

**MEMORIA DE ACTUACIONES  
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
OBSERVATORIO REGIONAL DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

2023



**Comunidad  
de Madrid**



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



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

© Comunidad de Madrid

Edita: Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente  
Consejería de Sanidad.

Soporte: Archivo electrónico

Año de edición: 2024

Publicado en España – *Published in Spain*

# MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

## Observatorio Regional de Seguridad del Paciente Año 2023



## ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	6
RESUMEN EJECUTIVO.....	7
INTRODUCCIÓN .....	9
1 DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN.....	10
1.1 Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027: Evaluación del Plan de Acción 2023. ....	10
1.2 Objetivos institucionales. ....	14
1.2.1 Objetivos para el despliegue de la SP. ....	14
1.2.2 Objetivos para impulsar prácticas seguras.....	17
1.3 Actividades de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios. ....	22
1.3.1 Estructura/Organización.....	22
1.3.2 Actividad.....	24
1.4 Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.....	24
1.4.1 Estructura/Organización.....	25
1.4.2 Actividad de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica. ....	25
1.5 Otras Actuaciones.....	26
1.5.1 Revisión de los Planes de Seguridad del Paciente.....	26
1.5.2 Participación en el Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad.....	26
2 PRÁCTICAS SEGURAS.....	27
2.1 Uso seguro del medicamento.....	27
2.1.1 Actuaciones derivadas de los Errores de Medicación notificados en el Portal del Uso Seguro del Medicamento y de la Red de Farmacias Centinela: .....	28
2.1.2 Intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos:.....	33
2.1.3 Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas:.....	33
2.1.4 Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la CM:.....	33
2.1.5 Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA 112 y los hospitales del SERMAS:.....	35
2.1.6 Otras actuaciones: programa de revisión de la medicación por el Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) - Médico de AP, taller conoce tus medicamentos, actuaciones en centros sociosanitarios gestionados por la Agencia Madrileña de Atención Social: ...	35
2.1.7 Formación:.....	37
2.2 Higiene de Manos .....	37
2.3 Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.....	38
2.3.1 Prevalencia global de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria 2023.	38
2.3.2 Vigilancia de la infección de localización quirúrgica 2021-2022. ....	39
2.3.3 Brotes nosocomiales 2023.....	40
2.4 Proyectos Zero en las UCI. ....	41
2.5 Seguridad del paciente quirúrgico.....	43





2.6	Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.....	44
2.6.1	Infraestructura organizativa.....	44
2.6.2	Objetivos y actuaciones en materia de seguridad.....	44
2.6.3	Formación.....	45
2.6.4	Otras actuaciones. ....	45
3	APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO .....	46
3.1	Sistemas de notificación y aprendizaje.....	46
3.1.1	Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid.....	47
3.1.2	Portal Uso Seguro del Medicamento.....	50
3.2	Actividades de formación.....	51
3.3	Comunicación y difusión del conocimiento.....	52
3.3.1	Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente.	52
3.3.2	Impulsar y coordinar los proyectos institucionales sobre Seguridad del Paciente.	53
	ANEXOS .....	55
	ANEXO 1. Objetivos institucionales en los distintos niveles asistenciales. ....	55
	I. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. RESULTADOS POR GRUPOS DE HOSPITALES.....	55
	II. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. ATENCIÓN PRIMARIA.....	57
	III. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. SUMMA 112. ....	60
	IV. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. UCR.	61
	V. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CENTRO DE TRANSFUSIÓN. ....	62
	ANEXO 2: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS.....	63
	ANEXO 3: Gestión de incidentes realizada por UFGRS.....	64



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

- AEMPS** - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios  
**AMAS** - Agencia Madrileña de Atención Social  
**AP** - Atención Primaria  
**BZ** - Bacteriemia Zero  
**CAPC** - Comité de Adecuación de la Práctica Clínica  
**CIMA** - Centro de Información online de Medicamentos Autorizados  
**CISEMadríd** - Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid  
**CM** - Comunidad de Madrid  
**CS** - Centro de Salud  
**CT** - Centro de Transfusión  
**DA** - Dirección Asistencial  
**EM** - Errores de Medicación  
**FAP** - Farmacéuticos de Atención Primaria  
**GAAP** - Gerencia Asistencial de Atención Primaria  
**HM** - Higiene de Manos  
**IQZ** - Infección Quirúrgica Zero  
**IRAS** - Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria  
**IS** - Incidentes de Seguridad  
**ITUZ** - Infección del Tracto Urinario Zero  
**LVQ** - Listado de Verificación Quirúrgica  
**MUP** - Modelo Único de Prescripción  
**NZ** - Neumonía Zero  
**OMS** - Organización Mundial de la Salud  
**PROA** - Programas de Optimización de Uso de Antibióticos  
**PUSM** - Portal del Uso Seguro del Medicamento  
**PZ** - Proyectos Zero  
**RAM** - Reacciones Adversas Medicamentosas  
**RFC** - Red de Farmacias Centinela  
**RZ** - Resistencia Zero  
**SERMAS** - Servicio Madrileño de Salud  
**SIAUF** - Sistema de Información de Actuaciones de las Unidades Funcionales  
**SP** - Seguridad del Paciente  
**SUMMA** - Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid  
**UCR** - Unidad Central de Radiodiagnóstico  
**UD** - Unidades Directivas  
**UFGRS** - Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios



## RESUMEN EJECUTIVO

Esta memoria del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente recoge las principales actuaciones en seguridad del paciente (SP) realizadas durante el año 2023.

### 1.- Despliegue de la Seguridad de Paciente en la organización:

La Estrategia de Seguridad del Paciente del SERMAS 2027 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 establecido 87 objetivos y 346 actuaciones a implementar en 5 años. Para el 2023 se programaron 212 actuaciones.

La memoria presenta los principales **resultados de la evaluación** realizada para determinar el avance y el grado de la implementación del Plan de Acción del 2023.

En este sentido, el grado de implementación de la Estrategia en el 2023 ha tenido un cumplimiento global del 70%, con un 100% en la línea “Desarrollar y reconocer líderes profesionales” y con un menor desarrollo en algunas de las incluidas en “Enfocar y desplegar Prácticas seguras”. Por otra parte, el Plan de Acción 2024 resultante, muestra variaciones respecto al inicial del 2023 en cuanto al número de actuaciones a implementar.

Para asegurar el despliegue de SP en los centros, se establecieron **objetivos institucionales en el contrato programa del 2023**.

Estos objetivos, en los diferentes ámbitos asistenciales, están relacionados, por un lado, con el despliegue de la SP, donde el 88% de las gerencias de hospitales y el 100% del resto de gerencias (Atención primaria, SUMMA 112 y UCR y CT), han cumplido con todas las metas establecidas en las tres acciones planteadas: rondas de seguridad, desarrollo de objetivos propios de centro y la implantación del CISEMadrid.

Por otro lado, en relación con los objetivos para impulsar prácticas seguras, en cuanto a los Proyectos Zero en la UCI, la higiene de manos, la mejora de la seguridad en el paciente quirúrgico y la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica, el 97% de los hospitales han alcanzado la meta establecida.

En relación al despliegue desde el punto de vista estructural, todas las gerencias del SERMAS han nombrado un responsable en seguridad del paciente, han desarrollado un plan de seguridad y tienen constituidas sus **Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS)**. La composición, objetivos y reuniones de estas Unidades, pueden verse en la siguiente tabla:

ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES FUNCIONALES	
Miembros de las Unidades Funcionales	894
Objetivos establecidos	540
Promedio reuniones/año	9
Responsables de seguridad	2905

En cuanto a los resultados de su actividad, se ha producido durante el 2023 más de 500 materiales para la promoción de la cultura de seguridad.



Por otro lado, los **Comités de Adecuación de la Práctica Clínica** están conformados por 545 profesionales (54 más que en año 2022) y han desarrollado más de 400 actividades.

## 2.- Prácticas Seguras:

En relación con el **Uso Seguro del Medicamento** destacan las actuaciones derivadas de las notificaciones realizadas en el Portal del Uso Seguro del Medicamento (PUSM); la Red de Farmacias Centinela; las actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos; y el programa de revisión del farmacéutico y médico de atención primaria con las actuaciones en los centros socio-sanitarios. Con respecto a las notificaciones de errores de medicación en el PUSM, en el año 2023 se han notificado 4.218 errores de medicación, suponiendo un incremento del 9% con respecto al año 2022.

En cuanto a las actuaciones en la **higiene de manos**, se ha incluido en 2023 entre los objetivos institucionales de los centros. Destacar también la celebración de la Jornada del Día Mundial de Higiene de Manos, que además de los eventos en los distintos centros, incluyó la convocatoria del III Concurso Audiovisual de HM concediendo galardones en los diferentes ámbitos asistenciales de entre las 29 iniciativas presentadas.

En la **Vigilancia de las infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria**, se objetivó una prevalencia del 6.66 %.

Respecto a **Entornos de especial riesgo en Atención Primaria** cabe destacar el desarrollo de actuaciones para la prevención de aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor, la mejora de la SP

en la gestión de pruebas diagnósticas, la elaboración y difusión de recomendaciones en consulta telefónica y domiciliaria, y la formación.

## 3.- Aprendizaje y Conocimiento

**CISEMadrid**, sistema de notificación y gestión de incidentes y errores de medicación está implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 35 Hospitales (se incluye el Hospital Emergencias Enfermera Isabel Zendal, que hasta octubre del 2023 no se unificó con el Hospital Universitario La Paz).

En el año 2023, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 19.529 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 21,7%. De esas notificaciones, fueron identificados 14.750 como incidentes de seguridad, se analizaron 11.685 y se definieron 10.902 acciones de mejora.

Durante el 2023 se organizaron Jornadas y Reconocimientos en las que destacan **III Reconocimientos a la Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente** con 66 prácticas presentadas y evaluadas.

Por último, se desarrollaron actuaciones de **formación centralizada**, a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las UFGRS y los responsables de seguridad de los servicios, unidades y centros con un total de 5 actividades online diferentes, y 7 ediciones en conjunto. El total de alumnos formados ha sido de **5.345**. Además, se ha desarrollado la virtualización de 2 nuevos cursos: “Seguridad del paciente en pediatría”, y “CISEMadrid: Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación”.



## INTRODUCCIÓN

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

El despliegue de la SP tanto en sus Unidades Directivas (UD) como en los centros sanitarios es coordinado por la Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad, a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. La Dirección General dirige el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y establece los objetivos institucionales de calidad y seguridad, tanto en Atención Primaria (AP) como en Hospitales, en el Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid (SUMMA 112), Unidad Central de Radiodiagnóstico (UCR) y Centro de Transfusión (CT).

Mientras que el Observatorio y las UD son estructuras centrales a nivel de la macrogestión, a nivel periférico es el Responsable de SP de los centros, junto con las 43 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) o Comisiones de SP, y los Responsables de SP de los servicios y unidades los que desarrollan y evalúan periódicamente las actuaciones de mejora de la SP, junto con sus gerencias.

La presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las principales actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la SP. Así, esta memoria final de Actuaciones 2023 recoge los indicadores y actividades de SP relativos a los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y las UD de la Consejería de Sanidad.

Las principales fuentes de información para la elaboración de esta memoria son los datos reportados por las UD de la fase de implantación del plan de acción de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027<sup>2</sup>, la Memoria anual de actividades de las UFGRS y la Evaluación de los Objetivos Institucionales de SP.

Se estructura el informe en 3 apartados:

- **Despliegue de la SP en la Organización:** comprende principalmente el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 durante el 2023 y la evaluación de misma, los objetivos institucionales de SP, la actividad de las UFGRS y la actividad de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica (CAPC).
- **Prácticas seguras:** se resume el desarrollo de los proyectos institucionales.
- **Aprendizaje y Conocimiento:** se detalla la información sobre las comunicaciones de Incidentes de Seguridad (IS) y Errores de Medicación (EM) en el Sistema de Comunicación y Gestión de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la CM (CISEMadrid) y Portal del Uso Seguro del Medicamento (PUSM), la línea de formación centralizada en SP y también actuaciones sobre comunicación y difusión del conocimiento científico.

---

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

<sup>2</sup><https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050736.pdf>



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

## 1.1 Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027: Evaluación del Plan de Acción 2023.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027<sup>3</sup>, presentada en octubre de 2022, está articulada en 4 perspectivas globales (perspectiva de la organización, perspectiva de agentes y grupos de interés, perspectiva de procesos internos y perspectiva de aprendizaje y futuro) que se despliegan mediante 12 líneas estratégicas generales, y 12 líneas pertenecientes a la línea de prácticas seguras dentro de la línea 7. Se han descrito 87 objetivos estratégicos y 346 actuaciones que habrán de desarrollarse hasta el año 2027.

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

Las ideas clave sobre las que sustenta 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, en los profesionales, gestores y directivos, para abordar la SP desde todas sus perspectivas.
- La participación activa de pacientes y familiares.
- La incorporación y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En la tabla 1 se exponen las líneas que conforman la Estrategia, distribuidas en las cuatro perspectivas, y cómo han quedado asignados los objetivos y actuaciones que la conforman. La línea de prácticas seguras recoge el mayor número de actuaciones, con un total de 198, que suponen el 57,7% del total.

**Tabla 1. Líneas estratégica, objetivos y actuaciones según 4 perspectivas.**

PERSPECTIVAS	LÍNEA ESTRATÉGICA	Nº OBJETIVOS	Nº ACTUACIONES
<b>Organización</b>	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
<b>Agentes/Grupos de interés</b>	5. Desarrollar y reconocer líderes y profesionales	3	14
	6. Implicar a pacientes, familiares y allegados	3	13
	<b>7. Desplegar Prácticas Seguras</b>		
	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

<sup>3</sup> <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50736>.





PERSPECTIVAS	LÍNEA ESTRATÉGICA	Nº OBJETIVOS	Nº ACTUACIONES
Procesos internos	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
<b>TOTAL</b>		<b>87</b>	<b>346</b>

Una vez establecidos los objetivos y actuaciones en las diferentes líneas estratégicas, comienza la fase de implantación y desarrollo por parte de las UD correspondientes. Son las UD las responsables de la implementación, evaluación, seguimiento y aprendizaje. En la tabla 2 se muestran 14 UD y el número de actuaciones asignadas y validadas por cada una de ellas.

**Tabla 2. Actuaciones asignadas por Unidad Directiva ( febrero 2023)**

UNIDADES DIRECTIVAS	Nº ACTUACIONES
DG PROCESO INTEGRADO SALUD (ENFERMERÍA)	14
GERENCIA HOSPITALES (DG PROCESO INTEGRADO SALUD)	73*
GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN 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
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>

SG: Subdirección General

\*En la línea 7.2 de Urgencias y Emergencias dos de las actuaciones se desarrollan por dos Unidades Directivas



En noviembre de 2022, la S. G. de Calidad y Seguridad de paciente elaboró el plan de acción. El Plan de acción está conformado por el conjunto de fichas de seguimiento (figura 1), donde se incluyen los objetivos, actuaciones y actividades de las unidades responsables de la puesta en marcha, así como los indicadores y el cronograma semestral de implantación. El seguimiento de las líneas estratégicas se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores que establezcan las UD.

Figura 1. Ficha de seguimiento

LÍNEA		OBJETIVO	ACTUACIONES	ID	Unidad Directiva Responsable
Desplegar infraestructura en organización	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		
	2.2: Desarrollar herramientas para facilitar las actuaciones de la infraestructura	2.2.6. Impulsar la elaboración de mapas de riesgo.	26		
	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 evaluación del grado de implementación se realiza atendiendo a cuatro criterios: actuación finalizada, reprogramada, realizada anualmente (para aquellas actuaciones programadas anualmente) y cancelada (cuando la actividad no se puede realizar, con la justificación apropiada). Para ello, se ha trabajado en un aplicativo de evaluación de la Estrategia, alojado en un espacio de colaboración en la intranet Salud@, mediante el cual las personas responsables de cada UD pueden evaluar cada actuación.

Para hacer operativo este Plan, el 11 de mayo de 2023 se constituyó el Comité Operativo de la Estrategia, como estructura funcional de asesoramiento permanente de la Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente, para impulsar la implantación efectiva de las actuaciones, así como la evaluación y seguimiento de la estrategia.

En dicho Comité están representadas todas las UD de la Consejería de Sanidad que tienen asignados objetivos y actuaciones dentro de las diferentes líneas estratégicas, siendo competencia de la S.G. de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente la coordinación de la Estrategia.

En febrero del 2024 se solicitó la primera evaluación correspondiente al ejercicio 2023, para objetivar el grado de implementación de las 212 actuaciones programadas. Los resultados de la evaluación 2023 de la Estrategia están reflejados en el Informe de Evaluación 2023 realizado por la S.G. de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.

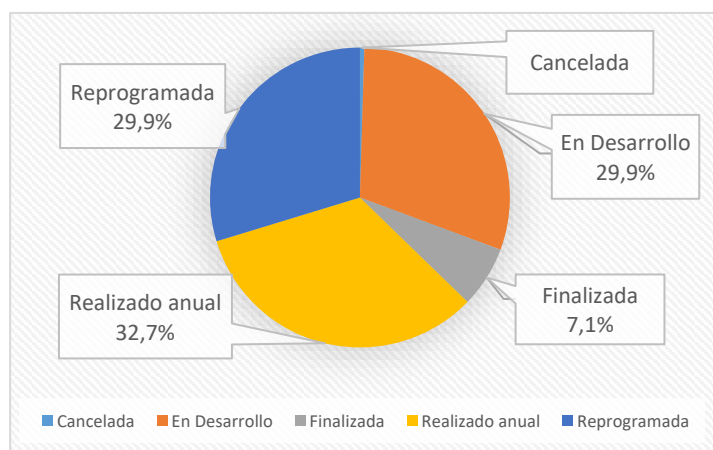
Los principales resultados de esta evaluación muestran que el 7,1% (14) se han finalizado, el 32,7% (70) se han realizado anualmente, es decir, la meta se ha alcanzado en el año evaluado, y se monitorizará en los años sucesivos en los que se haya programado la actuación. El 29,9% (64) están en desarrollo. Las actuaciones reprogramadas constituyen un 29,9% (63). Por último, el 0,5% (1) ha sido cancelada. (figura 2).



El total de actuaciones programadas, para ser iniciadas y finalizadas en el 2023 era de 16, el resto tenían una duración de más de un periodo. De ellas, el 75 % (12) han sido finalizadas, el 6,3% (1) ha sido iniciada y se encuentra en desarrollo, y el 18,8% (3) se han reprogramado.

Del total de actuaciones finalizadas (14) tras la evaluación 2023, 2 de ellas estaban planificadas hasta el año 2024, pero se ha alcanzado la meta en el año 2023, por lo que se han evaluado como finalizadas.

Figura 2: Evaluación de las actuaciones planificadas.



Atendiendo a las líneas estratégicas, aquellas con un cumplimiento del 100% han sido las de “Desarrollar y reconocer líderes profesionales”, y las de menor cumplimentación son “Promover la seguridad digital”, “Paciente quirúrgico”, “Paciente obstétrico” y “Cuidados de enfermería”.

En la tabla 3 se muestran los resultados de la evaluación por UD.

Tabla 3. Actuaciones asignadas por Unidad Directiva ( febrero 2023).

UNIDAD DIRECTIVA	FIN	RA	ED	RP	CAN	TOTAL
D.G. DE SALUD DIGITAL				4		4
GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA (GAAP)	4	1	13	1	1	20
D.G. ASISTENCIAL ( GERENCIA DE ENFERMERIA)				9		9
GERENCIA HOSPITALES			4	31		35
GERENCIA SUMMA 112			5			5
OFICINA COORDINACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS			2			2
OFICINA REGIONAL COORDINACIÓN SALUD MENTAL Y ADICCIONES				1		1
S.G. PLANIFICACIÓN SOCIOSANITARIA			1			1
S.G. DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA			3			3
S.G. FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS	3	13	6	1		23
S.G. FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN DOCENTE SANITARIA		6				6
S.G. HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA, BIOÉTICA E INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE		3	7			10
S.G. INVESTIGACIÓN SANITARIA Y DOCUMENTACIÓN	1	2				3
S.G. CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	6	44	15	16		81
UNIDAD CONTINUIDAD ASISTENCIAL		1	8			9

TOTAL	14	70	64	63	1	212
-------	----	----	----	----	---	-----

CAN: Cancelada; ED: En Desarrollo; FIN: Finalizada; RA: Realizada Anual; RP: Reprogramada; SG: Subdirección General

En resumen, en términos absolutos el cumplimiento de la implementación ha sido satisfactorio en el 70% de las actuaciones programadas para el 2023. El Plan de Acción 2024 resultante de la implementación y reprogramación de las actuaciones, muestra variaciones respecto al inicial del 2023 en los años siguientes.

## 1.2 Objetivos institucionales.

Se establecen anualmente objetivos institucionales de SP 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. En el caso de no haberse alcanzado la meta establecida para el centro, éste desarrolla un plan de mejora.

A continuación, se detallan los resultados de la evaluación de los objetivos establecidos según sus acciones. La información completa de los resultados de los objetivos institucionales en los distintos niveles asistenciales, atención Hospitalaria, AP, SUMMA 112, UCR y CT, se puede ver en el [Anexo 1: Objetivos institucionales en los distintos niveles asistenciales](#).

### 1.2.1 Objetivos para el despliegue de la SP.

El 88% de los hospitales (79% en 2022), es decir 30 de 34 hospitales, han cumplido con todas las metas establecidas en las tres acciones planteadas para este objetivo. Por su parte, el 100% de resto de gerencias (Atención primaria, SUMMA y UCR y CT) ha alcanzado sus metas establecidas.

#### Acción 1: Desarrollar “Rondas de seguridad”.

Se considera rondas de SP, las reuniones o visitas a las unidades, a los servicios o a los centros de salud (CS), con temática vinculada a SP, en las que participe de forma activa algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores), coordinadores o responsables clínicos. Las rondas tienen que estar documentadas en un acta o similar, mantener un seguimiento y ser evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Desde el año 2010 se abordan como objetivo dentro de los contratos de gestión en los hospitales.

En 2023, la meta que se estableció fue la realización de al menos 8 reuniones o rondas de seguridad en los hospitales de alta complejidad (grupo 3); 7 en los grupos 1 y 2, y 5 rondas en los de apoyo, media estancia y monográficos de psiquiatría.

Cada año se establecen una serie de servicios prioritarios. En 2023 fueron las unidades de hospitalización breve psiquiátrica, UCI, urgencias y obstetricia, y se incorporó ginecología.

El número de rondas de seguridad se ha ido incrementando anualmente, realizándose en 2023 un total 294, con una media de 8,6 rondas por centro. El 100% de los hospitales han realizado las rondas en los servicios prioritarios determinados, si bien, la meta sobre el número de rondas indicadas según su grupo, ha sido alcanzada por 33 de los 34 centros



(97%). Un 52% de las rondas se efectuaron en servicios no prioritarios, siendo las áreas más abordadas las unidades de hospitalización, radiodiagnóstico y bloque quirúrgico. En la tabla 4 y 5 se refleja el número de rondas de seguridad en los hospitales.

**Tabla 4. Unidades Hospitalares donde se han llevado a cabo las rondas de Seguridad del Paciente.**

<b>RONDAS DE SEGURIDAD EN LOS HOSPITALES</b>	
En unidades de hospitalización breve psiquiátrica realizadas	<b>34</b>
UCI	<b>42</b>
Urgencias	<b>34</b>
Obstetricia y ginecología	<b>31</b>
Otras unidades/servicios	<b>153</b>

La realización de rondas de seguridad en AP se incluyó por primera vez en el contrato programa en el año 2016, y en el año 2023 se estableció, como en los años anteriores, que se llevaran a cabo al menos 10 por cada Dirección Asistencial (DA), en CS donde no se hubieran realizado rondas en años anteriores. Así, se han llevado a cabo un total de 76 rondas de seguridad, cumpliendo el 100% de las DA con la meta establecida. Se han realizado 10 rondas de seguridad en cada DA, y en algunos centros un número superior, como la DA Sur y la DA Norte, que han efectuado 11 y 15 rondas respectivamente.

En el SUMMA 112 la meta estaba establecida en al menos una ronda por cada una de las 24 UFGRS que forman parte de él. El número total de rondas realizadas ha sido de 31, habiendo abordado al menos una por UFGRS. El resultado obtenido en la evaluación de esta acción ha sido de un 100%.

La UCR y el CT también han alcanzado el objetivo al 100%. En la UCR tenían que hacer una ronda por cada hospital que forma parte de ella (son un total de 6) y en el CT al menos 3.

### **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 SP y la consolidación de la cultura de seguridad en el conjunto de los centros y servicios sanitarios ubicados en la CM. Desde que se crearon las UFGRS 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 SERMAS.

La meta en Hospitales para el año 2023 fue desarrollar al menos 5 objetivos de seguridad; 4 objetivos en el caso de AP y SUMMA 112; incluyendo en los tres casos los objetivos prioritarios:

- Desarrollo de al menos dos líneas de actuación del CAPC.
- Desarrollo de al menos una actuación conjunta entre las UFGRS y el Comité del Dolor.
- Promover actuaciones para la formación en SP e higiene de manos (HM).

En este sentido, se han llevado a cabo un total de 462 objetivos en los hospitales del SERMAS, con una media de 13,6 por hospital; en AP se han establecido 7 objetivos, y en el SUMMA 112, 10. Este objetivo se ha cumplido, por tanto, en el 100% de los casos.



En lo que respecta a la UCR y el CT, se estableció como meta al menos 4 objetivos de seguridad establecidos por los centros, incluidos los objetivos prioritarios, que son diferentes para una u otra gerencia. Se han llevado a cabo un total de 4 objetivos en la UCR, y 15 en el CT. Este objetivo se ha cumplido, por tanto, en el 100% de los casos.

En cuanto a las líneas abordadas por los CAPC, en los tres niveles asistenciales, el cumplimiento ha sido del 100%. En los hospitales han trabajado un total de 209 líneas; en AP 4 líneas, y 7 en el SUMMA 112. Los centros han trabajado mayoritariamente en establecer actuaciones para revisar las prácticas innecesarias en su ámbito de actuación y proponer actuaciones para mejorar la sensibilización de los profesionales.

En la UCR se han establecido 3 líneas de actuación. En el CT se han promovido actuaciones para la identificación inequívoca de muestras. El cumplimiento global de los objetivos prioritarios de seguridad en estos centros ha sido del 100%.

Respecto a las actuaciones conjuntas de la UFGRS y el Comité del Dolor, se han alcanzado el 97%. En su mayoría corresponden a actualización de protocolos, análisis de IS relacionados con la atención al dolor, actividades formativas conjuntas y en AP se han desarrollado recomendaciones de seguridad generalizables sobre tratamiento con opioides en dolor crónico.

Finalmente, en relación a la formación, se han formado 31.187 los profesionales en los hospitales, 3.083 en AP, 546 en el SUMMA y 215 en UCR (70 de ellos de nueva incorporación). En general, la formación de HM ha sido más frecuente que de SP y aproximadamente un 26% han sido profesionales de nueva incorporación. Se cumple al 100% la meta en los tres niveles asistenciales. En líneas generales, el cumplimiento global de este objetivo, en los hospitales es del 99%, y en AP y SUMMA 112 es del 100%.

Todos los datos relacionados con el despliegue de la SP a través de los objetivos institucionales en los distintos niveles asistenciales se reflejan en la tabla 5.

**Tabla 5. Objetivos institucionales despliegue para la Seguridad del Paciente.**

INDICADORES	HOSPITALES	ATENCIÓN PRIMARIA	SUMMA 112	UCR	CT
Nº objetivos de SP totales establecidos por el centro	<b>462</b> Media: 13,6	7	10	4	15
Líneas de actuación del CAPC	<b>209</b> Media: 6,1	4 líneas	7 líneas	3 líneas	NA
Actuación conjunta entre le UFGRS y el Comité del Dolor	97%	Sí	Sí	NA	NA
Promover actuaciones para la identificación inequívoca de muestras	NA	NA	NA	NA	SÍ
Promover actuaciones para la formación en SP e HM	<b>31.187</b> profesionales formados	<b>3.083</b> profesionales formados	<b>546</b> profesionales formados	<b>215</b> profesionales formados 70 de ellos de nueva incorporación	NA
Rondas de seguridad	<b>294</b> Media: 8,6	76	31	6	SÍ



CAPC: Comités de Adecuación de la Práctica Clínica; CT: Centro de Transfusión; HM: Higiene de Manos; NA: No aplicable; SUMMA: Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid; SP: Seguridad del Paciente; UCR: Unidad Central de Radiodiagnóstico; UFGRS: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

### Acción 3: Implantación de CISEMadríd.

La identificación y emisión de informes de IS y EM se incluye desde 2017 en los objetivos de calidad institucionales.

En el año 2023, los indicadores establecidos y las metas alcanzadas en los tres niveles asistenciales fueron (tabla 6):

- En los hospitales, los cumplimientos parciales han sido muy altos, 31 de 33, lo que supone el 94% de los mismos.
- En AP, como meta para las diferentes DA en 2023, se dispuso que al menos el número mínimo de IS-EM identificados fuera  $\geq 200$  para cada DA, y el número mínimo de IS-EM que tuvieran el informe validado fuera  $\geq 100$ . Todas han cumplido la meta.
- En el SUMMA, durante el año 2023 se definieron los requisitos funcionales en un documento de trabajo y se ha trasladado a la unidad responsable del desarrollo de la aplicación. La previsión es que esté operativo durante el año 2024, obteniendo un cumplimiento de un 100% frente a la meta establecida.

**Tabla 6. Objetivos institucionales CISEMadríd.**

INDICADOR	HOSPITALES	ATENCIÓN PRIMARIA	SUMMA 112
Nº IS/EM identificados (de acuerdo al nº mínimo establecido)	<b>94% alcanzan meta</b>	<b>100% DA alcanzan meta</b>	NA
Nº IS/EM validados			
Validados/Identificados			
Implantación CISEMadríd	NA	NA	<b>100% alcanza meta</b>

CISEMadríd: Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid; CT: Centro de Transfusión; DA: Dirección Asistencial; EM: Errores de Medicación; IS: Incidentes de Seguridad; NA: No Aplica; SUMMA: Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid; UCR: Unidad Central de Radiodiagnóstico

En el apartado [3.1.1 CISEMadríd](#) se pueden consultar los datos relativos a las notificaciones realizadas en CISEMadríd.

#### 1.2.2 Objetivos para impulsar prácticas seguras.

Son 4 las acciones planteadas para impulsar las prácticas seguras en la organización:

- Los Proyectos Zero (PZ) en las UCI: Bacteriemia Zero (BZ), Neumonía Zero (NZ), Infecciones del Tracto Urinario Zero (ITUZ) y Resistencia Zero (RZ).
- La Higiene de Manos.





- La mejora de la seguridad en el paciente quirúrgico a través del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ).
- La implantación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ).

Los proyectos abordados no aplican a todos los hospitales por igual, así pues, los PZ aplica en 25 hospitales, y la seguridad del paciente quirúrgico en 29 hospitales.

### **Acción 1.- Consolidación de los Proyectos Zero en las UCI.**

Desde el 2004 se trabaja con los PZ con indicadores en objetivos institucionales en hospitales. Dentro de estos proyectos se encuentran: BZ, NZ, RZ e 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 NZ o BZ, ya consolidados previamente. Por ello, en el contrato de gestión del año 2023, se volvieron a incluir los 4 proyectos con las metas iniciales y, además, para el año 2023 se incluyó como meta la formación de, al menos, el 85% de los residentes que roten por las UCI.

Para la evaluación de estos objetivos, se ha considerado la vigilancia y registro que las UCI de adultos hacen durante el periodo del 1 de abril al 30 de junio, aunque se ha tenido en cuenta los casos en los que el centro hace vigilancia anual.

- BZ, cuyo objetivo es reducir la tasa de bacteriemias relacionadas con catéter en la UCI. Se mide a través de una tasa de incidencia, es decir, el nº de bacteriemias por 1000 días de catéter venoso central. La meta establecida por el Ministerio de Sanidad es:  $\leq 3$ . Los resultados globales han mejorado sustancialmente ya que en los 25 hospitales (100%) donde es de aplicación, se ha conseguido alcanzar la meta establecida, con una densidad de incidencia en 2023 de 1,59‰, inferior a la tasa conseguida en 2022 de 2,19‰.
- NZ, con el objetivo de disminuir la tasa de neumonías asociadas a la ventilación mecánica en la UCI. Se mide igualmente a través de una tasa de incidencia de las mismas, y su meta es conseguir una cifra  $\leq 7$  neumonías por 1000 días de VM. En este proyecto, también ha mejorado tanto la tasa de incidencia como el porcentaje de los hospitales que han cumplido con la meta establecida. La tasa de incidencia media obtenida en los hospitales ha sido de un 6,26‰, siendo un 88% de los mismos (22 hospitales) los que han alcanzado la meta. El resto (3 hospitales) han alcanzado cumplimientos parciales entre el 80-90%.
- RZ, con el objetivo principal de reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial en la UCI. El indicador utilizado para su evaluación es nº de pacientes ingresados en UCI con una o más bacterias multirresistentes. Las bacterias multirresistentes 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 2,77%, ligeramente inferior al 2,91% conseguido en 2022. Asimismo, el porcentaje de hospitales que han alcanzado la meta se ha incrementado, pasando de un 80% a un 92% (23 hospitales). Los 2 restantes, tienen un cumplimiento entre un 80-90%.
- ITUZ, 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. 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. También en este proyecto, los resultados han sido mejores, pasando de una densidad de incidencia de un 4,01‰ en 2022 a un 3,44‰, en 2023.

El porcentaje de hospitales que han alcanzado la meta también se ha visto incrementado, pasando de un 28% a un 56% en 2023 de los mismos (14 hospitales). El resto tienen cumplimientos parciales entre un 80-90%.

- Finalmente, en relación con el porcentaje de residentes formados en PZ, los resultados globales obtenidos indicaron que recibieron formación 371 residentes, lo que supone un 77% de los residentes que han rotado por las UCI. Por otro lado, un 74% de los hospitales han logrado alcanzar la meta (17 de 23 hospitales, ya que no en todas las UCI rotan residentes).

Todos los resultados mencionados sobre la consolidación de los PZ se muestran en la tabla 7.

**Tabla 7. Objetivos institucionales. Consolidación Proyectos Zero.**

INDICADOR	META	RESULTADO 2023	AÑO 2023 % HOSPITALES ALCANZAN META
Bacteriemia Zero	$\leq 3$	1,59‰	100% (25 hospitales)
Neumonía Zero	$\leq 7$	6,26‰	88% (22 hospitales)
Infecciones del Tracto Urinario Zero	$\leq 2,7$	3,44‰	56% (14 hospitales)
Resistencia Zero	$\leq 5$	2,77%	92% (23 hospitales)
Porcentaje de residentes formados en PZ <b>Nuevo!!</b>	$\geq 85\%$	77%	74%

PZ: Proyectos Zero

### Acción 2.- Mejora de la Higiene de Manos.

Las actuaciones prioritarias a desarrollar para la mejora de la HM en el 2023 han sido dos:

#### Realizar la autoevaluación a través de la herramienta validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Para los hospitales la meta era mantener o superar la puntuación obtenida en el año anterior, siendo al menos nivel intermedio. Todos han realizado la autoevaluación y van mejorando, año tras año, la puntuación alcanzada. En 2023, 26 centros han conseguido un nivel avanzado y 8 tienen un nivel intermedio. El cumplimiento de la meta ha sido del 100%.
- En AP, la meta fue 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 CS de cada DA. Todas han cumplido con la meta, y 253 CS, que representan el 97%, han realizado la evaluación, manteniendo o superando al menos el nivel intermedio.

- En el resto de los niveles asistenciales se solicitaba la realización de la autoevaluación con la herramienta OMS, manteniendo o mejorando la puntuación, siendo al menos nivel intermedio. En este sentido se realizó, el SUMMA obtuvo un nivel avanzado, y la UCR y el CT, un nivel intermedio.

#### Disponibilidad de Preparados de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención.

- Para hospitales se estableció como meta que fuera superior a un 95%. Un 91% (30 de 33) de los hospitales lograron la meta.
- En AP, el objetivo era que en  $\geq 95\%$  de los CS tuvieran disponibilidad de PBA en el punto de atención; un 100% la tienen.
- En cuanto al SUMMA, UCR y CT, se consiguió que el 100% de dispositivos estuvieran disponibles. En el SUMMA, actualmente los PBA se encuentran disponibles en 29 UVI móviles, 16 Vehículos de Intervención Rápida, 47 Unidades de Asistencia Domiciliaria Médicas, 14 Unidades de Asistencia Domiciliaria de Enfermería, 2 Servicios Coordinadores de Urgencias (Zendal y SUMMA112), y en todos los servicios centrales sanitarios y no sanitarios.

Por tanto, un 96% de los hospitales han logrado llevar a cabo estas dos actuaciones prioritarias en HM, alcanzando la meta establecida. En el resto de unidades asistenciales el cumplimiento global de los indicadores para la mejora de HM ha sido del 100%.

Se muestran estos resultados en la tabla 8.

**Tabla 8. Objetivos institucionales. Mejora de la Higiene de Manos.**

INDICADOR	HOSPITALES	ATENCIÓN PRIMARIA	SUMMA 112	UCT	CT
Autoevaluación HM herramienta OMS	<b>26 avanzado 8 intermedio</b>	<b>97% (253 CS) al menos nivel intermedio</b>	<b>Nivel avanzado</b>	<b>Nivel intermedio</b>	<b>Nivel intermedio</b>
Disponibilidad PBA	<b>95%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

CS: Centros de Salud; CT: Centro de Transfusión; HM: Higiene de Manos; OMS: Organización Mundial de la Salud; PBA: Preparados de Base Alcohólica; SUMMA: Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid; UCR: Unidad Central de Radiodiagnóstico

#### Acción 3.- Implantación en las unidades o servicios quirúrgicos del proyecto de Infección Quirúrgica Zero.





En el año 2013 comenzó a implantarse el proyecto IQZ mediante la aplicación de medidas que persiguen 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.

Desde su implantación como objetivo institucional, la meta establecida ha estado vinculada a la implantación de al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto en determinadas intervenciones que, de acuerdo al protocolo de IQZ, resultaba de aplicación (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). En el año 2023, la meta se ha ampliado al 90% de los servicios y unidades de cada hospital, donde se lleven a cabo intervenciones donde se pueda aplicar el protocolo IQZ.

En este sentido, de forma global, en 241 servicios o unidades están implantadas las 3 medidas obligatorias del proyecto, lo que supone un 98% del total de los servicios o unidades donde es aplicable el protocolo en los hospitales. Esto supone, que el 93% de los centros ha conseguido su implantación en al menos el 90% de sus servicios quirúrgicos (27 de 29 hospitales).

#### Acción 4.- Implantación del Listado de Verificación Quirúrgica.

La implantación del LVQ se ha incluido como objetivo de calidad desde el año 2009. En 2023 el porcentaje global de implantación del mismo (número de historias clínicas con LVQ con respecto al número de historias clínicas evaluadas) ha sido de un 96,5% (rango 89,3-100%), muy similar al porcentaje alcanzado el año anterior (96,6%).

La meta establecida en el año 2023 marcaba que el porcentaje de implantación en cada hospital fuera superior al 95 %. En este caso, han sido 83% de hospitales (24 de los 29 con actividad quirúrgica) los que han alcanzado este objetivo.

Todos estos resultados se muestran en la tabla 9.

**Tabla 9. Objetivos institucionales. Seguridad en el paciente quirúrgico en hospitales.**

INDICADOR	META	RESULTADO 2023	% HOSPITALES ALCANZAN META
Implantación proyecto IQZ en Unidades o servicios quirúrgicos	>90% servicios quirúrgicos con implantación de las 3 medidas obligatorias	<b>98% de los servicios quirúrgicos donde es aplicable el proyecto</b>	<b>93%</b>
Implantación del LVQ	>95%	<b>96,5% porcentaje global de implantación</b>	<b>83%</b>

IQZ: Infección Quirúrgica Zero; LVQ: Listado de Verificación Quirúrgica



### 1.3 Actividades de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Las UFGRS, con plena implantación en los centros sanitarios desde 2007, 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. Representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de SP a nivel de los centros. Están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 35 en hospitales (incluido el Hospital Zendal, que hasta finales del 2023, no pasó a formar parte del Hospital Universitario La Paz), 7 de AP, y 1 del SUMMA112.

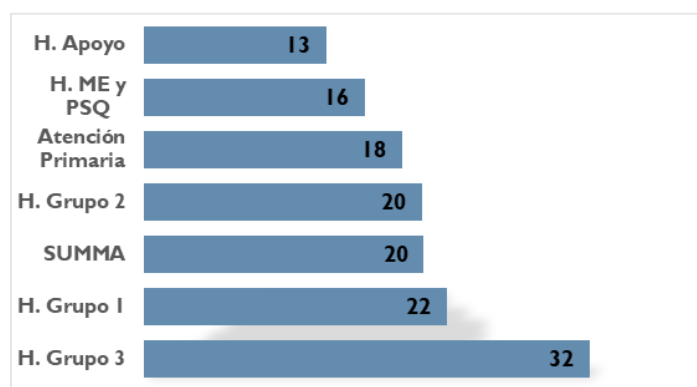
Su función es impulsar el despliegue de la SP en su centro, a partir de la actividad de sus miembros, que, con una formación específica en materia de SP, abordan la promoción de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos. Es decir, son los responsables de la identificación y análisis de IS y EM y la propuesta y seguimiento de actuaciones para mejorar dicha seguridad.

Informan de sus actividades a la S. G. de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente y con todo ello, ésta elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2023, se describen a continuación.

#### 1.3.1 Estructura/Organización.

Globalmente 894 profesionales forman parte de estas UFGRS, (14 más que el año anterior). En la figura 3 se representan los valores promedio de profesionales que forman parte de las mismas, por área y grupo hospitalario, observándose cierta correlación entre el tamaño de los centros y el nº de profesionales. En valores absolutos, un 85% pertenecen a los hospitales, 13% a AP y 2% del SUMMA 112.

**Figura 3. Promedio de profesionales de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.**

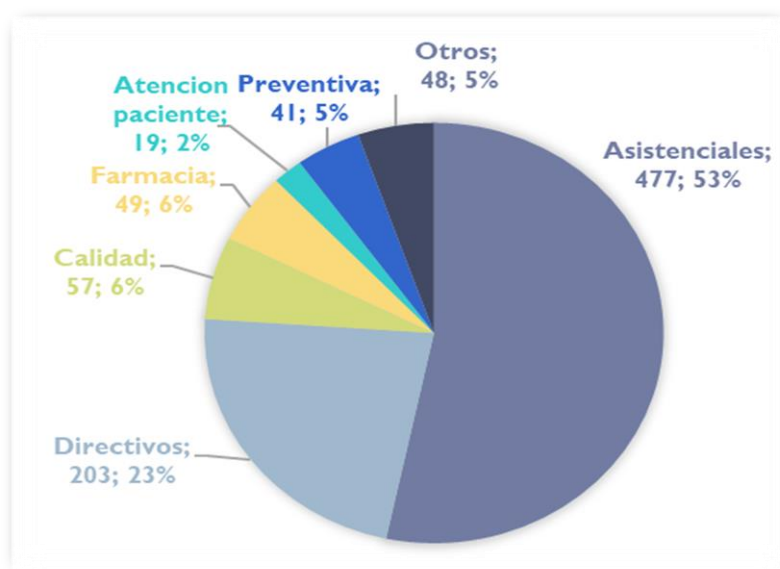


H: Hospital; H. ME y PSQ: Hospital Media Estancia y Psiquiatría

Las UFGRS están constituidas por equipos multidisciplinares, bien formados en gestión de riesgos de todos los ámbitos de la organización sanitaria, incluido un miembro del equipo de dirección, como puede verse en la figura 4.



Figura 4. Composición de las UFGRS.



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

Así, de acuerdo a los datos comunicados en el año 2023, hay un total de 2.905 Responsables de SP en los distintos servicios/unidades/centros en el SERMAS, con un promedio global de 68 Responsables por Gerencia/Dirección Asistencial. Esto supone un 2,46% (70) más que en el año 2022, en el que había 2.835 Responsables de SP.

De forma global, el número total de objetivos establecidos por las UFGRS ha sido de 540, con un promedio global de 13 objetivos por UFGRS. El promedio global de reuniones mantenidas el año 2023 ha sido de 9 reuniones por UFGRS (intervalo 4-19 reuniones).

En relación a su función de gestión y seguimiento de incidentes, han referido la existencia de 266 grupos de trabajo (261 en hospitales, 1 en AP y 4 en el SUMMA 112).

### 1.3.2 Actividad.

Las actividades que reportan las UFGRS, 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.- Actividades de promoción de la cultura de seguridad:** Han elaborado 561 materiales en el año 2023, de los cuales 545 proceden de las UFGRS hospitalarias, 7 del SUMMA 112 y 9 de la AP. Lo cual supone un incremento de 19,9% con respecto al año 2022.

Respecto al tipo de material elaborado, mayoritariamente corresponden hojas informativas (29%), carteles (19%) y material formativo (13%). Los listados y documentos de promoción de la cultura de SP elaborados UFGRS están disponibles en la Intranet Salud@<sup>4</sup>.

**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 SP.

Durante el año 2023, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 19.529 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 21,7% con respecto al año previo. En el apartado [3.1.1 CISEMadrid](#) se pueden consultar los datos relativos a las notificaciones realizadas.

**3.- Desarrollo de Recomendaciones generalizables y prácticas seguras**, derivadas de las acciones de mejora identificadas: Durante el año 2023 se han comunicado 86 recomendaciones de SP generalizables, 97 prácticas seguras locales y 12 practicas seguras generalizables.

Se puede ampliar la información sobre organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS en el [Anexo 2: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS](#).

## 1.4 Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.

Los CAPC son equipos multidisciplinares, cuyo objetivo principal es mejorar la adecuación de la práctica clínica, mediante la minimización o supresión de prácticas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias (prácticas innecesarias), de acuerdo a la evidencia científica. Están constituidos en todas las gerencias de los centros sanitarios: 35 de Atención Hospitalaria, 1 de AP, 1 de SUMMA 112. En el año 2023 se constituyó el CAPC de la UCR.

Como se comentó anteriormente, en el desarrollo de la línea estratégica 8: “Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias”, y en aras de definir la estructura organizativa para el despliegue de estas iniciativas, desde el año 2021, se ha incluido en Contrato de Gestión el “Desarrollo de al menos 2 líneas de actuación del CAPC (seleccionadas de entre las funciones reseñadas en el documento de recomendaciones)”. Anualmente se les solicita a los comités que reporten la información sobre su estructura, organización y actividad.

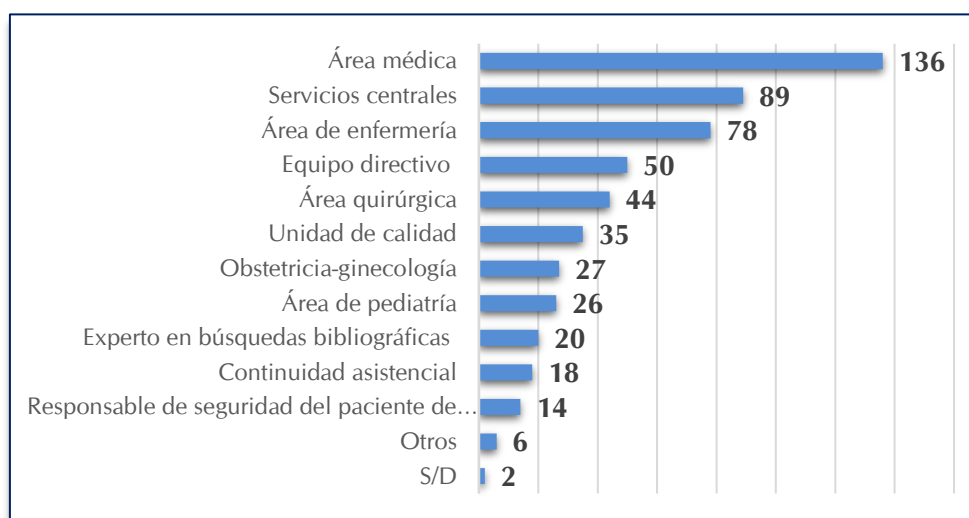
---

<sup>4</sup> <https://saludinv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/UF-PromocionCulturaSeguridad.aspx>

### 1.4.1 Estructura/Organización.

Los CAPC constituidos en el SERMAS cuentan en la actualidad con un total de 545 profesionales (54 más que en año 2022) de todos los ámbitos de la organización sanitaria. Del total de integrantes, el 90,1% (491) pertenecen al ámbito de hospitales, el 4,6% (25) al SUMMA 112, el 3,5% (19) a AP y el 1,8% (10) a la UCR. Están formados por equipos multidisciplinares, mayoritariamente del área médica, el Responsable de SP de gerencia y el equipo directivo. En la figura 5 se muestra el perfil profesional donde en la categoría “otros”, podemos encontrar farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.

Figura 5. Perfil de los profesionales de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.



S/D Sin Datos

### 1.4.2 Actividad de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.

Las líneas de actuación que han de planificar sus actividades derivan de las funciones de los CAPC<sup>5</sup>. Como se dijo anteriormente, se incluyó en el contrato programa el desarrollo de 2 líneas de actuación. El 100 % de los centros llegó al objetivo marcado.

En la tabla 10 se detalla el nº de comités que han desarrollado actividades por cada línea de actuación de la Estrategia de SP, así como el nº total de actividades desarrolladas por cada CAPC.

Tabla 10. Líneas de actuación de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.

<sup>5</sup> Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (madrid.org)

LÍNEAS DE ACTUACIÓN COMITÉS DE ADECUACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA		Nº COMITÉS	Nº ACTIVIDADES
L1	Establecer actuaciones para revisar las prácticas innecesarias en su ámbito de actuación, facilitando la participación y propuestas de todos los profesionales.	27	47
L2	Revisar periódicamente las iniciativas relacionadas con la identificación, reducción y/o supresión de prácticas innecesarias.	24	35
L3	Promover la realización de revisiones de la literatura científica sobre prácticas innecesarias.	20	22
L4	Proponer actuaciones para promover las prácticas con evidencia científica y evitar o disminuir las prácticas innecesarias.	25	120
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.	21	35
L6	Proponer el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización de los profesionales.	27	56
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.	22	35
L8	Desarrollar reuniones, encuentros o jornadas con los profesionales de su centro o con otras comisiones del mismo para sobre esta materia.	24	34
L9	Desarrollar actuaciones para promover la adhesión a iniciativas nacionales y/o internacionales.	11	17
L10	Elaborar una memoria anual de actuaciones del Comité.	22	22
<b>TOTAL</b>			<b>423</b>

## 1.5 Otras Actuaciones.

### 1.5.1 Revisión de los Planes de Seguridad del Paciente.

El Decreto 4/2021 establece los requisitos para mejorar la SP en centros y servicios sanitarios de la CM, incluyendo la elaboración de Planes de SP, en las gerencias asistenciales del SERMAS. En este sentido, en el primer trimestre del 2023 se realizó la revisión de los planes de seguridad del 100% de centros hospitalarios, AP y SUMMA 112. Una vez realizada la revisión, se elaboraron informes individuales con recomendaciones para cada plan de seguridad.

### 1.5.2 Participación en el Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad.

Durante el año 2023, se ha participado en el Comité Institucional de Seguridad del Paciente, del Ministerio de Sanidad. En la reunión celebrada el 2 de marzo, se presentaron: actualización de la estrategia 2023-2033, presentación de las acciones a nivel del Sistema





Nacional de Salud para 2023-2024 (uso seguro del medicamento, programa de HM, programa de seguridad en pacientes críticos, programa de cirugía segura, sistema de notificación de incidentes, uso seguro de radiaciones ionizantes); presentación de la planificación de la jornada de experiencias exitosas en la Gestión de los Sistemas de Notificación (18 de mayo); y preparación del Día Mundial de Seguridad de Paciente.

En este sentido, la Comunidad de Madrid, representada por el Hospital Gregorio Marañón y su experiencia “Implicación de la red de referentes de seguridad para liderar la transformación de la cultura de seguridad en un hospital de tercer nivel”, fue seleccionada para participar en la Jornada Científica de Sistemas de Notificación de IS para el aprendizaje “Experiencias de éxito en la gestión de los Sistemas de Notificación”.

Asimismo, la Comunidad de Madrid, a través de la S. G. de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente y la S.G. de Farmacia y Productos Sanitarios ha colaborado en la redacción de las “Recomendaciones para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo” del Ministerio de Sanidad.

## 2 PRÁCTICAS SEGURAS

En la CM se continúa con el despliegue institucional de grandes líneas de actuación. Este grupo de actuaciones se detallan en este apartado de Prácticas seguras, en el que se incluye: Uso Seguro del Medicamento, PZ en las UCI, HM, SP Quirúrgico, Entornos de especial riesgo en AP, y Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS).

### 2.1 Uso seguro del medicamento

Los errores de medicación (EM) constituyen el tipo de evento adverso más frecuente, según los estudios, siendo evitables en al menos, un 35% de los casos.

Durante 2023, 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 SP en el uso de los medicamentos:

1. La notificación de EM en el PUSM y la Red de Farmacias Centinela (RFC).
2. Intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos.
3. Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas.
4. Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la CM.
5. Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA 112 y los hospitales del SERMAS.
6. Otras actuaciones: programa de revisión de la medicación FAP- Médico de AP, taller conoce tus medicamentos, actuaciones en centros sociosanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS).
7. Formación.



### 2.1.1 Actuaciones derivadas de los Errores de Medicación notificados en el Portal del Uso Seguro del Medicamento y de la Red de Farmacias Centinela:

En el PUSM, los profesionales sanitarios notifican los EM procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales: hospitales, AP, SUMMA112, la RFC, centros socio-sanitarios y del servicio para el suministro de medicamentos extranjeros de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. En el apartado [3.1.2 Portal Uso Seguro del Medicamento](#) se pueden consultar los datos relativos a las notificaciones realizadas en el PUSM.

Como consecuencia de la revisión de los EM 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:

**1.- Actuaciones relacionadas con posibles problemas de calidad:** se han remitido a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 38 notificaciones recibidas en el PUSM para investigación de posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento. En un caso con resultados de modificación de la ficha técnica y en otro caso se incluyó material educativo con explicación del método de reconstitución.

**2.- Actuaciones relacionadas con posibles problemas de suministro:** se han remitido a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico 52 incidentes recibidos en el PUSM relacionados con posibles problemas de suministro, previa revisión de la base de datos del Centro de Información online de Medicamentos Autorizados (CIMA) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), donde figuraba dicho problema de suministro y por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica.

**3.- Actuaciones relacionadas con EM con daño:** se han remitido al Centro de Farmacovigilancia de la CM 212 notificaciones sobre EM recibidos en el PUSM con consecuencias para el paciente al ser consideradas Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM), tal y como recoge el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Artículo 2. Definiciones. A efectos de este Real Decreto, se entenderá por EM: 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 EM que ocasionen un daño en el paciente se consideran RAM, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento.

No se remitieron al Centro de Farmacovigilancia al no ser consideradas RAM, las de omisión de tratamiento o en las que se desconocía el daño al paciente.

**4.- Actuaciones relacionadas con posibles incidentes en las bases de datos de prescripción:** se han remitido 30 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 con actuaciones en el 57% de los casos. Dos de los casos con consecuencias para el paciente.





Como en años anteriores, el Modelo Único de Prescripción (MUP) sigue conectándose a diario con la AEMPS para recoger los desabastecimientos oficiales y que pueden ser visualizados por los prescriptores, con el fin de que puedan valorar si se requiere alguna modificación en las prescripciones activas, evitando así trastornos para el paciente y contribuyendo a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

**5.- Actuaciones relacionadas con EM 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 AEMPS 30 incidentes relacionados con similitud de envases de especialidades farmacéuticas o de formas farmacéuticas que pueden dar lugar a confusión. Se incluyen algunos ejemplos con resultados:

- Similitud de las ampollas de flumazenilo y ácido tranexámico. Resultado: se valora la isoapariencia por parte de la compañía.
- Meriofert 75 mg vs 150 mg. Resultado: se contacta con el titular para hacerle una propuesta de cambio con objeto de evitar futuros EM.
- Lidocaína al 1 y 2%. Resultado: se tiene en cuenta la notificación para hacérsela llegar al laboratorio con propuesta de cambio en el etiquetado para evitar EM.

También se han revisado y remitido 4 notificaciones, relacionadas con pares de nombres que pueden dar lugar a confusión por su similitud, al Instituto para el uso Seguro del Medicamento (ISMP), el cual confirma que se han incorporado los siguientes nuevos pares de nombres comunicados en el año 2023:

- Atomoxetina- atorvastatina
- Gelotradol- Gelocatil
- Oxynorm- Oramorph

**6. - Notificaciones remitidas a la AEMPS:** se han remitido 3 notas con propuestas de cambios para mejorar las presentaciones de los medicamentos y así mejorar la seguridad en su utilización por los pacientes o durante la administración por los profesionales sanitarios. Las propuestas son:

- AZITROMICINA SANDOZ 200 MG/5 ML POLVO PARA SUSPENSION ORAL con propuesta para valorar la posibilidad de incluir, al principio del prospecto y/o en cartonaje, una advertencia sobre la necesidad de diluirlo en agua previamente a su administración, para evitar nuevos EM.
- CALCIFEDIOL- VITAMINA D (HIDROFEROL®) con propuesta para valorar la posibilidad de incluir en el envase, de las presentaciones con administración especial, una advertencia sobre la pauta, para evitar errores en la etapa de administración por el paciente.
- ORAMORPH 20 MG/ML SOLUCION ORAL, 1 frasco de 20 ml C.N.:820860 con propuesta para valorar la posibilidad de incluir en el cartonaje, una advertencia del tipo “dosis altas” o similar que ayude a evitar nuevos EM.



**7.- Elaboración y difusión de boletines sobre seguridad de medicamentos:** como resultado de la evaluación y gestión de las notificaciones sobre EM recibidos en el PUSM 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 2023 fueron los siguientes:

**Boletines de recomendaciones a los profesionales<sup>6</sup>.** Se han elaborado 9 Boletines de Recomendaciones a los Profesionales para mejorar el uso seguro de los medicamentos. A continuación, se incluye el enlace a cada documento:

1. Enoxaparina 4.000 ui (40 mg)/0,4 ml solución inyectable en jeringa precargada y eliquis 2,5 mg comprimidos recubiertos con película.
2. Administración por profesionales.
3. Nueva información de seguridad procedente de la evaluación periódica de los datos de farmacovigilancia.
4. Errores de almacenamiento
5. EM en pediatría.
6. EM en urgencias.
7. Nivestim 30 mu/0,5 ml solución inyectable y para perfusión, 5 jeringas precargadas de 0,5 ml. CN: 665857 (filgrastim).
8. Administración por el paciente.
9. Puntos clave para el uso correcto del MUP y seguridad en el uso de los medicamento.

**Boletín resumen trimestral<sup>7</sup>.** Durante el año 2023, 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 de RAM y cualquier información de interés y de utilidad para fomentar el uso seguro de los medicamentos.

**Informes de seguimiento<sup>8</sup>.** Durante el año 2023 los informes para AP y Atención Hospitalaria se siguen difundiendo, en formato POWER-BI. Así se facilita la información mensual sobre los EM, notificados en el PUSM, de manera interactiva, y se facilita el seguimiento de cada ámbito asistencial y se remiten actualizaciones mensuales (n=12).

**Boletines de la RFC<sup>9</sup>.** Durante el año 2023, se han realizado 5 Boletines para las Oficinas de Farmacias de la RFC donde se recomiendan actividades para detectar y evitar posibles EM:

---

<sup>6</sup> [Farmacia y productos sanitarios \(madrid.org\)](https://madrid.org)

<sup>7</sup> [Farmacia y productos sanitarios \(madrid.org\)](https://madrid.org)

<sup>8</sup> [Farmacia y productos sanitarios \(madrid.org\)](https://madrid.org)

<sup>9</sup> [Seguridad de Medicamentos \(madrid.org\)](https://madrid.org)



- EM notificados por la RFC.
- EM notificados por la RFC - Metotrexato y Metronidazol.
- EM notificados por la RFC - Errores de administración por el paciente.
- EM notificados - RFC Errores en la etapa de la prescripción y Bloqueo cautelar.
- EM - RFC Calcifediol y Rivastigmina.

#### **8.- Otras actividades desarrolladas:**

**Comunicaciones a profesionales.** Se han remitido 12 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 y en casos de problemas de suministro.

En las comunicaciones se adjuntan, si corresponde, las Notas de seguridad de la AEMPS y los boletines realizados por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

**Comisión de seguridad de la RFC.** Se convoca a los miembros de la Comisión en octubre de 2023, para la renovación de los miembros, al haber transcurrido dos años desde la última renovación e incorporación de nuevas oficinas de farmacia. Se presentan para su incorporación 20 oficinas de farmacia. Tras la reunión de los miembros de la Comisión se decide renovar 20 oficinas de farmacia e incorporar las 20 nuevas solicitudes.

Se realiza el curso de formación para los nuevos miembros y para el resto de farmacéuticos de oficinas de farmacia de la RFC, del 15 al 22 de noviembre de 2023.

**Comisión de Seguridad de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.** Se han realizado 37 reuniones de la Comisión de Seguridad de la Subdirección de Farmacia para la revisión de ciertos casos notificados en el PUSM y de la información sobre seguridad de medicamentos (notas informativas de seguridad de la AEMPS, información sobre prevención de riesgos de la AEMPS, informes mensuales de seguridad de la AEMPS y cartas de seguridad de los laboratorios a los profesionales sanitarios publicadas en la AEMPS) con el objetivo de proponer actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

**Plataforma InfoMUP.** Durante el año 2023 se ha difundido cerca de 15 noticias de interés relacionadas con la seguridad en el uso de los medicamentos, a través de esta plataforma. Se incluyen algunos ejemplos:

- Vandetanib y Talidomida: Información de seguridad.
- Minurin 0,1mg/ml solución para pulverización nasal (desmopresina): advertencias sobre el riesgo potencial de arritmia y toxicidad reproductiva por la exposición al excipiente clorobutanol.
- Trandate comprimidos: Restricciones en el suministro de a determinadas situaciones clínicas a través del Servicio de Medicamentos en Situaciones Especiales.
- Emerade solución inyectable en pluma precargada: Retirada y sustitución de las unidades dispensadas.
- Fluoroquinolonas de uso sistémico o inhalado: recordatorio sobre las restricciones de uso.



- Decapeptyl en niños: errores de administración.
- Boletín de recomendaciones a profesionales: Administración por el paciente y Hoja de medicación:
- Nueva nota de seguridad de la AEMPS sobre Trandate® comprimidos que actualiza la anterior (marzo de 2023)
- Actualización de la guía de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios de adultos y pediatría.

**Nuevo espacio en Intranet para consultar los medicamentos con problemas de suministro**<sup>10</sup>. En el año 2023, la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ha habilitado en la Intranet un espacio para los profesionales sanitarios, donde se puede consultar los medicamentos con problemas de suministro, los cuales se han clasificado con un código de colores según relevancia del problema, en base al listado que publica semanalmente la AEMPS.

Además, se incluye un resumen que indica el número de productos desabastecidos (total y nuevos) en la fecha indicada según el código de colores aplicado a cada situación, los desabastecimientos resueltos en el periodo de estudio, así como los pacientes con prescripciones activas de los códigos nacionales desabastecidos en una fecha reciente. El espacio creado permite exportar a Excel el listado completo de los medicamentos desabastecidos con la posibilidad de filtrar por cada una de las columnas en función de lo que se quiera consultar.

**Participación en actividades para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.** Durante el año 2023 desde la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios se ha participado en otros proyectos cuyo objetivo es mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

- Participación en Congresos: Envío de una comunicación en formato poster al 26 Congreso de la SEFAP. Título: *“Análisis de los errores de medicación por duplicidad de medicamentos”*.
- Colaboración en Jornadas, Reconocimientos.
- Participación en la Estrategia de Seguridad Del Paciente del SERMAS: línea Del Uso Seguro del Medicamento.
- Participación en grupos de trabajo.

**Noticias publicadas en el PUSM.** Durante el año 2023 se han publicado un total de 69 noticias sobre seguridad de medicamentos a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del PUSM y Productos Sanitarios.

---

<sup>10</sup> [Farmacia y productos sanitarios \(madrid.org\)](http://Farmacia y productos sanitarios (madrid.org))



### 2.1.2 Intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos:

Durante el año 2023, se ha trabajado en los sistemas de ayuda a la prescripción en MUP. Para ello se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar que ha elaborado una base de datos de incidencias y problemas relacionados con los medicamentos. A lo largo del año 2024, tendrá lugar su implantación, seguimiento y actualización continua, según las nuevas necesidades que se vayan detectando.

El objetivo es ayudar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas y terapéuticas, con la finalidad de mejorar la atención a los pacientes y reducir los riesgos derivados de los potenciales errores asociados al proceso de prescripción.

Dicho sistema función on-line, analizando las prescripciones del paciente durante el proceso de prescripción y muestra al profesional el resultado de dicha revisión.

### 2.1.3 Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas:

Durante el año 2023 se ha continuado monitorizando la línea estratégica iniciada en el año 2017 para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas. Los benzodiazepinas 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 benzodiazepinas. En el año 2023, si consideramos el porcentaje de pacientes con dispensación de benzodiazepinas respecto a la población con alguna prescripción, se mantiene una tendencia en descenso, aunque menos acusada que la experimentada en el año 2022. También se observa una mejoría en el indicador de AP que mide el porcentaje de pacientes en tratamiento crónico con benzodiazepinas durante los últimos 6 meses, alcanzando el valor más bajo desde que se inició la estrategia (5,43%).

### 2.1.4 Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la CM:

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 a los antimicrobianos.

En 2023 se mantuvo la participación de la CM 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 CM puso en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE)<sup>11</sup>. En este documento se describen 7 líneas de trabajo

---

<sup>11</sup> Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE)





generales y una de ellas es implementar PROA en todos los ámbitos de atención sanitaria. Líneas de actuación desarrolladas durante 2023 para fomentar el uso racional de los antibióticos en los diferentes ámbitos asistenciales:

- Desarrollo de dos ediciones de la actividad de formación “Actualización en uso apropiado de antibióticos en adultos PROA hospital” con la participación de profesionales sanitarios de diferentes hospitales de la CM. Durante el año 2023 se han realizado 3 cursos del plan de formación dirigido a Médicos y Farmacéuticos. Número de profesionales formados: 275 alumnos, en formato online.
- Actualización de la “Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Adultos”<sup>12</sup> y “Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Pediatría.”<sup>13</sup> que recogen los tratamientos de elección y las alternativas a las principales infecciones comunitarias, tanto de adultos como de niños.
- 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, CS, servicios de urgencia de los hospitales, Servicios de Urgencia de Atención Primaria (actuales Puntos de Atención Continuada)-SUMMA112 y centros residenciales.
- Celebración de la “*II Jornada de Uso racional de antimicrobianos: Estrategias para su optimización*” de la CM, para conmemorar el “Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos”. La Jornada se celebró el día 28 de noviembre en el salón de actos del Hospital Universitario Ramón y Cajal, que contó con 122 profesionales sanitarios inscritos y con una buena acogida de sus contenidos y ponencias.
- Coordinación de actividades promovidas por el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos destacando: revisión de las Normas de Certificación de los equipos PROA de AP y Atención Hospitalaria, participación en el grupo coordinador de la Guía Terapéutica Antimicrobiana del PRAN, participación en grupo de trabajo para desarrollo de herramienta informática para la gestión de los procesos infecciosos en los centros hospitalarios, información de los nuevos objetivos de cumplimiento de uso de antimicrobianos implementados por la Comisión de la Unión Europea.
- Coordinar las reuniones de la Comisión Central de Política Antimicrobiana de la CM con el principal objetivo de promover la implementación de medidas encaminadas a disminuir la selección y diseminación de resistencias a antimicrobianos. La componen profesionales de todos los ámbitos con los que están relacionados los antimicrobianos (AP, hospitales, SUMMA, AMAS, Calidad, Salud Pública, Farmacovigilancia) y con varios perfiles profesionales (médicos, pediatras, farmacéuticos, microbiólogos, preventivistas, intensivista, directores, etc.). Nexo de unión entre el Plan Nacional y la CM en las actuaciones de antimicrobianos.

---

<sup>12</sup> [Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Adultos \(3ª edición\) \(madrid.org\)](#)

<sup>13</sup> [Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Pediatría \(3ª edición\); \(madrid.org\)](#)



### 2.1.5 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, a disposición de todos los profesionales, se establece un apartado 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<sup>14</sup>.

Desde su implantación en marzo de 2017 se han realizado un total 479 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. De ellas, 96 solicitudes se han realizado en el año 2023. Además, en el año 2023 se han realizado las siguientes actuaciones:

- Inclusión de los antídotos fomepizol y uridina triacetato en el procedimiento de gestión centralizada de antídotos.
- Elaboración de infografías de los antídotos incluidos en el procedimiento centralizado de gestión de antídotos con el objetivo de poner a disposición de los profesionales sanitarios, información sobre indicación, posología y forma de administración de dichos antídotos y evitar así posibles EM.
- Actualización del apartado de “Listado de antídotos” en la Intranet de Farmacia.

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

- En el año 2017 se inició un programa de revisión parcial de la medicación realizado por los 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 FAP, priorizando a los pacientes crónicos complejos, polimedicados, pacientes mayores o pacientes afectados por alguna alerta o problema de seguridad seleccionado. A lo largo de estos años han ido aumentando el nº de revisiones que realizan los FAP. Así, durante el año 2023 los FAP han realizado 4.041 revisiones integrales de tratamiento (1.323 un 10% más en el año 2022), 16.472 revisiones focales, las cuales abordan problemas

<sup>14</sup> <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/AntidotosProcedimientos.aspx>



relacionados con grupos de medicamentos concretos (con un incremento del 126%) y 2.405 revisiones relacionadas con otras intervenciones como conciliación de medicación o adecuación de tratamientos a disfagia.

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 ácido acetilsalicílico a dosis superiores a 150 mg, ha pasado de 1,63% en enero del 2023 (4.456 pacientes) a 0,9% en diciembre 2023 (2.634 pacientes).

También ha disminuido el nº de pacientes de 65 o más años con dosis altas de citalopram o escitalopram, pasando de 4.028 pacientes en enero a 3.607 pacientes en diciembre de 2023, y el nº de personas mayores con AINE crónico, pasando de 2.115 a 1.741 pacientes a lo largo del año 2023.

Se han identificado pacientes con prescripciones de combinaciones inadecuadas de medicamentos, como son combinaciones de fármacos que actúan en el Sistema Renina-Angiotensina, combinaciones de fármacos que actúan en el Sistema Renina-Angiotensina + Sacubitrilo/Valsartan, iDPP4 + aGLP-1, medicamentos para demencia junto con antimuscarínicos urinarios, o bifosfonatos junto con denosumab. En enero del 2023 había 1,57 por cada 1.000 habitantes afectados por alguna de estas combinaciones. A lo largo del año se han ido revisando, y en diciembre había bajado a 1/1.000 habitantes.

- Taller dirigido a población mayor sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización (incluye información sobre adherencia, hoja de medicación, prevención de EM). En junio del año 2016 la COVAM (Comisión de Validación de Proyectos Educativos de la CM) validó como proyecto marco de la CM el taller “Conoce tus Medicamentos”, estando disponible a través de la intranet en la aplicación Educación para la Salud (EpSalud). Con la experiencia adquirida estos años y detectados puntos de mejora, en el año 2023 se ha publicado en el portal de EpSalud, un nuevo taller que ha sido revisado y elaborado por un grupo de trabajo coordinado por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios el cual ha actualizado y adaptado los contenidos a las necesidades de la población a la que va dirigido.

A lo largo del año 2023 se han impartido 8 talleres, de los cuales en 5 ha habido participación de los FAP.

- Los FAP asisten a **centros sociosanitarios** que colaboran con AMAS en proporcionar una atención farmacéutica a las personas institucionalizadas en los 38 centros sociosanitarios públicos de la CM (8.080 personas con alguna dispensación en el año 2023), han revisado 18.581 tratamientos (7.160 revisiones completas, 11.439 parciales), realizando 5.146 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 57%. Una gran parte de las intervenciones estaban relacionadas con aspectos de seguridad como la duración de los tratamientos, información sobre interacciones, prevención de RAM, o utilización de fármacos innecesarios o inefectivos. Por otro lado, se han revisado y difundido 19 alertas de medicamentos y 31 notas informativas de la AEMPS en estos centros sociosanitarios. Se ha revisado la preparación de





medicamentos de más de 8.000 Sistema Personalizado de Dosificación y se han notificado 41 EM durante el año 2023.

### 2.1.7 Formación:

Se han impartido un total de 2 cursos de Uso Seguro de Medicamentos coordinados por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, con un total de 166 participantes (médicos, farmacéuticos, y enfermeras) para profesionales del SERMAS.

También se han impartido 3 cursos de Uso Seguro de Medicamentos coordinados por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, con un total de 231 participantes (médicos, farmacéuticos, y enfermeras) para profesionales de centros sociosanitarios de la CM.

## 2.2 Higiene de Manos

La mejora de la HM es un elemento fundamental en la prevención de las IRAS y un objetivo prioritario en SP. 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 PBA en el punto de atención >95%) y formación de profesionales, en especial de nueva incorporación. Resultados presentados en el apartado 1.2. **Objetivos institucionales.**

Con motivo del día mundial de HM 2023, la Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente, por tercer año consecutivo, organizó el III Concurso Audiovisual de HM<sup>15</sup> con el objetivo de reconocer y difundir iniciativas, desarrolladas por los centros, entorno a la celebración de este día. Fueron un total de 29 las iniciativas presentadas: 23 de hospitales y 6 de las DA de AP. La mayoría de ellas en formato vídeo, pero también hubo carteles, fotografías y aplicaciones interactivas. El programa, así como una fotografía de los premiados aparece en las figuras 6 y 7.

Figura 6 y 7. Jornada Día Mundial de Higiene de Manos.



Por su parte, los centros organizaron actividades y eventos para celebrar este día, y con todo ello se ha realizado una memoria.

<sup>15</sup> <https://www.comunidad.madrid/noticias/2023/05/05/sanidad-entrega-premios-iii-concurso-audiovisual-higiene-manos>

Por otro lado, como en años previos se solicitó en el mes de marzo a los centros, los indicadores vinculados al Programa de HM del Sistema Nacional de Salud, relativos al año 2023. Toda la información recibida se analizó y se remitió al Ministerio de Sanidad, y se encuentra publicada en la Intranet Salud@<sup>16</sup>. La evolución de los indicadores durante los años 2021-2023 se refleja en la tabla 11.

**Tabla 11. Indicadores del programa de Higiene de Manos.**

<b>INDICADORES DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
1.- % de Camas de hospitalización con PBA en la habitación.	96,7%	98,8%	<b>99,6%</b>
2.- % de Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención.	82,3%	91,2%	<b>93,1%</b>
3.- % Camas de UCI con PBA en el punto de atención.	98,8%	97,2%	<b>99,7%</b>
4.-Consumo de PBA en hospitalización (l/1.000 estancias).	49,84	40,25	<b>31,95</b>
5.-Consumo PBA en UCI (l/1.000 estancias).	114,67	122,73	<b>97,75</b>
6.-Consumo de PBA en Atención Primaria (l/10.000 consultas).	23,07	20,1	<b>3,7</b>
7.- Observación del cumplimiento de Higiene de Manos.	67,4%	62,6%	<b>62,1</b>

PBA: Preparados de Base Alcohólica

Los datos de AP respecto al consumo del 2023, se parecen más a los años prepandemia (2018:2,7; 2019:2,8; 2020: 66,5; 2021: 23,07; 2022:20,1), debido un exceso de almacenamiento de los años anteriores.

## 2.3 Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.

### 2.3.1 Prevalencia global de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria 2023.

La prevalencia global es un indicador que mide los pacientes que presentan una IRAS durante su ingreso hospitalario en un momento determinado. Los estudios de prevalencia aportan de forma sencilla información de los pacientes, de situaciones clínicas y epidemiológicas, 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.

<sup>16</sup> MEMORIA DE ACTIVIDADES DÍA MUNDIAL DE HIGIENE DE MANOS 5 DE MAYO 2023 (madrid.org)



Los datos de este indicador proceden del Sistema para la Vigilancia en España 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. En el caso de la CM los datos que figuran en la tabla 12 sólo reflejan lo que ocurre en los hospitales del SERMAS.

**Tabla 12. Prevalencia global Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.**

<b>PREVALENCIA GLOBAL DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA EN HOSPITALES</b>		
2021	2022	2023
<b>7%</b>	<b>6,78%</b>	<b>6,66%</b>

Fuente: Sistema para la Vigilancia en España

### 2.3.2 Vigilancia de la infección de localización quirúrgica 2021-2022.

Las infecciones de localización quirúrgica son un objetivo importante de la vigilancia de las IRAS y una prioridad para el sistema de vigilancia de la CM. Suponen un importante problema que puede limitar los beneficios de las intervenciones quirúrgicas. El desarrollo de una infección de localización quirúrgica 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 CM, 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 infecciones de localización quirúrgica para todos los hospitales de la CM tanto públicos como privados.

La vigilancia de este tipo de infecciones 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 2021 se han vigilado en la CM 18.192 procedimientos, tanto obligatorios como opcionales en 17.542 personas. Durante el año 2022 se han vigilado 24.264 procedimientos en 23.259 personas (tabla 13).

**Tabla 13. Nº de procedimientos según riesgo NNIS\*.**

<b>RIESGO</b>	<b>Nº PROCEDIMIENTOS QX 2021</b>	<b>Nº PROCEDIMIENTOS QX 2022 (**)</b>
Total índice NNIS	18.192	<b>24.264</b>
NNIS OE	62	<b>148</b>
NNIS M	1.081	<b>1.375</b>
NNIS 0	7.042	<b>9.496</b>
NNIS 1	6.433	<b>9.080</b>



NNIS 2	2.226	<b>2.905</b>
NNIS 3	391	<b>452</b>
Indeterminado	957	<b>808</b>

NNIS: National Nosocomial Infection Surveillance; QX: quirúrgicos

\*El índice de riesgo quirúrgico del National Healthcare Safety Network, 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.

\*\*En el momento de elaboración de esta memoria se están recabando los datos finales de la información de la vigilancia de ILQ de 2023.

El número de IRAS en función del tipo de localización se muestra en la tabla 14.

**Tabla 14. Localización de las infecciones de localización quirúrgica.**

LOCALIZACIÓN INFECCIÓN	Nº INFECCIONES NOSOCOMIALES 2021	Nº INFECCIONES NOSOCOMIALES 2022 (*)
ILQ SUPERFICIAL	166	<b>267</b>
ILQ PROFUNDA	112	<b>169</b>
ILQ ÓRGANO/ ESPACIO	330	<b>439</b>
<b>TOTAL INFECCIONES</b>	608	<b>875</b>

ILQ: Infección de Localización Quirúrgica

\*En el momento de elaboración de esta memoria se están recabando los datos finales de la información de la vigilancia de ILQ de 2023.

### 2.3.3 Brotes nosocomiales 2023.

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 morbimortalidad 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 la tabla 15 se puede ver la distribución de los brotes según tipo de hospital y el número total de pacientes.

**Tabla 15. Número de brotes nosocomiales según tipo de hospital. Año 2023.**

TIPO DE HOSPITAL	Nº DE BROTES COVID NOTIFICADOS	Nº DE BROTES NO COVID NOTIFICADOS
ALTA COMPLEJIDAD	13 (23, 2%)	15 (41, 7%)



MEDIA COMPLEJIDAD	13 (23, 2%)	9 (25%)
BAJA COMPLEJIDAD	1 (1, 8%)	----
HOSPITALES DE MEDIA/LARGA ESTANCIA	21 (37, 5%)	6 (16, 7%)
OTROS CENTROS PÚBLICOS	8 (14, 3%)	3 (8, 3%)
HOSPITALES PRIVADOS	----	3 (8, 3%)
<b>TOTAL</b>	<b>56 (100%)</b>	<b>36 (100%)</b>

## 2.4 Proyectos Zero en las UCI.

Como se ha reflejado anteriormente, la pandemia por Covid-19 impactó negativamente en las tasas de infección nosocomial en las UCI, produciéndose un aumento generalizado de las IRAS. Por todo ello, se instó, durante el año 2021, desde el consejo asesor del Ministerio de Sanidad a las Comunidades Autónomas, a desarrollar un plan de acción en pacientes críticos, considerando una prioridad reiniciar y reactivar los proyectos de seguridad en las UCI.

En la CM, con la participación de profesionales-referentes de PZ, se elaboró el “Plan de acción de pacientes críticos de la Consejería de Sanidad de la CM”, presentado en octubre de 2021. El Plan contaba con 4 objetivos secundarios y 11 actuaciones, planificadas en torno a un cronograma. A finales de 2022 se presentó un informe con el resumen global de sus resultados (Tabla 16), en el que quedaba constancia de la actividad pendiente para el 2023: la realización de auditorías en las UCI de los hospitales del SERMAS, en colaboración con la Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación, desde el enfoque del aprendizaje y la mejora. En el 2023 no se pudo realizar esta actuación, y se reprogramó para para el 2024.

**Tabla 16. Resumen global de resultados Plan acción pacientes críticos de la Comunidad de Madrid.**

ACTUACIÓN	ESTADO	OBSERVACIONES
<b>OBJETIVO 1: REDEFINIR LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS PROYECTOS</b>		
Nivel central	<b>Realizado</b>	- Constituido en septiembre 2021. - 9 profesionales.
Nivel de las UCI	<b>Realizado</b>	- Solicitados en noviembre 2021. - Designados por categoría profesionales en los 26 hospitales con UCI de adultos del SERMAS.
<b>OBJETIVO 2. EVALUAR LA REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS UCI</b>		
Elaboración cuestionario evaluación	<b>Realizado</b>	- Diseñado en diciembre 2021 (78 preguntas). - Pilotaje en enero. - Remitido a UCI en abril 2022 (participan 22 hospitales-24 UCI).
Análisis datos disponibles	<b>Realizado</b>	- Realizado en mayo y junio 2022.
Elaboración informe global e individuales	<b>Realizado</b>	- Realizado en julio 2022 a referentes UCI. - Remitido 1 informe global. - Remitidos 24 informes individuales (1 por UCI).
<b>OBJETIVO 3: ESTABLECER ACCIONES ESPECÍFICAS DE MEJORA DE LOS PROYECTOS</b>		
Formación	<b>Continúa</b>	- Realizados cursos de formación continuada año 2023.



		- Realizados cursos PZ Ministerio de Sanidad.
Contenido de los proyectos	<b>Realizado</b>	- Difusión realizada en 2022.
Objetivos institucionales	<b>Continúa</b>	- Incluidos en objetivos seguridad contrato programa 2023 los 4 PZ.
<b>OBJETIVO 4: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
Reuniones coordinación semestrales	<b>Continúa</b>	- Realizada el 14 de febrero de 2023 con los referentes de los PZ de las UCI.
Elaboración informe seguimiento	<b>Realizado</b>	- Realizado en noviembre 2022.
Auditorías externas	<b>No iniciado</b>	- 2024 (en colaboración con Subdirección General de Inspección y Evaluación).

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud.

Aunque la mayor parte de los objetivos que incluía el plan se finalizaron, algunas de las actividades que incluían se les dio continuidad en el 2023, como parte del programa de seguridad en pacientes críticos llevado a cabo, como son:

- La formación (se describirá en detalle en el punto [3.2. Actividades de formación](#). De los 5.345 alumnos formados, 289 pertenecían a UCI en el momento de realización del curso. En la tabla 17 se muestra de forma desglosada el número de alumnos de UCI por actividad formativa.

**Tabla 17. Actividades formativas en el 2023 y número de alumnos de UCI.**

<b>ACTIVIDADES 2023 No presenciales (online)</b>	<b>DIRIGIDO A:</b>	<b>Nº ALUMNOS FINALIZADO</b>	<b>FECHAS</b>
Curso Básico online de HM*	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad	<b>117</b>	Del 1/1 al 31/12 de 2023 (abierto todo el año)
Curso Básico online de SP*		<b>74</b>	
HM (acreditado). Ed.1 y 2	Profesionales sanitarios de centros del SERMAS.	<b>72</b>	Del 20/3 al 3/4 de 2023. Del 1-15/11de 2023
Curso de SP: Gestión de riesgos Sanitarios (acreditado) Ed. 1 y 2	Responsables de SP de centros/servicios/unidades y profesionales de las UFGRS	<b>24</b>	Del 19/9 al 10/10 de 2023 Del 1-15/11 de 2023
SP para directivos	Personal directivo de centros sanitarios del SERMAS y de la Consejería de Sanidad. Responsables de SP.	<b>2</b>	Del 12-23/6 de 2023
<b>TOTAL ALUMNOS</b>		<b>289</b>	

HM: Higiene de Manos; SP: Seguridad del Paciente; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; UFGRS: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

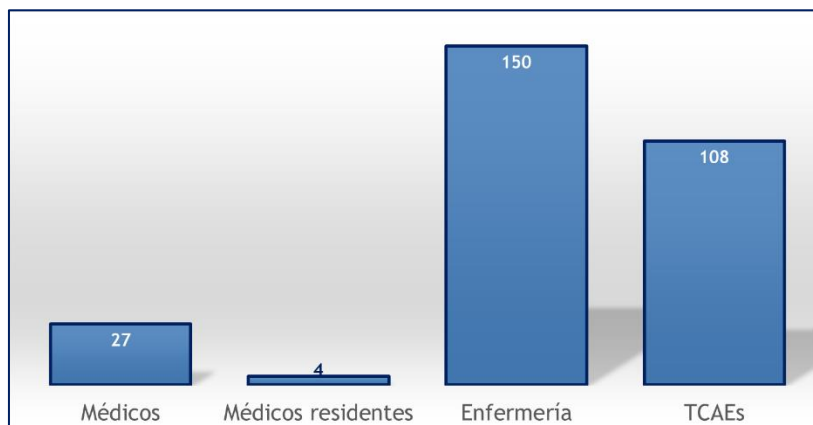
\*Pueden realizarlo profesionales en formación (MIR)

En la figura 8 se presenta el número de alumnos por categoría profesional.

**Figura 8. Número de alumnos por categoría profesional.**







TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

- Inclusión de objetivos en el contrato programa: Como previamente se ha dicho, desde hace años se trabaja con los PZ con indicadores en objetivos institucionales.

En este sentido se incluyeron en contrato programa 2023 indicadores relacionados con los cuatro proyectos BZ, NZ, RZ e ITUZ, junto con otras acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras y para el despliegue de la SP en la UCI:

- Consolidación de los PZ.
  - Realización de rondas de seguridad en la UCI.
  - Objetivos de seguridad: mapa de riesgo en área crítica seleccionada (puede ser UCI).
- Por otra parte, el 14 de febrero de 2023 se celebró una reunión con los referentes de los PZ de las UCI para el seguimiento de actuaciones y presentación del informe global 2022 de resultados. Este informe global se difundió a todos los referentes junto con los datos disponibles de estos proyectos del año 2022.

## 2.5 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 efectiva dentro del equipo y la implicación del paciente en su seguridad.

En relación con este proyecto institucional, se incluyó como en años anteriores el LVQ y la IQZ entre los objetivos del contrato programa de los centros y servicios dependientes del SERMAS. Se puede ver información más detallada sobre los resultados obtenidos en el 2023, en relación con estos objetivos, en los apartados [Acción 3.- Implantación en las unidades o servicios quirúrgicos del proyecto de Infección Quirúrgica Zero](#) y [Acción 4.- Implantación del Listado de Verificación Quirúrgica](#), dentro de los objetivos para impulsar prácticas seguras.

En 2023, al igual que en años anteriores, se evalúa el grado de adherencia a las medidas del proyecto IQZ. Este, busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes

quirúrgicos, mediante la aplicación de medidas destinadas a optimizar la seguridad en intervenciones quirúrgicas, y reducir los eventos adversos evitables, que se producen en los hospitales.

## 2.6 Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.

En AP, durante el año 2023 se han realizado las siguientes actividades:

### 2.6.1 Infraestructura organizativa.

Existe una Responsable de SP de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP), existen Responsables de SP y de HM en los 264 CS y existen 7 UFGRS, adaptadas a los requerimientos del Decreto de Seguridad del paciente, con mayor número de profesionales asistenciales que del resto de profesionales (58%). Por otro lado, existe una Comisión de Seguridad del paciente de la GAAP, con tres profesionales asistenciales: médico de familia, pediatra y enfermera, todas pertenecientes a UFGRS. Existe también un CAPC.

### 2.6.2 Objetivos y actuaciones en materia de seguridad.

Se destacan las siguientes actividades, que han dado respuesta a las actuaciones de la Estrategia de Seguridad asignadas a la GAAP:

- Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor: se ha elaborado un borrador, que se está revisando, de una Recomendación de Seguridad Generalizable sobre el inicio seguro de opioides potentes; y se ha elaborado y difundido una Recomendación “No hacer” sobre determinados usos de opioides en dolor crónico.
- Prevenir la IRAS: se ha programado y lanzado la Campaña de HM 2023.
- Mejorar la seguridad de los pacientes en la gestión de pruebas diagnósticas: se ha comenzado con el desarrollo de algunas de las acciones de mejora propuestas en el AMFE realizado sobre PREVECOLON: se ha enviado el listado de personas con test SOHi+ sin seguimiento a las DA para su distribución a los CS; se ha creado un cuadro de mando con nivel de desagregación a CS y se ha dado acceso a las DA para seguimiento y actuación en ellos un porcentaje elevado de test SOHi+ sin seguimiento; y se ha tratado este punto en las reuniones con los Responsables de SP de las DA (no en todas).
- Mejorar la SP en la utilización de medicamentos y productos sanitarios en AP: se ha definido un plan de acción para abordar los problemas priorizados en el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades sobre EM del Paciente; se han actualizado los documentos marco de control y seguimiento de pacientes con tratamiento con anticoagulante oral (antivitamina K y anticoagulación oral en procesos odontológicos) en AP.
- Impulsar la gestión de eventos adversos graves: se ha proporcionado formación específica en comunicación de los mismos; se han nombrados referentes de apoyo inter pares a segundas víctimas en los centros; se ha proporcionado formación en apoyo a segundas víctimas.



- CAPC: además de la Recomendaciones “no Hacer” sobre opioides, se ha elaborado una memoria de las actuaciones del Comité.
- Recomendaciones en consulta telefónica: se ha elaborado y difundido un procedimiento de consulta no presencial para pacientes con demandas de atención por patología aguda, incluyendo: información de síntomas de alarma, canal para contactar y feed-back de comprensión del paciente o cuidador; se ha elaborado un checklist con síntomas de alarma para la consulta no presencial de pacientes crónicos y otro checklist con la información básica imprescindible a recoger para realizar un seguimiento seguro de pacientes crónicos en consulta no presencial; todo ello se ha difundido como Recomendaciones Seguras Generalizables.
- Recomendaciones en consulta domiciliaria: se ha elaborado un borrador de la plantilla imprimible de aviso domiciliario que contenga los principales datos de identificación del paciente, su domicilio, datos de contacto, datos clínicos relevantes para la atención sanitaria, motivo de consulta, exploración, juicio clínico/diagnóstico de enfermería, signos/síntomas de alarma, plan terapéutico/plan de cuidados y los medios para contactar con su CS o con su profesional de referencia en caso necesario; se ha informado a los pacientes atendidos en el domicilio sobre los medios/canales de comunicación con AP y sobre el acceso a su información clínica.

### 2.6.3 Formación.

En actividad relacionada con seguridad, se incluye la formación en seguridad planificada desde la GAAP con un total de profesionales formados de 1.956 y en la que se ha impartido los siguientes cursos:

- Curso sobre “Seguridad del paciente” dirigido a Responsables de Seguridad del Paciente de los Centros de Salud. 2 ediciones. Nº profesionales formados: 69.
- Curso sobre “Seguridad en la vacunación en Atención Primaria”: 2 ediciones. Nº profesionales formados: 48.
- Curso sobre “Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental sanitario en Atención Primaria”: 2 ediciones. Nº profesionales formados: 26
- 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 Atención Primaria: 2 ediciones. Nº profesionales formados: 16
- Curso sobre la “Atención a las segundas víctimas involucradas en eventos adversos”: 3 ediciones. Nº profesionales formados: 42
- Sesiones formativas impartidas en los centros relacionadas con la HM: Nº profesionales formados: 1.703
- Sesiones impartidas en los CS del Plan de Autoformación (actualizado recientemente): 2 ediciones. Nº profesionales formados: 52
- Además, desde las Unidades Docentes, como parte del programa de formación de MIR/Enfermero Interno Residente se imparte un curso sobre SP.

### 2.6.4 Otras actuaciones.



- Se ha evaluado la implantación e impacto de las acciones derivadas del Mapa de Riesgos.
- Del proyecto TriggerPrim®: se ha realizado la implementación piloto (22 profesionales, 750 historias), se ha evaluado dicha implementación (cuestionarios pre-post y grupos focales) y se han difundido los resultados (comunicaciones en Jornada seguridad, Congreso SECA, jornada UFGRS y elaboración publicaciones prevalencia postpandemia y evaluación de implementación).
- Se ha elaborado y validado un Cuestionario de cultura de seguridad en directivos.
- Se ha realizado un análisis de la asociación Rondas de Seguridad-Cultura de Seguridad en profesionales y en directivos.

### **3 APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO**

En los últimos años, se ha desarrollado una línea de formación centralizada en SP, con el objetivo de proporcionar formación, a los distintos tipos de profesionales que componen nuestras organizaciones sanitarias. Para ello, se utilizan las distintas tecnologías y metodologías de formación de acuerdo con los objetivos estratégicos.

En este apartado se resumen las actividades de formación sobre SP realizadas en 2023 y la actividad derivada de los sistemas de notificación, así como otras actuaciones que también contribuyen a fortalecer el aprendizaje y el desarrollo en SP en nuestra organización, desde el ámbito de la gestión del conocimiento.

#### **3.1 Sistemas de notificación y aprendizaje.**

CISEMadrid es el sistema común de notificación de IS y EM, que se encuentra implantado en las 7 DA de AP y en 35 Hospitales (se incluye el Hospital Emergencias Enfermera Isabel Zendal que hasta octubre del 2023 no se unificó con el Hospital Universitario La Paz).

Dentro del marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente SERMAS 2027, desde la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente se ha trabajado en el despliegue de los objetivos 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 CISEMadrid, el desarrollo de mejoras y nuevas funcionalidades en la aplicación y la promoción de otras fuentes de identificación y de aprendizaje.

Como parte de la consolidación de este sistema, en 2023, se mantuvo, dentro de los objetivos institucionales para hospitales y AP, el análisis y gestión de los IS notificados a través de CISEMadrid, además se incluyó entre los objetivos del SUMMA 112 el avance en su implantación.

En relación con la extensión de la aplicación a otras gerencias asistenciales, en diciembre de 2023 se finalizó la implantación del sistema en la UCR y, por otra parte, se mantuvieron diversas reuniones con el SUMMA 112, para la definición de los requisitos funcionales de la aplicación en este ámbito. En este sentido, a finales de 2023 se realizó la petición de creación del entorno SUMMA 112 en CISEMadrid.



En el avance de la implantación y uso de CISEMadrid, en el último trimestre de 2023, se comenzó a trabajar en la integración en el sistema del H. Central de la Defensa Gomez Ulla.

También, de forma continuada y a demanda de los usuarios (habitualmente los responsables de las UFGRS, desde la S. G. de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, a lo largo del año, se ha proporcionado soporte a usuarios, para la resolución de dudas y problemas que surgen en el uso de CISEMadrid.

### 3.1.1 Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid

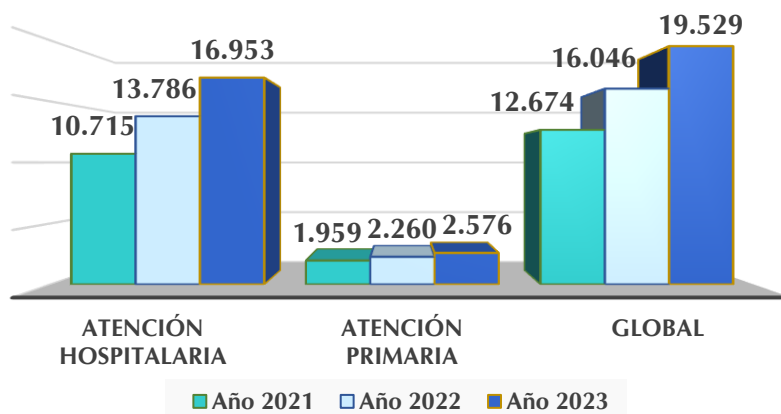
CISEMadrid es el sistema electrónico de la CM, para la notificación anónima y confidencial, por cualquier profesional, de IS y EM sin daño, desde cualquier puesto de la intranet sanitaria. Sustenta el proceso de gestión de IS y EM por los miembros de las UFGRS de AP y hospitales y Responsables de SP de servicios y de unidad en los hospitales. CISEMadrid facilita la incorporación de los EM al Portal del Uso Seguro del Medicamento evitando la duplicidad de estas notificaciones.

Durante el año 2023, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 19.529 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 21.7% con respecto al año previo.

Analizando estas cifras por ámbitos asistenciales, del total de notificaciones, el 86,8% corresponde a hospitales (donde han notificado 34 centros) y el 13,2% restante a CS de las 7 DA de AP.

Comparando las notificaciones por ámbito con el periodo 2022 (figura 9), el aumento ha sido mayor en Atención Hospitalaria (+18,7%) respecto a AP (+12,3%).

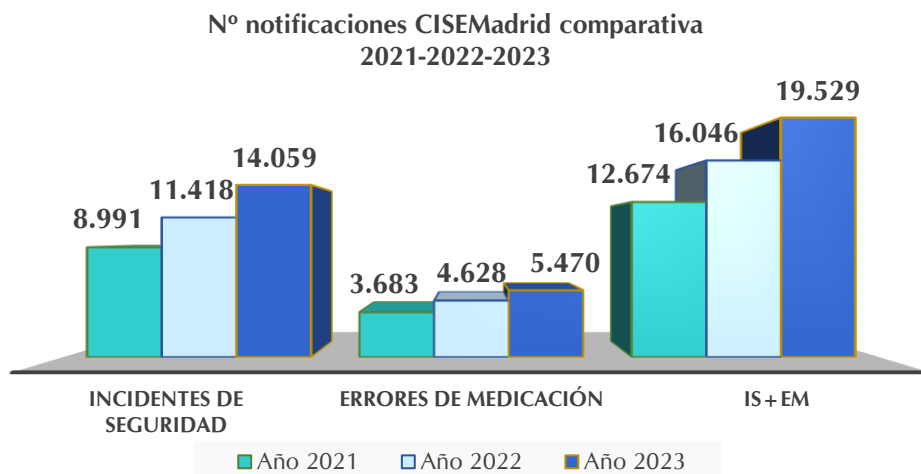
Figura 9. N° de notificaciones por ámbito asistencial.



Del total de notificaciones por IS y EM (19.529), 14.059 corresponde a IS y 5.470 (28,0%) corresponden a EM. En la figura 10 podemos ver la comparativa de las notificaciones en los años 2021-2022-2023.



Figura 10. N° de notificaciones por ámbito asistencial.

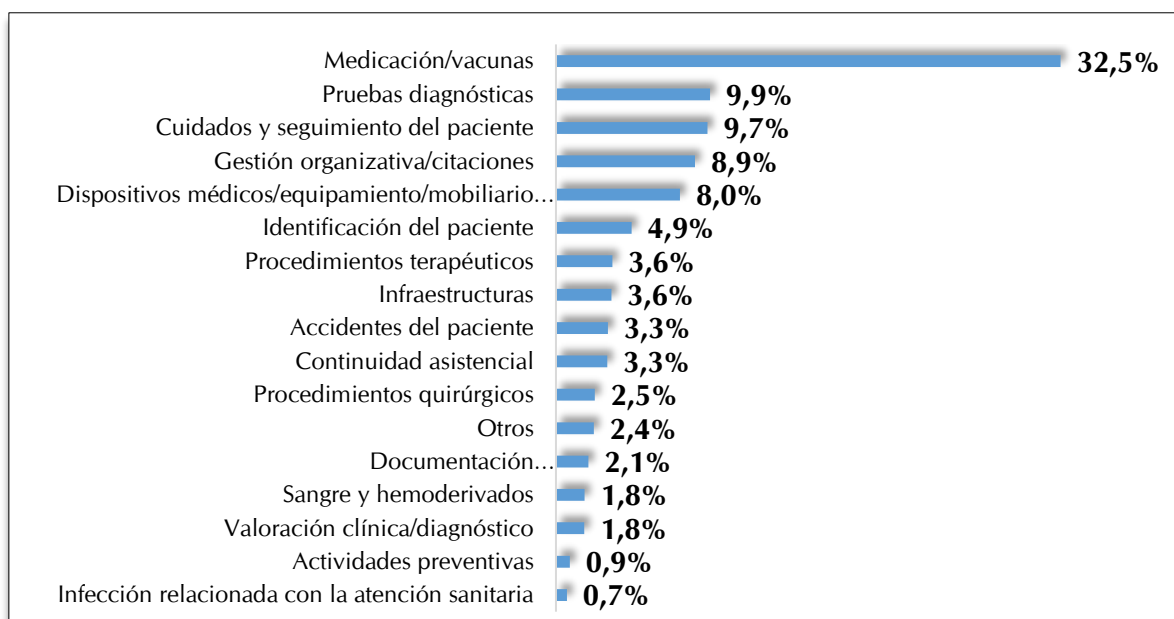


La gestión de las notificaciones incluye la clasificación y valoración de las notificaciones recibidas. Las UFGRS proceden a revisar de manera detallada las notificaciones para determinar si la notificación recibida constituye un IS. En el año 2023, de las 19.529 notificaciones recibidas, 18.392 (94, 2%) han sido revisadas o valoradas por las UFGRS.

Si desglosamos por áreas, en AP se han revisado o valorado un 98,1% (2.528) de sus notificaciones, mientras que en hospitales el 93,6% (15.864). El 80,2% (14.750) del total de las notificaciones realizadas fueron considerados IS (el 77,4% (1.957) en AP y 80,6% (12.793) en hospitales)

En la figura 11 se muestran la distribución porcentual, por tipo de incidente.

Figura 11. Distribución de incidentes según tipo.



Por otro lado, las herramientas más utilizadas son la discusión del caso y las entrevistas.





De los IS analizados, se establecieron acciones de mejora y se remitieron informe al profesional en 10.902, lo que representa un 73,9% con respecto a los incidentes que fueron identificados. En la tabla 18 se muestra los datos globales y por ámbito asistencial.

Tabla 18. Informes validados 2023: global y por ámbito asistencial.

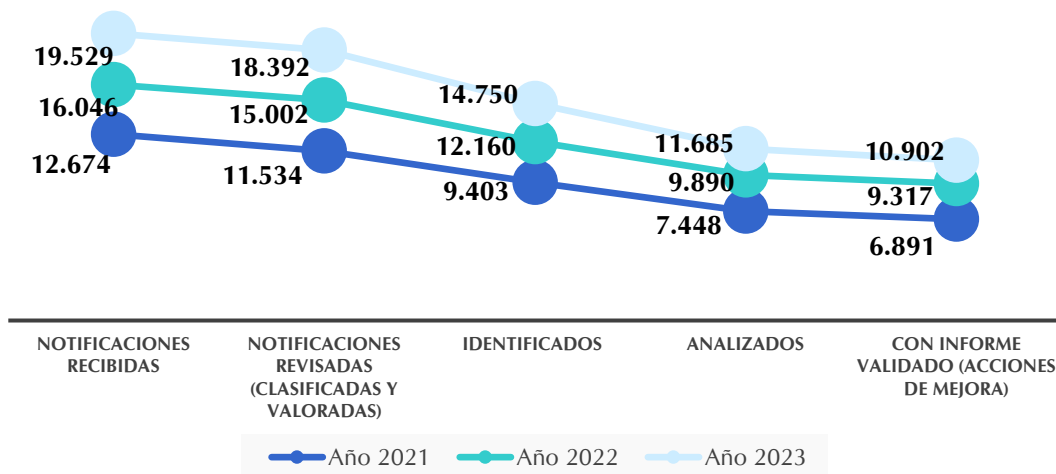
	INCIDENTES IDENTIFICADOS	INCIDENTES CON INFORME VALIDADO (AL PROFESIONAL CON ACCIONES DE MEJORA)	% INCIDENTES CON INFORME VALIDADO CON RESPECTO A LOS IDENTIFICADOS
HOSPITALES	12.793	9.270	72,5%
ATENCIÓN PRIMARIA	1.957	1.632	83,4%
GLOBAL	14.750	10.902	73,9%

Las actuaciones de mejora según el tipo de incidente, las más frecuentes se refieren a medicación/vacunas (37%) y cuidados y seguimiento del paciente (10%).

Como resultado global de la UFGRS, se han elaborado 52 recomendaciones de seguridad generalizables y 174 prácticas seguras desarrolladas, según datos provenientes del Sistema de Información de Actuaciones de las Unidades Funcionales.

A modo de resumen se refleja en la figura 12, de forma numérica, los pasos en el proceso de gestión que se ha llevado a cabo en CISEMadrid con las notificaciones recibidas en el año 2023 y su comparación con respecto a 2022 y 2021.

Figura 12. Resumen del proceso de gestión de las notificaciones 2021-2022-2023.



Con el objetivo de mejorar la cultura de la notificación entre nuestros profesionales se ha remitido a los centros (34 hospitales y AP), un informe individualizado que recoge la actividad realizada (miembros, Responsables de SP, 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 se irá avanzando

progresivamente en la mejora global de los resultados. Para ampliar información, ver [Anexo 3: Gestión de incidentes realizada por UFGRS](#).

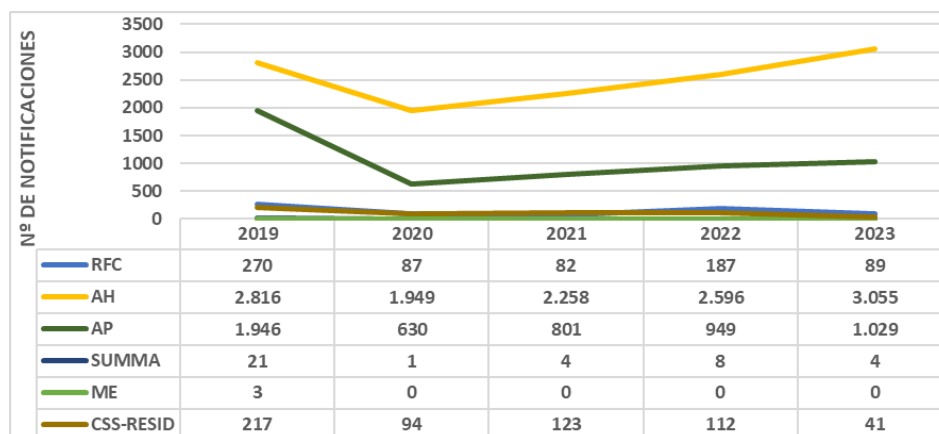
### 3.1.2 Portal Uso Seguro del Medicamento.

En el PUSM se notificaron los EM procedentes de todos los niveles asistenciales de forma anónima y confidencial. Desde CISEMadríd se integra la notificación en el Portal de gran parte de los EM que se notifican desde AP y Atención Hospitalaria, evitando así posibles duplicidades.

Derivado del análisis de las notificaciones, se realizan diferentes actividades, que se detallan en el apartado anterior sobre uso seguro del medicamento, con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir estos errores.

A lo largo del año 2023 se notificaron **4.218** EM. Con respecto al año 2022, se ha producido un aumento del 9% en el número total de notificaciones registradas. Datos que pueden objetivarse en la figura 13.

**Figura 13. Evolución de los EM registrados 2019-2023.**



La participación en el Programa de Notificación de EM ha sido durante el año 2023 de un 72,4% en el ámbito hospitalario, de un 24,4% en el ámbito de AP, de un 2,1% en la RFC, de un 2,9% en los centros sociosanitarios, residencias de mayores de un 1% y del 0,1% en el SUMMA 112.

En la tabla 19 se muestra el número de EM 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.

**Tabla 19. Evolución Errores de Medicación 2022-2023.**

Nº EM 2022	Nº EM 2023	VARIACIÓN 2023 VS 2022	% VARIACIÓN 2023 VS 2022	% PARTICIPACIÓN
------------	------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------



					2023
RFC	187	89	-98	-52%	2,1%
UFGRS AH	2.596	3.055	459	18%	72,4%
UFGRS AP	949	1.029	80	8%	24,4%
CSS-RES	112	41	-71	-63%	1,0%
SUMMA 112	8	4	-4	-50%	0,1%
INDUSTRIA	1	0			0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3.853</b>	<b>4.218</b>	<b>365</b>	<b>9%</b>	<b>100,0%</b>

CSS-RES Centros Socio-Sanitarios-Residencias; RFC: Red de Farmacias Centinela; UFGRS AP: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Primaria; UFGRS AH: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Hospitalaria

### 3.2 Actividades de formación.

En 2023 las actuaciones de formación centralizada en SP impulsadas por la S. G. de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente fueron dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las UFGRS y los responsables de SP de los servicios y centros. Se han impartido 5 actividades diferentes online, con un total de 7 ediciones en su conjunto. El total de alumnos formados ha sido de 5.345.

En la tabla 20 se recogen los diferentes cursos, ediciones realizadas y fechas de los mismos.

**Tabla 20. Actividades de formación impulsadas por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente en el 2023.**

ACTIVIDADES 2023 No presenciales (online)	DIRIGIDO A:	Nº ALUMNOS FINALIZADO	FECHAS
Curso Básico online de HM*	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad	<b>2.284</b>	Del 1/1 al 31/12 de 2023 (abierto todo el año)
Curso Básico online de SP*		<b>1.671</b>	
HM (acreditado). Ed.1 y 2	Profesionales sanitarios de centros del SERMAS.	<b>811</b>	Del 20/3 al 3/4 de 2023. Del 1-15/11 de 2023
Curso de SP: Gestión de riesgos Sanitarios (acreditado) Ed. 1 y 2	Responsables de SP de centros/servicios/unidades y Profesionales de las UFGRS	<b>424</b>	Del 19/9 al 10/10 de 2023 Del 1-15/11 de 2023
SP para directivos	Personal directivo de centros sanitarios del SERMAS y de la Consejería de Sanidad. Responsables de SP.	<b>155</b>	Del 12-23/6 de 2023
<b>TOTAL ALUMNOS</b>		<b>5.345</b>	

HM: Higiene de Manos; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SP: Seguridad del Paciente; UFGRS: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

\*Pueden realizarlo profesionales en formación (MIR)

La distribución por ámbito asistencial se detalla en la tabla 21.

**Tabla 21. Distribución por ámbito asistencial.**



	Nº ALUMNOS FINALIZADO	PORCENTAJE
<b>HOSPITALES</b>	<b>3977</b>	74,4%
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>1198</b>	22,4%
<b>SUMMA 112</b>	<b>157</b>	2,9%
<b>OTROS</b>	<b>13</b>	0,2%
<b>TOTAL</b>	<b>5345</b>	100%

La distribución por categoría profesional, se detalla en la tabla 22.

**Tabla 22. Distribución por categoría profesional.**

CATEGORÍA PROFESIONAL	Nº ALUMNOS FINALIZADO	PORCENTAJE
ENFERMERA/O	<b>1575</b>	29,5%
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	<b>1217</b>	22,8%
MÉDICO ESPECIALISTA	<b>822</b>	15,4%
GRUPO ADMINISTRATIVO	<b>721</b>	13,5%
OTRAS PROFESIONES SANITARIAS	<b>349</b>	6,5%
MANTENIMIENTO – HOSTELERÍA - ADMINISTRACIÓN GENERAL	<b>467</b>	8,7%
DIRECTIVOS	<b>16</b>	0,3%
RESIDENTES (sólo formación básica)	<b>128</b>	2,4%
OTROS	<b>50</b>	0,9%
<b>TOTAL</b>	<b>5345</b>	100%

Durante el año 2023 se ha desarrollado la virtualización de 2 nuevos cursos: “Seguridad del paciente en pediatría” y “CISEMadríd: Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación”

La formación desarrollada por la S. G. de Farmacia y Productos Sanitarios y por GAAP en materia de SP está disponible en los apartados [2.1. Uso seguro del medicamento](#) y [2.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.](#)

### 3.3 Comunicación y difusión del conocimiento.

#### 3.3.1 Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente.

En el mes de agosto de 2023 se convocaron los “III Reconocimientos a la Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente”.

En esta convocatoria pudieron participar centros y organizaciones adscritos y vinculados al SERMAS y a la Consejería de Sanidad, así como a Organizaciones sanitarias de ámbito privado de la CM, presentándose 66 prácticas desarrolladas en los 3 últimos años en los diferentes niveles asistenciales: 34 en el ámbito hospitalario, 14 en AP, 3 en el SUMMA 112 y 16 de centros de ámbito privado. Un Comité de Selección creado a tal efecto, valoró los contenidos descritos en la memoria de cada práctica y las evidencias aportadas, y seleccionó 20 prácticas que se presentaron en una Jornada institucional de los Reconocimientos, en marzo del año 2024.



### 3.3.2 Impulsar y coordinar los proyectos institucionales sobre Seguridad del Paciente.

El objetivo de mantener una comunicación fluida con toda la organización es una actividad transversal que redundará en el impulso de la cultura de seguridad y la normalización del uso de esta información, en la actividad cotidiana, de los directivos de la organización. La comunicación periódica a la organización (profesionales sanitarios y no sanitarios y gestores) sobre la implementación de la Estrategia se realiza mediante memorias, informes y toda la información de interés en materia de SP. Estas informaciones, se presentan en distintas jornadas y reuniones de carácter periódico.

También se dispone de espacios web en la intranet institucional, biblioteca breve, etc. En la tabla 23 se muestran los documentos publicados y sus enlaces.

**Tabla 23. Difusión del conocimiento en Seguridad del Paciente.**

<b>DOCUMENTOS PUBLICADOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2022<sup>17</sup></li> <li>• 2 Informes de actividad de las UFGRS (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo<sup>18</sup></li> <li>• Memoria de actuaciones del Día mundial de HM 2023<sup>19</sup></li> <li>• Estudio de prevalencia y caracterización de eventos adversos en Atención Primaria. PROYECTO TRIGGERPRIM<sup>20</sup></li> </ul>
<b>JORNADAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Jornadas de trabajo de las UFGRS. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jornada UFGRS. H.U. La Paz. 28 de marzo.</li> <li>✓ Jornada UFGRS vía Teams. 24 de octubre.</li> </ul> </li> <li>• Jornada de trabajo, con el grupo coordinador central y referentes de los hospitales de PZ en UCI del SERMAS. 13 de febrero.</li> <li>• Día Mundial de HM. D.G. Humanización, Atención y Seguridad del Paciente. 5 de mayo.</li> <li>• Jornada sobre Experiencias de éxito en la gestión de los Sistemas de Notificación. Ministerio de Sanidad. 18 de mayo.</li> <li>• Jornada Técnica: Actuaciones de la Sanidad Pública y privada en SP: 19 de octubre. Hospital Universitario Santa Cristina.</li> <li>• I Jornada de Adecuación de la Práctica Asistencial. Hospital Universitario Clínico San Carlos. 7 de noviembre.</li> <li>• XI Jornada Excelencia en Sanidad 2023: Seguridad del Paciente, una prioridad en la Gestión Sanitaria. Hospital Universitario Gregorio Marañón. 30 de noviembre.</li> </ul>
<b>PORTAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INTRANET CORPORATIVA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes y memoria.</li> <li>• Material de promoción de cultura de seguridad y prácticas seguras de las UFGRS.</li> <li>• Noticias y novedades.</li> <li>• Material de formación de las UFGRS.</li> </ul>

<sup>17</sup> [Observatorio Regional de Seguridad del Paciente | Comunidad de Madrid](#)

<sup>18</sup> [Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente \(madrid.org\)](#)

<sup>19</sup> [Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente \(madrid.org\)](#)

<sup>20</sup> <https://www.comunidad.madrid/publicamadrid>



**OBSERVATORIO DE RESULTADOS<sup>21</sup>**

Incluye indicadores de efectividad clínica y SP (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.

DG: Dirección General; HM: Higiene de Manos; SP: Seguridad del Paciente; UFGRS: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

---

<sup>21</sup> <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>





## ANEXOS

### ANEXO 1. Objetivos institucionales en los distintos niveles asistenciales.

#### I. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. RESULTADOS POR GRUPOS DE HOSPITALES.

<b>I. ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALES</b>							
<b>ACCIÓN 1</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO APOYO</b>	<b>GRUPO MLE/PSQ<sup>22</sup></b>	<b>MEDIA SERMAS<sup>23</sup></b>
<b>DESARROLLAR RONDAS DE SEGURIDAD</b>	Nº rondas en unidades de hospitalización breve psiquiátrica realizadas	4 Media: 1	15 Media: 1,3	9 Media: 1,1	NA	6 Media: 6	34 Media: 1,4
	Nº rondas en UCI realizadas	8 Media: 1,3	21 Media: 1,6	13 Media: 1,6	NA	NA	42 Media: 1,6
	Nº rondas en obstetricia y ginecología realizadas	7 Media: 1,2	15 Media: 1,3	8 Media: 1,1	1 Media: 1	NA	31 Media: 1,2
	Nº rondas en urgencias realizadas	8 Media: 1,3	17 Media: 1,3	9 Media: 1,1	NA	NA	34 Media: 1,3
	Nº rondas otras unidades/servicios	37 Media: 6,2	53 Media: 4,1	31 Media: 3,9	9 Media: 4,5	23 Media: 5,8	153 Media: 4,6
	Nº total de rondas	64 Media: 10,7	121 Media: 9,3	70 Media: 8,8	10 Media: 5	29 Media: 5,8	294 Media: 8,6
<b>ACCIÓN 2</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO APOYO</b>	<b>GRUPO MLE/PSQ</b>	<b>MEDIA SERMAS</b>
<b>DESARROLLO DE OBJETIVOS PROPIOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Nº líneas de actuación Comité de Adecuación de la Práctica Clínica	31 Media: 5,2	84 Media: 6,5	62 Media: 7,8	10 Media: 5	22 Media: 4,4	<b>209</b> <b>Media: 6,1</b>
	Actuación conjunta UFGRS con el Comité de Atención al Dolor	100%	100%	88%	100%	100%	<b>97%</b>
	Promover actuaciones para la formación en seguridad del paciente e Higiene de Manos	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
	Nº objetivos de seguridad del paciente totales establecidos por el centro	84 Media: 14	174 Media: 13,4	105 Media: 13,1	28 Media: 14	80 Media: 16	<b>462</b> <b>Media: 13,6</b>
<b>ACCIÓN 3</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO APOYO</b>	<b>GRUPO MLE/PSQ</b>	<b>MEDIA SERMAS</b>
<b>IMPLANTACIÓN DE CISEMADRID</b>	Nº Incidentes Seguridad/Errores Medicación validados	1096 Media: 182,7	2821 Media: 235,1	4430 Media: 553,8	202 Media: 101	721 Media: 144,2	<b>9270</b> <b>Media: 280,9</b>

<sup>22</sup> MLE: Media y Larga Estancia; PSQ: Psiquiátricos

<sup>23</sup> SERMAS: Servicio Madrileño de Salud



<b>II. ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS HOSPITALES</b>							
<b>ACCIÓN 1</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO APOYO</b>	<b>GRUPO MLE/PSQ</b>	<b>MEDIA SERMAS</b>
<b>CONSOLIDACIÓN PROYECTOS ZERO</b>	Bacteriemia Zero	1,31	1,65	1,59	NA	NA	<b>1,59</b>
	Neumonía Zero	2,68	6,64	6,34	NA	NA	<b>6,26</b>
	Infecciones del Tracto Urinario Zero	5,19	3,49	3,22	NA	NA	<b>3,44</b>
	Bacterias Multirresistentes	0,98	3,00	2,99	NA	NA	<b>2,77</b>
	Porcentaje residentes formados	100%	89%	82%	NA	NA	<b>77%</b>
<b>ACCIÓN 2</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO APOYO</b>	<b>GRUPO MLE/PSQ</b>	<b>MEDIA SERMAS</b>
<b>MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS</b>	Nivel alcanzado en autoevaluación de la OMS 2022	5 avanzado 1 intermedio	10 avanzado 3 intermedio	5 avanzado 3 intermedio	2 avanzado	4 avanzado 1 intermedio	<b>26 avanzado 8 intermedio</b>
	Porcentaje de camas con disponibilidad de PBA	100%	92%	95%	100%	100%	<b>95%</b>
<b>ACCIÓN 3</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO APOYO</b>	<b>GRUPO MLE/PSQ</b>	<b>MEDIA SERMAS</b>
<b>IMPLANTACIÓN PIQZ</b>	Porcentaje o grado de adherencia por servicios o unidades de IQZ	100%	98%	99%	92%	NA	<b>98%</b>
<b>ACCIÓN 4</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO APOYO</b>	<b>GRUPO MLE/PSQ</b>	<b>MEDIA SERMAS</b>
<b>IMPLANTACIÓN LVQ</b>	Porcentaje de implantación del LVQ	97%	96%	97%	100%	NA	<b>96%</b>

IQZ: Infección Quirúrgica Zero; LVQ: Listado Verificación Quirúrgica; PBA: Preparados de Base Alcohólica



II. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. ATENCIÓN PRIMARIA.

ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
FÓRMULA	ACCIONES PROPUESTAS	META	NIVEL
N.º de acciones desarrolladas para el despliegue de la SP x 100 / nº total de acciones propuestas (3)	<p>ACCIÓN1: REUNIONES O VISITAS A CENTROS DE SALUD CON TEMÁTICA VINCULADA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS QUE PARTICIPE ALGÚN MIEMBRO DEL EQUIPO DIRECTIVO (GERENTES/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. HABRÁN DE REALIZARSE EN CENTROS DE SALUD EN LOS QUE NO SE HAYAN REALIZADO RONDAS EN AÑOS ANTERIORES</p>	Alcanzado 100% si $\geq 10$ rondas por DA	GAAP/DA
	<p>ACCIÓN 2: OBJETIVOS PRIORITARIOS: 1-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) 2. - DESARROLLAR AL MENOS UNA ACTUACIÓN CONJUNTA DE LA UFGRS CON LOS REFERENTES DE DOLOR DE CADA DIRECCIÓN ASISTENCIAL. 3. -PROMOVER ACTUACIONES PARA LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE E HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE LOS CURSOS BÁSICOS ABIERTOS, O CURSOS ACREDITADOS, A TODOS LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN, CON PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES EN TODAS LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES</p>	Alcanzado 100% si se desarrollan 4 objetivos incluyendo los prioritarios	GAAP
	<p>ACCIÓN 3: IMPLANTACIÓN DE CISEMADRID (EMISIÓN DE INFORMES VALIDADOS TRAS ANÁLISIS DE IS-EM)</p>	Meta por DA. Alcanzado 100% si: -N.º mínimo de IS-EM identificados $\geq 200$ -N.º mínimo de IS-EM con informe validado $\geq 100$	GAAP/DA



ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS			
FÓRMULA	ACCIONES PROPUESTAS	META	NIVEL
Nº de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras x 100/ nº total de acciones propuestas (2)	ACCIÓN 1: REALIZACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN CON LA HERRAMIENTA OMS	Realización de la autoevaluación cada 2 años en al menos el 80% de los CS de cada DA, alcanzando al menos un nivel de desarrollo intermedio o avanzado	GAAP/ DA
	ACCIÓN 2: DISPONIBILIDAD DE PBA (DISPONIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA SE REFIERE A CENTROS DE SALUD)	Alcanzado 100% si disponibilidad $\geq$ 95% de PBA en el punto de atención	GAAP/ DA

CISEMADRID: Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid; CS: Centro de Salud; DA: Dirección Asistencial: Dirección Asistencial; EM: Errores de Medicación; GAAP: Gerencia Asistencial de Atención Primaria; IS: Incidente de Seguridad; PBA: Productos de Base Alcohólica; SP: Seguridad del Paciente

ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
META	ACLARACIONES	RESULTADOS
ACCIÓN 1: 100% SI $\geq$ 10 RONDAS POR DIRECCIÓN ASISTENCIAL	Nº DA con >10 rondas	7
	Nº total de rondas	76
ACCIÓN 2: 100% SI SE DESARROLLAN 4 OBJETIVOS INCLUYENDO LOS PRIORITARIOS	Nº Líneas de actuación Comité de Adecuación de la Práctica Clínica	4
	Desarrollada al menos una actuación conjunta de la UFGRS con los referentes de dolor de cada Dirección Asistencial	Sí
	Promover actuaciones para la formación en seguridad del paciente e Higiene de Manos	Sí
	Nº de alumnos formados	3.083
ACCIÓN 3: META POR DIRECCIÓN ASISTENCIAL. 100 SI N.º MÍNIMO DE IS-EM IDENTIFICADOS $\geq$ 200 -N.º MÍNIMO DE IS-EM CON INFORME VALIDADO $\geq$ 100	Nº objetivos seguridad del paciente establecidos por la Gerencia.	7
	Nº de DAS con IS/EM validados de acuerdo al nº mínimo establecido(100)	7
	Nº total de informes validados en Atención Primaria	1.632



ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS		
META	ACLARACIONES	RESULTADOS
ACCIÓN 1: REALIZADA AUTOEVALUACIÓN OMS CADA 2 AÑOS EN AL MENOS EL 80% DE LOS CS DE CADA DA, ALCANZANDO AL MENOS UN NIVEL DE DESARROLLO INTERMEDIO O AVANZADO.	% DA con autoevaluación HM OMS bienio 2022-2023 en al menos 80% centros salud con nivel intermedio	<b>100%</b>
	Nº de Centros de Salud con al menos nivel intermedio en autoevaluación HM 2022-2023	<b>253</b>
ACCIÓN 2: ALCANZADO SI DISPONIBILIDAD $\geq$ 95% DE PBA EN EL PUNTO DE ATENCIÓN	% de Centros de Salud con disponibilidad de PBA en el punto de atención	<b>100%</b>

CISEMADRID: Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid; CS: Centro de Salud; DA: Dirección Asistencial; Dirección Asistencial; EM: Errores de Medicación; GAAP: Gerencia Asistencial de Atención Primaria; IS: Incidente de Seguridad; PBA: Productos de Base Alcohólica; SP: Seguridad del Paciente



III. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. SUMMA 112.

ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS		
META	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS
AUTOEVALUACIÓN CON LA HERRAMIENTA OMS (MANTIENE O MEJORA PUNTUACIÓN), DISPONIBILIDAD DE PBA EN EL PUNTO DE ATENCIÓN >95%	Indicar nivel alcanzado en autoevaluación de la OMS 2022	<b>Avanzado</b>
	% dispositivos con disponibilidad de PBA en el punto de atención	<b>100%</b>

PBA: Preparados de Base Alcohólica; UFGRS: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios





IV. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. UCR.

ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
DEFINICIÓN	FÓRMULA	RESULTADO	CUMPLIMIENTO MEDIO*
<b>ACCIÓN 1: REALIZACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD.</b>	Nº hospitales con al menos 1 ronda	6	100%
	Nº hospitales de la UCR	6	
	% rondas realizadas	100%	
	Nº total de rondas	6	
<b>ACCIÓN 2: OBJETIVOS DE SEGURIDAD PROPIOS DEL CENTRO</b>	Nº líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica	3	
	Promover actuaciones para la formación en seguridad del paciente e Higiene de Manos	Sí	
	Nº de alumnos formados de nueva incorporación	70	
	Realizado Plan de seguridad	NA	
	Nº objetivos de seguridad del paciente totales establecidos por el centro	4	
* <b>Meta:</b> 1 ronda por cada hospital que forma parte de la UCR y al menos 4 objetivos, incluidos los prioritarios			
ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS*			
DEFINICIÓN	FÓRMULA	RESULTADO	CUMPLIMIENTO MEDIO*
<b>ACCIÓN 1: AUTOEVALUACIÓN CON LA HERRAMIENTA OMS.</b>	Indicar nivel alcanzado en autoevaluación de la OMS 2023	Intermedio	100%
<b>ACCIÓN 2: DISPONIBILIDAD DE PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICA (PBA) EN EL PUNTO DE ATENCIÓN&gt;95%</b>	% de disponibilidad de Preparados de Base Alcohólica en los puntos de atención	100%	
* <b>Meta:</b> Realizada autoevaluación HM y >=95% Preparados de Base Alcohólica en el punto de atención			



V. OBJETIVO: AVANZAR EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CENTRO DE TRANSFUSIÓN.

ACCIONES DESARROLLADAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
DEFINICIÓN	FÓRMULA	RESULTADO	CUMPLIMIENTO MEDIO*
<b>ACCIÓN1: REALIZACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD.</b>	Realizadas al menos 3 rondas	Sí	100%
<b>ACCIÓN 2: OBJETIVOS DE SEGURIDAD PROPIOS DEL CENTRO INCLUYENDO LOS PRIORITARIOS</b>	Designado responsable de seguridad del paciente	Sí	
	Realizado plan de seguridad	Sí	
	Promover actuaciones para la identificación inequívoca de muestras	Sí	
	Nª objetivos de seguridad del paciente totales establecidos	15	
* <b>Meta:</b> 3 rondas de seguridad y al menos 4 objetivos, incluidos los prioritarios			
ACCIONES DESARROLLADAS PARA IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS*			
DEFINICIÓN	FÓRMULA	RESULTADO	CUMPLIMIENTO MEDIO*
<b>ACCIÓN 1: AUTOEVALUACIÓN CON LA HERRAMIENTA OMS.</b>	Indicar nivel alcanzado en autoevaluación de la OMS 2023	Intermedio	100%
<b>ACCIÓN 2: DISPONIBILIDAD DE PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICA EN EL PUNTO DE ATENCIÓN&gt;95%</b>	% de disponibilidad de preparados de base alcohólica en los puntos de atención	100%	
* <b>Meta:</b> Realizada autoevaluación HM y >=95% Preparados de Base Alcohólica en el punto de atención			



## ANEXO 2: 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>	14	13	5	12
<i>H.U. del Henares</i>	32	15	19	4
<i>H. U. Infanta Cristina</i>	10	50	6	8
<i>H. U. Infanta Elena</i>	25	31	29	8
<i>H. del Sureste</i>	36	31	11	9
<i>H. del Tajo</i>	13	40	14	12
<b>PROMEDIO GRUPO 1</b>	<b>21,7</b>	<b>30,0</b>	<b>14,0</b>	<b>8,8</b>
<i>H.U. Infanta Leonor</i>	24	60	20	10
<i>H.U. Infanta Sofía</i>	19	47	11	5
<i>H.U. Fundación Alcorcón</i>	16	63	20	11
<i>H.U. de Fuenlabrada</i>	20	40	6	11
<i>H.U. de Getafe</i>	12	56	12	9
<i>H.U. de Móstoles</i>	16	57	9	9
<i>H.U. Príncipe de Asturias</i>	15	92	13	7
<i>H.U. Severo Ochoa</i>	22	59	7	9
<i>H. Gómez Ulla</i>	17	71	14	4
<i>H. de Torrejón</i>	22	26	4	9
<i>H. Rey Juan Carlos</i>	30	77	24	8
<i>H. G. Villalba</i>	28	74	19	10
<i>H.I.U. Niño Jesús</i>	17	107	6	8
<b>PROMEDIO GRUPO 2</b>	<b>19,8</b>	<b>63,8</b>	<b>12,7</b>	<b>8,5</b>
<i>H. U. Fundación Jiménez Díaz</i>	28	84	20	14
<i>H.U. 12 de Octubre</i>	32	250	5	11
<i>H. Clínico San Carlos</i>	24	117	4	6
<i>H.G.U. Gregorio Marañón</i>	32	351	20	9
<i>H.U. La Paz</i>	73	244	19	6
<i>H.U. La Princesa</i>	18	144	11	8
<i>H.U. Puerta de Hierro</i>	32	109	13	19
<i>H.U. Ramón y Cajal</i>	16	222	12	10
<b>PROMEDIO GRUPO 3</b>	<b>31,9</b>	<b>190,1</b>	<b>13,0</b>	<b>10,4</b>
<i>H. Cruz Roja</i>	14	28	13	6
<i>H.U. Santa Cristina</i>	15	23	15	10
<b>PROMEDIO GRUPO Apoyo</b>	<b>14,5</b>	<b>25,5</b>	<b>14,0</b>	<b>8,0</b>
<i>H. de Guadarrama</i>	17	6	26	6
<i>H. La Fuenfria</i>	14	5	13	10
<i>H. Virgen de la Poveda</i>	14	10	16	4
<i>H. U. José Germain</i>	16	8	16	14
<i>H. Dr. Rodríguez Lafora</i>	18	7	9	10
<b>PROMEDIO GRUPO MLE y Psiq.</b>	<b>15,8</b>	<b>7,2</b>	<b>16,0</b>	<b>8,8</b>
<i>D.A. Centro</i>	17	49	8	10
<i>D.A. Norte</i>	14	35	11	10
<i>D.A. Este</i>	17	38	8	8
<i>D.A. Sureste</i>	16	39	3	10
<i>D.A. Sur</i>	16	32	9	8
<i>D.A. Oeste</i>	17	30	8	6
<i>D.A. Noroeste</i>	16	40	11	8
<b>PROMEDIO AT. PRIMARIA</b>	<b>16,1</b>	<b>37,6</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>
<i>SUMMA 112</i>	20	23	10	17
<b>HOSPITAL SIN GRUPO</b>				
<i>H. E. E. Isabel Zendal</i>	10	2	11	8



ANEXO 3: Gestión de incidentes realizada por UFGRS.

UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>									
H. EL ESCORIAL	332	326	98,2%	233	71,5%	175	75,1%	168	72,1%
HU HENARES	235	221	94,0%	159	71,9%	148	93,1%	137	86,2%
HU SURESTE	221	206	93,2%	169	82,0%	122	72,2%	119	70,4%
HU TAJO	224	213	95,1%	174	81,7%	138	79,3%	133	76,4%
HU INFANTA CRISTINA	609	609	100,0%	504	82,8%	497	98,6%	429	85,1%
HU INFANTA ELENA	270	221	81,9%	176	79,6%	131	74,4%	110	62,5%
<b>PROMEDIO Grupo 1</b>	<b>315</b>	<b>299</b>	<b>95,0%</b>	<b>236</b>	<b>78,8%</b>	<b>202</b>	<b>85,6%</b>	<b>183</b>	<b>77,5%</b>
HG VILLALBA	326	276	84,7%	253	91,7%	222	87,7%	218	86,2%
HIU NIÑO JESÚS	337	306	90,8%	228	74,5%	150	65,8%	147	64,5%
HU FUENLABRADA	384	384	100,0%	214	55,7%	115	53,7%	91	42,5%
HU GETAFE	436	435	99,8%	254	58,4%	198	78,0%	173	68,1%
HU MÓSTOLES	354	294	83,1%	236	80,3%	210	89,0%	165	69,9%
HU TORREJÓN	220	220	100,0%	219	99,5%	218	99,5%	217	99,1%
HU FUNDACIÓN ALCORCÓN	458	458	100,0%	411	89,7%	401	97,6%	389	94,6%
HU INFANTA LEONOR - VIRGEN TORRE	468	439	93,8%	319	72,7%	201	63,0%	159	49,8%
HU INFANTA SOFÍA	351	350	99,7%	335	95,7%	278	83,0%	255	76,1%
HU PRÍNCIPE DE ASTURIAS	929	924	99,5%	780	84,4%	678	86,9%	669	85,8%
HU REY JUAN CARLOS	494	454	91,9%	368	81,1%	299	81,3%	251	68,2%
HU SEVERO OCHOA	204	165	80,9%	128	77,6%	103	80,5%	87	68,0%
<b>PROMEDIO Grupo 2</b>	<b>413</b>	<b>392</b>	<b>93,7%</b>	<b>312</b>	<b>80,1%</b>	<b>256</b>	<b>80,5%</b>	<b>235</b>	<b>72,7%</b>



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
HU FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	1010	944	93,5%	870	92,16%	785	90,2%	701	80,6%
HGU GREGORIO MARAÑÓN	2870	2793	97,3%	2018	72,25%	1394	69,1%	1361	67,4%
HU 12 DE OCTUBRE	1269	1245	98,1%	1101	88,43%	687	62,4%	622	56,5%
HU CLÍNICO SAN CARLOS	715	594	83,1%	422	71,04%	230	54,5%	157	37,2%
HU LA PRINCESA	548	338	61,7%	275	81,36%	227	82,5%	220	80,0%
HU LA PAZ - CANTOBLANCO H. CARLOS III	390	387	99,2%	379	97,9%	359	94,7%	346	91,3%
HU PUERTA DE HIERRO	1507	1313	87,1%	1097	83,5%	731	66,6%	718	65,5%
HU RAMÓN Y CAJAL	610	610	100,0%	478	78,4%	311	65,1%	302	63,2%
<b>PROMEDIO Grupo 3</b>	<b>1115</b>	<b>1028</b>	<b>92,2%</b>	<b>830</b>	<b>80,7%</b>	<b>590</b>	<b>71,1%</b>	<b>553</b>	<b>66,7%</b>
HC CRUZ ROJA	154	150	97,4%	132	88,0%	109	82,6%	91	68,9%
HU SANTA CRISTINA	157	157	100,0%	115	73,2%	113	98,3%	111	96,5%
<b>PROMEDIO Grupo apoyo</b>	<b>156</b>	<b>154</b>	<b>98,7%</b>	<b>124</b>	<b>80,6%</b>	<b>111</b>	<b>90,4%</b>	<b>101</b>	<b>82,7%</b>
H GUADARRAMA	174	174	100,0%	166	95,4%	166	100,0%	166	100,0%
H DR. R. LAFORA	152	123	80,9%	90	73,2%	83	92,2%	77	85,6%
H LA FUENFRÍA	115	114	99,1%	110	96,5%	110	100,0%	110	100,0%
H VIRGEN DE LA POVEDA	92	92	100,0%	70	76,1%	64	91,4%	64	91,4%
HU JOSÉ GERMAIN	327	326	99,7%	307	94,2%	305	99,3%	304	99,0%
<b>PROMEDIO Grupo ME/PSQ</b>	<b>172</b>	<b>166</b>	<b>95,9%</b>	<b>149</b>	<b>87,1%</b>	<b>146</b>	<b>96,6%</b>	<b>144</b>	<b>95,2%</b>
H. EMERGENCIAS ENF. ISABEL ZENDAL (sin grupo)	11	3	27,3%	3	100,0%	3	100,0%	3	100,0%
<b>PROMEDIO ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>	<b>499</b>	<b>467</b>	<b>91,5%</b>	<b>376</b>	<b>82,1%</b>	<b>293</b>	<b>82,6%</b>	<b>273</b>	<b>76,7%</b>
<b>Total Atención Hospitalaria</b>	<b>16.953</b>	<b>15.864</b>	<b>93,6%</b>	<b>12.793</b>	<b>80,6%</b>	<b>9.961</b>	<b>77,9%</b>	<b>9.270</b>	<b>72,5%</b>



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>									
DA Centro	377	374	99,2%	297	79,4%	268	90,2%	250	84,2%
DA Este	290	286	98,6%	211	73,8%	207	98,1%	205	97,2%
DA Noroeste	310	305	98,4%	250	82,0%	222	88,8%	212	84,8%
DA Norte	281	264	94,0%	216	81,8%	212	98,1%	197	91,2%
DA Oeste	371	370	99,7%	289	78,1%	242	83,7%	234	81,0%
DA Sur	652	636	97,5%	459	72,2%	412	89,8%	401	87,4%
DA Sureste	295	293	99,3%	235	80,2%	161	68,5%	133	56,6%
<b>PROMEDIO ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>368</b>	<b>361</b>	<b>98,1%</b>	<b>280</b>	<b>77,4%</b>	<b>246</b>	<b>88,1%</b>	<b>233</b>	<b>83,4%</b>
<b>Total Atención Primaria</b>	<b>2.576</b>	<b>2.528</b>	<b>98,1%</b>	<b>1.957</b>	<b>77,4%</b>	<b>1.724</b>	<b>88,1%</b>	<b>1.632</b>	<b>83,4%</b>







**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General de Humanización,  
Atención y Seguridad del Paciente

CONSEJERÍA DE SANIDAD