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Contreras Martínez, Julio.** Hospital Fundación Jiménez Díaz.
- **Pifarre Martínez, Xavier.** Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- **Mitjavilla Casanovas, Mercedes.** Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- **Álava Echebarría, Nerea.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Fernández Alarza, Fernando.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Fernández Manzano, José Pedro.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Escalada Pastor, María del Carmen.** Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- **Lázaro Frías, Olga.** Hospital Universitario La Paz.
- **Martín Medina, Patricia.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Rivera Campos, María Isabel.** Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- **Matute Teresa, Fátima.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Benito Vicente, Carlos.** Unidad Central de Radiodiagnóstico.

### Línea 7.9: Cuidados y procedimientos de enfermería

- **Elías Ucedo, Carmen.** Coordinador L7.9. Dirección General del Proceso Integrado de Salud.
- **Vicente del Hoyo, Mónica.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Barberá Martín, Aurora.** Gerencia Asistencial Atención Primaria.
- **Luengo Alarcía, María Jesús.** Hospital Universitario Fuenlabrada.
- **Díaz Caro, Isabel.** Hospital Universitario Severo Ochoa.
- **García García, Nelva.** SUMMA 112.
- **Awad Parada, Yumana.** Dirección General del Proceso Integrado de Salud.

### Línea 7.10: Entornos de especial riesgo en Atención Primaria

- **Cañada Dorado, Asunción.** Coordinador 7.10. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Mediavilla Herrera, Inmaculada.** Gerencia Asistencial Atención Primaria
- **Izquierdo Palomares, José Manuel.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Martínez Sanz, Henar.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Pérez Redondo, Ascensión.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

- **Nieto García, Olga.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Martínez Patiño, Dolores.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Barbera Martín, Aurora.** Área de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial Atención Primaria.
- **Domínguez Pérez, Nuria.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Alcázar González, M<sup>a</sup> Luisa.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Conejos Miquel, Dolores.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Magan Tapia, Purificación.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Garzón González, Gerardo.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

### Línea 7.11: Uso seguro del medicamento

---

- **de la Corte García, María.** Coordinador L7.11. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Aranguren Oyarzábal, Ainhoa.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Martín Casasampere, Ignacio.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Hernández Goicoechea, Javier.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Izquierdo Palomares, José Manuel.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **González Martínez, María.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Calvo Alcántara, María José.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Pérez Cayuela, Pilar.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Herrero Hernández, Silvia.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Alonso Castro, Vanesa.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

### Línea 7.12: Infección relacionada con la asistencia sanitaria

---

- **Torrijano Castillo, M<sup>a</sup> José.** Coordinador L7.12. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.
- **Ordobás Gavín, María.** Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.
- **Martínez Patiño, M<sup>a</sup> Dolores.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Bustamante González, Soraya.** Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

### Línea 8: Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias

---

- **Alguacil Pau, Ana Isabel.** Coordinador L8. Hospital Clínico San Carlos.
- **Aleo Luján, Esther.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Arribi Vilela, Ana.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Álvarez de Arcaya Vicente, Arántzazu.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Carnero Alcázar, Manuel.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Cárdenas Fernández, M<sup>a</sup> Cruz.** Hospital Clínico San Carlos.
- **de la Corte García, María.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Domínguez Pérez, Nuria.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Sánchez Gil, Susana.** Hospital Clínico San Carlos.
- **González Armengol, Juan.** Hospital Clínico San Carlos.
- **González Morales, María Luisa.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Gómez Mayoral, Beatriz.** Hospital Clínico San Carlos.

- **Olivera Cañadas, Guadalupe.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Soto Beauregard, Carmen.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Vázquez Quiroga, Blanca.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Valera Monsalve, Raquel.** Hospital Clínico San Carlos.

### Línea 9: Impulsar la transferencia del conocimiento

---

- **Arranz Alonso, M<sup>a</sup> Dolores.** Coordinador L9. Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria.
- **Fernández Luque, María Jesús.** Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria.
- **Arranz Santamaría, Carlos.** Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria.
- **Navarro Royo, Cristina.** Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Rodríguez Barrientos, Ricardo.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Pérez Cayuela, Pilar.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

### Línea 10: Fomentar la investigación y la innovación

---

- **Gómez Infante, Elena.** Coordinador L10. Subdirección General de Investigación Sanitaria.
- **González González, Ana Isabel.** Subdirección General de Investigación Sanitaria.
- **Ordóñez del Pino, Victoria.** Subdirección General de Investigación Sanitaria.
- **Redondo García, José Carlos.** Subdirección General de Investigación Sanitaria.
- **de Lorenzo Carretero, Cristina.** Subdirección General de Investigación Sanitaria.
- **Salinero Fort, Miguel Angel.** Subdirección General de Investigación Sanitaria.
- **del Cura González, Isabel.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

### Línea 11: Promover la transparencia y difusión del conocimiento

---

- **Ojeda Feo, José Jonay.** Coordinador L11. Hospital Universitario La Paz.
- **Navea Martín, Ana.** Coordinador L11. Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Abad Gurumeta, Alfredo.** Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Conejos Miquel, M<sup>a</sup> Dolores.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Fernán Pérez, Patricia.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Máñez Ortiz, Miguel Ángel.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Rodríguez Barrientos, Ricardo.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Valentín López, Beatriz.** Subdirección General de Calidad Asistencial.

### Línea 12: Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje

---

- **Macias Maroto, Marta.** Coordinador L12. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Navarro Royo, Cristina.** Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Garzón González, Gerardo.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

## Paneles de revisión

### Asociaciones de Pacientes

- Alianza General de Pacientes (AGP), **José Luis Baquero Úbeda.**
- Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI), **María Jesús Baile Gómez.**
- Plataforma de Organizaciones de pacientes (POP), **Ana Isabel Castellanos Lozano.**
- Foro Español de Pacientes, **Mónica de Elío de Bengy.**

### Unidades Directivas

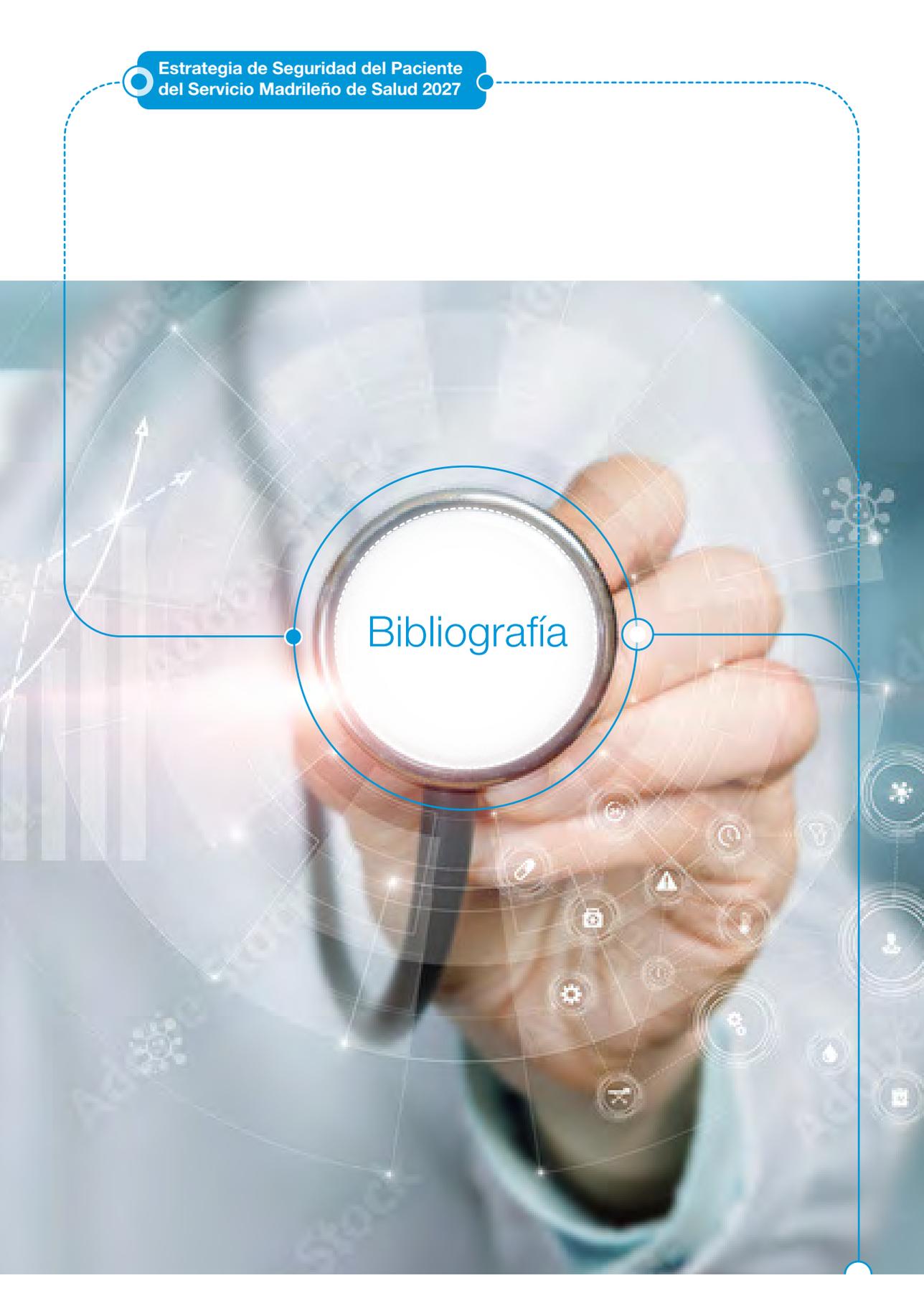
- Dirección General de Inspección, Ordenación y Estrategia Sanitaria: **Margot Cisneros Britto, Eva Anguita Ruiz.**
- Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación: **Elena González Infante, Marta Fernández Martín, María Jesús Fernández Luque.**
- Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria, **Teresa Sanz Bayona.**
- Gerencia Asistencial de Hospitales: **Pilar Sánchez-Pobre Bejarano, Blanca Vázquez Quiroga.**
- Dirección General de Sistemas de Información y Salud Digital, **Rafael de Celada Pérez.**
- Dirección General de Gestión Económico Financiera y Farmacia: **M<sup>a</sup> José Calvo Alcántara, Ainhoa Aranguren Oyarzábal.**
- Gerencia Atención Primaria, **Inmaculada Mediavilla Herrera.**
- Gerencia SUMMA 112, **Nelva García García.**
- Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, **Cristina Alcantarilla Moreno.**
- Oficina Regional Oncológica, **Federico Longo Muñoz.**
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, **Beatriz Baón Pérez.**
- Oficina Regional de Trasplantes, **Alonso Mateos Rodríguez.**
- Unidad de Continuidad Asistencial, **Carmen Jiménez Gómez.**

### Responsables de Seguridad

- Hospital Universitario Infanta Cristina, **Juan Vega Barea.**
- Hospital Universitario Infanta Elena, **Adriana Pascual.**
- Hospital Universitario del Sureste, **Lourdes Sainz de los Terreros Soler.**
- Hospital Universitario del Tajo, **Carolina del Valle Giráldez García.**
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón, **Susana Lorenzo Martínez.**
- Hospital Universitario de Fuenlabrada, **Mercedes Ortiz Otero.**
- Hospital Universitario de Getafe, **Rosa Fernández Lobato.**
- Hospital Universitario Severo Ochoa, **Sergio Quevedo Teruel.**
- Hospital Universitario de Torrejón, **Irene Araque Criado.**
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos, **Raquel Barba Martín.**
- Hospital General de Villalba, **Laura Rubio Cirilo.**
- Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, **Gustavo Albi Rodríguez.**
- Hospital Fundación Jiménez Díaz, **Ana Leal Orozco.**

- Hospital Universitario 12 de Octubre, **Ángel Tejido Sánchez.**
- Hospital Clínico San Carlos, **Andrés Santiago Sáez.**
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón, **Alicia Díaz Redondo.**
- Hospital Universitario La Paz, **Yuri Fabiola Villán Villán.**
- Hospital Universitario La Princesa, **Gloria M<sup>a</sup> Torralbo Caballero.**
- Hospital Universitario Puerta de Hierro, **Dolors Montserrat Capella.**
- Hospital Universitario Ramón y Cajal, **Jesús M<sup>a</sup> Aranz Andrés.**
- Hospital de Guadarrama, **M<sup>a</sup> Jesús Labrador Domínguez.**
- Hospital La Fuenfría, **Carmen Rocha Hurtado.**
- Gerencia Atención Primaria, **Inmaculada Mediavilla Herrera.**
- Gerencia SUMMA 112, **Nelva García García.**





Bibliografía



1. Aibar-Remón C, Barrasa-Villar I, Moliner-Lahoz J, Gutiérrez-Cía I, Aibar-Villán L, Obón-Azuara B, et al. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. *Gaceta Sanitaria*. Mayo de 2019; 33 (3):242-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111730314X>
2. Albi Rodríguez G, Álvarez Benito M, Arenaza Choperena G, Artigas Martín JM, Ayuso Colella C, et al. Recomendaciones de «no hacer». Para médicos prescriptores, radiólogos y pacientes. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM); 2014. Disponible en: [https://seram.es/images/site/documentosSeram/doc\\_seram\\_recom\\_no\\_hacer1.pdf](https://seram.es/images/site/documentosSeram/doc_seram_recom_no_hacer1.pdf)
3. Alejo L, Corredoira E, Sánchez-Muñoz F, Huerca C, Aza Z, Plaza-Núñez R, et al. Radiation dose optimisation for conventional imaging in infants and newborns using automatic dose management software: an application of the new 2013/59 EURATOM directive. *BJR*. Junio de 2018; 91(1086):20180022. Disponible en: <https://www.birpublications.org/doi/10.1259/bjr.20180022>
4. Alikhan R, Bedenis R, Cohen AT. Heparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients (excluding stroke and myocardial infarction). *Cochrane Database Syst Rev*. 7 de mayo de 2014;(5):CD003747. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491079/>
5. Alti E, Mereu A. Community and Primary Care. En: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editores. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 365-74. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_26)
6. Álvarez-Lerma F, et al. Adaptación en la UCI de las recomendaciones de los proyectos Zero durante la pandemia por SARS-CoV-2. 2020. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ADAPTACION\\_EN\\_LA\\_UCI\\_DE\\_LAS\\_RECOMENDACIONES\\_DE\\_LOS\\_PROYECTOS\\_ZERO-COVID19-V1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ADAPTACION_EN_LA_UCI_DE_LAS_RECOMENDACIONES_DE_LOS_PROYECTOS_ZERO-COVID19-V1.pdf)
7. Álvarez-Lerma F, Palomar-Martínez M, Sánchez-García M, Martínez-Alonso M, Álvarez-Rodríguez J, Lorente L, et al. Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: The Multimodal Approach of the Spanish ICU «Pneumonia Zero» Program. *Crit Care Med*. Febrero de 2018; 46(2):181-8. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/320338295\\_Prevention\\_of\\_Ventilator-Associated\\_Pneumonia\\_The\\_Multimodal\\_Approach\\_of\\_the\\_Spanish\\_ICU\\_Pneumonia\\_Zero\\_Program#read](https://www.researchgate.net/publication/320338295_Prevention_of_Ventilator-Associated_Pneumonia_The_Multimodal_Approach_of_the_Spanish_ICU_Pneumonia_Zero_Program#read)
8. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med*. 3 de mayo de 2005; 142(9):756-64. Disponible en: [https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012?rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org](https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org)
9. Amis ES, Butler PF, Applegate KE, Birnbaum SB, Brateman LF, Hevezi JM, et al. American College of Radiology white paper on radiation dose in medicine. *J Am Coll Radiol*. Mayo de 2007; 4(5):272-84.
10. Andrés JMA, Solves JJM, Mora MG, Herrero JF, Burillo JV. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma*. 2013; 24 (1):54-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4204633>
11. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Mira Solves JJ. La cultura de seguridad del paciente. En: *La Gestión Sanitaria Orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*. 2ª ed. Madrid: Fundación Mapfre; 2017. Disponible en: [https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1101694](https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1101694)
12. Aranaz Andrés JM, Pardo Hernández A, López Pereira P, Valencia-Martín JL, Díaz-Agero Pérez C, López Fresneña N, et al. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 2018; 92. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

13. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. IBEAS design: adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Rev Calid Asist.* Junio de 2011; 26(3):194-200.
14. Arias Constantí V, Rife Escudero E, Trenchs Sainz de la Maza V, Blanco González JM, Luaces Cubells C. Design of a risk map in a paediatric emergency department. *An Pediatr (Engl Ed).* 16 de marzo de 2021; S1695-4033(21)00134-X.
15. Asociación Española de Normalización. Norma UNE-EN ISO 9241-420:2011 (Ratificada). Ergonomía de la interacción hombre-sistema. Parte 420: Selección de los dispositivos de entrada físicos. 2011.
16. Asociación Española de Normalización. Norma UNE 179003:2013. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2013.
17. Asociación Española de Normalización. Norma UNE-EN ISO 13940:2016. Informática sanitaria. Sistema de conceptos para dar soporte a la continuidad asistencial. 2016.
18. Atención Primaria. Monográfico Seguridad del Paciente en Atención Primaria. 1 de diciembre de 2021; 53 (1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/journal/atencion-primaria/vol/53/suppl/S1>
19. Bedoya AD, Clement ME, Phelan M, Steorts RC, O'Brien C, Goldstein BA. Minimal Impact of Implemented Early Warning Score and Best Practice Alert for Patient Deterioration. *Crit Care Med.* Enero de 2019; 47(1):49-55. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Full-text/2019/01000/Minimal\\_Impact\\_of\\_Implemented\\_Early\\_Warning\\_Score.7.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Full-text/2019/01000/Minimal_Impact_of_Implemented_Early_Warning_Score.7.aspx)
20. Bernalte-Martí V, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler L. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. *Enfermería Clínica.* Marzo de 2015; 25(2):64-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-percepcion-profesionales-enfermeria-auxiliares-enfermeria-S1130862114001223>
21. Bisbey TM, Kilcullen MP, Thomas EJ, Ottosen MJ, Tsao K, Salas E. Safety Culture: An Integration of Existing Models and a Framework for Understanding Its Development. *Hum Factors.* Febrero de 2021; 63(1):88-110. Disponible en: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0018720819868878?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pu-b++0pubmed&](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0018720819868878?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pu-b++0pubmed&)
22. Boots RJ. Can readmissions really be used as an ICU performance indicator? *Crit Care Med.* Enero de 2013; 41(1):331-2. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Full-text/2013/01000/Can\\_Readmissions\\_Really\\_be\\_Used\\_as\\_an\\_ICU.35.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Full-text/2013/01000/Can_Readmissions_Really_be_Used_as_an_ICU.35.aspx)
23. Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., et al. Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association; 2009. Disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/Mental%20Health%20Paper.pdf>
24. Calder LA, Forster A, Nelson M, Leclair J, Perry J, Vaillancourt C, et al. Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study. *CJEM.* Septiembre de 2010; 12(5):421-30. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/adverse-events-among-patients-registered-in-highacuity-areas-of-the-emergency-department-a-prospective-cohort-study/261055E7EF0E6C9EFC3BCD794A0971C8>
25. Campbell SG, Croskerry P, Bond WF. Profiles in patient safety: A «perfect storm» in the emergency department. *Acad Emerg Med.* Agosto de 2007; 14(8):743-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/j.aem.2007.04.011>

26. Campo AC del, Jiménez JPB. Manual de la relación médico paciente. Foro de la Profesión Médica de España; 2019. Disponible en: <https://www.medicoslaspalmas.es/images/COLEGIO/institucion/publicaciones/manual-relacion-medico-paciente.pdf>
27. Canadian Patient Safety Institute, Disclosure Working Group. Canadian disclosure guidelines: being open and honest with patients and families. Edmonton, Alta.: Canadian Patient Safety Institute; 2012. Disponible en: <https://www.deslibris.ca/ID/231252>
28. Cantrell LA, Garcia C, Maitland HS. Thrombosis and Thromboprophylaxis in Gynecology Surgery. Clin Obstet Gynecol. junio de 2018;61(2):269-77. Disponible en: [https://journals.lww.com/clinicalobgyn/fulltext/2018/06000/thrombosis\\_and\\_thromboprophylaxis\\_in\\_gynecology.10.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/fulltext/2018/06000/thrombosis_and_thromboprophylaxis_in_gynecology.10.aspx)
29. Caprini JA, Arcelus JI, Reyna JJ. Effective risk stratification of surgical and nonsurgical patients for venous thromboembolic disease. Semin Hematol. abril de 2001;38(2 Suppl 5):12-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0037196301900940?via%3Dihub>
30. Chapman SM, Maconochie IK. Early warning scores in paediatrics: an overview. Arch Dis Child. Abril de 2019; 104(4):395-9. Disponible en: <https://adc.bmj.com/content/archdischild/104/4/395.full.pdf>
31. Charles Vincent. The Essentials of Patient Safety. Disponible en: [http://www.iarmm.org/IESRE2012May/Vincent\\_Essentials.pdf](http://www.iarmm.org/IESRE2012May/Vincent_Essentials.pdf)
32. Clarke M, Born K, Johansson M, Jørgensen KJ, Levinson W, Madrid E, et al. Making wise choices about low-value health care in the COVID-19 pandemic. Cochrane Database Syst Rev. 22 de septiembre de 2021; 9: ED000153. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000153/full>
33. Cochrane Library. De-implementation of low-value health care: resource prioritization in the COVID-19 pandemic era. 22 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/collections/doi/SC000052/full/es>
34. Colla JB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Quality and Safety in Health Care. 1 de octubre de 2005; 14(5):364-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/>
35. Comisión Central de Política Antimicrobiana de la Comunidad de Madrid. Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos en la Comunidad de Madrid (RESISTE). 2019. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/farm/programa\\_resiste\\_11mar19\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/farm/programa_resiste_11mar19_0.pdf)
36. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Manual de usuario CISEMadrid (v1.14). Documento interno; 2022. Disponible en: [https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Documents/MEDAS\\_SGCalidad%20ManualUsuario%20CISEMadrid%20v1.15%20rv.pdf](https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Documents/MEDAS_SGCalidad%20ManualUsuario%20CISEMadrid%20v1.15%20rv.pdf)
37. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento. "eConsulta" Interconsulta electrónica no presencial en la Comunidad de Madrid. Documento interno; 2021. Disponible en: [https://saludanv.salud.madrid.org/ContinuidadAsistencial/eConsulta/eConsulta\\_Documento%20funcional.pdf](https://saludanv.salud.madrid.org/ContinuidadAsistencial/eConsulta/eConsulta_Documento%20funcional.pdf)
38. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Coordinación de la Asistencia, Sanitaria. Plan Estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial 2018-2021. 2018. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/mostoles/sites/mostoles/files/2019-09/Plan%20Estrat%20C3%A9gico%20de%20la%20SG%20de%20Continuidad%20Asistencial.pdf>
39. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Estrategia de seguridad del paciente en obstetricia y ginecología. Documento interno; 2021a. Disponible en: [https://saludanv.salud.madrid.org/Hospitales\\_AS/Documents/](https://saludanv.salud.madrid.org/Hospitales_AS/Documents/)

*ESTRATEGIA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20OBTE-TRICIA%20Y%20GINECOLOGIA%202021.pdf*

40. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Estrategia de seguridad del paciente en pediatría. Documento interno; 2021b. Disponible en: [https://saludanv.salud.madrid.org/Hospitales\\_AS/Documents/Estrategia%20de%20Seguridad%20del%20Paciente%20en%20Pediatria%202021.pdf](https://saludanv.salud.madrid.org/Hospitales_AS/Documents/Estrategia%20de%20Seguridad%20del%20Paciente%20en%20Pediatria%202021.pdf)
41. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Estrategia de Seguridad del Paciente (2015-2019). Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia\\_de\\_seguridad\\_del\\_paciente\\_2015-2020\\_sermas\\_rev.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia_de_seguridad_del_paciente_2015-2020_sermas_rev.pdf)
42. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección de Calidad y Cooperación Sanitaria. Higiene de Manos. Manos seguras. Estrategia de Despliegue en Centros Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). 2010. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/estrategia\\_de\\_despliegue\\_sermas.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/estrategia_de_despliegue_sermas.pdf)
43. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección de Calidad y Cooperación Sanitaria. Recomendaciones para la comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves. 2019. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020276.pdf>
44. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Plan Estratégico de Farmacia en la Comunidad de Madrid: Receta Médica (2014-2018).
45. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Estrategia de reducción del consumo crónico de benzodiazepinas. Documento interno; Disponible en: [https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/ProgramasUsoMedicamentos/BZD/Plan%20reduccion%20de%20BZD\\_13ene17.pdf](https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/ProgramasUsoMedicamentos/BZD/Plan%20reduccion%20de%20BZD_13ene17.pdf)
46. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Guía Farmacogeriátrica. Documento interno; Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/Publicaciones/Guia-Farmacogeriatica.aspx>
47. Consejo de Gobierno. Decreto 53/2017 de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, 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. May 12, 2017 p. 10-3. Disponible en: [https://www.bocm.es/boletin/CM\\_Orden\\_BOCM/2017/05/11/BOCM-20170511-1.PDF](https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2017/05/11/BOCM-20170511-1.PDF)
48. Consejo de Gobierno. Decreto 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid. Ene 23, 2021 p. 8-14. Disponible en: [http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=11795#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=11795#no-back-button)
49. Consejo de Seguridad Nuclear. Instrucción IS-17, de 30 de enero de 2008, del Consejo de Seguridad Nuclear, sobre la homologación de cursos o programas de formación para el personal que dirija el funcionamiento u opere los equipos en las instalaciones de rayos X con fines de diagnóstico médico y acreditación del personal de dichas instalaciones. Sec. 1, Instrucción IS/17 feb 19, 2008 p. 9023-34. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/ins/2008/01/30/is17>
50. Cookson B, Fabry J, Jans B, Latour K, Mackenzie D, Moro ML, et al. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities May-September 2010. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-1>

51. Cosgrove SE. The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay, and health care costs. *Clin Infect Dis.* 15 de enero de 2006; 42 Suppl 2: S82-89. Disponible en: [https://academic.oup.com/cid/article/42/Supplement\\_2/S82/377684](https://academic.oup.com/cid/article/42/Supplement_2/S82/377684)
52. Díaz-Caro I, García Gómez-Heras S. Incidence of hospital-acquired pressure ulcers in patients with «minimal risk» according to the «Norton-MI» scale. *PLoS One.* 2020; 15(1): e0227052. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227052>
53. Dirección General de Gestión Económico-Financiera y Farmacia. Comunidad de Madrid. Resolución de la dirección general de gestión económico-financiera y farmacia por la que se establecen medidas relacionadas con la dispensación de medicamentos y actividades de atención farmacéutica de los servicios de farmacia para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 2020. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/NormativaNew/CONSEJERIA-2020-421-RESOLUCION.pdf>
54. Dirección General de Hospitales, Servicio Madrileño de Salud. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Guía para la elaboración de Protocolos y Procedimientos de Enfermería. 2012. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017377.pdf>
55. Directiva 2013/59/Euratom del Consejo, de 5 de diciembre de 2013, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes, y se derogan las Directivas 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom y 2003/122/Euratom. *OJ L* dic 5, 2013. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/dir/2013/59/oj/spa>
56. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014a. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS\\_D\\_documentoMarcoDolor.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_D_documentoMarcoDolor.pdf)
57. D'Lima D, Archer S, Thibaut BI, Ramtale SC, Dewa LH, Darzi A. A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. *Syst Rev.* 29 de noviembre de 2016; 5(1):203. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0365-7>
58. Egea FR, Vecina ST, Borrás MC. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.* 2011; 23(5):356-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3769730>
59. Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, editor. The bacterial challenge, time to react: a call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. Stockholm: European Centre for Disease Control; 2009. (ECDC/ EMEA joint technical report). Disponible en: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/0909\\_TER\\_The\\_Bacterial\\_Challenge\\_Time\\_to\\_React.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf)
60. European Association of Nuclear Medicine. European Nuclear Medicine Guide. 2020. Disponible en: <https://www.nucmed-guide.app/#/!startscreen>
61. European Commission. Referral Guidelines for Imaging: Radiation Protection 118. Luxembourg; 2001. Disponible en: <https://www.sergas.es/docs/profesional/boapraticaclinica/rp118.pdf>
62. Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? *Med Intensiva (Engl Ed).* Marzo de 2018; 42(2):110-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569117302279?via%3Dihub>
63. Friedman ND, Kaye KS, Stout JE, McGarry SA, Trivette SL, Briggs JP, et al. Health care-associated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of commu-

- nity-acquired infections. *Ann Intern Med.* 19 de noviembre de 2002; 137(10):791-7. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-137-10-200211190-00007>
64. Fundamentos para los lineamientos para el desarrollo de la telemedicina y telesalud en Chile. 2020. Disponible en: <https://lineamientostelesalud.cl/download/419/>
  65. Fung D, Chern CM, Fang TZT. Calidad clínica y seguridad del paciente en salud mental infantil y adolescente. En: *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; Rey JM; 2018. Disponible en: [https://iacapap.org/\\_Resources/Persistent/1de7b17a2058ee6a0123b-041fa0e5adb9e9acf77/J.8-Calidad-Spanish-2018.pdf](https://iacapap.org/_Resources/Persistent/1de7b17a2058ee6a0123b-041fa0e5adb9e9acf77/J.8-Calidad-Spanish-2018.pdf)
  66. Gala J, Llobet A, Ruiz A, Álvarez A, Aguado Bueno B, Castaño C, et al. Estándares en Hemoterapia. Fundación para la Calidad en Transfusión Sanguínea, Terapia Celular y Tisular. 5a edición, 2019. 2019. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/341509668\\_Estandares\\_en\\_Hemoterapia\\_Fundacion\\_para\\_la\\_Calidad\\_en\\_Transfucion\\_Sanguinea\\_Terapia\\_Celular\\_y\\_Tisular\\_5\\_edicion\\_2019](https://www.researchgate.net/publication/341509668_Estandares_en_Hemoterapia_Fundacion_para_la_Calidad_en_Transfucion_Sanguinea_Terapia_Celular_y_Tisular_5_edicion_2019)
  67. Van Galen LS, Car J. Telephone consultations. *BMJ.* 29 de marzo de 2018; 360: k1047. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k1047.long>
  68. García-Del-Valle S, Arnal-Velasco D, Molina-Mendoza R, Gómez-Arnau JI. Update on early warning scores. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* Mayo de 2021; 35(1):105-13. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1521689620301373?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1521689620301373%3Fshoal%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
  69. Gordo F, Molina R. Evolution to the early detection of severity. Where are we going? *Med Intensiva (Engl Ed)*. Febrero de 2018; 42(1):47-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021056911730205X?via%3Dihub>
  70. Gordo Vidal F, Abella Álvarez A. Early detection of the need for intensive care. *Emergencias*. Octubre de 2018; 30(5):350-3. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/deteccion-precoz-del-paciente-que-requiere-cuidados-intensivos/>
  71. Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JI, Heit JA, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. febrero de 2012;141(2 Suppl): e227S-e277S. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369212601251?via%3Dihub>
  72. Hall KK, Shoemaker-Hunt S, Hoffman L, Richard S, Gall E, Schoyer E, et al. Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555526/>
  73. Hernando Helguero P, Sánchez Pina C. La continuidad de cuidados: coordinación entre el pediatra de Atención Primaria y el pediatra del hospital. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012;5. Disponible en: <https://fapap.es/articulo/194/la-continuidad-de-cuidados-coordinacion-entre-el-pediatra-de-atencion-primaria-y-el-pediatra-del-hospital>
  74. Heller AR, Mees ST, Lauterwald B, Reeps C, Koch T, Weitz J. Detection of Deteriorating Patients on Surgical Wards Outside the ICU by an Automated MEWS-Based Early Warning System With Paging Functionality. *Ann Surg*. Enero de 2020; 271(1):100-5. Disponible en: [https://journals.lww.com/annalsurgery/Fulltext/2020/01000/Detection\\_of\\_Deteriorating\\_Patients\\_on\\_Surgical.16.aspx](https://journals.lww.com/annalsurgery/Fulltext/2020/01000/Detection_of_Deteriorating_Patients_on_Surgical.16.aspx)

75. Heras A, Abizanda R, Belenguer A, Vidal B, Ferrándiz A, Micó ML, et al. Intermediate care units. Health care consequences in a reference hospital. *Med Intensiva*. Octubre de 2007; 31(7):353-60. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-linkresolver-unidades-cuidados-intermedios-consecuencias-asistenciales-13110701>
76. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompart-Pou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recommendations of the Working Groups from the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of adult critically ill patients. *Med Intensiva*. Julio de 2017; 41(5):285-305. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021056912030098X?via%3Dihub>
77. Horcajada JP, Padilla B. Endemic and epidemic. Investigation of a nosocomial outbreak. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. Marzo de 2013; 31(3):181-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X12003758?via%3Dihub>
78. Hosein FS, Bobrovitz N, Berthelot S, Zygun D, Ghali WA, Stelfox HT. A systematic review of tools for predicting severe adverse events following patient discharge from intensive care units. *Crit Care*. 29 de junio de 2013; 17(3): R102. Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc12747>
79. ICRP, Khong P-L, Ringertz H, Donoghue V, Frush D, Rehani M, et al. ICRP publication 121: radiological protection in paediatric diagnostic and interventional radiology. *Ann ICRP*. Abril de 2013; 42(2):1-63. Disponible en: <https://www.icrp.org/publication.asp?id=icrp%20publication%20121>
80. Instituto para el Uso Seguro del Medicamento ISMP-España. Los diez errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos. Febrero de 2021; 50. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/noticias/view/164>
81. Jans B. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): Results from the national survey of characteristics of nursing homes. 1 de enero de 2010; Disponible en: [https://www.academia.edu/69355057/European\\_Surveillance\\_of\\_Antimicrobial\\_Consumption\\_ESAC\\_Results\\_from\\_the\\_national\\_survey\\_of\\_characteristics\\_of\\_nursing\\_homes](https://www.academia.edu/69355057/European_Surveillance_of_Antimicrobial_Consumption_ESAC_Results_from_the_national_survey_of_characteristics_of_nursing_homes)
82. Jans B, Griskeviciene J, Dillane T, Fitzpatrick F, Moro ML, Kinross P, et al. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities April-May 2013. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-2>
83. Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Sec. 1, Ley 41/2002 nov 15, 2002 p. 40126-32. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es//2002/11/14/41>
84. Jewell JA, COMMITTEE ON HOSPITAL CARE. Standardization of Inpatient Handoff Communication. *Pediatrics*. Noviembre de 2016; 138(5): e20162681. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/138/5/e20162681/60679/Standardization-of-Inpatient-Handoff-Communication?autologincheck=redirected?nfToken=00000000-0000-0000-0000-000000000000>
85. Johns RH, Dawson D, Ball J. Considerations and proposals for the management of patients after prolonged intensive care unit admission. *Postgrad Med J*. septiembre de 2010; 86(1019):541-51. Disponible en: <https://pmj.bmj.com/content/86/1019/541>
86. Jorge JIM, Marín CS, Minagorre PJA, Marco RH, García JJG. Nivel asistencial por definir en hospitalización pediátrica. *Acta pediátrica española*. 2020; 78(3-4):62-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7525989>

87. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2019. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/plan-estrategico-calidad-sspa.html>
88. Kahn SR, Lim W, Dunn AS, Cushman M, Dentali F, Akl EA, et al. Prevention of VTE in non-surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. febrero de 2012;141(2 Suppl): e195S-e226S. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001236921260124X>
89. Klepstad PK, Nordseth T, Sikora N, Klepstad P. Use of National Early Warning Score for observation for increased risk for clinical deterioration during post-ICU care at a surgical ward. Ther Clin Risk Manag. 2019; 15:315-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6395055/>
90. Klifto KM, Gurno CF, Major M, Seal SM, Sacks JM, Rosson GD, et al. Pre-, intra-, and/or postoperative arterial and venous thromboembolism prophylaxis for breast surgery: Systematic review and meta-analysis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. enero de 2020;73(1):1-18. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1748681519304413?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1748681519304413%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2>
91. Kramer AA, Higgins TL, Zimmerman JE. Intensive care unit readmissions in U.S. hospitals: patient characteristics, risk factors, and outcomes. Crit Care Med. Enero de 2012; 40(1):3-10. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2012/01000/Intensive\\_care\\_unit\\_readmissions\\_in\\_U\\_S\\_.2.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2012/01000/Intensive_care_unit_readmissions_in_U_S_.2.aspx)
92. Kramer AA, Higgins TL, Zimmerman JE. The association between ICU readmission rate and patient outcomes. Crit Care Med. Enero de 2013; 41(1):24-33. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2013/01000/The\\_Association\\_Between\\_ICU\\_Readmission\\_Rate\\_and.4.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2013/01000/The_Association_Between_ICU_Readmission_Rate_and.4.aspx)
93. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafrá López F, Carrascosa-García MI, Luque Martínez FM, Alejo Esteban JA, et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. Gerokomos. Septiembre de 2010; 21(3):97-107. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
94. Donaldson LJ, Kelley ET, Dhingra-Kumar N, Kiény MP, Sheikh A. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. April 2017. The Lancet 389(10080):1680. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31047-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31047-4/fulltext)
95. Ludikhuize J, Borgert M, Binnekade J, Subbe C, Dongelmans D, Goossens A. Standardized measurement of the Modified Early Warning Score results in enhanced implementation of a Rapid Response System: a quasi-experimental study. Resuscitation. Mayo de 2014; 85(5):676-82. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0300957214000951?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0300957214000951%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
96. Martín Sánchez, A, Sánchez Donaire, A, Barquero García, TC, Párraga Bermejo, JL. La cultura de seguridad en emergencias sanitarias. Nure investigación. 28 de enero de 2021;(110). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2039>

97. Martín-Delgado MC, Calleja-Hernández MÁ. Hospital Pharmacy and Critical Care Medicine: a necessary alliance. *Farm Hosp.* 1 de septiembre de 2018; 42(5):189-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3659/365962347002/html/>
98. Martínez JA. Seguridad del paciente en los servicios de urgencias. Estudio regional de incidentes derivados de la atención en los servicios de urgencias hospitalarios del servicio murciano de salud [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Miguel Hernández; 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=211436>
99. Martínez Pérez Ó, Guasch-Arévalo E, Cueto Hernández I. Manual práctico de emergencias obstétricas. Madrid: Inyecmedia; 2014.
100. Martínez-Alés G, Angora R, Barrigón ML, Román-Mazuecos E, Jiménez-Sola E, Villoria L, et al. A Real-World Effectiveness Study Comparing a Priority Appointment, an Enhanced Contact Intervention, and a Psychotherapeutic Program Following Attempted Suicide. *J Clin Psychiatry.* 26 de febrero de 2019a; 80(2):18m12416. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/effectiveness-of-suicide-prevention-programs/>
101. Martínez-Alés G, Jiménez-Sola E, Román-Mazuecos E, Sánchez-Castro MP, de Dios C, Rodríguez-Vega B, et al. An Emergency Department-Initiated Intervention to Lower Relapse Risk after Attempted Suicide. *Suicide Life Threat Behav.* Diciembre de 2019b; 49(6):1587-99. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12542> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12542>
102. McKinstry B, Hammersley V, Burton C, Pinnock H, Elton R, Dowell J, et al. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Qual Saf Health Care.* Agosto de 2010; 19(4):298-303. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/19/4/298>
103. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Ramos Forner GM, Compañ Rosique AF, Morales Calderón M, Aranaz Andrés JM. Creación y validación de una nueva escala para medir cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante. *Journal of Healthcare Quality Research.* Enero de 2019; 34(1):12-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2603647919300028>
104. Merino de Cos P. Incidentes sin daño y eventos adversos en Medicina Intensiva. En: Conferencia de expertos de la SOCMIC Seguridad del paciente crítico. Edikamed; 2014. p. 25-34. Disponible en: <http://www.acmcb.es/files/425-10286-DOCUMENT/IIIlibrece2014.pdf>
105. Merino P, Álvarez J, Cruz Martín M, Alonso Á, Gutiérrez I, SYREC Study Investigators. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. *Int J Qual Health Care.* Abril de 2012; 24(2):105-13. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/24/2/105/1791849>
106. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico. Sec. 1, Real Decreto 1976/1999 dic 29, 1999 p. 45891-900. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1999/12/23/1976>
107. Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP): Incidentes de seguridad notificados en 2018. 2020. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2020/07/sinasp-2018.pdf>
108. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. 2018 jun. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)
109. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radio-

- lógica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. Sec. 1, Real Decreto 601/2019 oct 31, 2019a p. 120840-56. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2019/10/18/601>
110. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos. 2019b. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Recomendaciones\\_de\\_Practicas\\_Seguras\\_en\\_la\\_conciliacion\\_de\\_la\\_medificacion\\_al\\_alta\\_hospitalaria\\_en\\_pacientes\\_cronicos\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Recomendaciones_de_Practicas_Seguras_en_la_conciliacion_de_la_medificacion_al_alta_hospitalaria_en_pacientes_cronicos_2019.pdf)
111. Ministerio De Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estudio no 8818. Barómetro Sanitario 2018 (total oleadas). Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2018/BS2018\\_mar.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_mar.pdf)
112. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. Disponible en: [https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones\\_sv-pdf.pdf](https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf)
113. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Estrategia Salud Digital Sistema Nacional de Salud. 2021. Disponible en: [http://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Digital\\_del\\_SNS.pdf](http://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf)
114. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015/2020. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
115. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2019/12/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf>
116. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2021/05/Recomendaciones%20para%20el%20an%C3%A1lisis%20de%20los%20incidentes%20de%20seguridad%20del%20paciente%20con%20da%C3%B1o.%20Accesible.pdf>
117. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012 dic. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
118. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad asistencial de diagnóstico y tratamiento por la imagen. Estándares y recomendaciones de calidad. 2013. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Diagnostico\\_Imagen\\_EyR.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Diagnostico_Imagen_EyR.pdf)
119. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS%20DE%20LA%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20%20DEL%20PACIENTE%20EN%20ATENCIÓN%20PRIMARIA.PDF>
120. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. 2015. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/opioides-dolor-cronico/>
121. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid; 2006. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

122. Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/3276/2007, de 23 de octubre, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, mediante el que se articula el segundo nivel de formación en protección radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista. Sec. 3, Orden SCO/3276/2007 nov 13, 2007 p. 46539-43. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/10/23/sco3276>
123. Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. 2008a. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
124. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Estudio APEAS 2008. Madrid; 2008b. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
125. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2009. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
126. Ministerio de Sanidad y Política Social. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SENECA. 2010a. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/va/../../../../organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>
127. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2010b. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
128. Miquelez Alonso S, Peinado Montes MA, Fernandez Soto JM, Ordiales Solís JM, Alejo Luque L, Almansa López JF, et. al. Requisitos básicos para los sistemas de registro y gestión de dosis en pacientes sometidos a exploraciones de diagnóstico por imagen . Revista De Física Médica, 21(1), 41-53. Disponible en: <https://revistadefisicamedica.es/index.php/rfm/article/view/328>
129. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Serv Res. 9 de abril de 2015; 15:151. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0790-7>
130. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after «To Err is Human». BMJ Qual Saf. Febrero de 2016; 25(2):92-9. Disponible en: <https://qhc.bmj.com/lookup/lookup?view=long&pmid=26217037>
131. Moon A, Cosgrove JF, Lea D, Fairs A, Cressey DM. An eight year audit before and after the introduction of modified early warning score (MEWS) charts, of patients admitted to a tertiary referral intensive care unit after CPR. Resuscitation. Febrero de 2011; 82(2):150-4. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0300957210010117?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0300957210010117%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
132. Morales Santos, Valdés Solís P, Gómez Mardones G, Trapero García MÁ, Frieria Reyes A. Novedades legislativas y aspectos prácticos. Preguntas y respuestas. Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM); 2020. Disponible en: [https://seram.es/wp-content/uploads/2021/09/RD\\_601\\_SERAM\\_SDC.pdf](https://seram.es/wp-content/uploads/2021/09/RD_601_SERAM_SDC.pdf)

133. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med.* Agosto de 2016; 44(8):1553-602. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2016/08000/ICU\\_Admission,\\_Discharge,\\_and\\_Triage\\_Guidelines\\_\\_A.15.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2016/08000/ICU_Admission,_Discharge,_and_Triage_Guidelines__A.15.aspx)
134. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety in mental health. 2018. Disponible en: [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20171030134854mp\\_/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60203&type=full&servicetype=Attachment](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20171030134854mp_/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60203&type=full&servicetype=Attachment)
135. National Patient Safety Agency, NHS. A Risk matrix for risk managers. 2008. Disponible en: <https://silo.tips/download/a-risk-matrix-for-risk-managers>
136. NHS Education for Scotland (NES). The Primary Care Trigger Tool: Practical Guidance for GP Teams. 2010. Disponible en: <https://ihub.scot/medial/2353/trigger-tool-guidance-primary-care-10.pdf>
137. Niven DJ, Bastos JF, Stelfox HT. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* Enero de 2014; 42(1):179-87. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2014/01000/Critical\\_Care\\_Transition\\_Programs\\_and\\_the\\_Risk\\_of.21.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2014/01000/Critical_Care_Transition_Programs_and_the_Risk_of.21.aspx)
138. Observatorio Regional de Seguridad del Paciente (ORSP). Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Memoria de actuaciones (2020). Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>
139. Ocaña Pérez-Cerdá CM, Barbero Hernández I. Seguridad en el proceso transfusional en el paciente pediátrico. El papel clave de la enfermería. 33 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Disponible en: <https://secip.com/images/uploads/2018/06/9.-Seguridad-del-paciente.pdf>
140. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
141. Ofoma UR, Dong Y, Gajic O, Pickering BW. A qualitative exploration of the discharge process and factors predisposing to readmissions to the intensive care unit. *BMC Health Serv Res.* 5 de enero de 2018; 18(1):6. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2821-z>
142. Oliver Rosset, Etel, Guerrero Bernat, Sara, Soler Mieras, Aina, Cabrer Palomés, Joan F, Roca Casas, Antònia. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019-2023. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; 2018. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1784/plan-estrategico-seguridad-paciente-2019-2023-es.pdf>
143. Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de verificación de la seguridad del parto, guía de aplicación: mejorar la calidad de la atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitarias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207480>
144. Otero MJ, Merino de Cos P, Aquerreta González I, Bodí M, Domingo Chiva E, Marrero Penichet SM, et al. Assessment of the implementation of safe medication practices in Intensive Medicine Units. *Med Intensiva (Engl Ed).* 24 de agosto de 2021; S0210-5691(21)00176-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569121001765?via%3Dihub>
145. Pàez Vives F, Recha Sancho R, Altadill Amposta À, Montaña Raduà RM, Anadón Chortó N, Castells Salvadó M. Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital. *Revista de Calidad Asistencial.* Septiembre de 2010; 25(5):308-13. Dis-

- ponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-abordaje-interdisciplinar-conciliacion-medicacion-cronica-S1134282X10000461>
146. Palomar M, Álvarez-Lerma F, Riera A, Díaz MT, Torres F, Agra Y, et al. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related bloodstream infection in the ICU: the Spanish experience. *Crit Care Med*. Octubre de 2013; 41(10):2364-72. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2013/10000/Impact\\_of\\_a\\_National\\_Multimodal\\_Intervention\\_to.12.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2013/10000/Impact_of_a_National_Multimodal_Intervention_to.12.aspx)
  147. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5o Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*. 2019; 30(2):76-86. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2019000200076&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2019000200076&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
  148. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. Julio de 2016; 25(7):544-53. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/544>
  149. Pérez EJP, Alonso SM, Crespo BÁ, Robredo MTB. Consumo de fármacos opiáceos en la ciudad de Madrid: Factores sanitarios y sociodemográficos asociados. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2021; 33(3):235-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8029667>
  150. Posición de la SERAM sobre los riesgos asociados a las dosis de radiación utilizadas en las exploraciones practicadas en Radiodiagnóstico. *Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)*; 2015b. Disponible en: <https://servei.org/wp-content/uploads/posicion-seram-radiaciones.pdf>
  151. Posicionamiento de las Sociedades Españolas de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), Neonatología (SENeo), Urgencias de Pediatría (SEUP) y de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) respecto a la necesidad de implantación de unidades de transporte pediátrico y neonatal especializadas en el transporte interhospitalario. 2021b. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/posicionamiento\\_def\\_dic2020\\_semes\\_2\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/posicionamiento_def_dic2020_semes_2_1.pdf)
  152. Prieto Santos N, Torijano Casalegua ML, Mira Solves JJ, Bueno Dominguez MJ, Pérez Pérez P, Astier Peña MP. Implemented actions in the Spanish National Health System to improve patient safety culture. *J Healthc Qual Res*. Diciembre de 2019; 34(6):292-300. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647919301009?via%3Dihub>
  153. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. Agosto de 2005; 14(4):231-3. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/231>
  154. Proyecto DOMNES. Prospección nacional de procedimientos de diagnóstico en medicina nuclear utilizados en los centros sanitarios españoles. Estimación de dosis recibidas por los pacientes y la población. CSN, SEMNIM, SEPR, SEFM; 2014b. Disponible en: <https://www.csn.es/documents/10182/1006281/Proyecto%20DOMNES.%20Prospecci%C3%B3n%20nacional%20de%20procedimientos%20de%20diagn%C3%B3stico%20en%20medicina%20nuclear%20utilizados%20en%20los%20centros%20sanitarios%20espa%C3%B1oles.%20Estimaci%C3%B3n%20de%20dosis%20recibidas%20por%20los%20pacientes%20y%20la%20poblaci%C3%B3n>
  155. Raeisi A, Rarani MA, Soltani F. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *J Educ Health Promot*. 2019; 8:173. Disponible en: <https://www.jehp.net/article.asp?issn=2277-9531;year=2019;volume=8;issue=1;spage=173;epage=173;aulast=Raeisi>
  156. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica (Protocolo-MMR). Madrid; 2016 nov. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPu>

blicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-MMR\_Nov2017\_rev\_Abril2019.pdf

157. Requena Coello P. Errores de medicación en los servicios de urgencias hospitalarias y la seguridad del paciente. Universidad de La Laguna; 2015. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2245/errores+de+medicacion+en+los+servicios+de+urgencias+hospitalarias+y+la+seguridad+del+paciente.pdf?sequence=1>
158. Rinke ML, Bundy DG, Velasquez CA, Rao S, Zerhouni Y, Lobner K, et al. Interventions to reduce pediatric medication errors: a systematic review. *Pediatrics*. Agosto de 2014; 134(2):338-60. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/134/2/338/32914/Interventions-to-Reduce-Pediatric-Medication?autologincheck=redirected?nfToken=00000000-0000-0000-0000-000000000000>
159. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Health care levels and minimum recommendations for neonatal care. *An Pediatr (Barc)*. Julio de 2013; 79(1):51. e1-51.e11. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-linkresolver-niveles-asistenciales-recomendaciones-minimos-atencion-S1695403312004869>
160. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 1 de septiembre de 2017; 28(5):785-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
161. Rodríguez Alonso A, Ricart Campos S. Atención al niño con complejidad médica o patología crónica compleja. Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria; 2021. Disponible en: <https://sepih.es/wp-content/uploads/27.-Atencion-al-nino-con-complejidad-medica-o-patologia-cronica-compleja.pdf>
162. Romeo Casabona CM, Urruela Mora A, Peiró Callizo E, Alava Cano F, Gens Barbera M, Iriarte Aristu I, et al. What regulations have launched autonomous communities to going forward on patient safety culture in healthcare organizations?. *J Healthc Qual Res*. Octubre de 2019; 34(5):258-65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-avance-resumen-que-normativas-han-desarrollado-comunidades-S2603647919300661>
163. Rothman MJ. The Emperor Has No Clothes. *Crit Care Med*. Enero de 2019; 47(1):129-30. Disponible en: <https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00003246-201901000-00022&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>
164. Sahnoud S, Ashry EM, El Kalioby M, Kamel N. Knowledge Improvement of Blood Transfusion Safety Among Pediatricians: Post Educational Intervention. *Transfus Med Rev*. abril de 2021; 35(2):135-9. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0887796321000067?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0887796321000067%3Fshoal%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2>
165. Sanz López E, Sánchez Luna M, Rite Gracia S, Benavente Fernández I, Leante Castellanos JL, Pérez Muñozuri A, et al. Recommendations for the unequivocal identification of the newborn. *An Pediatr (Barc)*. Octubre de 2017; 87(4):235. e1-235.e4. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/en-recommendations-for-unequivocal-identification-newborn-articulo-S2341287917301461>
166. Satin AJ. Simulation in Obstetrics. *Obstet Gynecol*. Julio de 2018; 132(1):199-209. Disponible en: enlace al documento: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/07000/Simulation\\_in\\_Obstetrics.28.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/07000/Simulation_in_Obstetrics.28.aspx)

167. Saura RM, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Espanya, Ministerio de Sanidad y Consumo, Catalunya, Departament de Salut, et al. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. Madrid; Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo; Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2008.
168. Van Sluisveld N, Bakhshi-Raiez F, de Keizer N, Holman R, Wester G, Wollersheim H, et al. Variation in rates of ICU readmissions and post-ICU in-hospital mortality and their association with ICU discharge practices. *BMC Health Serv Res.* 17 de abril de 2017a; 17(1):281. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5393034/>
169. Van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med.* Abril de 2015; 41(4):589-604. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-3666-8>
170. Van Sluisveld N, Oerlemans A, Westert G, van der Hoeven JG, Wollersheim H, Zegers M. Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 4 de abril de 2017b; 17(1):251. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5381117/>
171. Sociedad Española de Fertilidad. Manual de buena práctica clínica en reproducción asistida. Grupo de Interés de Ética y Buena Práctica de la Sociedad Española de Fertilidad; 2016. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/noticias/manualBuenaPractica.pdf>
172. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. 2005.
173. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2017. Disponible en: <http://www.semicuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>
174. Stelfox HT, Bastos J, Niven DJ, Bagshaw SM, Turin TC, Gao S. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from ICU. *Intensive Care Med.* Marzo de 2016; 42(3):401-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-4173-7>
175. Suetens C. Healthcare-associated infections in European long-term care facilities: How big is the challenge? *Euro Surveill.* 30 de agosto de 2012; 17(35):20259. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.17.35.20259-en>
176. Thibaut B, Dewa LH, Ramtale SC, D'Lima D, Adam S, Ashrafian H, et al. Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ Open.* 23 de diciembre de 2019; 9(12):e030230. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7008434/>
177. Timmers TK, Verhofstad MHJ, Moons KGM, Leenen LPH. Patients' characteristics associated with readmission to a surgical intensive care unit. *Am J Crit Care.* Noviembre de 2012;21(6): e120-128. Disponible en: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/21/6/e120/2954/Patients-Characteristics-Associated-With>
178. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2010; 33:131-48. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272010000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
179. Toribio-Vicente MJ, Chalco-Orrego JP, Díaz-Redondo A, Llorente-Parrado C, Plá-Mestre R. Detection of adverse events using trigger tools in 2 hospital units in Spain. *J Healthc Qual Res.* Agosto de 2018; 33(4):199-205. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647918300472?via%3Dihub>

180. Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda JJ, García-Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. Gerokomos. Diciembre de 2016; 27(4):161-7. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2016000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2016000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
181. Vázquez A, Carlo G de, Marchetti P, Monopoli D, Montico B, Morgulis N, et al. Pase de guardia: información relevante y toma de decisiones en clínica médica: Estudio prospectivo. Educación Médica. Septiembre de 2011; 14(3):181-7. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1575-18132011000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-18132011000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
182. Vecina ST, Chanovas M, Roqueta F, Martínez JA, Toranzo T, Evadur-Semes G de T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2010; 22(6 Diciembre): 415-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5447191>
183. Viceconsejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Resolución de la Viceconsejería de Sanidad por la que se dictan instrucciones para la Implantación del Módulo único de Prescripción en el Servicio Madrileño de Salud. 2018. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/NormativaNew/CONSEJER%C3%8DA-2018-517-RESOLUCION.pdf>
184. Vincent C, Amalberti R. Safety Strategies for Care in the Home. En: Vincent C, Amalberti R, editores. Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 93-111. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0_8)
185. Vincent C, Amalberti R. Seguridad del paciente: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. 1ª ed. Madrid: Modus Laborandi; 2016. Disponible en: [https://calidadasistencial.es/wp-content/uploads/2017/12/Libro-SECA\\_MSSSI\\_Seguridad\\_del\\_paciente\\_traducci%C3%B3n.pdf](https://calidadasistencial.es/wp-content/uploads/2017/12/Libro-SECA_MSSSI_Seguridad_del_paciente_traducci%C3%B3n.pdf)
186. Vincent JL, Burchardi H. Do we need intermediate care units? Intensive Care Med. Diciembre de 1999; 25(12):1345-9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s001340051077>
187. Walsh KE, Bundy DG, Landrigan CP. Preventing health care-associated harm in children. JAMA. 7 de mayo de 2014; 311(17):1731-2. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1866118>
188. Wang X, Liu K, You L, Xiang J, Hu H, Zhang L, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. Agosto de 2014; 51(8):1114-22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003854?via%3Dihub>
189. Westrum R. A typology of organisational cultures. Qual Saf Health Care. Diciembre de 2004; 13 Suppl 2: ii22-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765804/>
190. WHO Patient Safety, World Health Organization. Manual de aplicación lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009: safe surgery saves lives. 2009; 16. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44233>
191. Woldhek AL, Rijkenberg S, Bosman RJ, van der Voort PHJ. Readmission of ICU patients: A quality indicator? J Crit Care. Abril de 2017; 38:328-34. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S088394411630908X?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS088394411630908X%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
192. World Health Organization. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718>

193. World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334323>
194. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021a. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>
195. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021b. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>
196. World Health Organization. Working for a brighter, healthier future: how WHO improves health and promotes well-being for the world's adolescents. Geneva: World Health Organization; 2021c. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351088>
197. World Health Organization. World patient safety day goals 2021-2022: safe maternal and newborn care. Geneva: World Health Organization; 2021d. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345254>
198. World Health Organization, The Joint Commission. Communication During Patient Hand-Over. Patient Safety Solutions volume 1, solution 3. 2007 may. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664\\_4&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1)
199. World Health Organization (WHO). Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. 2019. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/200067-1b-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-sp\\_1c8b2b9c-4c25-4efb-8553-9f466028b583.pdf?sfvrsn=4b848c08\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/200067-1b-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-sp_1c8b2b9c-4c25-4efb-8553-9f466028b583.pdf?sfvrsn=4b848c08_4)
200. Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia. 2013. Disponible en: <https://libreria.xunta.gal/sites/default/files/documents/13-0111.pdf>

## Recursos web

1. American Board of Internal Medicine Foundation. Choosing Wisely. Promoting conversations between patients and clinicians. 2014. Disponible en: <https://www.choosingwisely.org/>
2. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Seguridad de las vacunas. Contraindicaciones y precauciones. Manual de vacunas en línea de la AEP. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-3>
3. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Biblioteca Breve de Seguridad del Paciente. Comunidad de Madrid. 2017. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/biblioteca-breve-seguridad-paciente>
4. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Escuela Madrileña de Salud. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/escuela-madrilena-salud>
5. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Observatorio Regional de Seguridad del Paciente. Comunidad de Madrid. 2017. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>
6. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Seguridad de Medicamentos. Disponible en: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>
7. European Society of Radiology. EuroSafe Imaging Together - for patient safety. Disponible en: <http://www.eurosafeimaging.org/>
8. International Commission on Radiological Protection. Educational Materials. Disponible en: <https://www.icrp.org/page.asp?id=10>
9. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Página web de Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas de España. 2013. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_sccc.htm](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm)
11. Programa de Epidemiología Clínica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Divulgación de Iniciativas para analizar la adecuación en salud. Disponible en: <http://www.dianasalud.com/>
12. The BMJ. Too much medicine. Disponible en: <https://www.bmj.com/too-much-medicine>
13. The National Patient Safety Agency (NPSA). 2019. Disponible en: <https://www.npsa.org.uk/>
14. Boletín de Gestión Sanitaria. Saludconcosas. 2021. Disponible en: <https://saludconcosas.es/boletin-de-gestion-sanitaria/>
15. National Healthcare Safety Network (NHSN). 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nhsn/index.html>
16. Patient Safety and Quality of Care Good Practices. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. 2022. Disponible en: <https://www.pasq.eu/wiki/patientsafetyandqualityofcaregoodpractices.aspx>
17. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Disponible en: <https://www.ahrq.gov/>
18. Alianza para la seguridad en la imagen en radiología pediátrica. Disponible en: <https://www.imagegently.org/>
19. Alianza para la seguridad radiológica de la imagen en el adulto. Disponible en: <https://www.imagewisely.org/>
20. American College of Radiology Appropriateness Criteria. Disponible en: <https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria>

21. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/>
22. Boletines de Seguridad para profesionales. Farmacia y productos sanitarios. Intranet Consejería de Sanidad. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/Publicaciones/BoletinesSeguridad.aspx>
23. Campaña «Educación en Salud: Aprendemos a Cuidarnos - Hábitos Saludables». Función por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://fidisp.org/campana-aprendemos-a-cuidarnos/>
24. Campaña para apoyar y reforzar la seguridad en protección radiológica médica en Europa. Disponible en: <http://www.eurosafeimaging.org/about/call-for-action>
25. Canadian Patient Safety Institute. Disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca:443/en/Pages/default.aspx>
26. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva. Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP). Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/noticias/view/143>
27. El proyecto «no hacer» en Sacyl: si no es necesario puede hacer daño. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/calidad-seguridad-paciente/seguridad-paciente/necesario-puede-hacer-dano/proyecto-hacer-sacyl-necesario-puede-hacer-dano>
28. Emergency Care Research Institute (ECRI). ECRI. Disponible en: <https://d84vr99712pyz.cloudfront.net/p/images1/ecri-trusted-voice-healthcare.jpg>
29. Essencial. Gencat. Disponible en: <http://essencialsalut.gencat.cat/es/inici/>
30. European Society of Radiology iGuide. Disponible en: <https://www.myesr.org/esriguide>
31. Institute for Healthcare Improvement. Disponible en: [http://www.ihl.org:80/resources/Pages/ViewAll.aspx?FilterField1=IHI\\_x0020\\_Content\\_x0020\\_Type&FilterValue1=6d337094-2a4e-4d9b-95fb-66b065fd083d&Filter1ChainingOperator=And&TargetWebPath=/resources&orb=Created](http://www.ihl.org:80/resources/Pages/ViewAll.aspx?FilterField1=IHI_x0020_Content_x0020_Type&FilterValue1=6d337094-2a4e-4d9b-95fb-66b065fd083d&Filter1ChainingOperator=And&TargetWebPath=/resources&orb=Created)
32. Less is More. Jama Network. Disponible en: <https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>
33. Medical First Responder Training using a Mixed Reality Approach featuring haptic feedback for enhanced realism: MED1stMR Project. CORDIS. European Commission. Disponible en: <https://cordis.europa.eu/project/id/101021775/es>
34. National Health Service Improvement NHS. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/?filter-keyword=&filter-category=psa&filter-publication=&filter-date-from=2019-01-01&filter-date-to=2019-12-31&filter-order-by=date-desc>
35. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Disponible en: <https://www.oecd.org/>
36. Patient Safety - The Joint Commission. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/patient-safety/>
37. Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos (Proyectos Zero). Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/>
38. Proyecto Bacteriemia Zero. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/proyecto-bacteriemia-zero/>
39. Proyecto Neumonía Zero. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/proyecto-neumonia-zero/>

40. Proyecto Resistencia Zero. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/proyecto-resistencia-zero/>
41. Recomendaciones de «No Hacer». GuíaSalud. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/>
42. Sano y salvo. Disponible en: <https://sano-y-salvo.blogspot.com/>
43. World Alliance for Patient Safety. Disponible en: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/lymphatic-filariasis/morbidity-management-and-disability-prevention/patient-safety>