

Memoria de Actuaciones de Seguridad del Paciente

Observatorio Regional de
Seguridad del Paciente

2022



**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

© Comunidad de Madrid
Edita: Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente
Consejería de Sanidad.
Soporte: Archivo electrónico
Año de edición: 7/2023
Publicado en España – *Published in Spain*

MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2022

Observatorio Regional de Seguridad del Paciente



INTRODUCCIÓN	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	4
I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN	6
I.1. Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027	6
I.2. Objetivos institucionales	13
I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.....	23
I.4. Decreto 4/2021 de seguridad del paciente y Otras actuaciones.....	26
II. PRÁCTICAS SEGURAS	28
II.1. Uso seguro del medicamento	28
II.2. Higiene de Manos.....	35
II.3. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)	36
II.4. Proyectos Zero en las UCI.....	39
II.5. Seguridad del paciente quirúrgico	40
II.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.....	41
III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO	44
III.1. Sistemas de notificación y aprendizaje.....	44
III.1.1. CISEMadrid.....	44
III.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento	50
III.2. Actividades de formación.....	51
III.3. Comunicación y difusión del conocimiento	53
ANEXOS.....	55
ANEXO 1: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS.....	57
ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS	58



INTRODUCCIÓN

El Observatorio Regional de Seguridad del Paciente¹ es desde 2004 el órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid sobre seguridad del paciente.

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

Mientras que el Observatorio es una estructura central, a nivel periférico son las 43 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, ya que se ha incorporado el Hospital Emergencias Enfermera Isabel Zendal y los responsables de seguridad de servicios y unidades los que desarrollan y evalúan periódicamente las actuaciones de mejora de la seguridad del paciente.

La presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente. Así, esta Memoria final de Actuaciones 2022 de Seguridad del Paciente recoge los indicadores y actividades de seguridad del paciente relativos a centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (hospitales, direcciones asistenciales de atención primaria y SUMMA112) y Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad.

Las principales fuentes de información para la elaboración de esta memoria, han sido la elaboración y publicación de la Estrategia de Seguridad del SERMAS 2027, los resultados de la evaluación final de 2021 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (ESP15-20)², la Memoria anual de actividades de las Unidades Funcionales y la evaluación de los objetivos institucionales de seguridad del paciente entre otros.

Se estructura el informe en 3 apartados: El apartado “Despliegue de la Seguridad del Paciente en la organización” comprende el desarrollo y publicación de la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2027, los objetivos institucionales de seguridad del paciente y la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, así como Otras actuaciones en Seguridad. En “Prácticas seguras”, se resume el desarrollo de los proyectos institucionales y en el apartado de “Aprendizaje y Conocimiento” se detalla la información sobre las comunicaciones de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid y Portal Uso Seguro del Medicamento, la línea de formación centralizada en seguridad del paciente y también actuaciones sobre comunicación y difusión del conocimiento científico.

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

² Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FFPTSA_pi%2FContenidoFinal&vest=1162209989406



RESUMEN EJECUTIVO

Esta memoria del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente recoge las principales actuaciones en seguridad del paciente realizadas durante el año 2022.

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

A finales del 2021 y a lo largo del año 2022 se ha desarrollado todo el trabajo metodológico para la elaboración de la nueva **Estrategia de Seguridad del Paciente del SERMAS 2027**. La Estrategia fue finalmente presentada el 17 de octubre de 2022, 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.

Está vertebrada sobre las siguientes ideas clave: transversalidad, participación, impulso del liderazgo de profesionales, gestores y directivos, participación activa de pacientes y familiares y la incorporación de nuevas tecnologías de la información y comunicación. Está estructurada en 23 líneas estratégicas (12 líneas generales, siendo una de ellas "línea de prácticas seguras" que se despliega en otras 12 líneas) cada una de ellas con introducción, objetivos y actuaciones. En total se han desarrollado 87 objetivos y 346 actuaciones. Actualmente se encuentra en fase de implantación y seguimiento para lo que se ha elaborado el **Plan de Acción**, en el cual cada Unidad Directiva debe poner en marcha unas determinadas actuaciones siguiendo un cronograma establecido mediante la consecución de una meta establecida por el indicador.

Todas estas actuaciones e infraestructura básica desarrolladas a lo largo de estos últimos años, no tenían carácter normativo y, por tanto, vinculaban solo al Servicio

Madrileño de Salud. Por esta razón se publicó el **Decreto 4/2021** de 20 de Enero, por el que se establecen los requisitos de obligado cumplimiento, para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, con la figura del responsable de seguridad del Centro, la Comisión de seguridad, la existencia de un Plan de Seguridad y una estructura organizativa con objetivos y líneas concretas de actuación en materia de seguridad. En este sentido, todos los centros, han nombrado un responsable en seguridad y han desarrollado un plan de Seguridad.

Junto a otros objetivos del área de calidad, se establecen anualmente **objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios**. Estos objetivos, en los diferentes ámbitos asistenciales están relacionados con: el avance en la seguridad clínica, la gestión de los incidentes de seguridad en el centro y el impulso de las prácticas seguras en la organización.

En relación con las **Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios**, que representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de seguridad del paciente a nivel de los centros, están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios (35 de Hospitales, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA 112), cuyos resultados en el apartado de organización en 2022 fueron:

Organización de las Unidades Funcionales:	
Miembros de las Unidades Funcionales: Nº total (y promedio)	880 (20)
Objetivos establecidos (nº)	463
Promedio reuniones/año	8
Responsables de seguridad Nº Total (y promedio)	2.835 (66)

La mejora de la **higiene de manos** es un elemento fundamental en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y un objetivo prioritario en seguridad del paciente. De este modo se ha incluido en 2022 entre los objetivos institucionales de los centros, impulsando la formación de los



profesionales, en especial los de nueva incorporación la disponibilidad de los preparados de base alcohólica en el punto de atención, y la autoevaluación a través de la herramienta de la OMS. Asimismo, con motivo del Día mundial de higiene de manos 2022 se desarrollaron actividades tanto a nivel central en la Consejería como en los diferentes ámbitos asistenciales.

En relación con los **Proyectos Zero** de prevención de infecciones en las UCI, se elaboró en 2021 un Plan de críticos con el objetivo de relanzar estos proyectos de seguridad tras el impacto por la pandemia. Durante este año se han llevado a cabo los objetivos planteados siguiendo el cronograma previsto y se ha elaborado un informe de seguimiento y evaluación.

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

Respecto a **entornos seguros en Atención Primaria** cabe destacar el desarrollo, entre otras, de actuaciones como la actualización del “Proceso de Inmunización segura en AP”, “La mejora de la seguridad de los pacientes en la gestión de pruebas diagnósticas” o “La identificación de proyectos de no hacer”.

Referente al proceso de gestión de riesgos que desarrollan las Unidades Funcionales, de forma mayoritaria se utiliza **CISEMadrid**, Sistema común de notificación de incidentes y errores de medicación, implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 34 Hospitales.

Durante el año 2022, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 16.046 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 26,6% con respecto al

mismo periodo del año previo, lo que demuestra una clara recuperación a cifras previas a la pandemia. De esas notificaciones, fueron identificados 12.160 como incidentes de seguridad, se analizaron 9.890 y se definieron 9.317 acciones de mejora.

En cuanto a **las actuaciones de formación centralizada** fueron dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los responsables de seguridad de los servicios y centros de salud, y han incluido el diseño y ejecución de 5 actividades diferentes online, ya que se incluyen este año dos nuevos recursos formativos: la actualización del curso acreditado de Seguridad del Paciente y otro básico de seguridad online, proporcionando formación a un total de **6.139** asistentes.



I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

I.1. Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 fue evaluada de forma anual, durante la duración de la misma y fue en el primer semestre de 2021 cuando se elaboró el informe final de actuaciones de la misma, habilitándose ese año 2021 para poder desarrollar las actuaciones que quedaban en marcha o próximas a su finalización ya que motivado por la pandemia SARS-CoV-2 durante el año 2020, se retrasó la elaboración del informe final y el comienzo de la nueva estrategia.

Una vez presentados los resultados de las actuaciones finales de la anterior estrategia, en el año 2021, con una consecución global de actuaciones del 87%, se abordó el inicio de una nueva estrategia de Seguridad. 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 a mediados del año 2021 y continuó a lo largo del año 2022. Las ideas clave que sustentan la estrategia son: El potenciar la transversalidad en toda la organización, la utilización de metodologías participativas en su elaboración, el impulso de líneas de actuación centradas en el liderazgo profesionales, gestores y directivos, para abordar la seguridad del paciente desde todas sus perspectivas, la participación activa de pacientes y familiares y la incorporación y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Siguiendo la metodología propuesta en la anterior estrategia, se definió Misión, Visión y Valores, se elaboró el análisis de situación interno y 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 las 23 líneas estratégicas, y posteriormente sus correspondientes objetivos y actuaciones.

Para desarrollar toda esta fase metodológica se creó un Comité Coordinador de la Estrategia (integrado por miembros de la SG Calidad) y un Comité Operativo de Estrategia de Seguridad del Paciente compuesto por representantes de las Unidades Directivas responsables del desarrollo de las actuaciones (Tabla 1). El Comité operativo, actúa como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento de la Estrategia. Dicho comité también dispone de un espacio de colaboración en la Intranet donde se puede encontrar documentación relativa a la evolución de la estrategia.

La composición del Comité, debido a los cambios de estructura de la Consejería de Sanidad, ha sufrido alguna modificación a lo largo de este 2022, de tal forma que en la Tabla 1 se recogen las Unidades Directivas que componen el Comité Operativo actualizado al último año.

Tabla 1. Comité Operativo de SP *Se incluyen dos nuevas Unidades Directivas

UNIDADES DIRECTIVAS QUE FORMAN PARTE DEL COMITÉ OPERATIVO DE SP
Subdirección General de Calidad Asistencial
Gerencia Asistencial de Atención Hospitalares
Gerencia de Enfermería
Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Subdirección General de Arquitectura de Sistemas y Sistemas de Información
Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria
Subdirección General de Investigación Sanitaria y Documentación



Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
Subdirección General de Vigilancia de la Salud. DG Salud Pública
Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
Subdirección General de Planificación socio-sanitaria*
Unidad de Continuidad Asistencial
Gerencia SUMMA 112
Oficina de Coordinación de Cuidados Paliativos*

En relación a la estrategia anterior 2015-2020, se incluyen dos nuevas unidades directivas, la Oficina de Coordinación de Cuidados Paliativos y la Subdirección General de Planificación Socio-Sanitaria (DG de Coordinación Socio-Sanitaria) como resultado de la ampliación de actuaciones de seguridad en estos ámbitos.

Con la base de la definición de Misión, Visión y Valor y teniendo en cuenta los resultados y aportaciones de los análisis de situación interno y externo por parte de las Unidades Directivas, 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 (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis DAFO-CAME

	Oportunidades	Amenazas
	Estrategias Ofensivas	Estrategias Defensivas
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> Desplegar los requisitos normativos para mejorar la seguridad clínica Fortalecer los programas de sensibilización y formación a profesionales y pacientes Potenciar los estudios y los sistemas de información sanitaria, utilizando la posibilidades tecnológicas, para facilitar el aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> Desplegar prácticas seguras en todos los niveles asistenciales Potenciar la comunicación y la transparencia dentro y fuera de nuestra organización Desarrollo de actuaciones para prevenir los riesgos relacionados con el desarrollo de la telemedicina
	Estrategias de Reorientación	Estrategias de Supervivencia
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar la cultura institucional de aprendizaje y mejora Fortalecer la continuidad y coordinación asistencial Desarrollo de acciones para impulsar la investigación y su aplicación práctica 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar la participación de pacientes, incluidas sus asociaciones, en el desarrollo de su seguridad Identificar y promover líderes y profesionales para desarrollar la seguridad clínica Prevenir o reducir el uso de prácticas clínicas de poco valor

Finalmente, con todos estos trabajos de enfoque y como resultado de este análisis, se estableció un mapa de líneas estratégicas derivadas de este DAFO-CAME con las que se elaboró la propuesta del marco estratégico, teniendo en cuenta las cuatro perspectivas incluidas en el documento anterior (Figura 1).

Figura 1. Líneas estratégicas según CAME y perspectivas.

*La línea 7, se despliega en 12 áreas de prácticas seguras.

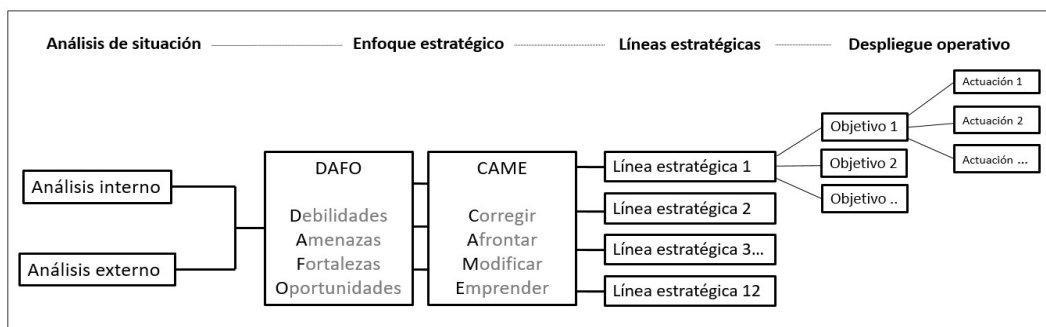
Cuatro perspectivas	Perspectiva de la organización	Perspectiva de agentes y grupos de interés	Perspectiva de procesos internos	Perspectiva de aprendizaje y futuro
Doce líneas estratégicas	1. Desarrollar la cultura corporativa	5. Desarrollar y reconocer líderes y profesionales	7. Enfocar y desplegar prácticas 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 la transparencia y difusión del conocimiento
	4. Potenciar la coordinación institucional			12. Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje

Para el desarrollo de las líneas estratégicas propuestas, se designaron a finales del 2021, coordinadores para la constitución de los 23 grupos de trabajo, derivados de las 12 líneas estratégicas, teniendo en cuenta que una de ellas, la línea 7 “Prácticas Seguras”, se despliega a su vez en otras 12 líneas, cada una con su coordinador.

Estos grupos de trabajo para elaborar objetivos y actuaciones de las diferentes líneas estratégicas, se conformaron con uno o varios coordinadores por línea (en algunos casos), como figura referente del grupo, y por diferentes profesionales con experiencia en la línea. A cada Coordinador o referente se le envió un modelo de documento de trabajo para elaborar su propuesta que contenía una introducción-justificación, objetivos, actuaciones, bibliografía de referencia y los nombres de los colaboradores que formaban parte del grupo de trabajo, así como la documentación que se consideraba de interés para elaborar esta propuesta. El plazo para entregar dicha documentación finalizaba a finales de enero de 2022.

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):

Figura 2. Metodología desarrollada en la elaboración de la estrategia.



Durante el primer trimestre del 2022 se recibieron las propuestas de los 23 grupos de trabajo que fueron coordinadas por la Subdirección General de Calidad Asistencial, que mantuvo reuniones

con cada uno de los referentes para consensuar cada propuesta para posteriormente elaborar el borrador del documento definitivo.

Durante el mes de mayo se mantuvieron reuniones con las Unidades Directivas participantes, responsables de seguridad de los centros y asociaciones de pacientes para presentar este borrador de la estrategia y someterlo a una fase final de revisión por estos tres grupos revisores.

Para ello se remitió una herramienta en formato Excel con todos los objetivos y actuaciones trabajados con los grupos, para facilitar su revisión. 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.

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%).

Resultado de toda esta fase de revisión y coordinado por la Subdirección, 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”.

A continuación se describe de forma estructurada la organización del proceso de trabajo en la elaboración de la estrategia en la que han participado las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad y los profesionales y gestores del Servicio Madrileño de Salud, de la siguiente forma:

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.

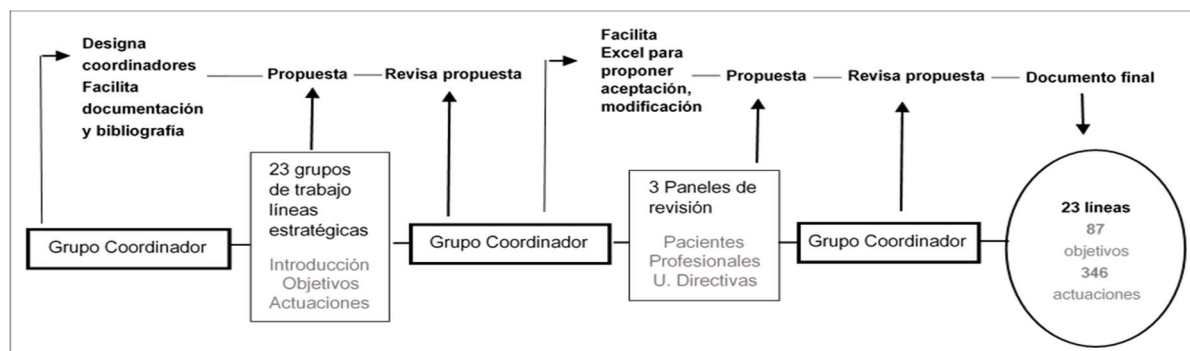
Los **Grupos de trabajo** para elaborar objetivos y actuaciones de las diferentes líneas estratégicas (23 grupos, 1/línea estratégica): Estos grupos se constituyeron con uno o varios coordinadores por líneas, como figura referente del grupo, y por diferentes profesionales. Su trabajo consistió en desarrollar la propuesta de introducción de cada línea estratégica, así como las de sus correspondientes objetivos y actuaciones operativas para alcanzarlos así como documentación anexa y bibliografía que se consideraba de interés.

Paneles de revisión: 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 para revisar de forma global las líneas, los objetivos y las actuaciones de la estrategia.

En resumen, durante el proceso participativo y dinámico de los grupos de trabajo, se ha seguido el siguiente esquema de trabajo (figura 3).

Figura 3. Esquema de trabajo y fases de revisión del documento.



Tras esta revisión final por parte de todos los grupos de interés, durante los meses de julio y agosto se llevó a cabo el trabajo de maquetación y su supervisión por parte de la Subdirección General Calidad Asistencial.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027 finalmente fue presentada por el Consejero de Sanidad el 17 de Octubre en el Hospital de la Princesa y se encuentra publicada en el portal de transparencia y la web del observatorio Regional, así como en nuestra intranet de Calidad Asistencial: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>



Es importante destacar en la nueva estrategia aquellas actuaciones novedosas con respecto a la anterior, como es una línea de Seguridad en Salud digital, basada en las expectativas que han generado las herramientas digitales en la 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. A través de esta línea se promocionará la cultura y la alfabetización en salud digital y se impulsará el uso seguro de herramientas digitales; Una línea dedicada a líderes y profesionales, con el objetivo de implicar a los líderes en el despliegue, seguimiento y mejora de la seguridad del paciente, incluyendo objetivos en los contratos programa, así como fomentar el liderazgo y formación de dichos profesionales; Así como la línea “Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje” en la que se incluye la extensión del programa CISEMadrid a otros ámbitos como el SUMMA 112, el desarrollo de mejoras y nuevas funcionalidades o la utilización de otras fuentes de identificación y de aprendizaje.

En la siguiente tabla se exponen las líneas que conforman la estrategia, según las cuatro perspectivas y como han quedado distribuidos los objetivos y actuaciones que la conforman. La línea de prácticas seguras incluye 198 actuaciones un (57,7%) del total.

Tabla 3. Líneas estratégica, objetivos y actuaciones que conforman la Estrategia según 4 perspectivas.

Perspectivas	Línea Estratégica	Nº Objetivos	Nº Actuaciones
Organización	1. Consolidar la cultura de seguridad del paciente	4	15
	2. Desplegar la infraestructura en la organización	3	18
	3. Promover la seguridad en salud digital	4	16
	4. Potenciar la coordinación institucional	3	9
Agentes/Grupos de interés	5. Desarrollar y reconocer líderes y profesionales	3	14
	6. Implicar a pacientes, familiares y allegados	3	13
	Línea 7 "Desplegar Prácticas Seguras"		
Procesos internos	7.1. Cirugía y Anestesia	4	19
	7.2. Urgencias y emergencias	4	21
	7.3. Pacientes Críticos	5	16
	7.4. Obstetricia y Ginecología	3	15
	7.5. Pediatría	3	15
	7.6. Salud mental	4	15
	7.7. Atención al Dolor	3	14
	7.8. Uso seguro de las radiaciones ionizantes	3	15
	7.9. Cuidados y procedimientos de enfermería	4	14
	7.10. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria	5	19
	7.11. Uso seguro medicamento	6	20
	7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria	4	15
	8. Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias	5	18
Aprendizaje y futuro	9. Impulsar la transferencia del conocimiento	4	15
	10. Fomentar la investigación y la innovación	3	9
	11. Promover la transparencia y difusión del conocimiento	4	12
	12. Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje	3	9
	TOTAL	87	346

La distribución de las actuaciones por cada una de las líneas como se ve en la tabla, tiene un máximo de 21 y un mínimo de 9, siendo la más numerosa la línea de Urgencias y Emergencias y la línea de Uso seguro del Medicamento.

Una vez establecidos los objetivos y actuaciones en las diferentes líneas estratégicas, comienza la fase de implantación y desarrollo de los mismos por parte de las Unidades Directivas correspondientes, lo que metodológicamente corresponde a la fase de implantación, evaluación, seguimiento y aprendizaje.

Para ello se comenzó durante el mes de noviembre de 2022 con la elaboración del **plan de acción**. El plan de acción está 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. El plan de acción se realiza mediante la elaboración de unas fichas para cada una de las actuaciones asignadas a cada Unidad directiva y la consecución de una meta establecida por el indicador. Cada actuación se desglosa en una serie de actividades para concretar el grado de consecución de la actuación durante los años de vigencia de la estrategia.

La asignación de las actuaciones a las Unidades Directivas se hizo mediante la remisión de un Excel a cada una de ellas, con la propuesta realizada por la Subdirección General de Calidad Asistencial en el que se podían realizar observaciones o en caso de desacuerdo proponer que Unidad Directiva sería la más adecuada para coordinar e implementar la correspondiente actuación.

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2027 Plan de acción_asignación de Unidades Directivas responsables por actuación				
LÍNEA	OBJETIVO	ACTUACIONES	ID	Unidad Directiva Responsable
7.2	2.2: Desarrollar herramientas para facilitar las actuaciones de la infraestructura	2.2.5. Crear un apartado en la intranet institucional para incluir los planes de seguridad de las gerencias asistenciales.	25	
7.2	2.2: Desarrollar herramientas para facilitar las actuaciones de la infraestructura	2.2.6. Impulsar la elaboración de mapas de riesgo.	26	
7.2	2.2: Desarrollar herramientas para facilitar las actuaciones de la infraestructura	2.2.7. Revisar y difundir las recomendaciones institucionales para la gestión de la respuesta sobre eventos adversos graves.	27	

La propuesta realizada de Unidades Directivas con las diferentes actuaciones, se presentó en el pleno del ORSP de 19 diciembre, estableciéndose un plazo para enviar sus modificaciones/observaciones a finales del mes de enero de 2023. La propuesta realizada incluyendo el número de actuaciones a desarrollar para cada Unidad directiva con competencias para coordinar e implementar las mismas, se expone en la siguiente tabla:

Tabla 4. Actuaciones asignadas por Unidad Directiva.

*en la línea 7.2 de Urgencias y Emergencias dos de las actuaciones se desarrollan de forma compartida entre las dos Unidades directivas

UNIDADES DIRECTIVAS	Nº actuaciones
GERENCIA DE ENFERMERIA (DG PROCESO INTEGRADO SALUD)	14
GERENCIA HOSPITALES (DG PROCESO INTEGRADO SALUD)	73*
GERENCIA PRIMARIA (DG PROCESO INTEGRADO SALUD)	19
GERENCIA SUMMA 112 (DG PROCESO INTEGRADO SALUD)	4*
OFICINA COORDINACION CUIDADOS PALIATIVOS (DG PROCESO INTEGRADO SALUD)	2
OR. COORDINACIÓN SALUD MENTAL Y ADICCIONES (DG PROCESO INTEGRADO SALUD)	17
S.G. DE PLANIFICACIÓN SOCIO-SANITARIA (DG COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA)	1
SG ARQUITECTURA DE SISTEMAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN (DG SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SALUD DIGITAL)	10
SG CALIDAD ASISTENCIAL (DG HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE)	125
SG DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (D.G. DE SALUD PÚBLICA)	11
SG FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS (DG DE GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA Y FARMACIA)	28
SG FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN DOCENTE (DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACIÓN)	6
SG HUMANIZACIÓN, INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE (DG HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE)	13
SG INVESTIGACIÓN SANITARIA Y DOCUMENTACIÓN (DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACION)	12
UNIDAD CONTINUIDAD ASISTENCIAL (DG PROCESO INTEGRADO DE SALUD)	11
Total general	346

Una vez determinada la Unidad Directiva responsable de coordinar e impulsar la actuación, el siguiente paso consiste en elaborar una ficha para cada uno de los objetivos y actuaciones con la descripción de una meta, un indicador y un cronograma semestral para cada una de sus actuaciones, lo que permite implementar un sistema de seguimiento que se completará durante el año 2023. Hay dos actuaciones en la Línea 7.2 de Urgencias y Emergencias que se desarrollan de forma compartida entre Gerencia de Hospitales y Gerencia SUMMA 112. Este Plan de acción será revisado y evaluado 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.

I.2. Objetivos institucionales

Se establecen anualmente objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios. Durante el período de vigencia los centros sanitarios despliegan las actuaciones necesarias para su consecución y al final del período, los objetivos son evaluados y en el caso de no haberse alcanzado la meta establecida para el centro, éste desarrolla un plan de mejora para ejecutar y evaluar específicamente al año siguiente.

A continuación se detallan los resultados de la evaluación de los objetivos establecidos de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA 112.

Objetivos de seguridad en Atención Hospitalaria:

En el año 2022, los objetivos y las actuaciones establecidas en seguridad del paciente y los principales resultados obtenidos fueron los siguientes:

- **Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente.** Este objetivo incluye las siguientes tres acciones.

Acción 1: Desarrollar “rondas de seguridad”: En relación a las rondas de seguridad, objetivo de calidad que se mantiene desde 2010, se planteó que los hospitales debían mantener, al menos, 8 rondas en hospitales grupo 3, 7 rondas en hospitales grupo 1 y 2, y 5 rondas en hospitales de apoyo, media estancia y psiquiatría. Existen unas áreas priorizadas que son: Unidades de Hospitalización breve psiquiátrica, UCI, urgencias y Hospital de día. Las rondas realizadas habían de estar documentadas en un acta o similar. En este sentido, el objetivo se ha cumplido en un 100% de los hospitales. El número total de rondas ha sido de 280, número superior a años anteriores, incluso antes de la pandemia, y una media de 8,24 por hospital. Un 48% de las rondas de seguridad realizadas, se han efectuado en servicios no prioritarios, abarcando una gran diversidad de unidades que fundamentalmente han sido: diferentes áreas de hospitalización, radiología, obstetricia y ginecología y bloque quirúrgico.

Acción 2: Desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente: Con la entrada en vigor del Decreto 4/2021, se avanza un paso más en 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. Desde que se crearon las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en nuestra Comunidad, se ha potenciado e impulsado que cada gerencia definiera sus propios objetivos, como un despliegue en cascada de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud.

La meta que se incluía en el año 2022, era de al menos 4 objetivos de seguridad, incluidos los objetivos prioritarios: desarrollo de al menos dos líneas de actuación del Comité de la adecuación de la práctica clínica (seleccionadas entre las funciones reseñadas en el documento de recomendaciones), desarrollar acciones de comunicación segura con los pacientes o entre profesionales y despliegue de las actuaciones del Decreto 4/2021. En este sentido, se han llevado a cabo un total de 389 objetivos en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud con una media de 11,44 por hospital. Este objetivo se ha cumplido por tanto en el 100% de los centros.

Los 34 hospitales, lo que supone un 100% de los centros, tienen constituido un Comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica y han trabajado en al menos dos de las



líneas recomendadas. Estos comités están integrados por un total de 447 profesionales con una media de 13 por cada hospitales

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

Además, se han desplegado actuaciones incluidas en el Decreto 4/2021, con un cumplimiento del 100%, lo que incluye la elaboración de un plan de seguridad en los centros, nombramiento de responsables de seguridad así como las funciones de las comisiones de seguridad entre otros.

Acción 3: Implantación de CISEMadrid. La identificación y emisión de informes de incidentes de seguridad y errores de medicación se incluye desde 2017 en los objetivos de calidad institucionales. En total, se han identificado 10.479 y se han validado (con informe y acciones de mejora) 7.859, lo que significa un 75% de informes validados de los identificados. La meta que se incluyó era identificar y validar, según cada grupo hospitalario un número determinado de incidentes, objetivo que se ha alcanzado en un 79% de los hospitales (26 de 33).

- **Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras:** bajo este objetivo hay 4 acciones: Una relacionada con los proyectos Zero (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero e ITU Zero), otra con higiene de manos y por último otras dos, relacionadas con la mejora de la seguridad en el paciente quirúrgico (Infección quirúrgica Zero e implantación del listado de verificación quirúrgica). Globalmente 11 de los 34 hospitales (32%) han logrado el total cumplimiento de las 4 acciones que formaban parte de este indicador, pero el cumplimiento global del indicador ha sido del 96,2%, en parte por la mejora de los resultados en los proyectos Zero.

Acción 1. Consolidación de los Proyectos Zero: Desde hace años se trabaja con los proyectos "Zero" con indicadores en objetivos institucionales. Dentro de estos proyectos se encuentran: Proyecto Bacteriemia Zero (BZ), Proyecto Neumonía Zero (NZ), Proyecto Resistencia Zero (RZ) y Proyecto ITU-Zero (ITUz). La pandemia por Covid-19 tuvo un gran impacto en el desarrollo de estos proyectos en las UCI, con dificultades en la implantación incluso en Neumonía Zero o Bacteriemia Zero, ya consolidados previamente. Por ello, en el contrato de gestión del año 2022, se volvieron a incluir los 4 proyectos con las metas iniciales a diferencia del año 2021 que sólo incluían los proyectos Resistencia Zero e ITU-Zero.

Bacteriemia Zero (BZ), cuyo objetivo es reducir la tasa de bacteriemias relacionadas con catéter (BRC) en la UCI. Se mide a través de una tasa de incidencia, es decir, el nº de bacteriemias por 1000 días de CVC (catéter venoso central). La meta establecida por el Ministerio de Sanidad es: ≤ 3 .

Los resultados globales obtenidos han sido de 2,19‰, 19 de los 25 hospitales que forman parte del proyecto (76%), han conseguido alcanzar la meta establecida, si bien el resto, han tenido cumplimientos parciales entre el 60 y 90%.

Neumonía Zero (NZ), con el objetivo de disminuir la tasa de neumonías asociadas a la ventilación mecánica (NAV) en la UCI. Se mide igualmente a través de una tasa de incidencia de las neumonías asociadas a ventilación mecánica (VM) y su meta es conseguir una cifra ≤ 7 neumonías por 1000 días de VM.



La tasa de incidencia media obtenida en los hospitales ha sido de un 6,63%. Un 56% de los mismos han cumplido con la meta (14 hospitales), el resto han alcanzado cumplimientos parciales entre el 60-90%.

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 intra UCI. El indicador utilizado para su evaluación es nº de pacientes ingresados en UCI con una o más BMR identificadas con respecto al total de pacientes y la meta se establece en un porcentaje de casos $\leq 5\%$

El resultado global alcanzado por los centros ha sido de una tasa de 2,91%. Así mismo, el 80% de los hospitales han logrado alcanzar la meta (20 hospitales). Los 5 restantes, tienen un cumplimiento entre un 60 y un 90%.

Infección Tracto Urinario Zero (ITU-Z), fue el último proyecto en ponerse en marcha y por ello, los resultados siempre han sido inferiores a la meta planteada. Se incluyó como objetivo por primera vez en 2019. Su objetivo es disminuir las infecciones del tracto urinario asociadas a sonda uretral (ITU-SU). Al igual que en las dos primeras, se utiliza una tasa de incidencia para su evaluación y la meta se establece en un número $\leq 2,7$ infecciones del tracto urinario por 1000 días de sondaje.

Los hospitales globalmente han obtenido un resultado de un 4,01%, alcanzando la meta un 28% de los mismos (7). El resto tienen cumplimientos parciales entre un 40-90%. A pesar del resultado, la mejora con respecto al año anterior ha sido importante, ya que sólo se logró en un 8% de hospitales.

Acción 2. Mejora de la higiene de manos: Las actuaciones prioritarias a desarrollar para la mejora de la higiene de manos en el 2022 han sido:

Realizar la autoevaluación a través de la herramienta validada por la OMS y mantener o superar la puntuación obtenida en el año anterior, siendo al menos nivel intermedio. En este sentido, todos los hospitales han realizado la autoevaluación y tan solo 1 de ellos ha bajado de nivel (de intermedio a básico). Así pues, 25 centros han alcanzado un nivel avanzado, frente a los 21 de año 2021, 8 tienen un nivel intermedio y 1 básico.

Disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención, estableciendo como meta que sea superior a un 95%. Así, un 91% (30 de 33) de los hospitales han logrado la meta (no aplica en uno de los hospitales psiquiátricos).

Formación de profesionales en higiene de manos, en especial los de nueva incorporación, tanto con formación propia de los centros como a través de los cursos on line ofrecidos por la Consejería de Sanidad. En el año 2022 se han formado 13.434 profesionales y 5.013 de nueva incorporación han recibido formación.

Por tanto, un 88% de los hospitales han logrado llevar a cabo estas tres actuaciones prioritarias en higiene de manos, alcanzando la meta establecida.

Acción 3. Implantación en las Unidades o servicios quirúrgicos del proyecto de infección quirúrgica (IQZ): En 2022, al igual que en años anteriores, se evalúa el Grado de adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ). El proyecto IQZ busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la aplicación de medidas destinadas a mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables que se producen en los hospitales. Propone la aplicación de 5 medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las



cuales 3 son consideradas obligatorias para todos los hospitales participantes en el proyecto: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello.

En 2022, la meta establecida fue que al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto habían de estar implantadas en >90% de unidades/servicios quirúrgicos donde se desarrollen y de acuerdo al protocolo IQZ, las siguientes 5 intervenciones: cirugía de colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, By-pass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto y By-pass aorto-coronario con solo incisión torácica, señalando así mismo que cada hospital podrá seleccionar otras intervenciones donde aplicar el protocolo. En cuanto los resultados, de forma global la adherencia al proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) ha sido de un 99,1% de servicios o unidades (213), superior al 98% del año 2021, habiendo alcanzado la meta establecida el 93% de los hospitales (27 de los 29 centros con actividad quirúrgica).

Acción 4.- Implantación del Listado de verificación quirúrgica: En 2022 el porcentaje global de implantación del LVQ (número de historias clínicas con listado de verificación quirúrgica por número de historias clínicas evaluadas X 100) ha sido de un 96,2% (rango 89,9-100%), muy similar al porcentaje alcanzado el año anterior (96,3%). La meta establecida en 2022 marcaba que el porcentaje de implantación en cada hospital fuera superior al 95 %. En este caso han sido 86% de hospitales (25 de los 29 con actividad quirúrgica) los que han alcanzado este objetivo. Un resumen de todos estos resultados de objetivos de seguridad 2022 por grupos de hospitales se puede consultar en la siguiente tabla:

Tabla 5. Objetivos de seguridad en atención hospitalaria

Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente							
INDICADOR	FÓRMULA	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	APOYO	GRUPO MLE/PSQ	MEDIA SERMAS
ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	<i>Nº rondas en unidades de hospitalización breve psiquiátrica realizadas</i>	3 Media: 1	14 Media: 1,17	9 Media: 1,13	NA	6 Media: 3	32 Media: 1,28
	<i>Nº rondas en UCI realizadas</i>	7 Media: 1,17	22 Media: 1,69	13 Media: 1,63	NA	NA	42 Media: 1,56
	<i>Nº rondas en hospital de día realizadas</i>	6 Media: 1	18 Media: 1,38	8 Media: 1	1 Media: 1	1 Media: 1	34 Media: 1,17
	<i>Nº rondas en urgencias realizadas</i>	8 Media: 1,33	18 Media: 1,38	12 Media: 1,5	NA	NA	38 Media: 1,41
	<i>Nº rondas otras unidades/servicios</i>	31 Media: 5,17	46 Media: 3,54	28 Media: 3,5	10 Media: 5	20 Media: 4	135 Media: 3,97
	<i>Nº total de rondas</i>	55 Media: 9,17	118 Media: 9,08	69 Media: 8,63	11 Media: 5,5	27 Media: 5,4	280 Media: 8,24
	<i>Nº líneas de actuación comité de adecuación de la práctica clínica</i>	23 Media: 3,83	43 Media: 3,31	25 Media: 3,16	5 Media: 2,5	10 Media: 2	106 Media: 3,12
	<i>Acciones desarrolladas para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales (Sí/No)</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%



	<i>Despliegue de las actuaciones del DECRETO 4/2021 (Sí/No)</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<i>Nº objetivos de seguridad del paciente totales establecidos por el centro</i>	84 Media: 14	137 Media: 10,54	99 Media: 12,38	88 Media: 11	46 Media: 9,2	388 Media: 11,41
	<i>Nº IS/EM validados³</i>	937	2410	3680	235	597	7859
	<i>Promedio cumplimiento</i>	95%	88%	100%	100%	96%	94%
Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente							
INDICADOR	FÓRMULA	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO APOYO	GRUPO MLE/PSQ	MEDIA SERMAS
ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	<i>Bacteriemia Zero</i>	0,61	2,56	2,63	NA	NA	2,19
	<i>Neumonía Zero</i>	4,57	7,38	6,80	NA	NA	6,63
	<i>ITU-Zero</i>	2,39	4,94	3,64	NA	NA	4,01
	<i>BMR</i>	0,82	2,55	4,75	NA	NA	2,91
	<i>Nivel alcanzado en autoevaluación de la OMS 2022</i>	2 Intermedio 4 Avanzado	2 Intermedio 11 Avanzado	4 Intermedio 4 Avanzado	2 Avanzado	4 Avanzado 1 Básico	1 Básico 8 Intermedio 25 Avanzado
	<i>Porcentaje de camas con disponibilidad de PBA</i>	100%	91%	88%	100%	100%	91%
	<i>Nº de profesionales formados en HM 2022</i>	1424	3885	6695	314	1116	13,434 Media: 395,12
	<i>Nº de profesionales de nueva incorporación formados en HM 2022</i>	505	1774	2287	241	206	5013 Media: 147,44
	<i>Porcentaje o grado de adherencia por servicios/idades de IQZ</i>	100%	99%	100%	92%	NA	99%
	<i>Porcentaje de implantación del LVQ</i>	98%	95%	97%	100%	NA	96%

Objetivos de seguridad en Atención Primaria

En el año 2022, los objetivos y las actuaciones establecidas en seguridad del paciente y sus principales resultados fueron los siguientes:

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

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



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

1.-Participación activa de directivos en la seguridad del paciente a través de "Rondas de seguridad": Las rondas de seguridad del paciente son una manera de asegurarse de que los directivos cuentan con información de primera mano sobre los problemas de seguridad de los profesionales y permite demostrar visiblemente su compromiso escuchando y apoyando al personal si se les plantean problemas de seguridad. La realización de rondas de seguridad en atención primaria se incluyó por primera vez en el contrato programa en el año 2016, y en el año 2022 se estableció, al igual que en el año 2021, que se realizaran al menos 10 rondas de seguridad por cada Dirección Asistencial, en centros de salud en los que no se hubieran realizado rondas en años anteriores.

Así, se han llevado a cabo un total de 73 rondas de seguridad, cifra similar al año 2021 donde se realizaron un total de 72 rondas. En el año 2022, el 100% de las Direcciones Asistenciales han cumplido con la meta establecida, realizando 10 rondas de seguridad en cada una de ellas y la DA Norte que ha efectuado 13.

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

- Desarrollar al menos 2 líneas de actuación del Comité de Adecuación de la Práctica Clínica.
- Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales
- Desplegar las actuaciones del Decreto 4/2021. Se han desplegado las actuaciones indicadas en el Decreto 4/2021, nombrando oficialmente al responsable de seguridad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, elaborando el plan de seguridad 2022 y realizando la memoria de evaluación, entre otras actuaciones.

En este sentido, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria constituyó el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica, en el año 2021, conformado por 16 profesionales sanitarios de carácter multidisciplinar y pertenecientes a diferentes sociedades científicas, donde han desarrollado actuaciones para promover la práctica clínica adecuada y de forma específica la supresión o minimización de las prácticas clínicas inadecuadas ("No hacer") para lo cual se han desarrollado 8 líneas de actuación, relacionadas con la promoción de la práctica clínica inadecuada.

En relación a la mejora de la comunicación en este caso con los pacientes atendidos, se ha procedido a actualizar la "Guía de gestión de eventos adversos graves", presentándola a los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) y responsables de seguridad de los centros, y realizando cursos de formación para los miembros de las UFGRS y responsables de seguridad de los centros de salud y Dirección Asistencial.

Y por último, se han desplegado las actuaciones indicadas en el Decreto 4/2021, nombrando oficialmente al responsable de seguridad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, elaborando el plan de seguridad 2022 y realizando la memoria de evaluación, entre otras actuaciones.



Por lo tanto, en el año 2022, se ha realizado un cumplimiento del 100% del indicador propuesto

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

Para impulsar la consolidación y la utilización de CISEMadrid se establece este indicador, en función de un número mínimo y determinado de incidentes de seguridad (IS) identificados y errores de medicación (EM) y emisión de informes validados⁴ tras su análisis.

Como meta para las diferentes Direcciones Asistenciales en Atención Primaria en 2022, se dispuso que al menos el número mínimo de IS-EM identificados fuera de 200 para cada DA y el número mínimo de IS-EM que tuvieran el informe validado de 100.

El número de incidentes identificados que las siete Direcciones Asistenciales han gestionado han sido 1.681 y con informe validado, tras analizar los IS-EM identificados ha sido de 1.458, superando la meta establecida en todas las direcciones Asistenciales.

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

- Mantener o mejorar la puntuación y resultados obtenidos tras realizar la autoevaluación con la herramienta OMS (siendo al menos nivel intermedio) en al menos el 80% de los centros de salud de cada DA.
- Tener disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención (centros de salud) $\geq 95\%$.
- Realizar formación, y en especial en las nuevas incorporaciones, organizada por la propia gerencia o por el responsable de HM de los centros de salud, con participación de profesionales en todas las Direcciones Asistenciales.

De acuerdo con el peso establecido en el cumplimiento de cada actuación prioritaria tras la evaluación realizada, el cumplimiento global del indicador ha sido de un 94%.

Así, en el bienio 2021-2022 se ha realizado la autoevaluación de HM en 246 de los 262 centros de salud, de los cuales 238 mantienen o superan el nivel intermedio. El cumplimiento ha sido de un 86% respecto a esta actuación, puesto que han sido 6 de las 7 Direcciones Asistenciales las que han alcanzado el objetivo.

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

En relación a la última de las actuaciones prioritarias establecidas referida a aumentar en el número de profesionales formados (on-line y formación propia) con respecto al año previo,

⁴ Informe validado: es informe que se remite al profesional que ha notificado un IS o EM, e incluye acciones de mejora tras análisis del incidente

haciendo hincapié en los profesionales de nueva incorporación, el cumplimiento ha sido del 100%. En el año 2022 se han formado un total de 2602 personas (1178 en los cursos centralizados y 1424 de los cursos de las gerencias), lo que supone un aumento del 66% de profesionales formados frente al año previo (1727 en el año 2021). No es posible detallar el nº total de nuevos profesionales formados en HM en 2022, aunque podemos señalar que de las 2.602 personas que han realizado los diferentes cursos, 17 profesionales son especialistas en formación.

El resumen de esta información puede consultarse en la siguiente tabla:

Tabla 6. Objetivos de Seguridad del paciente en Atención Primaria

<i>Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente</i>			
INDICADOR	META	ACLARACIONES	RESULTADOS
ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Acción 1: Alcanzado 100% si ≥ 10 rondas por Dirección Asistencial	Nº DAS con > 10 rondas	7
		Nª total de rondas	73
	Acción 2: Alcanzado 100% si se desarrollan 4 objetivos incluyendo los prioritarios	Nº Líneas de actuación Comité de adecuación de la práctica clínica	8
		Actuaciones desarrolladas para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales	Sí
		Despliegue de actuaciones del DECRETO 4/2021	Sí
		Nº objetivos seguridad del paciente establecidos por la gerencia.	6
	Acción 3: Meta por Dirección Asistencial. Alcanzado 100% si N.º mínimo de IS-EM identificados ≥ 200 . N.º mínimo de IS-EM con informe validado ≥ 100	Nª de DAS con IS/EM validados de acuerdo al nº mín establecido(100)	7
		Nª total de informes validados en Atención Primaria	1.458
Cumplimiento global:			100%
INDICADOR	META	ACLARACIONES	RESULTADOS
ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	Acción 1: Alcanzado si al menos el 80% de los CS de cada Dirección Asistencial realizan la autoevaluación HM en el bienio 2021-2022	% DAS con autoevaluación HM OMS bienio 2021-2022 en al menos 80% centros salud con nivel intermedio	86%
		Nº de Centros de Salud con al menos nivel intermedio en autoevaluación HM 2021-2022	238
	Acción 2: Alcanzado si disponibilidad $\geq 95\%$ de PBA en el punto de atención	% de Centros de Salud con disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención	100%
	Acción 3: Alcanzado 100% si se ha realizado formación HM, en especial en las nuevas incorporaciones	Nº de profesionales formados en higiene de manos 2022	2.602
Cumplimiento global			94%

Objetivos de seguridad en SUMMA 112:



En este ámbito establecieron los siguientes objetivos:

- **Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente:** En este objetivo se incluyen los siguientes puntos para su evaluación: realización de rondas de seguridad, desarrollo de objetivos propios de seguridad del paciente, implantación de CISEMadrid.

Acción 1: Rondas de seguridad. Reuniones o visitas con temática vinculada a la seguridad del paciente en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerente/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos, que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. La meta estaba establecida en realizar al menos una ronda por cada una de las 24 Unidades Funcionales que forman parte del SUMMA 112.

El número total de rondas realizadas ha sido de 51. Así pues, el resultado obtenido en la evaluación de esta acción ha sido de un 100%.

Acción 2: Objetivos desarrollados por el centro para la mejora de la seguridad del paciente. La meta se estableció en desarrollar al menos 4 objetivos incluyendo los prioritarios:

-Desarrollo de al menos 2 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica ya constituido en 2021. En este sentido, se elaboraron una serie de recomendaciones para la creación de Comités para mejorar la Adecuación de la Práctica Clínica donde se especificaban las funciones que habían de desarrollar estos Comités. Así pues, el SUMMA 112 ha desarrollado 8 acciones dentro de 4 de las líneas establecidas.

-Desarrollar actuaciones para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales. El SUMMA 112 ha realizado la redifusión de las recomendaciones de transferencia del paciente.

-Desplegar las actuaciones del Decreto 4/2021. Se ha elaborado el Plan de Seguridad para el SUMMA 112, se ha nombrado al responsable de Seguridad y de Unidades Funcionales tal y como marca el Decreto 4/2021. También se constituyó el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica y continúa la Comisión de Seguridad Clínica que ya tenía sus normas de seguimiento.

Así pues, el número total de objetivos desarrollados ha sido de 10, incluidos los prioritarios y el cumplimiento de esta acción ha sido del 100%.

Acción 3: Definición de los requisitos funcionales para la implantación de CISEMadrid: Se han definido los requisitos funcionales, para trasladar a sistemas de información y comenzar con el desarrollo e implementación de CISEMadrid, por tanto se ha conseguido una evaluación de la acción de 100%.

En conclusión, el cumplimiento total del indicador ha sido de un 100%.

- **Impulsar las prácticas seguras:** El impulso de las prácticas seguras dentro de este indicador se centra en la mejora de la higiene de manos. Para ello se solicitaba:
 - ✓ Realización de autoevaluación con la herramienta OMS (mantiene o mejora puntuación)



- ✓ Disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención (lugar donde coinciden 3 elementos: paciente, profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente) > 95%
- ✓ Formación de profesionales, en especial nueva incorporación.

En este sentido, se ha realizado la autoevaluación con la herramienta de la OMS 2022 obteniendo un nivel avanzado.

En cuanto a la disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención, se consiguió que el 100% de dispositivos los tuvieran disponibles desde hace más de 15 años (102 dispositivos de PBA en el punto de atención/102 dispositivos totales).

Respecto a la formación en higiene de manos. El número total de profesionales formados en higiene de manos en 2022 ha sido de 238. Dentro de esta acción a desarrollar, se solicitaba que se prestara especial atención a la formación de profesionales de nueva incorporación. El SUMMA 112 ha comunicado que ha formado a 52 profesionales de nueva incorporación que se incluyen en la cifra total de los 238 profesionales formados.

Otras actuaciones que el SUMMA 112 ha realizado en relación con la mejora de la higiene de manos han sido:

- Realización durante el mes de mayo de dos cuestionarios: Sobre las concepciones acerca de la higiene de manos y las IRAS de los profesionales sanitarios. Encuesta de conocimientos sobre la higiene de manos de los profesionales sanitarios.
- Realización de video sobre el uso de guantes en un dispositivo móvil.

Por todo ello, el cumplimiento de este indicador ha sido del 100%.

Un resumen de esta información puede encontrarse en la siguiente tabla:

Tabla 7. Objetivos de seguridad del paciente en SUMMA 112

Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente			
INDICADOR	META	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS
ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	<i>Al menos 1 Ronda por cada Unidad Funcional (UF)</i>	Nº rondas en UF con al menos una ronda	24
		Nº total de rondas de seguridad realizadas	51
	<i>4 objetivos incluyendo los prioritarios.</i>	Nº líneas de actuación comité de adecuación de la práctica clínica	5
		Acciones desarrolladas para la comunicación segura con los pacientes o entre profesionales	Sí
		Despliegue de las actuaciones del DECRETO 4/2021	Sí
		Nº objetivos de seguridad del paciente desarrollados	10
<i>Definidos los requisitos funcionales para la implantación de CISEMadrid</i>	Definición de los requisitos funcionales para la implantación de CISEMadrid	Sí	
CUMPLIMIENTO GLOBAL			100%
INDICADOR	META	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS
ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	<i>100% de Actuaciones prioritarias realizadas de higiene de manos</i>	Indicar nivel alcanzado en autoevaluación de la OMS 2022	Avanzado
		% dispositivos con disponibilidad de PBA en el punto de atención	100%
		Nº de profesionales formados en HM 2022	186



		Nº de profesionales de nueva incorporación formados en HM 2022	52
CUMPLIMIENTO GLOBAL			100%

I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), con plena implantación en los centros sanitarios desde 2007 representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de seguridad del paciente a nivel de los centros. Están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 35 de Atención Hospitalaria, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112.

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

Este año 2022 ha entrado en vigor el Decreto 4/2021 que establece los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, y entre ellos, la presencia de UFGRS, en el caso de las gerencias asistenciales del SERMAS, lo cual afianza la estructura de seguridad del paciente en nuestra Comunidad.

Estas Unidades informan de sus actividades a la Subdirección General de Calidad Asistencial y con todo ello, se elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2022 se describen a continuación.

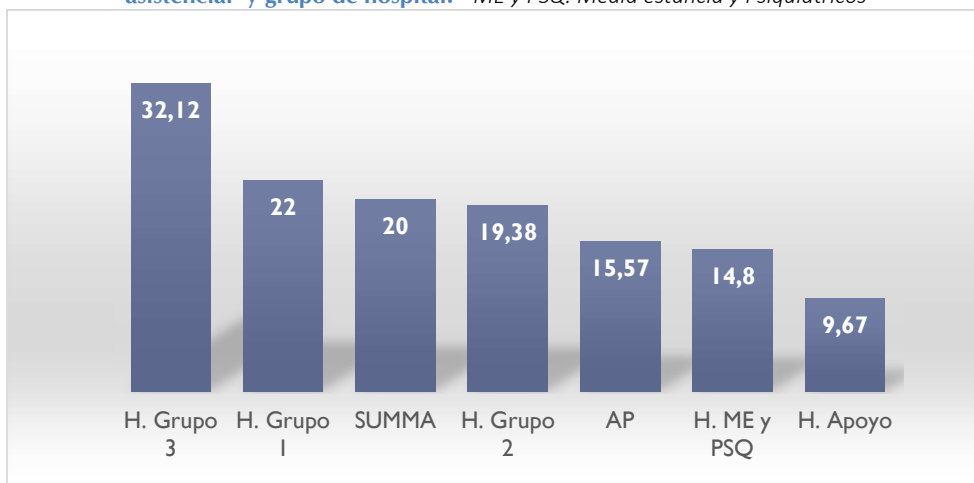
Estructura/Organización: Entre las características de las Unidades hay que resaltar la idea de que al ser unidades “funcionales”, son estructuras organizativas flexibles que se pueden adaptar a la realidad de cada centro sanitario, en cuanto al número y perfil de los profesionales y a su forma de interactuar.

Globalmente en el Servicio Madrileño de Salud forman parte de estas Unidades total de 880 profesionales (31 más que el año anterior) de todos los ámbitos de la organización sanitaria. De todos ellos, un 85% pertenecen a las 35 Unidades Funcionales de hospitales, seguidos de profesionales de atención primaria (12%) de las 7 Unidades Funcionales y del SUMMA 112 (2%).

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

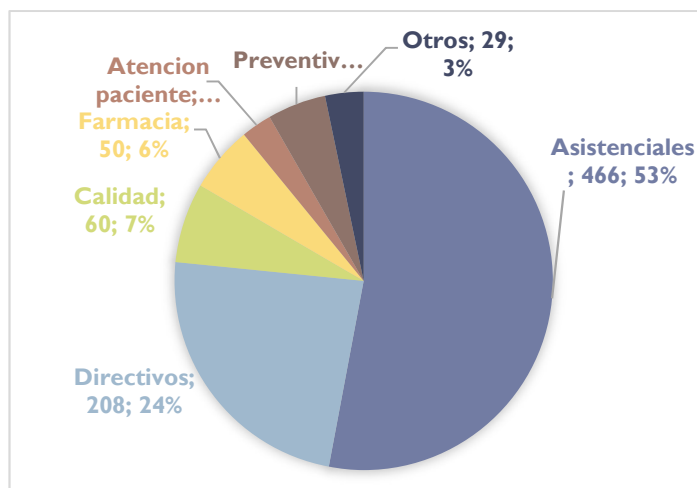


Gráfico 1. Promedio de profesionales que forman parte de las UF: por ámbito asistencial y grupo de hospital. *ME y PSQ: Media estancia y Psiquiátricos



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

Gráfico 2. Composición de las Unidades Funcionales.



Otro aspecto interesante que se recoge dentro del apartado de composición de las Unidades Funcionales es el relativo al nivel de formación de sus integrantes. Así, con respecto a la información facilitada por las Unidades Funcionales en el año 2022, de los 880 profesionales que integran las diferentes unidades, se ha comunicado el nivel de formación de la totalidad de ellos.

El 76% considera que tiene un nivel de formación medio y avanzado (72% en 2021), un 21% básico (20% en 2021) y un 3% refiere no tener formación en seguridad del paciente (8% en 2021).

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

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

Así, de acuerdo a los datos comunicados en el año 2022, hay un total de 2.835 responsables de seguridad de unidades/servicios en el Servicio Madrileño de Salud, con un promedio global de 66 responsables por Gerencia/Dirección Asistencial. Esto supone un 10% (293) más que en el año 2021.

Respecto al número total de objetivos establecidos por las Unidades Funcionales, estos han sido de 463, un número superior al registrado en el año 2021 (421), con un promedio de 11 objetivos por Unidad Funcional, lo que supera a la media del año 2021, y refleja la recuperación de la actividad de estas unidades acercándose a los niveles del año 2019, año anterior a la pandemia.

Las Unidades Funcionales al ser estructuras organizativas flexibles pueden adaptar su forma de interactuar a la realidad de cada centro sanitario y en este sentido si bien el promedio global de reuniones en el año 2022 ha sido de 8 reuniones por Unidad Funcional, hay un amplio rango que oscila en valores mínimos de 4 reuniones y máximo de 28.

Además de lo anteriormente descrito, las Unidades Funcionales reflejan también otros aspectos de su organización relativos a grupos de trabajo que se establecen en los centros. Estos grupos de apoyo a la Unidad Funcional, están relacionados con el seguimiento de incidentes, seguridad en diferentes áreas, etc. Durante este periodo refieren tener un total de 218 (152 en el 2021) grupos de trabajo: 215 en hospitales, 1 en atención primaria y 2 en el SUMMA 112.

Actividad de las Unidades Funcionales

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

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

En total se han elaborado 686 materiales en el año 2022, con un aumento de 132 respecto al pasado 2021 (554), de los cuales 671 proceden de Hospitales (33 Unidades Funcionales participantes), 2 del SUMMA 112 (6 el año anterior) y 13 de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (16 menos que en el 2021). El promedio de materiales elaborados por Unidades Funcionales en Hospitales es de 15,5 (con un amplio rango entre 1 y 115). Respecto al tipo de material elaborado, los mayoritarios (39%) se corresponden con protocolos, procedimientos y guías, seguidos de las hojas informativas (18%) y de los carteles o infografías (14%),



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

Durante el año 2022, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 16.046 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 26,6% con respecto al año previo y supera a la obtenida en el año 2019, año de referencia anterior a la pandemia en la que se notificaron 15.932 incidentes, lo que indica una clara recuperación de la actividad de las UFGRS tras la pandemia. (Ver apartado III.1.1 de CISEMadrid).

3.- Desarrollo de Recomendaciones generalizables y prácticas seguras, derivadas de las acciones de mejora identificadas, diferenciando ambas definiciones en función del grado de evidencia científica que las avala. A su vez, tanto las recomendaciones como las prácticas, en función del ámbito de aplicación propuesto, pueden ser locales o generalizables (entendiendo esto como ámbito del servicio o lugar de ocurrencia del incidente o a todo el ámbito de nuestra organización: hospital, Atención Primaria o SUMMA 112). Durante el año 2022 se han comunicado 69 recomendaciones de seguridad generalizables y 171 prácticas seguras, de las cuales 7 son prácticas seguras generalizables, lo que conlleva la remisión por parte de los centros de una ficha con datos de la metodología seguida y de evaluación.

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

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

En enero de 2021, se publica el Decreto 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. Se trata de un decreto que fija criterios mínimos y se ha realizado a instancias de la Resolución 77/2017 sobre política general de Seguridad del Paciente.

Tiene como finalidad general la implantación de elementos organizativos y herramientas que permitan mejorar la seguridad de los pacientes y la consolidación de la cultura de seguridad en el conjunto de los centros y servicios sanitarios ubicados en la Comunidad de Madrid.

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

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



En su parte final, el texto contiene una disposición transitoria disponiendo el plazo de 12 meses para que los centros y servicios ya existentes, se adapten a lo establecido en el decreto y dos disposiciones finales, la primera señala la habilitación de desarrollo y la segunda la entrada en vigor. Por ello, la entrada en vigor del cumplimiento de los requisitos fue efectivo a partir del 22 de enero de 2022.

Desde la Subdirección General de Calidad Asistencial se elaboró un documento de recomendaciones para la elaboración del plan a las gerencias asistenciales del SERMAS. El cual se difundió, junto con un cuestionario del estado de situación del Decreto 4/2021 en diciembre de 2021.

En 2022, el 100% de los centros, 35 Gerencias de Hospitales, Gerencia Asistencial de Atención Primaria y Gerencia del SUMMA 112, cuentan con un Plan de Seguridad.

2.- Otras actuaciones: Comités de Adecuación a la Práctica Clínica

Como se ha descrito anteriormente, para promover la adopción de una asistencia sanitaria fundamentada en la efectividad contrastada, evitando o minimizando acciones innecesarias o de poco valor que pueden afectar a la seguridad de nuestros pacientes, se estableció dentro de los objetivos institucionales de seguridad 2021 para hospitales, atención primaria y SUMMA 112, la creación de Comités multidisciplinares de adecuación de la práctica clínica.

Para apoyar su constitución, se elaboraron unas Recomendaciones para la creación de estos Comités que se encuentran publicadas en la Intranet en el apartado “Comités Adecuación”.

<https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/ComitesAdecuacion.aspx>.

En este sentido, en el año 2022 están constituidos en el 100% de los centros, con 491 profesionales y además para impulso de los mismos, se incluyó entre los objetivos de contrato programa el “Desarrollo de al menos 2 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (seleccionadas de entre las funciones reseñadas en el documento de recomendaciones)”. Para concluir, los comités ya se encuentran constituidos en todos los centros y han desarrollado actividades dentro de al menos 2 líneas de actuación, derivadas de las funciones de los comités.

Tabla 8. Número de Comités por línea de actuación.

Líneas de actuación Comité de Adecuación de Práctica Clínica.		Nº Comités
L1	Establecer actuaciones para revisar las prácticas innecesarias en su ámbito de actuación, facilitando la participación y propuestas de todos los profesionales.	17
L2	Revisar periódicamente las iniciativas relacionadas con la identificación, reducción y/o supresión de prácticas innecesarias.	12
L3	Promover la realización de revisiones de la literatura científica sobre prácticas innecesarias.	7
L4	Proponer actuaciones para promover las prácticas con evidencia científica y evitar o disminuir las prácticas innecesarias.	22
L5	Impulsar la realización o la inclusión de los aspectos relacionados con el proyecto de adecuación de la Práctica Clínica en procesos, guías, vías o protocolos del centro.	22
L6	Proponer el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización de los profesionales.	13
L7	Desarrollar actividades de formación y actualización, incluyendo la colaboración con las unidades docentes para difundir la información disponible sobre prácticas innecesarias entre los profesionales en formación.	10



L8	Desarrollar reuniones, encuentros o jornadas con los profesionales de su centro o con otras comisiones del mismo para sobre esta materia.	4
L9	Desarrollar actuaciones para promover la adhesión a iniciativas nacionales y/o internacionales.	4
L10	Elaborar una memoria anual de actuaciones del Comité.	5

II. PRÁCTICAS SEGURAS

En la Comunidad de Madrid se continúa con el despliegue institucional de grandes líneas de actuación coordinadas con otros organismos como el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y, a través de él, con la Comisión Europea y con la OMS. Este grupo de actuaciones se detallan en este apartado de Prácticas seguras, en el que se incluye: Uso Seguro del Medicamento Proyectos Zero en las UCI, Higiene de Manos, Seguridad del Paciente Quirúrgico, Entornos de especial riesgo en Atención Primaria, y Vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

II.1. Uso seguro del medicamento

Los errores de medicación constituyen el tipo de evento adverso más frecuente, según los estudios, siendo evitables en al menos un 35% de los casos. Durante 2022, la Consejería de Sanidad ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas tanto a profesionales como a pacientes. A continuación, se detallan las actividades realizadas, relacionadas con la estrategia de seguridad en el uso de los medicamentos:

- a) la notificación de errores de medicación en el Portal de Uso Seguro del Medicamento y Red de Farmacias Centinela (RFC)
- b) Intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos
- c) Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas
- d) Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la Comunidad de Madrid
- e) Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del SERMAS
- f) Otras actuaciones: programa de revisión de la medicación FAP-MAP, taller conoce tus medicamentos, actuaciones en centros sociosanitarios del AMAS
- g) Formación

a) Actuaciones derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos y Red de Farmacias Centinela (RFC): Se incluye el acceso desde: Intranet: <https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/> y desde internet: Seguridad de Medicamentos (sanidadmadrid.org)

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



Sanitarios (ver apartado III 1.2 Aprendizaje y conocimiento-*Uso seguro del Medicamento*). Como consecuencia de la revisión de los errores de medicación notificados, se han realizado diferentes actividades encaminadas a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir dichos errores que se describen a continuación.

1.- **Actuaciones relacionadas con posibles problemas de calidad:** se han remitido a la Sub. General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 40 notificaciones recibidas en el PUSM para investigación de posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento. El resultado de las investigaciones recibidas (48% de los casos) se ha puesto en conocimiento del notificador.

2.- **Actuaciones relacionadas con posibles problemas de suministro:** se han revisado las notificaciones recibidas en el PUSM relacionadas con posibles problemas de suministro (n = 54) y se han remitido a la Sub. General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 33 incidentes (61%) por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica.

3.- **Actuaciones relacionadas con errores de medicación con daño:** se han revisado 170 notificaciones sobre errores de medicación recibidas en el PUSM donde se indican consecuencias para el paciente. De estas, se han remitido al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la Comunidad de Madrid 145 (85%) al ser consideradas RAM (reacciones adversas), tal y como recoge el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Artículo 2. Definiciones. A efectos de este Real Decreto, se entenderá por: Error de medicación: Fallo no intencionado en el proceso de prescripción, dispensación o administración de un medicamento bajo el control del profesional sanitario o del ciudadano que consume el medicamento. Los errores de medicación que ocasionen un daño en el paciente se consideran reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento. No se remitieron al CFV, al no ser consideradas RAM, las de omisión de tratamiento o las que se desconocía el daño al paciente.

4.- **Actuaciones relacionadas con posibles incidentes en las bases de datos de prescripción:** se han remitido 36 notificaciones, recibidas en el PUSM, al Área de Sistemas de Información de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para su posible resolución a fin de mejorar la seguridad durante el proceso de la prescripción. En 5 de los casos un 13,5 % hubo consecuencias para el paciente. Se han realizado diferentes actuaciones en el MUP para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos o mejorar la disponibilidad de los medicamentos durante la fase de prescripción a raíz de las notificaciones recibidas y/o Notas emitidas por la AEMPS:

- **Ibuprofeno-Codeína:** En relación a la nota de seguridad de la AEMPS donde se informa de casos graves de toxicidad renal, gastrointestinal y metabólica, algunos con desenlace mortal, asociados al abuso y dependencia a la codeína con medicamentos que contienen la combinación de codeína e ibuprofeno, desde Sistemas de Información de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios se han incluido mensajes en el Módulo Único de Prescripción (MUP) para que los prescriptores dispongan de información importante sobre la duración de tratamiento recomendada en ficha técnica, a la hora de prescribir.
- **Brivudina:** En relación a la toxicidad potencialmente mortal de fluoropirimidinas si se administran poco antes, simultáneamente o en las 4 semanas posteriores a la

finalización del tratamiento con brivudina, desde Sistemas de Información de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (SGFPS) se han incluido un mensaje de advertencia en el Módulo Único de Prescripción (MUP) así como los requisitos que deben validar antes de la prescripción. Se ha incorporado información para el profesional y para el paciente y se ha difundido por Infomup

- Medicamentos análogos del GLP-1, ante las recomendaciones de la AEMPS para evitar o paliar los problemas de suministro, desde Sistemas de Información de la SGFPS se facilita a los prescriptores la priorización del uso de estos tratamientos de acuerdo a las condiciones autorizadas (control glucémico de pacientes con DM2) y a no iniciar nuevos tratamientos hasta que los titulares confirmen que pueden abastecer la demanda.
- Suspensiones pediátricas de amoxicilina 250mg/5ml, ante las recomendaciones que emite la AEMPS para paliar los problemas de suministro desde Sistemas de Información de la SGFPS se facilita en el MUP la sustitución de los tratamientos, según lo indicado en la nota de la AEMPS, durante la dispensación.

Además, se ha mantenido la conexión a diario con la Agencia Española del Medicamento (AEMPS), iniciada en el año 2019, para recoger los desabastecimientos oficiales en el MUP, de manera que los prescriptores disponen de esta información, actualizada a diario, a la hora de prescribir.

5.- Actuaciones relacionadas con errores de medicación cuya causa está relacionada con la presentación de la especialidad farmacéutica que puede dar lugar a confusión por nombres similares, similitud de envases: se han revisado y remitido a la Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios (AEMPS) 23 notificaciones relacionadas con similitud de envases de especialidades farmacéuticas o de formas farmacéuticas que pueden dar lugar a confusión. En uno de los casos contactaron con el laboratorio para valorar la diferenciación. Se han revisado y remitido 3 notificaciones, relacionadas con similitud de nombres que pueden dar lugar a confusión, al Instituto para el uso Seguro del Medicamento (ISMP). Los tres casos se incluyeron en el último listado de los medicamentos que se prestan a confusión: Lamotrigina y Levomepromazina; Glucagón y Glucocemin; Femmyn y Femlax.

6.-Notificaciones remitidas a la Agencia Española de Medicamentos: Se han remitido 2 notas a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios relacionadas con incidentes revisados en el Portal, que proponen cambios para mejorar las presentaciones de los medicamentos para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos por los pacientes o durante la administración por los profesionales sanitarios.

- Priorix® polvo y disolvente en jeringa precargada para solución inyectable. Propuesta: Valorar la posibilidad de cambiar la presentación del envase para que cada vacuna, que incluye el vial y la jeringa, estén unidos.
- Itragerm® 50 mg capsulas. Propuesta: unificar la información aportada en ficha técnica y prospecto.

7.- Elaboración y difusión de boletines sobre seguridad de medicamentos: Como resultado de la evaluación y gestión de las notificaciones sobre errores de medicación recibidos en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos o como consecuencia de Notas de Seguridad emitidas por la AEMPS, se han elaborado diferentes documentos para fomentar el uso seguro de medicamentos con destino a los profesionales sanitarios. Los boletines editados durante el año 2022 fueron los siguientes:



- *Boletines de recomendaciones a los profesionales.* Se han elaborado 20 boletines de recomendaciones a los profesionales para fomentar el uso seguro de los medicamentos en los que se recomiendan actuaciones para mejorar el uso de los medicamentos.
- *Boletín resumen trimestral.* Durante el año 2022, se han editado 4 boletines con el resumen trimestral de las notificaciones, destinado a todos los ámbitos asistenciales, que incluye información descriptiva sobre el nº de notificaciones comunicadas, en dicho trimestre, por ámbito asistencial, su participación respecto al total, así como el análisis de las mismas según el origen del error, la evolución de las notificaciones con origen en la prescripción, la clasificación según la persona que los descubre, según el tipo de error, según la causa y las consecuencias para el paciente. Se incluye específicamente información sobre el nº de los EM con medicamentos de alto riesgo, así como los EM notificados en niños y en personas mayores y las actividades realizadas: notas enviadas a la AEMPS, notificaciones RAM y cualquier información de interés y de utilidad para fomentar el uso seguro de los medicamentos.
- *Informes de seguimiento.* Durante el año 2022 los informes para Atención Primaria y Atención Hospitalaria se difunden, en formato POWER-BI. Así se facilita la información mensual sobre los errores de medicación, notificados en el Portal de Uso Seguro del Medicamento, de manera interactiva, se facilita el seguimiento de cada ámbito asistencial y se remiten actualizaciones mensuales (n=12). Disponible en la Intranet: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/informeerroresmedicacion.aspx>
- *Boletines para pacientes.* Se ha realizado 1 Boletín para pacientes durante el año 2022.
- *Boletines de la RFC (Red de Farmacias Centinela).* Durante el año 2022 se han realizado 5 Boletines para las Oficinas de Farmacias de la Red de Farmacias Centinela donde se recomiendan actividades para detectar y evitar posibles errores de medicación.

8.- Otras actividades desarrolladas:

-Comunicaciones a profesionales: Se han remitido 10 comunicaciones, vía correo electrónico, para advertir a los profesionales sanitarios sobre temas considerados de importancia para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos. En las comunicaciones se adjuntan, si corresponde, las Notas de seguridad de la AEMPS y los boletines realizados por la SGFPS

-Comisión de seguridad de la RFC (*Red de Farmacias Centinela*): Se convoca en octubre de 2022, al haber transcurrido un año desde la última renovación e incorporación de nuevas oficinas de farmacia. Durante la Comisión se presentó el análisis de las notificaciones recibidas que había experimentado un significativo ascenso.

-Jornadas del uso seguro del medicamento: el 19 de junio se celebraron la IV Jornadas del Uso Seguro del Medicamento en el Hospital Santa Cristina con una participación de 307 alumnos y llevada a cabo de manera on-line y presencial. Información disponible en el Portal de Uso Seguro del Medicamento: <https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/Docencia/INDICE%20IV%20JORNADA%20USM.pdf>

-Comisión de Seguridad de la SGFPS: Se inician las reuniones el 4 de noviembre y se convocan 6 reuniones para tratar temas y proponer actuaciones relacionadas con la seguridad en el uso de los medicamentos.

-Participación en actividades para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos: participación en Congresos: SEFAP, colaboración en Jornadas y Reconocimientos,



participación en la Estrategia de Seguridad del Paciente, en la coordinación de la línea del Uso Seguro del Medicamento, participación en grupos de trabajo para establecer medidas para mejorar la seguridad del uso de medicamentos en la administración por el paciente.

-Página de uso seguro de medicamentos (PUSM) – Noticias publicadas en el PUSM: durante el año 2022 se han publicado un total de 77 noticias sobre seguridad de medicamentos a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios

b) Intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos:

Durante el año 2022, se han mantenido las actividades del programa para la mejora de la seguridad en la prescripción de medicamentos, iniciado en octubre de 2020:

Con la modificación en el Módulo Único de Prescripción (MUP) de la descripción de principios activos considerados de alto riesgo (metotrexato), con el objetivo de facilitar la selección de la presentación adecuada según la situación clínica del paciente (en el caso de metotrexato para patología oncológica o reumática).

Con la identificación de pacientes en tratamiento con teriparatida durante un período superior a 2 años. La ficha técnica del fármaco limita la duración de su uso a 24 meses por un posible aumento en la incidencia de osteosarcoma con la administración a largo plazo. Se informó a los farmacéuticos de Atención Primaria para que revisaran las prescripciones y se tomaran las medidas oportunas ya que tras la suspensión de teriparatida los pacientes pueden continuar con otros tratamientos para la osteoporosis. En el año 2022 fueron resueltas el 69,6% de las incidencias detectadas.

Con la identificación de pacientes con pautas erróneas de prescripción de metotrexato. Se ha informado de ello a los médicos y farmacéuticos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con el objetivo de que se corrigieran las incidencias detectadas. Los principales problemas identificados han sido: duplicidades y errores en la frecuencia de la toma. En el año 2022 fueron resueltas el 72,28% de las incidencias notificadas, no obstante, tras un nuevo corte de información, en enero de 2023, se habían producido nuevas prescripciones inadecuadas por lo que se va a dar continuidad a esta estrategia.

c) Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiacepinas:

Durante el año 2022 se ha continuado monitorizando la línea estratégica iniciada en el año 2017 para la reducción del uso crónico de benzodiacepinas.

Las benzodiacepinas en tratamiento a corto plazo son fármacos eficaces y con una acción rápida en los trastornos de ansiedad e insomnio. Sin embargo, son fármacos adictivos y en tratamientos prolongados pueden aparecer problemas de tolerancia, dependencia, abuso, además de efectos adversos como pérdida de memoria y de reflejos, confusión y mayor riesgo de caídas y fracturas.

La estrategia ha implantado recursos dirigidos a profesionales y pacientes que pueden facilitar la retirada de los tratamientos crónicos con benzodiacepinas.

En el año 2022, si consideramos el porcentaje de pacientes con dispensación de benzodiacepinas respecto a la población con alguna prescripción, se observa que se retoma de nuevo la tendencia descendente (-4,68%) que se inició en el 2018 con la puesta en marcha de la estrategia, tendencia rota en el año 2020 probablemente motivado por la situación generada por la pandemia.

También se observa una mejoría en el indicador de AP que mide el porcentaje de pacientes en tratamiento crónico con benzodiacepinas (BZD) durante los últimos 6 meses, alcanzando el valor más bajo desde que se inició la estrategia (5,86%).



d) Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la Comunidad de Madrid:

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

En 2022 se mantuvo la participación de la Comunidad de Madrid en el Plan Nacional sobre Resistencia a los Antimicrobianos. Una de las herramientas que se han mostrado eficaces es la implementación de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria.

En el año 2019 la Comunidad de Madrid puso en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE). En este documento se describen 7 líneas de trabajo generales y una de ellas es Implementar Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria. Líneas de actuación a destacar desarrolladas durante 2022 para fomentar el uso racional de los antibióticos en los diferentes ámbitos asistenciales:

- Desarrollo de dos ediciones del curso formativo “Actualización en uso apropiado de antibióticos en adultos PROA hospital” con la participación de profesionales sanitarios de diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid. Durante el año 2022 se han realizado 2 cursos del plan de formación dirigido a Médicos Y Farmacéuticos. Número de profesionales formados: 250 alumnos, en formato online.
- Mantenimiento del banco de casos clínicos con el objetivo de que puedan ser compartidos y servir de ayuda para la realización de sesiones en los hospitales, centros de salud, servicios de urgencia de los hospitales, SUAP-SUMMA112 y residencias.
- Actualización de la [Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos](#) en infecciones de pacientes con tratamiento ambulatorio que recoge los tratamientos de elección y las alternativas a las principales infecciones comunitarias, tanto de adultos como de niños. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50679>
- Celebración en noviembre de la I Jornada de Uso Racional de Antimicrobianos de la Comunidad de Madrid, en el Hospital Universitarios La Paz, con el lema “Avanzando en la implementación de los PROA” para conmemorar el “Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos”, en la que se promovió la activación del programa RESISTE para seguir trabajando en la mejor utilización de los antimicrobianos y se expusieron los mejores casos clínicos presentados al banco de casos clínicos.
- Coordinación de actividades promovidas por el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (PRAN) destacando: revisión de las Normas de Certificación de los equipos PROA de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria y la participación en el grupo coordinador de la guía PRAN.
- Reactivar las reuniones de la Comisión Central de Política Antimicrobiana de la Comunidad de Madrid con el principal objetivo de promover la implementación de medidas encaminadas a disminuir la selección y diseminación de resistencias a antimicrobianos.
- Participación en el grupo de trabajo elaborado por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) junto con Salud Digital (Ministerio de Sanidad) para el desarrollo de una herramienta de apoyo a los equipos PROA.

e) Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA 112 y los hospitales del SERMAS:



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

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

Desde su implantación en marzo de 2017 se han realizado un total 383 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. De ellas, 108 solicitudes se han realizado en el año 2022.

f) Otras actuaciones: programa de revisión de la medicación por el Farmacéutico de Atención Primaria-Médico de Atención Primaria, taller conoce tus medicamentos, actuaciones en centros sociosanitarios gestionados por la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS):

En el año 2017 se inició un programa de revisión parcial de la medicación realizado por los farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) en colaboración con los médicos de familia, con el objetivo de mejorar la adecuación y seguridad de los tratamientos en aquellos pacientes con mayor riesgo de experimentar problemas relacionados con la medicación.

Estos pacientes son seleccionados por los médicos o farmacéuticos de Atención Primaria, priorizando a los pacientes crónicos complejos, polimedicados, pacientes mayores o pacientes afectados por alguna alerta o problema de seguridad seleccionado.

Desde que se inició el programa se ha ido aumentando el número de revisiones realizadas. Durante el año 2022, se han realizado 3.671 revisiones integrales (frente a las 1.323 del año 2021) y 7.302 revisiones focales (2.478 más que el año anterior), dirigidas estas últimas, a la resolución de problemas identificados con grupos de medicamentos concretos, entre los que se encuentran los medicamentos de alto riesgo. Señalar que del total, 1.170 revisiones integrales y 555 revisiones focales han sido llevadas a cabo por los farmacéuticos de Atención Primaria integrados en las Unidades de Atención a Residencias sociosanitarias (UAR), las cuales fueron constituidas en la alerta sanitaria del año 2020 como apoyo a los profesionales de los centros de salud en la atención sanitaria de las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

La edad media de los pacientes revisados ha sido de 79 años, con un promedio de principios activos prescritos de entre 12 y 13 (12,38), disminuyendo a 10,5 principios activos tras la revisión de los tratamientos. El 94,68% de los pacientes revisados tuvo alguna recomendación del FAP. Las incidencias más frecuentes, al igual que en año 2021, han sido: la necesidad de revisar dosis y/o pauta posológica, la presencia de medicamentos sin indicación clara, la duración de tratamiento y las interacciones medicamento-medicamento. Señalar que, como resultado de muchas de estas revisiones, destaca la continua mejora en indicadores de seguridad.



En el indicador que mide el porcentaje de personas de 74 o más años en tratamiento crónico con AAS (ácido acetilsalicílico) a dosis superiores a 150 mg, habiendo pasado de 4,16% en enero del 2022 (4.456 pacientes) a 2,51% en diciembre 2022 (2.634 pacientes).

También ha disminuido el nº de pacientes de 65 o más años con dosis altas de citalopram o escitalopram, pasando de 5.308 pacientes en enero a 4.238 pacientes en diciembre de 2022, y el nº de personas mayores con AINE crónico, pasando de 2.168 a 1.879 pacientes a lo largo del año 2022.

Taller dirigido a población mayor sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización (incluye información sobre adherencia, hoja de medicación, prevención de errores de medicación). En junio del año 2016 la COVAM (Comisión de Validación de Proyectos Educativos de la Comunidad de Madrid) validó como proyecto marco de la CM el taller “Conoce tus Medicamentos”, estando disponible a través de la intranet en la aplicación EpSalud. A lo largo del año 2022 se han impartido 14 talleres (9 con la participación de los FAP), recuperando la actividad tras el parón motivado por el periodo de pandemia. Destacar que, en junio de 2022, se ha constituido un grupo de trabajo con farmacéuticos de Atención Primaria destinado a la revisión y actualización de los materiales incluidos en el taller. Actualmente, dichos materiales se encuentran en reevaluación.

Los farmacéuticos de atención a centros sociosanitarios que colaboran con AMAS en proporcionar una atención farmacéutica a las personas institucionalizadas en los 38 centros sociosanitarios públicos de la Comunidad de Madrid (7.803 personas con alguna dispensación en el año 2022), han revisado 22.740 tratamientos (6.938 revisiones completas, 15.802 parciales), realizando 4.236 intervenciones para la optimización de la farmacoterapia centradas en el individuo y teniendo en cuenta su situación social y sanitaria. Estas intervenciones propuestas han tenido un grado de aceptación del 59%. Una gran parte de las intervenciones estaban relacionadas con aspectos de seguridad como la duración de los tratamientos, información sobre interacciones, prevención de reacciones adversas, o utilización de fármacos innecesarios o inefectivos

Por otro lado, se han revisado y difundido 33 alertas de medicamentos y 22 notas informativas de la AEMPS en estos centros sociosanitarios. Se ha revisado la preparación de medicamentos de más de 10.000 SPD (Sistema Personalizado de Dosificación) y se han notificado 112 errores de medicación durante el año 2022.

g) Formación

Se han impartido un total de 3 cursos de Uso Seguro de Medicamentos coordinados por la Sub. G. de Farmacia y Productos Sanitarios, con un total de 193 participantes (médicos, farmacéuticos, y enfermeras)

Se ha realizado la IV Jornada de Seguridad del Medicamento de la Comunidad De Madrid con un total de 307 participantes.

II.2. Higiene de Manos

La mejora de la higiene de manos es un elemento fundamental en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y un objetivo prioritario en seguridad del paciente. De este modo se incluye de forma anual entre los objetivos institucionales de los centros, a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS, incidiendo en cambio del sistema (disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención >95%) y formación de profesionales, en especial nueva incorporación. Los resultados obtenidos en los diferentes ámbitos asistenciales se describen en el *apartado 1.2. Objetivos institucionales*.



Asimismo, con motivo del Día mundial de higiene de manos 2022 se desarrollaron actividades tanto a nivel central en la Consejería como en los diferentes ámbitos asistenciales. Así, se organizó el II Concurso audiovisual de higiene de manos en los centros del Servicio Madrileño de Salud. Una iniciativa que buscaba reconocer y difundir iniciativas desarrolladas por los centros entorno a la celebración de este día. Fueron un total de 27 las iniciativas presentadas (20 de hospitales y 7 de direcciones asistenciales de atención primaria). El fallo del jurado se realizó el 5 de mayo y se hizo público en la Jornada del Día Mundial de Higiene de manos.

Por otra parte, en los centros del Servicio Madrileño de Salud se realizaron otras muchas actividades, habiendo informado de ellas 18 Hospitales y Atención Primaria. Con todo ello se elaboró una Memoria detallada de actividades del 5 de mayo 2022 que se difunde a los centros para compartir y reconocer todas las iniciativas llevadas a cabo, y se remite al Ministerio.

En el seno del Programa de Higiene de manos del Sistema Nacional de Salud, como en años previos se solicitó en el mes de junio a los centros los indicadores relativos al año 2021. Toda la información recibida se analizó, se remitió al Ministerio y sus principales resultados se detallan a continuación:

Tabla 9. Indicadores del programa de higiene de manos

Indicadores del programa de higiene de manos	2020	2021
1.- % de Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en la habitación	97,7%	96,7%
2.- % de Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención.	81%	82,3%
3.- % Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención	98,8%	98,8%
4.-Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en hospitalización (l/1.000 estancias)	75,94	49,84
5.-Consumo preparados de base alcohólica en Unidades de Cuidados Intensivos(l/1.000	--	114,67
5.-Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en atención primaria (l/10.000 consultas)	66,49	23,07
6.- Observación del cumplimiento de higiene de manos	68,5%	67,4%

II.3. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)

- **Prevalencia global de infección relacionada con la asistencia sanitaria 2022**

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

Los datos de este indicador proceden del Sistema para la Vigilancia en España (SIVIES) del Centro Nacional de Epidemiología. Una vez al año los datos son recogidos por los servicios de medicina



preventiva de los hospitales, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las IRAS del hospital y se les proporciona a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). En el caso de la Comunidad de Madrid los datos que figuran más abajo solo reflejan lo que ocurre en los hospitales del SERMAS.

Tabla 10. Prevalencia global IRAS

Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria	2020	2021	2022
	No realizado	7%	6,78%

- Vigilancia de la infección de localización quirúrgica (ILQ) 2020-2021**

Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son un objetivo importante de la vigilancia de las IRAS y una prioridad para el sistema de vigilancia de la Comunidad de Madrid. Las ILQ son un importante problema que pueden limitar los beneficios de las intervenciones quirúrgicas. El desarrollo de una ILQ implica en los pacientes una mayor probabilidad de mortalidad, de estancias hospitalarias más prolongadas y de reingresos, junto con un aumento de pruebas complementarias y un uso adicional de antibióticos.

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

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

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 se han vigilado en la Comunidad de Madrid 16.586 procedimientos, tanto obligatorios como opcionales en 16.204 personas. Durante el año 2021 se han vigilado 18.192 procedimientos en 17.542 personas.

Tabla 11. Nº DE PROCEDIMIENTOS según riesgo NNIS*

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

RIESGO	Nº DE PROCEDIMIENTOS QX 2020	Nº PROCEDIMIENTOS QX 2021
Total Índice NNIS	16.586	18.192
NNIS OE	143	62
NNIS M	1.501	1.081
NNIS 0	6.402	7.042
NNIS 1	5.889	6.433
NNIS 2	1.918	2.226
NNIS 3	301	391
Indeterminado	432	957



Tabla 12. Localización de las ILQ

LOCALIZACIÓN INFECCIÓN	Nº INFECCIONES NOSOCOMIALES 2020	Nº INFECCIONES NOSOCOMIALES 2021
ILQ superficial	172	166
ILQ profunda	92	112
ILQ órgano/ espacio	242	330
Total infecciones	506	608

En el momento de elaboración de esta memoria se están recabando los datos finales de la información de la vigilancia de ILQ de 2022.

- **Brotos nosocomiales 2022**

Para el control y eliminación de los brotes nosocomiales la detección precoz es el punto clave. Es básico que cada centro disponga de un programa de vigilancia, prevención y control adecuado a sus características, que permita la rápida identificación del brote, la investigación de la fuente y de los factores contribuyentes y la adopción precoz de las medidas de control más adecuadas, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad en los pacientes y minimizar las posibles repercusiones sociales, económicas y legales.

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

En las siguientes tablas podemos ver la distribución de los brotes según tipo de hospital y el número total de pacientes y trabajadores afectados:

Tabla 13. Número de brotes nosocomiales según tipo de hospital. Año 2022

Tipo de hospital	Nº de brotes COVID notificados	Nº de brotes NO COVID notificados
Alta complejidad	58(32,7%)	8 (36%)
Media complejidad	32(18%)	8(36%)
Baja complejidad	5(3%)	1 (4,5%)
Hospitales de media/larga estancia	33(18,6%)	---
Otros centros públicos	44(25%)	3(13,6%)
H. privados	5(3%)	2(9%)
TOTAL	177(100%)	22(100%)

Tabla 14. Datos descriptivos de los brotes nosocomiales. Año 2022

	Nº de casos	Nº de pacientes afectados	Nº de trabajadores afectados	Nº de exitus
Total brotes COVID	1.573	1.175	398	28
	Nº de casos	Nº casos colonizados	Nº casos infectados	Nº de exitus
Total brotes NO COVID	229	64	165	8



II.4. Proyectos Zero en las UCI

Desde hace años se trabaja con los proyectos “Zero” con indicadores en **objetivos institucionales**. En este sentido se incluyeron en contrato programa 2022 indicadores relacionados con los cuatro proyectos BZ, NZ, RZ e ITU-Zero. Los resultados de la evaluación de las tasas de los distintos proyectos se encuentra incluido en el apartado *1.2 Objetivos institucionales de hospitales* de esta memoria.

Por otro lado, como se ha reflejado en otros apartados, la pandemia por Covid-19 impactó negativamente en las tasas de infección nosocomial en las unidades de críticos, produciéndose un aumento generalizado de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Por todo ello, se instó, durante el año 2021 desde el consejo asesor del Ministerio a las Comunidades Autónomas, a desarrollar un plan de acción en pacientes críticos, considerando una prioridad reiniciar los proyectos de seguridad en las UCI

Para ello, en la Comunidad de Madrid, con la participación de profesionales-referentes de Proyectos Zero de algunos hospitales, se elaboró el “Plan de acción de pacientes críticos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid”, que se presentó en octubre de 2021. Dicho plan cuenta con 4 objetivos secundarios y 11 actuaciones.

Dicho plan estableció asimismo un cronograma y los responsables de impulsar cada una de las actuaciones que se han desarrollado durante el año 2022. Se ha elaborado un informe de seguimiento a finales de 2022 de dicho plan de acción cuyo resumen de actuaciones de acuerdo a los 4 objetivos establecidos se presenta a continuación:

1. Redefinir la estructura organizativa en los proyectos.
 - A nivel central se ha reforzado la composición del grupo de coordinación autonómico de los proyectos, contando con un total de 9 profesionales.
 - A nivel de las unidades, se ha solicitado la designación de un responsable médico, de enfermería y de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los 26 hospitales con UCI de adultos del SERMAS.
2. Evaluar la repercusión de la pandemia por Covid-19 en los proyectos de seguridad del paciente en las UCI
 - Se diseñó un cuestionario por parte del grupo coordinador que contaba con 78 preguntas, con el objetivo de evaluar la repercusión de la pandemia por Covid-19. Se realizó el pilotaje en enero 2022 y se remitió a todas las UCI en abril 2022, participando 22 hospitales-24 UCI.
 - Se analizaron los resultados del cuestionario, así como los datos disponibles, sobre estos proyectos, en los años 2020 y 2021, comparándolos, en su caso, con la evolución temporal o la media de los años anteriores.
 - En el mes julio en la reunión de referentes UCI se presentó el informe global de la Comunidad de Madrid y más adelante se remitieron los informes individuales realizados para cada una de las UCI que participaron realizando el cuestionario

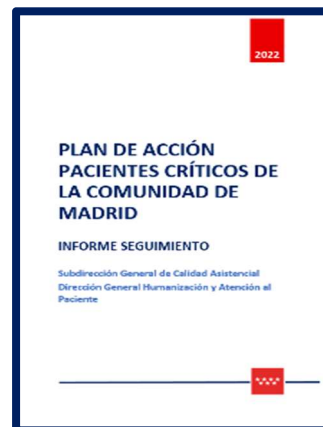
comparando sus resultados con su grupo de hospital y con el global SERMAS (24 UCI). A las UCI que no participaron se les remitió el informe global.

3. Desarrollar acciones de mejora de los proyectos.

- Se realizó difusión sobre la formación en seguridad del paciente e higiene de manos y específica de los proyectos.
- Se incluyó en 2022 los Proyectos Zero en los objetivos del contrato programa, dentro del apartado de seguridad del paciente

4. Establecer un sistema de evaluación y seguimiento de los resultados del Plan de acción.

- Se han celebrado reuniones de coordinación y con las diferentes unidades, con fechas 1 de julio y 13 de diciembre, para el seguimiento de actuaciones y presentación del informe global 2022 de resultados. Este informe global se difundió a todos los referentes UCI junto con los datos disponibles de estos proyectos del año 2022. Este plan de críticos se presentó en el Ministerio de Sanidad el día 14 de diciembre en la Jornada de Seguridad del paciente Crítico.



II.5. Seguridad del paciente quirúrgico

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

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

En relación con este proyecto institucional, se incluyó como en años anteriores el listado de verificación quirúrgica y la infección quirúrgica Zero entre los objetivos del contrato programa de los centros y servicios dependientes del SERMAS.

Asimismo, se han actualizado durante este año los referentes de cirugía segura de los centros y se han dado de alta a tres hospitales en la plataforma de cirugía segura del Ministerio de Sanidad para participar en los cursos específicos del programa de Cirugía Segura, que han sido el H. U. La Princesa, el H.U. Gregorio Marañón y el H.U Severo Ochoa. En total participan 29 hospitales en el programa de cirugía segura.

En 2022, al igual que en años anteriores, se evalúa el Grado de adherencia a las medidas del proyecto **Infección Quirúrgica Zero (IQZ)**. El proyecto IQZ busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la aplicación de medidas destinadas a mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables que se producen en los hospitales. Propone la aplicación de 5 medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las cuales 3 son consideradas obligatorias para todos los hospitales

participantes en el proyecto: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello.

En 2022, la meta establecida fue que al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto habían de estar implantadas en > 90% de unidades/servicios quirúrgicos donde se desarrollen y de acuerdo al protocolo IQZ. En cuanto los resultados, de forma global la adherencia al proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) ha sido de un 99,1% de servicios o unidades (213), superior al 98% del año 2021, habiendo alcanzado la meta establecida el 93% de los hospitales (27 de los 29 centros con actividad quirúrgica).

En 2022 el porcentaje global de implantación del LVQ ha sido de un 96,2%, muy similar al porcentaje alcanzado el año anterior (96,3%). La meta establecida en 2022 marcaba que el porcentaje de implantación en cada hospital fuera superior al 95 %. En este caso han sido 86% de hospitales (25 de los 29 con actividad quirúrgica) los que han alcanzado este objetivo.

II.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria

En Atención Primaria (AP), durante el año 2022 se han realizado las siguientes actividades:

- **En relación con la infraestructura organizativa:** Se ha nombrado al responsable de seguridad del paciente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP), existen responsables de seguridad y de higiene de manos en los 262 centros de salud y en relación a las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), se han adaptado las 7 UFGRS a los requerimientos del Decreto de Seguridad del paciente. En la actualidad, el número de profesionales asistenciales supera al resto de profesionales (Nº total de profesionales: 110 (54% asistenciales). Por otro lado, en la Comisión de Seguridad del paciente de la GAAP, se ha ampliado la comisión al incorporar a más profesionales asistenciales: en la actualidad, participan una médico de familia, una pediatra y una enfermera, todas pertenecientes a UFGRS. Con respecto al Comité de adecuación a la Práctica Clínica, creado en el año 2021, lo integran actualmente 16 profesionales.
- **En relación al cumplimiento de objetivos y actuaciones de seguridad desarrolladas en el 2022** se destacan las siguientes:
 - Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor:* se ha difundido el “pentálogo” de requisitos para iniciar el tratamiento con opioides potentes (uno de los requisitos es el uso de una escala de riesgo de adicción) y el 14 % de pacientes con protocolo de dolor crónico en el último año (medido sobre datos de 2020) tienen realizada la escala de riesgo de adicción.
 - Prevenir la infección asociada a la asistencia sanitaria:* se ha actualizado el Plan de Limpieza, Desinfección y Esterilización del material sanitario de la GAAP y la Programación de la Campaña de Higiene de Manos 2022.
 - Mejorar la seguridad de los pacientes en la gestión de pruebas diagnósticas:* se han establecido medidas de mejora del programa PREVECOLON en Atención Primaria, tras la aplicación de un AMFE.
 - Mejorar la seguridad de los pacientes en la utilización de medicamentos y productos sanitarios en Atención Primaria:* se ha realizado un análisis de los errores de medicación relacionados con las vacunas que han sido notificados en CISEMadríd, se ha realizado una revisión y actualización del documento de extractos hiposensibilizantes, se ha revisado y

actualizado el “Proceso de Inmunización segura en AP” y se ha actualizado el PNT de seguridad de Productos Sanitarios.

-Está en marcha un grupo de trabajo para *elaborar recomendaciones* y así minimizar riesgos sobre los errores de medicación del propio paciente. Se ha realizado un DAFO sobre errores de medicación del paciente. También se ha Iniciado la planificación de acciones para prevenir los errores de medicación del paciente.

-*Impulsar la gestión de Eventos Adversos Graves (EAG)*: Se ha difundido la guía de gestión de EAG a todas las partes implicadas: Direcciones Asistenciales (DA), Unidades de Atención al Paciente, UFGRS, equipos directivos y responsables seguridad de los centros: se ha creado un circuito y carpetas seguras para custodiar la información relativa a los EAG notificados y se ha desarrollado formación específica a profesionales sanitarios asistenciales y de las UFGRS, así como a los equipos directivos de los centros y a las Direcciones Asistenciales.

-Se ha elaborado un proyecto de investigación para evaluar si las *Rondas de Seguridad* realizadas en AP mejoran la cultura de seguridad de asistenciales y directivos.

-*Desarrollar las actuaciones de “no hacer” en AP*: se ha revisado la literatura científica relacionada con las recomendaciones “no hacer” (RNH), fundamentalmente de sociedades científicas, y selección de las que afectan al ámbito de Atención Primaria.

- Se han propuesto otras RNH por parte de los miembros del grupo en base a la literatura científica.
- Se han priorizado las RNH en base a los siguientes criterios: frecuencia de ocurrencia, factibilidad para la eliminación de la práctica, daño ocasionado al paciente.
- Se han propuesto procesos en los que agrupar dichas RNH, y posterior agrupación de las RNH priorizadas en dichos procesos.
- Se ha creado un formato para elaborar las RNH. Se ha definido un logo y un slogan para el proyecto. Para cada RNH que se elabore se realizará un cartel, cuyo objetivo es la sensibilización de los profesionales, que incluye la RNH, un lema, y un código QR que dirige a una ficha. En esa ficha se amplía más información sobre dicha RNH, y sobre “qué hacer”, en base a la literatura científica.
- Se ha elaborado una memoria de las actuaciones del Comité.

En relación a otros proyectos desarrollados en Atención Primaria, cabe destacar el desarrollo durante este año 2022 de la segunda etapa del mapa de riesgos, finalizado en el año 2021, implantando aquellas medidas que son más fáciles de aplicar:

- Se ha elaborado y difundido un procedimiento de consulta no presencial para pacientes con demandas de atención por patología aguda.
- Se ha elaborado y difundido una Recomendación de Seguridad Generalizable sobre el proceso global de atención telefónica.
- Se han elaborado Recomendaciones de Seguridad Generalizables sobre la atención domiciliaria a pacientes Covid y no-Covid y sobre la atención presencial en consulta.
- Se han desarrollado otras medidas: normalización del maletín de urgencia en todos los centros.



Otra actuación importante en el 2022 ha sido la finalización de la primera fase del proyecto Trigger-PRIM, financiado por el Instituto de Salud Carlos III. A través de este proyecto se ha realizado un “Estudio de prevalencia de Eventos Adversos” (frecuencia de todos los tipos de eventos adversos y sus características en AP), mediante revisión de HCE y se ha validado un conjunto de trigger para AP de alto rendimiento para su aplicación como “learning model”.

Con respecto a la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente del SERMAS 2027, se han definido durante este año, los objetivos estratégicos y las actuaciones de la Línea específica “Entornos de especial riesgo en AP” (línea 7.10). La línea consta de 4 objetivos y 19 actuaciones en las que ha trabajado la Comisión de seguridad de la GAAP, así como también han participado en las distintas fases de revisión y elaboración del plan de acción de la Estrategia.

En relación a las notificaciones de IS y EM, resaltar que en el 2022 han aumentado ligeramente el número de notificaciones, siendo el total de 2260, de los cuales 1362 son (IS) y 898 (EM), en comparación con el año anterior que fueron 1960. El 92% de los errores notificados son analizados y se elaboraron 9 recomendaciones de seguridad generalizables (RSG), intentando dar respuesta a los IS y EM notificados.

Por último, en actividad relacionada con seguridad, se incluye la formación en seguridad planificada desde la Gerencia de Atención Primaria con un total de profesionales formados de 2.184 (760 formados en cursos y 1.424 en sesiones) y en la que se ha impartido los siguientes cursos:

Curso sobre “Seguridad en la vacunación en AP”: 10 ediciones en el 2022. Nº Profesionales que realizan el curso: 209

Curso para nuevos profesionales “Introducción a la Inmunización”. 2 ediciones. Nº Profesionales que realizan el curso: 70

Curso sobre “Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental sanitario en AP”: 5 ediciones en 2022. Nº Profesionales que realizan el curso: 132

Curso para nuevos profesionales sobre “Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental sanitario en AP”: 2 ediciones. Nº Profesionales que realizan el curso: 54

Curso sobre la Comunicación efectiva de eventos adversos graves a pacientes y familiares, impartido en el centro de simulación de la Fundación Alcorcón y dirigidos en exclusiva a profesionales sanitarios de AP : 2 ediciones en 2022. Nº Profesionales que realizan el curso: 13

Curso sobre la atención a las segundas víctimas involucradas en eventos adversos: 2 ediciones en 2022. Nº Profesionales que realizan el curso: 30

Curso sobre seguridad del paciente dirigido a profesionales en formación (MIR/EIR): 7 ediciones. Nº Profesionales que realizan el curso: 252

Sesiones formativas impartidas en los centros relacionadas con la higiene de manos: 131 sesiones realizadas. Nº Profesionales que asisten a las sesiones: 1.424



III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

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

En este apartado se resumen las actividades de formación sobre seguridad del paciente realizadas en 2022 y la actividad derivada de los sistemas de notificación, así como otras actuaciones que también contribuyen a fortalecer el aprendizaje y el desarrollo en seguridad del paciente en nuestra organización desde el ámbito del conocimiento.

III.1. Sistemas de notificación y aprendizaje

CISEMadríd es el sistema común de notificación de incidentes y errores de medicación, que se encuentra implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 34 Hospitales (se incluye el Hospital Emergencias Enfermera Isabel Zendal). En la Unidad Funcional del SUMMA 112 se han mantenido reuniones para adaptar el sistema de notificación, ya que actualmente notifican a través de SIAUF.

Como parte de la consolidación de este sistema, en 2022 se ha seguido manteniendo el análisis y gestión de los incidentes de seguridad notificados a través de CISEMadríd.

Asimismo, la Subdirección General de Calidad Asistencial coordina un grupo funcional con profesionales de hospitales y atención primaria que a lo largo de 2022 ha trabajado en la redacción, dentro de la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente SERMAS 2027, de la **“Línea estratégica 12: Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje”**, que incluye 3 objetivos estratégicos con 9 actuaciones a través de las que se abordará en los sucesivos años el avance en la implantación y uso de CISEMadríd, el desarrollo de mejoras y nuevas funcionalidades en la aplicación y la promoción de otras fuentes de identificación y de aprendizaje.

Este mismo grupo fue el que realizó un estudio durante el año 2021 sobre el “Impacto de la pandemia Covid-19 en los sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente y errores de medicación”⁵, publicado en el año 2022 en la revista *Journal of Healthcare Quality Research*.

III.1.1. CISEMadríd

CISEMadríd es el sistema electrónico para la notificación anónima y confidencial, por cualquier profesional, de incidentes de seguridad y errores de medicación sin daño desde cualquier puesto de la intranet sanitaria. Sustenta el proceso de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación por los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria y Hospitales y Responsables de Seguridad de Servicios y de Unidad en los Hospitales. CISEMadríd facilita la



⁵ M. Macías Maroto, G. Garzón González, C. Navarro Royo et al., Impacto de la pandemia COVID-19 en los sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente y errores de medicación, *Journal of Healthcare Quality Research*, <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.03.003>

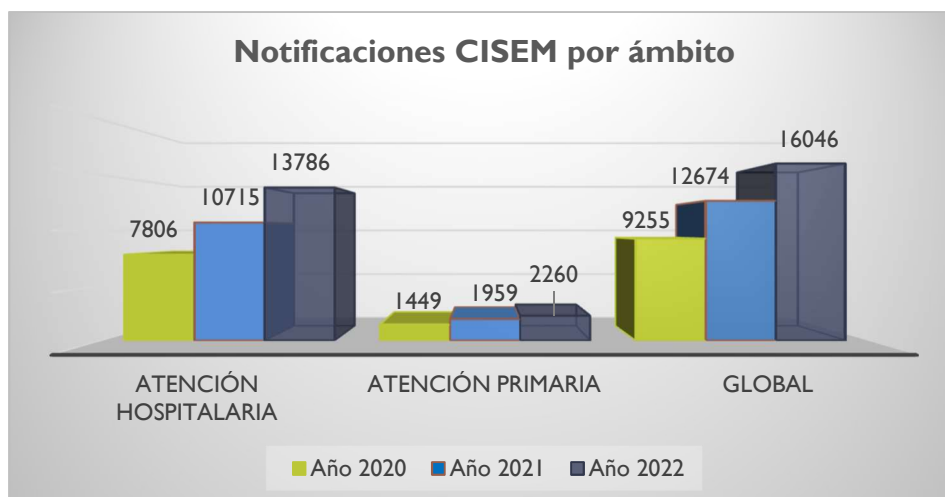
incorporación de los errores de medicación al Portal de Uso Seguro del Medicamento, evitando la duplicidad de estas notificaciones.

Durante el año 2022, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEM Madrid un total de **16.046 notificaciones**.

Esto supone un aumento de las notificaciones de un 26,6% con respecto al año previo. Esta cantidad se iguala a la obtenida en el año 2019, año de referencia anterior a la pandemia, en la que se notificaron 15.932 incidentes, lo que indica una recuperación de la actividad de las UFGRS.

Analizando estas cifras por ámbitos asistenciales, del total de notificaciones, el 85,91% corresponde a hospitales (donde han notificado 34 centros) y el 14,08% restante a centros de salud de las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria. Comparando las notificaciones por ámbito con el periodo 2021, el aumento ha sido mayor en Atención Hospitalaria (+29,5%) respecto a Atención Primaria (+15,36%).

Gráfico 3. N° de notificaciones por ámbito asistencial



Del total de notificaciones por incidentes de seguridad y errores de medicación (16.046), 4.628 corresponde a errores de medicación y 11.418 corresponde a incidentes de seguridad. Por tanto, las notificaciones de errores de medicación representan un 28,8% del total de las notificaciones recibidas. Si analizamos y vemos la comparativa 2020-2021-2022 por separado de incidentes de seguridad y errores de medicación, el incremento total IS + EM notificados del 2022 sobre los años 2020 y 2021 es notable, de +73,3% y de +26,6% respectivamente. Si comparamos por separado errores de medicación con respecto al 2021 hay un aumento del +25,6% y sobre incidentes de seguridad +26,9%.

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

Globalmente, de las 16.046 notificaciones recibidas, han sido revisadas o valoradas por las Unidades Funcionales el 93,5% (15.002); lo que quiere decir que se han descartado o no

analizado un 6,5% restante. No obstante, en Atención Primaria un 99,4% de las notificaciones se han valorado mientras que en hospitales el resultado ha sido inferior, con un 92,5% y una cierta variabilidad entre centros. Así, entre Unidades Funcionales de hospitales el rango es de 62,6% a 100%.

Una vez realizada la clasificación-valoración de las notificaciones, se realiza la identificación. Los incidentes identificados más frecuentes tienen que ver con medicación-vacunas, cuidados y seguimiento del paciente y gestión organizativa/citaciones, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 4. Distribución de incidentes identificados 2022



El siguiente paso es realizar un análisis más en profundidad con herramientas específicas para ello. Así, de los 12.160 incidentes identificados, han sido analizados globalmente 9.890, lo que representa el 81,3%. De este modo, ha habido un aumento de un 2,1% respecto al grado de análisis del año 2021.

El promedio en hospitales ha sido de 246 incidentes analizados y en Atención Primaria de 217, por tanto bastante similar. No obstante, hay variabilidad, oscilando el porcentaje de análisis de los incidentes por parte de las distintas Unidades Funcionales del 55,3% al 100%.

En el caso del SUMMA 112, el número de incidentes que se han analizado en 2022, a través de sus sistemas propios de notificación y que se ha reflejado en SIAUF, ha sido de 183.

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

Por ámbitos, en Atención Primaria las más utilizadas son: la discusión de casos y la espina de pescado/diagrama de Ishikawa y en Hospitales las entrevistas, revisión de historias clínicas, los “5 por qué” o protocolo de Londres.

Tabla 15. Herramientas utilizadas para el análisis de incidentes: global y por ámbito asistencial 2022

	HOSPITALES	% hospitales	ATENCION PRIMARIA	% primaria	GLOBAL	% global
Discusión de casos	1.959	25%	528	62,9%	2.487	28,6%
Entrevistas	1.709	21,8%	44	5,2%	1.753	20,2%
Otras herramientas	1.143	14,6%	119	14,2%	1.262	14,5%
Grupos de discusión	473	6%	23	2,7%	496	5,7%
5 por qué	386	4,9%	2	0,2%	388	4,5%
Revisión Historias Clínicas	460	5,9%	4	0,5%	464	5,3%
Análisis causa raíz	445	5,7%	24	2,9%	469	5,4%
Protocolo Londres	298	3,8%	4	0,5%	302	3,5%
Análisis de sistemas	168	2,1%	11	1,3%	179	2,1%
Auditorías	269	3,4%	5	0,6%	274	3,2%
Espina de pescado (Diagrama de Ishikawa)	34	0,4%	43	5,1%	77	0,9%
Briefing	275	3,5%	0	0%	275	3,2%
Grupos focales	142	1,8%	0	0%	142	1,6%
Auditorías eventos significativos	26	0,3%	27	3,2%	53	0,6%
AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)	64	0,8%	5	2,9%	69	0,8%

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

Así, de los incidentes analizados, se han establecido acciones de mejora y remitido informe al profesional en 9.317, lo que representa un 76,6% con respecto a los incidentes que fueron identificados.

De este modo ha habido una mejora con respecto al mismo periodo del año 2021 (73,3%) de un +3,3% y, como se observa en la siguiente tabla, hay también diferencias por ámbito asistencial.

Tabla 16. Informes validados 2021: global y por ámbito asistencial

	Incidentes analizados	Incidentes con informe validado (al profesional con acciones de mejora)	% incidentes con informe validado con respecto a los identificados
Hospitales	8.373	7.859	75%
Atención Primaria	1.517	1.458	86,7%
Global	9.890	9.317	76,6%



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

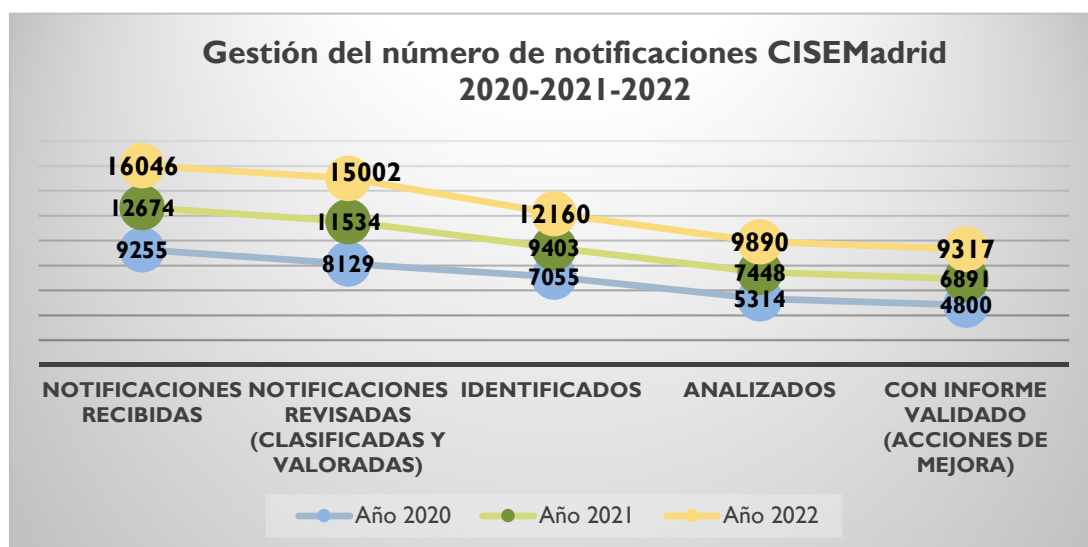
Analizando la tipología de las acciones de mejora de acuerdo a la clasificación establecida de 17 categorías, las más frecuentes se refieren a medicación-vacunas, dispositivos médicos, pruebas diagnósticas y cuidados y seguimiento del paciente, respondiendo a los grupos de incidentes más numerosos, tal y como se refleja en la siguiente tabla.

Tabla 17. Distribución de las actuaciones de mejora según su tipología: global y por ámbito asistencial

	ATENCION HOSPITALARIA	ATENCION PRIMARIA	GLOBAL	
Medicación/vacunas	2.516	534	3.050	37,7%
Disp. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	588	110	698	8,6%
Cuidados y seguimiento del paciente	788	10	798	9,9%
Gestión organizativa/citaciones	676	97	521	8,2%
Pruebas diagnósticas	522	81	603	7,5%
Identificación del paciente	238	52	390	4,8%
Procedimientos terapéuticos	210	14	224	2,8%
Accidentes del paciente	241	3	244	3%
Continuidad asistencial	201	32	233	2,9%
Otros	146	12	158	2%
Doc. clínica/ información/consentimiento informado	132	34	166	2,1%
Actividades preventivas	115	6	121	1,5%
Infraestructuras	175	41	216	2,7%
Valoración clínica/diagnóstico	93	9	102	1,3%
Procedimientos quirúrgicos	136	0	136	1,7%
Sangre y hemoderivados	118	0	118	1,5%
Infección relacionada con la atención sanitaria	58	0	58	0,7%

Asimismo, a modo de resumen se reflejan a continuación, de forma numérica, los pasos en el proceso de gestión (notificación, clasificación y valoración, identificación, análisis y validación con emisión de informe al profesional) que se ha llevado a cabo en CISEMadrid con las notificaciones recibidas en el año 2022 y su comparación con respecto a 2020 y 2021.

Gráfico 5. Resumen del proceso de gestión de las notificaciones 2020-2022

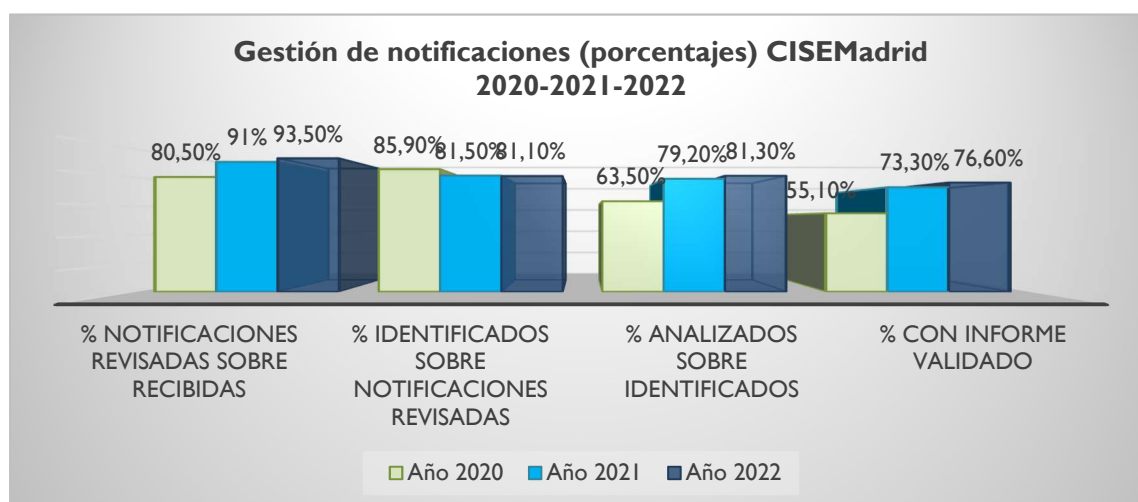


Así, en 2022, de todas las notificaciones recibidas se han revisado un 93,5% (frente a un 91% en 2021), y de ellas un 81,1% se han considerado incidentes de seguridad (un 81,5% en 2020).

Se han analizado un 81,3% frente al 79,2% en año previo y se ha realizado la validación del informe, es decir feed-back al profesional con las acciones de mejora adoptadas, en un 76,6% de incidentes identificados (frente a un 73,3% en 2021).

Se muestra un gráfico comparativo de la evolución de la gestión de las notificaciones desde el año 2020, donde se ve una recuperación de la actividad de análisis y emisión del informe validado con acciones de mejora.

Gráfico 6. Gestión de notificaciones 2020-2021-2022



Este año, como novedad, y con el objetivo de mejorar la cultura de la notificación entre nuestros profesionales se ha remitido a los centros (34 hospitales y Atención Primaria) un informe individualizado que recoge la actividad realizada (miembros, responsables de seguridad, reuniones, objetivos) y la gestión de incidentes notificada en CISEMadrid (incluyendo notificados,

identificados, analizados y validados) de su centro comparados con el promedio de su grupo y global de centros. Así mismo se incluye un apartado de recomendaciones/observaciones, a través de las cuales ir avanzando progresivamente en la mejora global de los resultados.

III.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento

En el Portal de Uso Seguro del Medicamento, se notifican los errores de medicación procedentes de todos los niveles asistenciales de forma anónima y confidencial. CISEMadrid facilita la notificación en el Portal de gran parte de los errores de medicación que se notifican desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria, al cargarlos directamente desde dicha aplicación facilitando su notificación y evitando posibles duplicidades. Derivado del análisis de las notificaciones y en coordinación con las UFGR, se realizan diferentes actividades, que se detallan en el apartado II.1 Uso seguro del medicamento, con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir estos errores.

A lo largo del año 2022 se ha continuado fomentando la notificación de los errores de medicación (EM), con un total de 3.853 errores de medicación notificados. Con respecto al año 2021, se ha producido un aumento del 18% en el número total de notificaciones registradas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos. Por ámbitos asistenciales, la variación producida, respecto al 2021, ha sido el siguiente:

Por parte de las Unidades Funcionales de Atención Primaria, se ha producido un aumento del 18%, por parte de las Unidades Funcionales de Atención Hospitalaria un aumento del 15%, por parte de la Red de Farmacias Centinela (RFC) un aumento del 128%, por parte de los centros sociosanitarios y residencias de ancianos un descenso del 9%, y por parte del SUMMA 112 un aumento del 100% de las notificaciones comunicadas.

La participación en el Programa de Notificación de Errores de Medicación ha sido durante el año 2022 de un 67,4% en el ámbito hospitalario, de un 24,6% en el ámbito de Atención Primaria, de un 4,9% en la Red de Farmacias Centinela, de un 2,9% en los centros sociosanitarios y residencias de mayores y de un 0,2% en el SUMMA 112. La Sección de Medicamentos Extranjeros no ha participado.

Como consecuencia de la revisión de los errores de medicación notificados, se han realizado diferentes actividades encaminadas a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir dichos errores. Se han revisado 1.102 (8,6%) y de éstas se han realizado actuaciones en 400.

En la siguiente tabla se muestra el número de errores de medicación registrados en los dos últimos años junto a la comparativa entre ambos y la participación en el programa de cada uno de los ámbitos asistenciales y en el gráfico la evolución de la participación en el programa a lo largo de los últimos años.

Tabla 18. Evolución errores de medicación 2021-2022

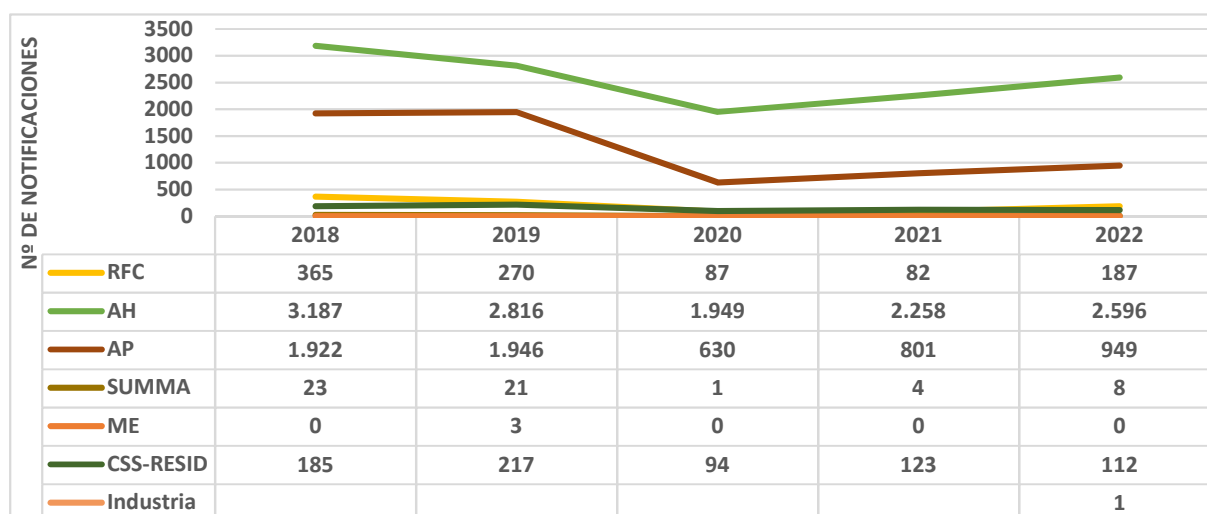
UFR-AP: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Primaria. UFR-AH: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Hospitalaria. CSS: Centros Socio-Sanitarios. ME: Sección Medicamentos Extranjeros (SERMAS.) IND.: Industria

	Nº EM 2021	Nº EM 2022	Variación 2022 vs 2021	% Variación 2022 vs 2021	% vs Total 2022
RFC	82	187	105	128%	4,9%
UFGR -AH	2.258	2.596	338	15%	67,4%
UFGR- AP	801	949	148	18%	24,6%



CSS-RES.	123	112	-11	-9%	2,9%
ME	0	0	0	0%	0,0%
SUMMA 112	4	8	4	100%	0,2%
IND.	0	1	1		
TOTAL	3.268	3.853	585	18%	100,0%

Gráfico 7. Evolución de los EM registrados 2018-2022



III.2. Actividades de formación

En 2022 las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente impulsadas por la Subdirección General de Calidad Asistencial fueron dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los Responsables de Seguridad de los servicios y centros de salud, y han incluido la ejecución de 5 actividades diferentes online, con un total de 7 ediciones en conjunto, proporcionando formación a un total de 6.139 asistentes, lo que supone respecto al pasado año un aumento de 657 alumnos más, sobre todo por la posibilidad de realizar el curso online básico de higiene de manos en abierto con un total de 2.879 profesionales matriculados y el básico online de Seguridad del paciente con 1.761. Estos cursos básicos los pueden realizar profesionales en formación MIR.

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

Tabla 19. Actividades de formación impulsadas por la SG de Calidad Asistencial

ACTIVIDADES	Dirigido a:	nº alumnos finalizado	Fechas
<i>No presenciales (online)</i>			
Higiene de manos (acreditado). Ed.1 y 2	Profesionales sanitarios de centros del SERMAS.	741	Del 21 de marzo a 4 de abril 2022. Del 9 al 23 de junio 2022



Seguridad del paciente para directivos	Personal directivo de centros sanitarios del SERMAS y de la Consejería de Sanidad. Responsables de seguridad.	282	Del 25 de abril al 9 de mayo de 2022
Curso Básico online de Higiene de Manos ^{6*}	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad	2.879	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022
Curso Básico online de Seguridad del paciente*	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad	1.761	Del 25 de abril al 31 de diciembre de 2022
Curso de seguridad del paciente: gestión de riesgos Sanitarios (acreditado) Ed. 1 y 2	Responsables de Seguridad del paciente de centros/servicios/unidades y Profesionales de las Unidades Funcionales.	476	Del 19 de septiembre al 10 de octubre. Del 24 de octubre al 14 noviembre

Como novedades cabe destacar este año 2022 dos nuevos recursos formativos, por un lado, la actualización del “Curso Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios”, curso originalmente desarrollado en el año 2015, con una duración de 30 horas y acreditado con 6,2 créditos. El curso ha quedado conformado con 3 módulos de contenido teórico: 1: Conceptos, definiciones, estudios, metodología general y estrategias. 2: Herramientas de gestión de riesgo. 3: Las prácticas seguras. Y un cuarto módulo denominado “Aprender Haciendo” que consta de 11 Bloques con videos, cada uno de ellos con preguntas sobre los diferentes escenarios como ejercicio de autoevaluación.

A partir de este curso también se ha trabajado en la virtualización de segundo curso denominado “Curso Básico de seguridad del paciente”, más reducido, de 5 horas, con el fin de conseguir un mayor alcance en la formación de los profesionales sanitarios en seguridad del paciente, tal y como ocurre con el curso básico online de higiene de manos y que se ha impartido también por primera vez durante este año 2022.



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

En cuanto a los alumnos formados, vemos por ámbito profesional que mayoritariamente son de hospitales y en cuanto a categoría profesional, el primer lugar corresponde a profesionales de enfermería.

Para el próximo año se está trabajando en la virtualización de nuevas actividades formativas, por un lado, el curso de CISEMadrid, destinado a mejorar la formación de profesionales de las UFGRS en esta herramienta, y de esta forma incentivar y mejorar la notificación de incidentes de

*Pueden realizarlo profesionales en formación (MIR)



seguridad. También, y tal como viene recogido en nuestra Estrategia de seguridad en la línea de prácticas seguras (L7), se está virtualizando un módulo de seguridad con contenido específico en pediatría de 4 horas.

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

III.3. Comunicación y difusión del conocimiento

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

Los elementos desplegados han sido principalmente:

- Documentos con información específica de la organización sobre seguridad del paciente, como las **memorias e informes** elaborados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Jornadas de trabajo** de las Unidades Funcionales que se desarrollan semestralmente, a las que acuden los miembros de las Unidades y en las que se presentan los datos de actividad obtenidos a través del Sistema de Información establecido (SIAUF), información sobre la marcha de proyectos institucionales y actividades de interés en seguridad y experiencias y prácticas seguras planteadas por las Unidades Funcionales.
- **Jornadas de trabajo, (2)** con el grupo coordinador central y referentes de los hospitales de Proyectos Zero en UCI del SERMAS, para difusión de resultados del seguimiento y evaluación del Plan de pacientes Críticos de la Comunidad de Madrid.
- A nivel interno, se han actualizado los contenidos, que permite la difusión de información dentro de la organización, así como el trabajo colaborativo de distintos grupos de profesionales (Responsables de Unidades Funcionales, Comité Operativo de Seguridad del Paciente, Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, Proyectos Zero, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, Cirugía Segura, etc.).

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

DOCUMENTOS PUBLICADOS

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

- 2 Informes de actividad de las Unidades Funcionales (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo
- Memoria de actuaciones del Día mundial de higiene de manos 2022



Publicados en el Portal Salud de internet (Observatorio Regional de Seguridad del Paciente)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>

- Estrategia Seguridad del Paciente del SERMAS 2027
- Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2021

JORNADAS

- 2 jornadas de trabajo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios
- Día Mundial de higiene de manos
- Jornada de Seguridad del paciente crítico del Ministerio de Sanidad

PORTAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE en la INTRANET CORPORATIVA

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

OBSERVATORIO DE RESULTADOS

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

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

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



ANEXOS



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

Unidad Funcional	Nº Miembros	Resp. seguridad	Nº Objetivos	Nº Reuniones
<i>H. El Escorial</i>	15	15	5	11
<i>H.U. del Henares</i>	32	17	21	5
<i>H. U. Infanta Cristina</i>	10	45	8	5
<i>H. U. Infanta Elena</i>	24	56	20	9
<i>H. del Sureste</i>	35	28	15	9
<i>H. del Tajo</i>	13	40	12	10
PROMEDIO GRUPO 1	21,5	33,5	13,5	8,2
<i>H.U. Infanta Leonor</i>	28	60	21	10
<i>H.U. Infanta Sofía</i>	17	47	11	8
<i>H.U. Fundación Alcorcón</i>	15	58	11	9
<i>H.U. de Fuenlabrada</i>	24	40	6	10
<i>H.U. de Getafe</i>	12	56	5	9
<i>H.U. de Móstoles</i>	16	57	7	9
<i>H.U. Príncipe de Asturias</i>	15	95	10	8
<i>H.U. Severo Ochoa</i>	19	59	6	13
<i>H. Gómez Ulla</i>	16	67	11	4
<i>H. de Torrejón</i>	21	26	4	7
<i>H. Rey Juan Carlos</i>	28	75	20	9
<i>H. G. Villalba</i>	23	73	18	10
<i>H.I.U. Niño Jesús</i>	18	107	6	10
PROMEDIO GRUPO 2	19,4	63,1	10,5	8,9
<i>H. U. Fundación Jiménez Díaz</i>	30	79	18	15
<i>H.U. 12 de Octubre</i>	23	144	6	9
<i>H. Clínico San Carlos</i>	30	127	7	8
<i>H.G.U. Gregorio Marañón</i>	35	315	20	6
<i>H.U. La Paz</i>	74	255	20	5
<i>H.U. La Princesa</i>	20	144	7	8
<i>H.U. Puerta de Hierro</i>	28	99	13	4
<i>H.U. Ramón y Cajal</i>	17	187	8	9
PROMEDIO GRUPO 3	32,1	168,8	12,4	8,0
<i>H. Cruz Roja</i>	14	32	10	4
<i>H.U. Santa Cristina</i>	15	26	17	28
<i>H. E. E. Isabel Zendal</i>	9	3	14	4
PROMEDIO GRUPO Apoyo	14,5	29,0	13,5	12,0
<i>H. de Guadarrama</i>	15	6	11	5
<i>H. La Fuenfria</i>	15	5	12	5
<i>H. Virgen de la Poveda</i>	13	6	10	3
<i>H. U. José Germain</i>	14	8	15	5
<i>H. Dr. Rodríguez Lafora</i>	17	10	6	5
PROMEDIO GRUPO MLE y Psiq.	14,8	7,0	10,8	4,6
<i>D.A. Centro</i>	20	49	6	9
<i>D.A. Norte</i>	13	35	9	10
<i>D.A. Este</i>	14	38	9	7
<i>D.A. Sureste</i>	14	39	4	6
<i>D.A. Sur</i>	16	32	9	7
<i>D.A. Oeste</i>	17	30	8	6
<i>D.A. Noroeste</i>	15	40	11	6
PROMEDIO AT. PRIMARIA	15,6	37,6	8,0	7,3
SUMMA 112	20	23	10	17



ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS

UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
ATENCIÓN HOSPITALARIA									
H. EL ESCORIAL	144	127	(88,2)%	102	(80,3)%	81	(79,4)%	70	(68,6)%
HU HENARES	240	207	(86,3)%	156	(75,4)%	132	(84,6)%	131	(84,0)%
HU SURESTE	238	219	(92,0)%	173	(79,0)%	126	(72,8)%	123	(71,1)%
HU TAJO	227	224	(98,7)%	189	(84,4)%	145	(76,7)%	142	(75,1)%
HU INFANTA CRISTINA	553	552	(99,8)%	445	(80,6)%	435	(97,8)%	384	(86,3)%
HU INFANTA ELENA	271	222	(81,9)%	179	(80,6)%	113	(63,1)%	87	(48,6)%
PROMEDIO Grupo 1	279	258	(92,7)%	207	(82,2)%	172	(83,0)%	156	(75,3)%
HG VILLALBA	234	231	(98,7)%	198	(85,7)%	157	(79,3)%	152	(76,8)%
HIU NIÑO JESÚS	299	295	(98,7)%	238	(80,7)%	157	(66,0)%	152	(63,9)%
HU FUENLABRADA	272	268	(98,5)%	132	(49,3)%	73	(55,3)%	44	(33,3)%
HU GETAFE	486	473	(97,3)%	312	(66,0)%	242	(77,6)%	220	(70,5)%
HU MÓSTOLES	195	174	(89,2)%	123	(70,7)%	104	(84,6)%	71	(57,7)%
HU TORREJÓN	292	291	(99,7)%	270	(92,8)%	268	(99,3)%	268	(99,3)%
HU FUNDACIÓN ALCORCÓN	260	258	(99,2)%	230	(89,1)%	218	(94,8)%	212	(92,2)%
HU INFANTA LEONOR - VIRGEN TORRE	258	248	(96,1)%	161	(64,9)%	97	(60,2)%	80	(49,7)%
HU INFANTA SOFÍA	228	226	(99,1)%	210	(92,9)%	171	(81,4)%	162	(77,1)%
HU PRÍNCIPE DE ASTURIAS	1094	1085	(99,2)%	938	(86,5)%	835	(89,0)%	810	(86,4)%
HU REY JUAN CARLOS	336	329	(97,9)%	256	(77,8)%	216	(84,4)%	197	(77,0)%
HU SEVERO OCHOA	158	101	(63,9)%	58	(57,4)%	50	(86,2)%	42	(72,4)%
PROMEDIO Grupo 2	343	332	(96,8)%	260	(78,6)%	216	(82,8)%	201	(77,1)%



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
HU FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	461	429	(93,1)%	385	(89,7)%	326	(84,7)%	286	(74,3)%
HGU GREGORIO MARAÑÓN	2154	2048	(95,1)%	1613	(78,8)%	1211	(75,1)%	1162	(72,0)%
HU 12 DE OCTUBRE	768	670	(87,2)%	511	(76,3)%	307	(60,1)%	289	(56,6)%
HU CLÍNICO SAN CARLOS	987	808	(81,9)%	706	(87,4)%	461	(65,3)%	430	(60,9)%
HU LA PRINCESA	623	390	(62,6)%	345	(88,5)%	309	(89,6)%	292	(84,6)%
HU LA PAZ - CANTOBLANCO H. CARLOS III	415	386	(93,0)%	381	(98,7)%	353	(92,7)%	344	(90,3)%
HU PUERTA DE HIERRO	1114	1043	(93,6)%	878	(84,2)%	663	(75,5)%	634	(72,2)%
HU RAMÓN Y CAJAL	447	446	(99,8)%	402	(90,1)%	254	(63,2)%	243	(60,4)%
PROMEDIO Grupo 3	871	778	(89,3)%	653	(83,9)%	486	(74,4)%	460	(70,5)%
HC CRUZ ROJA	122	119	(97,5)%	107	(98,0)%	100	(93,5)%	100	(93,5)%
HU SANTA CRISTINA	176	175	(99,4)%	137	(78,3)%	136	(99,3)%	135	(98,5)%
PROMEDIO Grupo apoyo	149	147	98,5%	122	84,1%	118	96,4%	117,5	96%
H GUADARRAMA	103	103	(100,0)%	99	(96,1)%	99	(100,0)%	99	(100)%
H DR. R. LAFORA	50	43	(86)%	31	(72,1)%	29	(93,5)%	24	(77,4)%
H LA FUENFRÍA	92	81	(88)%	75	(92,6)%	74	(98,7)%	74	(98,7)%
H VIRGEN DE LA POVEDA	75	75	(100,0)%	60	(80,0)%	52	(86,7)%	50	(83,3)%
HU JOSÉ GERMAIN	411	410	(99,8)%	379	92,4%	379	(100)%	350	(92,3)%
PROMEDIO Grupo ME/PSQ	146,2	142,4	(94,8)%	128,8	(86,6)%	126,6	(95,8)%	119	(90,4)%
H. EMERGENCIAS ENF. ISABEL ZENDAL (sin grupo)	3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
PROMEDIO ATENCIÓN HOSPITALARIA	405	375	(92,5)%	308	(82,1)%	246	(79,9)%	231	(75)%
Total Atención Hospitalaria	13.786	12.756	(92,5)%	10.479	(82,1)%	8.373	(79,9)%	7.859	(75,0)%



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
ATENCIÓN PRIMARIA									
DA Centro	482	476	(98,8)%	255	(53,6)%	225	(88,2)%	208	(81,6)%
DA Este	305	304	(99,7)%	242	(79,6)%	235	(97,1)%	223	(92,1)%
DA Noroeste	257	257	(100,0)%	210	(81,7)%	203	(96,7)%	203	(96,7)%
DA Norte	258	255	(98,8)%	234	(91,8)%	216	(92,3)%	216	(92,3)%
DA Oeste	217	216	(99,5)%	166	(76,9)%	158	(95,2)%	155	(93,4)%
DA Sur	470	468	(99,6)%	357	(76,3)%	304	(85,2)%	288	(80,7)%
DA Sureste	271	270	(99,6)%	217	(80,4)%	176	(81,1)%	165	(76,0)%
PROMEDIO ATENCIÓN PRIMARIA	323	321	(99,4)%	240	(74,8)%	217	(90,2)%	208	(86,7)%
Total Atención Primaria	2.260	2.246	(99,4)%	1.681	(74,8)%	1.517	(90,2)%	1.458	(86,7)%





**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Humanización,
Atención y Seguridad del Paciente

CONSEJERÍA DE SANIDAD