

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

AÑO 2024



**Comunidad  
de Madrid**

**MEMORIA DE ACTUACIONES DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
**Observatorio Regional de Seguridad del  
Paciente**  
**Año 2024**



Dirección General de Humanización,  
Atención y Seguridad del Paciente  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



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



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

© Comunidad de Madrid

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

Soporte: Archivo electrónico

Año de edición: 2025

Publicado en España – *Published in Spain*



## ÍNDICE

ACRÓNIMOS.....	6
RESUMEN EJECUTIVO.....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>1. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN</b> .....	10
1.1. Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027: Evaluación del Plan de Acción 2024.....	10
1.2. Objetivos institucionales.....	14
1.2.1. Acciones desarrolladas para el despliegue de la SP.....	14
1.2.2. Acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras.....	19
1.3. Actividades de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios... 23	
1.3.1. Estructura/Organización.....	23
1.3.2. Actividad.....	24
1.4. Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.....	25
1.4.1. Estructura/Organización.....	25
1.4.2. Actividad de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.....	26
1.5. Otras Actuaciones.....	27
1.5.1. Impulsar actuaciones de la Mesa Madrileña por la SP de la Comunidad de Madrid. 27	
1.5.2. Participación en el Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad.....	28
<b>2. PRÁCTICAS SEGURAS</b> .....	29
2.1. Uso seguro del medicamento .....	29
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.....	29
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.....	34
2.1.4. Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la CM.....	34
2.1.5. Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA 112 y los hospitales del SERMAS.....	36
2.1.6. Otras actuaciones: programa de revisión de la medicación por el Farmacéutico de Atención Primaria - Médico de AP, taller conoce tus medicamentos, actuaciones en centros sociosanitarios gestionados por la Agencia Madrileña de Atención Social.....	37
2.1.7. Formación.....	38
2.2. Higiene de Manos .....	38
2.3. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.....	41
2.3.1. Prevalencia global de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria 2024.....	41



2.3.2. Vigilancia de la infección de localización quirúrgica 2022-2023.....	41
2.3.3. Brotes nosocomiales 2024. ....	42
2.4. Proyectos Zero en las UCI. ....	43
2.5. Seguridad del paciente quirúrgico. ....	45
2.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria. ....	45
2.6.1. Infraestructura organizativa.....	45
2.6.2. Objetivos y actuaciones en materia de seguridad.....	46
2.6.3. Formación.....	46
2.6.4. Otras actuaciones.....	47
<b>3. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO.....</b>	<b>47</b>
3.1. Sistemas de notificación y aprendizaje. ....	48
3.1.1. Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid.....	48
3.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento.....	52
3.2. Actividades de formación.....	53
3.3. Comunicación y difusión del conocimiento.....	55
3.3.1. Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente. 55	
3.3.2. Impulsar y coordinar los proyectos institucionales sobre Seguridad del Paciente.....	56
<b>ANEXOS.....</b>	<b>59</b>
ANEXO 1: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS .....	59
ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS.....	60



## ACRÓNIMOS

**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  
**PRAN** - Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos  
**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  
**SGCASP** - Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente  
**SGFPS** - Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  
**SGIME** - Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación  
**SGIOF** - Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica  
**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 esta materia realizadas durante el año 2024.

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

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027 (ESP2027) 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.

Para el 2024 se programaron 288 actuaciones en su Plan de Acción. De ellas, el 5,9% (17) se han finalizado, el 31,9% (92) se han completado anualmente, y el 47,9% (138) están en desarrollo. Lo cual indica que, en conjunto, el 85,7% de las actuaciones planificadas durante el 2024 se han puesto en marcha.

Para asegurar el despliegue de la Seguridad del Paciente (SP) en los centros, se establecieron [objetivos institucionales en el contrato de gestión del 2024](#).

Los objetivos establecidos en los distintos ámbitos asistenciales se han centrado, por un lado, en el despliegue de la SP y por otro en el impulso de las prácticas seguras. En este sentido, el 62% de los hospitales han cumplido con todas las metas definidas en las tres acciones planteadas para este objetivo. En cuanto al resto de las gerencias, el grado de cumplimiento ha sido del 100% en Atención Primaria (AP) y Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112), del 89% en Unidad Central de Radiodiagnóstico (UCR) y del 75% en Centro de transfusiones (CT).

Por otro lado, en relación con los objetivos dirigidos a impulsar prácticas seguras, se ha incluido en todos los ámbitos la Higiene de Manos (HM). En el caso de los hospitales, estos objetivos también incluyen los Proyectos Zero en la UCI, la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico y la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ). En cuanto al grado de cumplimiento, los hospitales han alcanzado una media del 96,8%, mientras que, en AP, SUMMA 112, UCR y CT el cumplimiento global ha sido del 100%.

En relación al despliegue desde el punto de vista estructural, todas las gerencias del SERMAS tienen nombrado un responsable en SP, 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 UFGRS	
Nº Miembros	923
Nº Objetivos establecidos	584
Promedio reuniones/año	10
Nº Responsables de seguridad	2.966

En cuanto a los resultados de su actividad, se ha producido durante el 2024 más de 500 materiales para la promoción de la cultura de seguridad.

Por otro lado, los [Comités de Adecuación de la Práctica Clínica \(CAPC\)](#) están conformados por 529 profesionales y han desarrollado más de 500 actividades.

También, en el año 2024, se ha reactivado la [Mesa Madrileña por la Seguridad del paciente de la Comunidad de Madrid](#).



## 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; la estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas; las actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos; y el circuito de suministro de antídotos centralizados entre el SUMMA 112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Con respecto a las notificaciones de errores de medicación en el PUSM, en el año 2024 se han notificado 4.529 errores de medicación, suponiendo un incremento del 7% con respecto al año 2023.

En cuanto a las actuaciones en la [HM](#), destacar 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 IV Concurso Audiovisual de HM concediendo galardones en los diferentes ámbitos asistenciales de entre las 31 iniciativas presentadas.

En relación a la [vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria \(IRAS\)](#), se objetivó una prevalencia del 6,13%.

Respecto a [entornos de especial riesgo en AP](#) 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 mejora de la SP en el uso de medicamentos y productos sanitarios en AP, y el impulso de la gestión de eventos adversos graves.

## 3.- Aprendizaje y Conocimiento

[CISEMadrid](#), sistema de notificación y gestión de incidentes y errores de medicación, está implantado en las siete Direcciones Asistenciales (DA) de AP, en 35 Hospitales y en la UCR.

Los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 22.297 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 16,7%. De esas notificaciones, fueron identificados 17.299 como incidentes de seguridad, se analizaron 13.792 y se definieron 13.172 acciones de mejora.

Durante el 2024 se celebraron distintas Jornadas, en las que destacan la jornada de entrega de los [III Reconocimientos a la Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente](#).

Por último, se desarrollaron actuaciones de [formación continuada centralizada](#), con especial foco en los miembros de las UFGRS y los responsables de seguridad de los servicios, unidades y centros con un total de siete actividades online diferentes, y ocho ediciones en conjunto. El total de alumnos formados ha sido de 8.585. Además, se ha desarrollado la virtualización del curso: "Seguridad del paciente en urgencias y emergencias", y se ha actualizado el curso "Seguridad del paciente para Directivos".



## INTRODUCCIÓN

El Observatorio Regional de Seguridad del Paciente<sup>1</sup>, es 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 (SGCASP). La Dirección General dirige el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y establece los objetivos institucionales de calidad y seguridad, tanto en AP como en Hospitales, SUMMA 112, UCR y CT.

Mientras que el Observatorio y las UD son estructuras centrales a nivel de la macrogestión, a nivel periférico, son las gerencias asistenciales junto su Responsable de SP del centro, y las 43 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.

La presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las principales actuaciones realizadas en el 2024 a nivel institucional para mejorar la SP, así como los indicadores y actividades de SP relativos a los centros del 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 tras la evaluación de la implantación del Plan de Acción de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027<sup>2</sup> (ESP2027), la Memoria anual de actividades de las UFGRS y la evaluación de los objetivos institucionales de SP.

El informe se estructura en 3 apartados:

- **Despliegue de la SP en la Organización:** comprende principalmente el despliegue de la ESP 2027 durante el 2024 y la evaluación de su implementación, el cumplimiento de los objetivos institucionales de SP, la actividad de las UFGRS y la actividad de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.
- **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 CISEMadrid y 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 2024.

La ESP2027<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
Organización	1. Consolidar la cultura de seguridad del paciente	4	15
	2. Desplegar la infraestructura en la organización	3	18
	3. Promover la seguridad en salud digital	4	16
	4. Potenciar la coordinación institucional	3	9
Agentes/Grupos de interés	5. Desarrollar y reconocer líderes y profesionales	3	14
	6. Implicar a pacientes, familiares y allegados	3	13
	7. Desplegar Prácticas Seguras		
	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

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



Perspectivas	Línea Estratégica	Nº Objetivos	Nº Actuaciones
<b>Procesos internos</b>	7.5. Pediatría	3	15
	7.6. Salud mental	4	15
	7.7. Atención al Dolor	3	14
	7.8. Uso seguro de las radiaciones ionizantes	3	15
	7.9. Cuidados y procedimientos de enfermería	4	14
	7.10. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria	5	19
	7.11. Uso seguro medicamento	6	20
	7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria	4	15
	<b>8. Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias</b>	5	18
<b>Aprendizaje y futuro</b>	<b>9. Impulsar la transferencia del conocimiento</b>	4	15
	<b>10. Fomentar la investigación y la innovación</b>	3	9
	<b>11. Promover la transparencia y difusión del conocimiento</b>	4	12
	<b>12. Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje</b>	3	9
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>346</b>

Fuente: Estrategia de Seguridad del Paciente del SERMAS 2027.

El sistema de seguimiento de la ESP2027 se compone de los siguientes elementos: plan de acción anual, fichas de seguimiento e indicadores.

Las fichas de seguimiento contienen la línea estratégica, objetivo estratégico, actuación, nombre y descripción del indicador, fórmula de cálculo y unidad de medida y cronograma semestral.

Los indicadores han sido propuestos y desarrollados por las UD responsables de cada una de las 346 actuaciones establecidas.

El seguimiento de las líneas estratégicas se realiza mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones recogidas en el plan de acción a través de los indicadores, y de los objetivos institucionales de los contratos de gestión con los centros asistenciales.

Cada UD, evalúa, revisa y reprograma su plan de acción de forma anual, a partir de los resultados del seguimiento. Con objeto de poder gestionar con mayor eficiencia los recursos destinados a la estrategia y establecer, si se consideran necesarios, o modificaciones en la definición y desarrollo de los objetivos ya existentes.

Las líneas de actuación correspondientes a cada UD, así como el cronograma de las actuaciones inicial de cada una de ellas se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de las líneas de actuación por Unidad Directiva y cronograma inicial

Unidad Directiva	Total	2023	2024	2025	2026	2027
Gerencia Atención Primaria (D.G. Proceso Integrado De Salud)	20	20	16	10	9	6
Gerencia De Cuidados (D.G. Proceso Integrado Salud)	14	9	10	13	13	12
Gerencia Hospitales (D.G. Proceso Integrado Salud)	74	35	69	69	60	34
Gerencia Summa 112 (D.G. Proceso Integrado De Salud)	5	5	5	3	2	2



Unidad Directiva	Total	2023	2024	2025	2026	2027
Oficina Coordinación Cuidados Paliativos	2	2	2	2	2	2
Oficina Regional Coordinación Salud Mental y Adicciones	17	1	13	1	4	
S.G. de Planificación Sociosanitaria (D.G. Coordinación Sociosanitaria)	1	1	1			
S.G. Arquitectura De Sistemas y Sistemas Información (D.G. Sistemas De Información y Salud Digital)	9	4	9	9	5	2
S.G. de Vigilancia en Salud Pública (D.G. de Salud Pública)	11	3	6	6	3	1
S.G. Farmacia y Productos Sanitarios (D.G. de Gestión Económico-Financiera y Farmacia)	27	23	24	24	24	22
S.G. Formación y Acreditación Docente (D.G. Investigación, Docencia e Innovación)	6	6	6	6	6	6
S.G. Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente (D.G. Humanización y Atención al Paciente)	13	10	12	13	12	11
S.G. Investigación Sanitaria y Documentación (D.G. Investigación, Docencia e Innovación)	12	3	5	8	6	2
S.G. Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (D.G. Humanización, Atención y Seguridad del Paciente)	126	81	105	111	99	89
Unidad Continuidad Asistencial (D.G. Proceso Integrado De Salud)	11	9	11	9	8	6
<b>Total</b>		<b>212</b>	<b>294</b>	<b>284</b>	<b>253</b>	<b>195</b>

Fuente: Elaboración propia.

La evaluación del plan de acción se ha llevado a cabo mediante una metodología que combina un análisis cuantitativo del estado, grado de cumplimiento y ejecución de las actuaciones previstas, con un análisis cualitativo orientado a valorar el impacto de dichas actuaciones y su posible contribución a los objetivos de seguridad establecidos.

Para hacer operativo este plan, en 2023 se constituyó el Comité Operativo (CO) 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 Dirección General a través de la SGCASP la coordinación de la Estrategia.

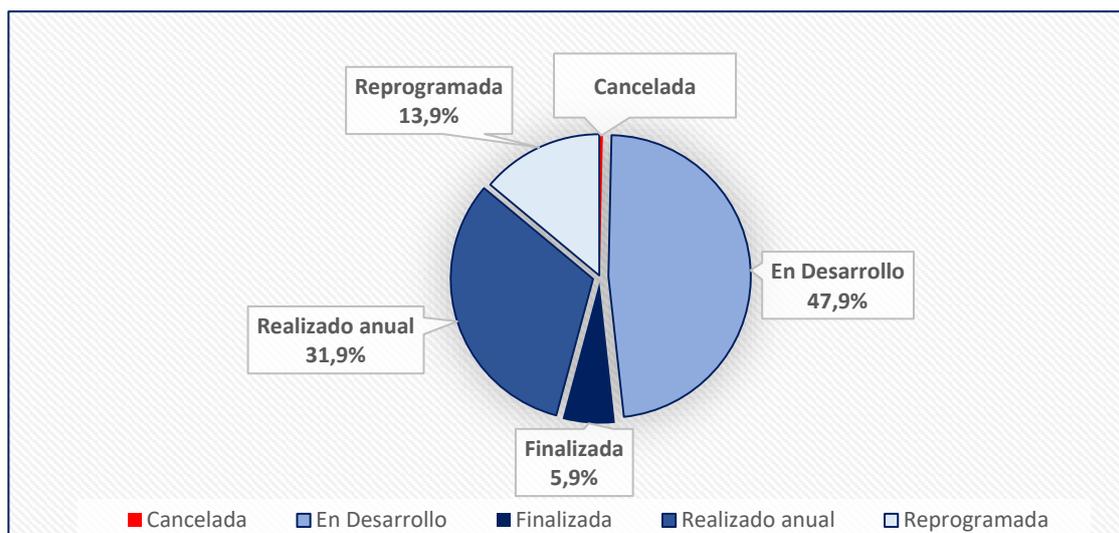
En el primer semestre del 2024, se realizó la primera reunión anual con el CO para informar del nuevo Plan de Acción del 2024, resultante de la evaluación. Y en noviembre de 2024, se celebró la segunda reunión para preparar la evaluación del ejercicio 2024.

La evaluación realizada objetivó que, de las 288 actuaciones planificadas en 2024, el 5,9% (17) de las actuaciones se han finalizado, el 31,9% (92) se han completado anualmente, y el 47,9% (138) están en desarrollo. En conjunto, el 85,7% de las actuaciones planificadas durante el 2024 se han puesto en marcha.

Por otra parte, solo un 13,9% (40) se han reprogramado y una sola actuación se ha cancelado. Estos resultados, en forma de porcentaje, se presentan en el siguiente gráfico:



Gráfico 1. Resultados globales Plan de Acción 2024



Analizando los resultados de la evaluación por línea estratégica (tabla 3), podemos observar que del total de 23 líneas (12 líneas estratégicas y la línea 7 de prácticas seguras, a su vez, se despliega en otras 12), el 43,5% (10) tienen todas sus actuaciones desplegadas. Estas líneas son: L.E.1: Desarrollar la cultura, L.E.2: Desplegar la infraestructura en la organización, L.E.3: Promover la seguridad en salud digital, L.E.4: Potenciar la coordinación institucional, L.E.6: Implicar a pacientes, familiares y allegados, L.E.7.2: Urgencias y emergencias, L.E.8: Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias, L.E.9: Impulsar la transferencia del conocimiento, L.E.10: Fomentar la investigación y la innovación, y L.E.12: Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje.

Por otro lado, para hacer operativo el plan de acción, y conseguir los objetivos planteados, algunas líneas de actuación han sido objeto de ajustes de planificación. Así, las líneas L.E.7.9: Cuidados y procedimientos de enfermería (9) ha tenido un retraso en la implementación y el cumplimiento de los objetivos debido a una reestructuración en la Unidad Directiva.

La L.E.7.1: Cirugía y anestesia (8), y L.E.7.5: Pediatría (6) también han visto ajustado su plan anual.

También se ha decidido cancelar y replantear una actuación de la L.E.7.10: Entornos de especial riesgo en atención primaria, para abordarla de forma más efectiva.

Tabla 3. Resultados de evaluación por línea estratégica

Línea estratégica	Finalizada (F)	Realizado anual (RA)	En Desarrollo (D)	Reprogramada	Cancelada	%(F + RA + D)	Total general
1: Desarrollar la cultura		10	3			100,0%	13
2: Desplegar la infraestructura en la organización	1	11	3			100,0%	15
3: Promover la seguridad en salud digital			15			100,0%	15
4: Potenciar la coordinación institucional		4	4			100,0%	8
5: Desarrollar y reconocer líderes y profesionales		9	2	2		84,6%	13



Línea estratégica	Finalizada (F)	Realizado anual (RA)	En Desarrollo (D)	Reprogramada	Cancelada	%(F + RA + D)	Total general
6: Implicar a pacientes, familiares y allegados		5	3			100,0%	8
7.1: Cirugía y anestesia	1	1	7	8		52,9%	17
7.2: Urgencias y emergencias	2	1	20			100,0%	23
7.3: Pacientes críticos		4	11	1		93,8%	16
7.4: Obstetricia y Ginecología	1		9	4		71,4%	14
7.5: Pediatría	1	1	5	6		53,8%	13
7.6 : Salud mental	6		4	1		90,9%	11
7.7: Atención al dolor		2	7	4		69,2%	13
7.8: Uso seguro de radiaciones ionizantes			9	2		81,8%	11
7.9. Cuidados y procedimientos de enfermería	1		1	9		18,2%	11
7.10: Entornos de especial riesgo en atención primaria	2	1	10		1	92,9%	14
7.11: Uso seguro del medicamento		12	4	1		94,1%	17
7.12 Infección relacionada con la asistencia sanitaria	1	2	6	1		90,0%	10
8: Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias		8	3			100,0%	11
9: Impulsar la transferencia del conocimiento		12	2			100,0%	14
10. Fomentar la investigación y la innovación		1	1			100,0%	2
11: Promover la transparencia y difusión del conocimiento		6	4	1		90,9%	11
12: Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje	1	2	5			100,0%	8
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>92</b>	<b>138</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>85,7%</b>	<b>288</b>

Fuente: Elaboración propia.

## 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.

### 1.2.1. Acciones desarrolladas para el despliegue de la SP.

El cumplimiento medio hospitales ha sido del 97,8%. El 62% de los hospitales (88% en 2023), es decir, 21 de 34 hospitales, han cumplido con todas las metas establecidas en las tres acciones planteadas para este objetivo. Por otra parte, el cumplimiento del resto de gerencias ha sido en AP y SUMMA 112 el 100%, UCR ha sido del 89% y el CT el 75%.



### 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 2024, la meta se estableció en la realización de al menos ocho rondas de seguridad en los hospitales de alta complejidad (grupo 3); siete en los grupos 1 y 2 y cinco rondas en los de apoyo, media estancia y monográficos de psiquiatría.

Cada año, se establecen una serie de servicios prioritarios, en 2024 fueron: diagnóstico por imagen, UCI, urgencias y bloque quirúrgico.

El número total de rondas de seguridad en 2024 ha sido de 289, similar a años anteriores, con una media de 8,5 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 32 de los 34 centros (94%).

**Tabla 4. Servicios Hospitales donde se han llevado a cabo las rondas de SP.**

Servicio	Nº Rondas
Diagnóstico por imagen	32
UCI	42
Urgencias	39
Bloque quirúrgico	38
Otras unidades/servicios	138

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que en años anteriores, la meta para AP fue realizar al menos 10 rondas por cada DA. Así, se han llevado a cabo un total de 76 rondas de seguridad (misma cifra que en 2023), cumpliendo el 100% de las DA con la meta establecida. Se han realizado 10 rondas en cada DA, excepto en DA Norte, que han efectuado 16.

En el SUMMA 112 la meta estaba establecida fue al menos una ronda por cada una Unidad Funcional (UF) que forman parte de la Gerencia. Durante 2024 ha habido una reestructuración de las UF, descendiendo de 25 a 15 UF. En total, se han realizado 17 rondas de seguridad durante 2024, y por tanto el cumplimiento ha sido de un 100%.

En la UCR tenían que hacer una ronda por cada hospital que forma parte de ella (son un total de 6), habiendo alcanzado el 100% del objetivo.



## 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.

En el año 2024, se mantuvo como objetivo la implantación de objetivos propios establecidos para cada nivel asistencial: cinco objetivos en el caso de Hospitales y AP, y cuatro en el caso del SUMMA 112, incluyendo en todos los casos aquellos considerados prioritarios, que son:

- Desarrollo de al menos cuatro líneas de actuación del CAPC (al menos una para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias).
- Incluir actuaciones para la formación básica (10-20 horas) en SP e HM a los profesionales de nueva incorporación (incluidos residentes) y de más de 20 horas para referentes de seguridad (sin formación) en unidades, servicios o centros.

A continuación, se detallan los resultados de los objetivos por ámbito asistencial:

- ❖ Hospitales: Además de los objetivos prioritarios, se incluyó la elaboración de un mapa de riesgos en un área crítica seleccionada por la gerencia, habiendo sido desarrollado en el 97% de los hospitales. En total, se llevaron a cabo 501 objetivos, con una media de 14,7 por hospital. En relación con las líneas de actuación impulsadas por los CAPC, el 100% de los hospitales trabajaron en al menos cuatro líneas, incluyendo al menos una centrada en promover la implantación de prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias. En conjunto, se desarrollaron 260 actuaciones distribuidas en 10 líneas. Asimismo, en 33 de los 34 hospitales se promovieron acciones formativas en materia de HM y SP dirigidas tanto a profesionales de nueva incorporación como formación avanzada para referentes de seguridad, con un total de 9.180 profesionales de nueva incorporación y 1.256 referentes de seguridad formados.
- ❖ Atención Primaria: Se han desarrollado un total de 60 objetivos. En relación con los objetivos prioritarios, el CAPC ha trabajado en seis líneas de actuación. En cuanto a la formación, se han impartido contenidos sobre SP e HM en el taller de acogida dirigido a enfermeras de nueva incorporación. Además, se ha ampliado el número de ediciones del curso de limpieza de material sanitario, destinado a Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería que se incorporan por primera vez al servicio.



- ❖ **SUMMA 112:** Además de los objetivos prioritarios, se incluyó el desarrollo de una actuación conjunta entre la UFGRS y el Comité de Atención al Dolor, la cual fue llevada a cabo. En total, se desarrollaron 10 objetivos de seguridad. En cuanto a las líneas de actuación del CAPC, se realizaron 11 actividades distribuidas en ocho líneas. En el ámbito formativo, se impartieron acciones dirigidas a profesionales, incluidos profesionales de nueva incorporación y responsables de seguridad, a través de cursos y jornadas sobre SP y del medicamento, que incluyeron la formación en HM como parte de sus contenidos.
- ❖ **UCR:** se estableció como meta el desarrollo de al menos cinco objetivos de seguridad definidos por el propio centro, incluyendo como prioritarios el desarrollo de actuaciones del CAPC, la formación en SP e HM, y la cumplimentación del Sistema de Información de las Unidades Funcionales (SIAUF). Esta meta fue alcanzada con el desarrollo de cinco objetivos. Se impulsaron al menos tres líneas de actuación del CAPC, una de ellas centrada en prácticas de “no hacer”. Además, se llevaron a cabo acciones formativas dirigidas a referentes de seguridad e HM.
- ❖ **CT:** se estableció como meta al menos cuatro objetivos de seguridad establecidos por el centro, incluidos los objetivos prioritarios (desarrollo de actuaciones para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas, formación en SP e HM, y formación a profesionales de nueva incorporación). Se han llevado a cabo un total de cuatro objetivos. Se ha desarrollado una actuación para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias, y se han desarrollado actuaciones para la formación de HM y SP, incluidos profesionales de nueva incorporación, con un total de 38 profesionales formados.

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. Resumen objetivos institucionales despliegue para la SP.**

Indicadores	Hospitales	Atención Primaria	SUMMA 112	UCR	CT
Rondas de seguridad	289 Media: 8,5	76	17	6	Sí
Nº objetivos de SP totales establecidos por el centro	501 Media: 14,7	60	10	5	15
Líneas de actuación del CAPC	260 Media: 7,6	6 líneas	8 líneas	3 líneas	1 actuación
Realizado Mapa de Riesgo	97% Hospitales	NA	NA	NA	NA
Promover actuaciones para la formación en SP e HM	10.436 profesionales formados	4.797 profesionales formados	546 profesionales formados	Sí	Sí
Actuación conjunta entre le UFGRS y el Comité del Dolor	NA	NA	Sí	NA	NA

Fuente: Elaboración propia. CAPC: Comités de Adecuación de la Práctica Clínica; CT: Centro de Transfusión; HM: Higiene de Manos; NA: No aplicable; SP: Seguridad del Paciente; UCR: Unidad Central de Radiodiagnóstico; UFGRS: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.



### Acción 3: Implantación de CISEMadrid.

El Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación (CISEMadrid) comenzó a implantarse en los hospitales en el año 2016, incluyéndose desde 2017 entre los objetivos de calidad institucionales.

Las UFGRS son las encargadas de revisar las notificaciones recibidas para determinar si constituyen incidentes de seguridad. Tras su análisis, se proponen acciones de mejora y se elabora un “informe validado” que se remite al profesional, con un resumen de las medidas adoptadas.

En 2024, la exigencia para este indicador aumentó tanto en Hospitales como en AP, estableciendo que al menos el 70 % de los IS y EM identificados por cada centro en el caso de Hospitales, y al menos el 80% en el caso de AP, debían contar con su correspondiente informe validado. Además, se fijó un número mínimo de IS/EM a identificar, según el grupo de Hospital (Apoyo, ME, PSQ: 100; Grupo 1: 200; Grupo 2: 250; Grupo 3: 300) y por cada DA (250).

En este sentido los resultados en el año 2024 han sido:

- ❖ Hospitales: el 85% de los hospitales (28 de los 33 hospitales que tienen implantado CISEMadrid) han logrado identificar al menos el número mínimo de IS/EM propuestos según grupo y tipología. Globalmente han sido un 67% de los hospitales (22 de 33) los que han alcanzado la meta establecida.
- ❖ Atención Primaria: El número de informes validados que las diferentes DA han llevado a cabo tras analizar los IS/EM identificados superan la meta establecida. Así pues, se considera que todas las DA han cumplido la meta. El promedio de IS/EM identificados es de 342.
- ❖ UCR: La meta establecida fue alcanzar al menos el 80 % de IS y EM con informe validado, con un mínimo de 60 IS/EM identificados. Sin embargo, en 2024 no se alcanzó esta meta.
- ❖ SUMMA 112: Para el avance del CISEMadrid se incorporaron como acciones prioritarias la formación de profesionales en notificación y análisis de incidentes y errores de medicación, y el impulso del uso de CISEMadrid para estos procesos. Se impartió formación a quince nuevos responsables de UF, nueve jefes de guardia, nueve supervisores y miembros de dirección. Aunque se avanzó en la implantación de la herramienta, su uso no fue posible en 2024. Aun así, el cumplimiento de esta acción fue del 100 %.

**Tabla 6. Objetivos institucionales CISEMadrid.**

Indicador	Hospitales	Atención Primaria	SUMMA 112
Nº IS/EM identificados (de acuerdo al nº mínimo establecido)	67% alcanzan meta	100% DA alcanzan meta	NA
Nº IS/EM validados			
Validados/Identificados			



Indicador	Hospitales	Atención Primaria	SUMMA 112
Implantación CISEMadrid	NA	NA	100% alcanza meta

Fuente: CISEMadrid. CT: Centro de Transfusión; DA: Dirección Asistencial; EM: Errores de Medicación; IS: Incidentes de Seguridad; NA: No Aplica.

En el apartado 3.1.1 CISEMadrid se pueden consultar los datos relativos a las notificaciones realizadas en CISEMadrid.

## 1.2.2. Acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras.

Son cuatro 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 2024 se volvieron a incluir los 4 proyectos y, además, se incluyó como novedad la meta de 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 en 2024 ha sido  $\leq 2,5$ , un poco más exigente que en año 2023, que fue  $\leq 3$  y que todos los hospitales consiguieron alcanzar. De los 25 hospitales donde es de aplicación, se ha conseguido alcanzar la meta establecida, en 20 de ellos (80%) con una densidad de incidencia de 1,57 ‰, muy similar a la obtenida en 2023, que fue de un 1,597 ‰.
- NZ, con el objetivo de disminuir la tasa de neumonías asociadas a la ventilación mecánica (NAV) en la UCI, se mide igualmente a través de una densidad de incidencia de las NAV y su meta es conseguir una cifra  $\leq 6$  neumonías por 1000 días de ventilación mecánica.



En este proyecto, también ha mejorado la tasa de incidencia media obtenida en los hospitales pasando de un 6,26 ‰ en 2023, a un 3,35 ‰ en 2024, siendo un 84% (21 de 25 hospitales) de los mismos los que han alcanzado la meta.

- RZ, con el objetivo principal de reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multiresistentes adquiridas durante su estancia en la UCI. El indicador utilizado para su evaluación es nº de pacientes ingresados en UCI con una o más bacterias multiresistentes identificadas con respecto al total de pacientes y la meta se establece en un porcentaje de casos  $\leq 5\%$ .  
El resultado global alcanzado en 2024 por los centros ha sido de 2,07%, una tasa inferior al 2,77%, conseguido en 2023. Asimismo, el porcentaje de hospitales que han alcanzado la meta se ha incrementado, pasando de un 92% a un 96% (24 de 25 hospitales).
- ITUZ, fue el último proyecto en ponerse en marcha. Su objetivo es disminuir las infecciones del tracto urinario asociadas a sonda uretral (ITU-SU). Al igual que en las dos primeras, se utiliza una densidad 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 mejorado, pasando de una densidad de incidencia de un 3,44 ‰ en 2023 a un 2,18 ‰, en 2024. El porcentaje de hospitales que han alcanzado la meta también se ha visto incrementado, pasando de un 56% en 2023, a un 64% en 2024 (16 hospitales). El resto tienen cumplimientos parciales entre un 80-90%.
- Finalmente, en lo que respecta al porcentaje de residentes formados en los PZ, los resultados globales indican que 485 residentes han recibido formación, lo que representa el 87,86% del total de residentes que realizan su rotación por las UCI, superando así los 371 residentes formados en 2023. Por otra parte, el 96% de los hospitales han alcanzado la meta establecida (22 de 23 centros, dado que no en todas las UCI rotan residentes). La formación se ha llevado a cabo mediante seminarios o actividades formativas propias de cada centro, así como a través de los cursos del Ministerio relacionados con los PZ y el curso de medidas para minimizar la infección nosocomial de la SEMICYUC.

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 2024
Bacteriemia Zero	$\leq 2,5$	1,57%
Neumonía Zero	$\leq 6$	3,35%
Infecciones del Tracto Urinario Zero	$\leq 2,7$	2,18%
Resistencia Zero	$\leq 5$	2,07%
Porcentaje de residentes formados en PZ	$\geq 85\%$	87,86%

Fuente: ENVIN 2024. PZ: Proyectos Zero.



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

Las actuaciones prioritarias a desarrollar para la mejora de la HM en el 2024 han sido:

- **Realizar la autoevaluación a través de la herramienta validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).**
  - ❖ Hospitales: La meta era mantener o superar la puntuación obtenida en el año anterior, siendo al menos nivel intermedio. En 2024, 23 centros han conseguido un nivel avanzado, 10 tienen un nivel intermedio y uno ha disminuido su nivel al básico.
  - ❖ Atención Primaria: La meta fue realizar la autoevaluación con la herramienta OMS en el bienio 2023-2024 en al menos el 80% de los CS de cada DA, alcanzando un nivel de desarrollo intermedio o avanzado. Han cumplido con la meta 251 CS, lo que representan el 94,85%.
  - ❖ 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 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.**
  - ❖ Hospitales: Se estableció como meta que fuera superior a un 95%. Un 85% (29 de 33) de los hospitales han logrado la meta, aunque la media de disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención en los hospitales es de un 96,63%.
  - ❖ Atención Primaria: El objetivo era que en  $\geq 95\%$  de los CS tuvieran disponibilidad de PBA en el punto de atención; un 100% la tienen.
  - ❖ SUMMA, UCR y CT: Se consiguió que el 100% de dispositivos estuvieran disponibles. Por tanto, un 85% de los hospitales (29 de 34) han logrado alcanzar la meta en ambas actuaciones prioritarias en HM. 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 HM.**

Indicador		Hospitales	Atención Primaria	SUMMA 112	UCT	CT
Autoevaluación HM herramienta OMS	2024	23 avanzado 10 intermedio 1 básico	94,85% (251 CS) al menos nivel intermedio	Nivel avanzado	Nivel intermedio	Nivel intermedio
	2023	26 avanzado 8 intermedio	97% (253 CS) al menos nivel intermedio	Nivel avanzado	Nivel intermedio	Nivel intermedio
Disponibilidad PBA	2024	96,63%	100%	100%	100%	100%
	2023	95%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia. 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 cinco medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las cuales tres 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 tres 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 amplió al 90% de los servicios y unidades de cada hospital, donde se lleven a cabo intervenciones donde se pueda aplicar el protocolo IQZ, y en el 2024 esta meta se ha elevado al 95% de los servicios.

En este sentido, de forma global, en 2024, en 259 servicios o unidades están implantadas las tres medidas obligatorias del proyecto IQZ, lo que supone un 99,23 % del total de los servicios o unidades donde es aplicable el protocolo en los hospitales. Esto supone, que el 97% de los centros ha conseguido su implantación en al menos el 95% de sus servicios quirúrgicos (28 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 2024 el porcentaje global de implantación del LVQ (número de historias clínicas con LVQ con respecto al número de historias clínicas evaluadas) ha sido de un 95,06%, ligeramente inferior al porcentaje alcanzado el año anterior (96,5%).

La meta establecida en el año 2024 marcaba que el porcentaje de implantación en cada hospital fuera superior al 95 %. Este año, al igual que en el 2023, han sido el 83% de los hospitales (24 de los 29 con actividad quirúrgica) los que han alcanzado la meta.

Los resultados de las acciones 3 y 4 se muestran en la tabla 9.

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

Indicador	Meta	Resultado 2024
Implantación proyecto IQZ en Unidades o servicios quirúrgicos	>95% servicios quirúrgicos con implantación de las 3 medidas obligatorias	99,23% de los servicios quirúrgicos donde es aplicable el proyecto
Implantación del LVQ	>95%	95,06% porcentaje global de implantación

Fuente: Elaboración propia. 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 los 34 Hospitales, siete DA de AP, la Gerencia del SUMMA 112 y la UCR del SERMAS.

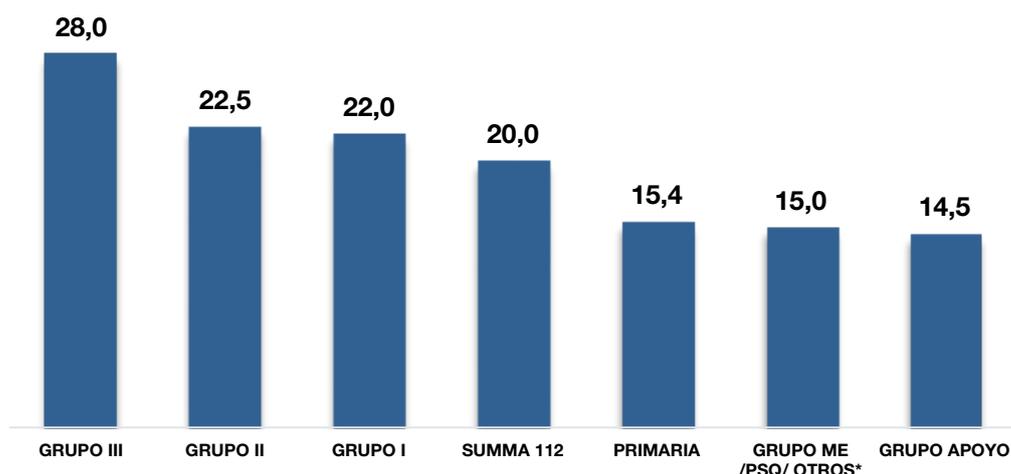
Su función es impulsar el despliegue de la SP en su centro, a partir de la actividad de sus miembros, que, con una formación específica en materia de SP, abordan la promoción de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos. Es decir, son los responsables de la identificación y análisis de IS y EM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

Informan de sus actividades a la SGCASP y con todo ello, ésta elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2024, se describen a continuación.

#### 1.3.1. Estructura/Organización.

Globalmente 923 profesionales forman parte de estas UFGRS, (29 más que el año anterior). En la figura 3 se representan los valores promedio de profesionales que forman parte de las mismas, por ámbito y grupo de hospital, observándose cierta correlación entre el tamaño de los centros y el nº de profesionales. En valores absolutos, un 86% pertenecen a los hospitales, 12% a AP y 2% del SUMMA 112.

Figura 3. Promedio de profesionales de las UFGRS.

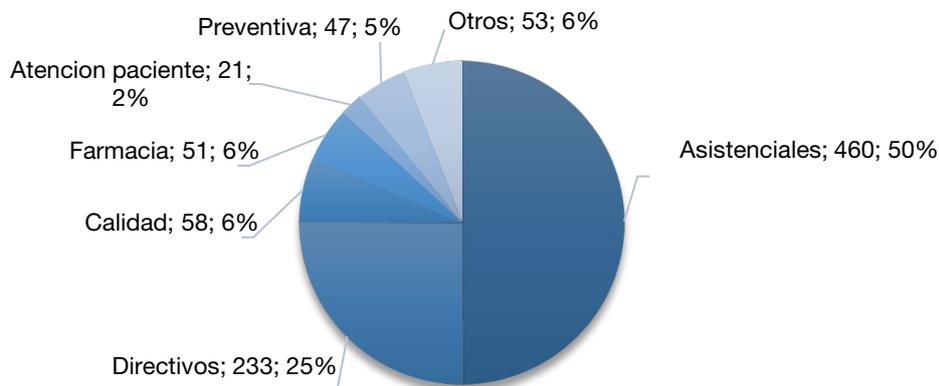


\* Grupo ME/PSQ/OTROS: Hospitales media estancia, psiquiátricos y UCR.

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. Perfil profesional de los miembros 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 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 2024, hay un total de 2.966 Responsables de SP en los distintos servicios/unidades/centros en el SERMAS, con un promedio global de 67 Responsables por Gerencia/DA. Esto supone un 2,0% (61) más que en el año 2023, en el que había 2.905 Responsables de SP.

De forma global, el número total de objetivos de SP establecidos por las UFGRS ha sido de 584, con un promedio global de 13 objetivos por UFGRS. El promedio global de reuniones mantenidas el año 2024 ha sido de 10 reuniones por UFGRS.

En relación a su función de gestión y seguimiento de incidentes, han referido la existencia de 278 grupos de trabajo (274 en hospitales, y cuatro en el SUMMA 112).

Se puede ampliar la información sobre organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS en el [Anexo 1: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS](#).

### 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 570 materiales en el año 2024, con un incremento de nueve respecto al 2023 (561), de los cuales 541 proceden de las UFGRS de Hospitales, 21 del SUMMA 112 y ocho de AP.



Respecto al tipo de material elaborado, mayoritariamente corresponden hojas informativas (26%), seguidas de material formativo y carteles/ infografía (16%) y de dípticos/ folletos (11%). 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 2024, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadríd un total de 22.794 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 16,7% con respecto al año previo. En el apartado 3.1.1 CISEMadríd 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 2024 se han comunicado 85 recomendaciones de SP generalizables, 165 prácticas seguras locales y 19 prácticas seguras generalizables.

## 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 son prácticas innecesarias, de acuerdo a la evidencia científica. Están constituidos en todas las gerencias de los centros sanitarios: 35 en Atención Hospitalaria, una en AP, una en SUMMA 112 y una en 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, en el año 2024, se ha incluido en contrato de gestión el “Desarrollo de al menos 4 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (al menos una para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias)”. Anualmente se les solicita a los comités que reporten la información sobre su estructura, organización y actividad.

### 1.4.1. Estructura/Organización.

Los CAPC constituidos en el SERMAS cuentan en la actualidad con un total de 539 profesionales (545 en el año 2023) de todos los ámbitos de la organización sanitaria. Del total de integrantes, el 91,8% (495) pertenecen al ámbito de hospitales, el 3,5% (19) a AP, el 2,8% (15) al SUMMA 112, y el 1,9% (10) a la UCR.

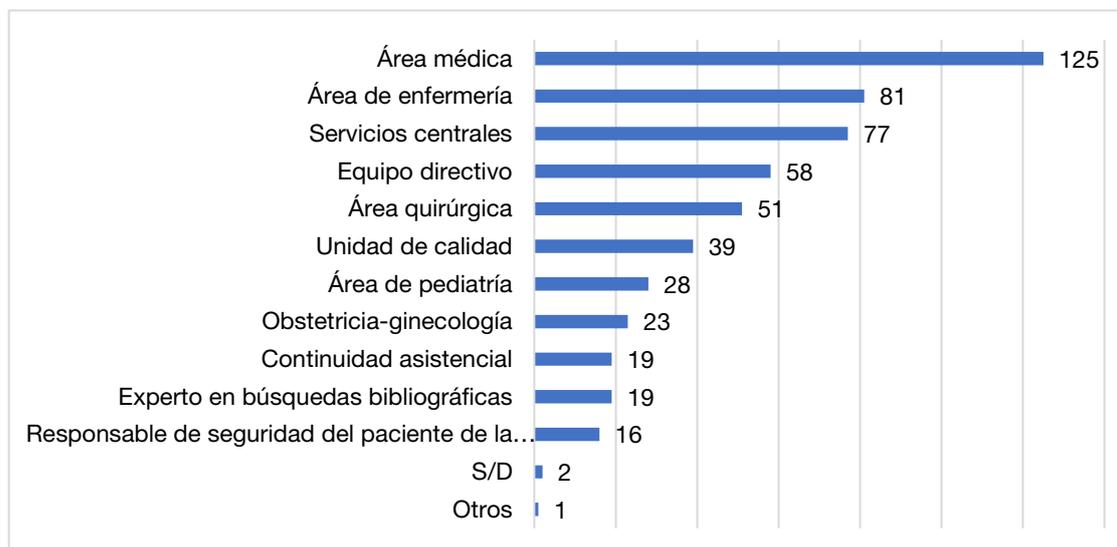
---

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



Estos Comités 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.**



Fuente: Elaboración propia. S/D: Sin Datos

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

Las líneas de actuación derivan de las funciones de los CAPC<sup>5</sup>. Como se dijo anteriormente, se incluyó en el contrato de gestión el desarrollo de 4 líneas de actuación, siendo al menos una para promover la implantación de las prácticas con evidencia científica y evitar las prácticas innecesarias. 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.**

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.	28	54
L2	Revisar periódicamente las iniciativas relacionadas con la identificación, reducción y/o supresión de prácticas innecesarias.	29	45
L3	Promover la realización de revisiones de la literatura científica sobre prácticas innecesarias.	28	38
L4	Proponer actuaciones para promover las prácticas con evidencia científica y evitar o disminuir las prácticas innecesarias.	37	222

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



Líneas De Actuación Comités De Adecuación De Práctica Clínica		Nº Comités	Nº Actividades
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.	28	57
L6	Proponer el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización de los profesionales.	29	61
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.	27	44
L8	Desarrollar reuniones, encuentros o jornadas con los profesionales de su centro o con otras comisiones del mismo para sobre esta materia.	26	47
L9	Desarrollar actuaciones para promover la adhesión a iniciativas nacionales y/o internacionales.	22	25
L10	Elaborar una memoria anual de actuaciones del Comité.	28	28
<b>TOTAL</b>			<b>621</b>

Fuente: Elaboración propia.

## 1.5. Otras Actuaciones.

### 1.5.1. Impulsar actuaciones de la Mesa Madrileña por la SP de la Comunidad de Madrid.

La Estrategia de SP 2027 incluye dentro la línea estratégica 2 “Desplegar la infraestructura en la organización”, el Objetivo Estratégico 2.3: “Impulsar actuaciones para coordinar el desarrollo de la infraestructura”. Dentro del mismo, la actuación 2.3.3 se refiere específicamente a “Impulsar la difusión de las actuaciones de la estrategia, en los centros sanitarios privados, a través de la Mesa Madrileña de Seguridad del Paciente”.

La Mesa Madrileña fue constituida en el año 2019, como un lugar de encuentro para reforzar los vínculos de conocimiento y aprendizaje con las organizaciones sanitarias, públicas y privadas, que desarrollan su actividad en la CM, para compartir sus experiencias y avances en SP. La pandemia, interrumpió sus actuaciones, pero la puesta en marcha de la nueva Estrategia ha dado impulso a su continuidad.

En este sentido, se convocó una primera reunión el 19 de junio con los representantes de las organizaciones sanitarias privadas de la CM interesados en participar. Como primera actuación se organizó el día 19 de septiembre, en conmemoración del Día Mundial de Seguridad del Paciente, la I Jornada de la Mesa Madrileña: “Misión: Seguridad del Paciente”, donde se presentaron experiencias de los dos sectores (imágenes 2 y 3).

Durante el evento se llevaron a cabo dos mesas. La primera abordó diversos aspectos relacionados con “Estructura Funcional de Seguridad del Paciente, Decreto 4/2021”. En la segunda se trataron “Prácticas Seguras”. Todas las experiencias presentadas pusieron de manifiesto temas de especial relevancia en la SP, desde distintas perspectivas.



## Imágenes 2 y 3. I Jornada de la Mesa Madrileña.



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

Durante el año 2024, se ha participado en el Comité Institucional de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad. En este marco, se celebraron dos reuniones, los días 19 de febrero y 22 de marzo, en las que se abordaron aspectos clave como la actualización de la Estrategia de SP del SNS, la situación actual de los distintos programas y las prioridades identificadas por las Comunidades Autónomas para los próximos meses. Entre los temas tratados se incluyen: Seguridad del Paciente Crítico, Uso Seguro de los Medicamentos, Higiene de Manos, Proyecto PRINCESS, Cirugía Segura, Uso Seguro de las Radiaciones Ionizantes, Sistemas de Notificación de Incidentes y Cultura de Seguridad.

Asimismo, se presentó la planificación de la Jornada conmemorativa del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, celebrada el 17 de septiembre bajo el lema “Diagnósticos correctos, pacientes seguros”, centrada en la seguridad del proceso diagnóstico. En la mesa de Comunidades Autónomas, la CM estuvo representada por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (FJD), que presentó el proyecto 3AP-IMPULSA FJD, orientado a mejorar la trazabilidad en anatomía patológica mediante el uso de patología digital.

Finalmente, en el mes de diciembre se inició el proceso de revisión del borrador de la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con el resto de Comunidades Autónomas.



## 2. PRÁCTICAS SEGURAS

En este apartado se detallan las siguientes prácticas seguras: Uso Seguro del Medicamento, PZ en las UCI, HM, SP Quirúrgico, Entornos de especial riesgo en AP, y Vigilancia de las IRAS.

### 2.1. Uso seguro del medicamento

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

Durante 2024, 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 Farmacéutico de Atención Primaria (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 Portal del Uso Seguro del Medicamento (PUSM), los profesionales sanitarios notifican los EM procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales: Hospitales, AP, SUMMA112, la RFC, centros sociosanitarios y del servicio para el suministro de medicamentos extranjeros de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (SGFPS). 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:** remitidos a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica (SGIOF), Área de Control Farmacéutico, 49 notificaciones recibidas en el PUSM para investigación de posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento.



En un caso, se implementaron medidas correctivas por parte del proveedor de agujas y, en otro caso, se determinó que la causa raíz más probable fue el uso o manipulación incorrecta del medicamento, lo que llevó a la elaboración de material informativo dirigido a los profesionales para evitar futuros errores de medicación.

**2.- Actuaciones relacionadas con posibles problemas de suministro:** remitidos a la SGIOF, Área de Control Farmacéutico un total de 23 incidentes recibidos en el PUSM relacionados con posibles problemas de suministro. Estos incidentes fueron previamente revisados en la base de datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS-CIMA), donde no se indicaba dicho problema de suministro. La remisión se realizó debido a la posibilidad de que estos incidentes pudieran originar alguna laguna terapéutica.

**3.- Actuaciones relacionadas con EM con daño:** remitidos al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la Comunidad de Madrid 160 notificaciones sobre EM recibidos en el PUSM con consecuencias para el paciente al ser consideradas reacciones adversas (RAM), tal y como recoge el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Artículo 2. Definiciones. A efectos de este Real Decreto, se entenderá por error de medicación como *“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 CFV, al no ser consideradas RAM, 10 notificaciones de omisión de tratamiento ni las que se desconocía el daño al paciente.

**4.- Actuaciones relacionadas con posibles incidentes en las bases de datos de prescripción:** se han remitido 28 notificaciones, recibidas en el PUSM, al Área de Sistemas de Información de la SGFPS para su posible resolución a fin de mejorar la seguridad durante el proceso de la prescripción y con actuaciones relacionadas con ayudas a la prescripción casos.

Como en años anteriores, el Módulo Único de Prescripción (MUP) sigue conectándose a diario con la AEMPS para recoger los desabastecimientos oficiales que pueden visualizar los prescriptores, por lo que se evitan trastornos para el paciente y contribuye 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: revisados y remitidos a la AEMPS 21 incidentes relacionadas con similitud de envases de especialidades farmacéuticas o de formas farmacéuticas que pueden dar lugar a confusión.

También se han revisado y remitido tres 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 2024:



- Brintellix-Bilaxtén.
- Nitroprusiato-nitroglicerina.
- Somatropina- atropina.

**6. - Notas remitidas a la AEMPS:** se han remitido ocho notas con propuestas de cambios para homogenizar la información de las fichas técnicas y prospectos, mejorar el acondicionamiento primario y secundario de algunos medicamentos, mejorar las presentaciones de ciertos medicamentos, e incluir en la presentación algún elemento para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos por los pacientes o durante la administración por los profesionales sanitarios.

Remitida una nota al Ministerio de Sanidad proponiendo un cambio en la descripción de todos los medicamentos que contienen metilfenidato de liberación retardada (genéricas y por marca) para que incluya el porcentaje de liberación y se evite inducir a error en la prescripción y dispensación.

**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<sup>6</sup> editados durante el año 2024 fueron los siguientes:

- Boletines de recomendaciones a los profesionales. Se han elaborado siete Boletines de Recomendaciones a los Profesionales para mejorar el uso seguro de los medicamentos.
- Boletín resumen trimestral. Durante el año 2024, se han editado cuatro boletines con el resumen trimestral de las notificaciones, destinado a todos los ámbitos asistenciales, que incluye información descriptiva sobre el número 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 número 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.
- Boletín de recomendaciones a profesionales de la AMAS. En 2024 se ha iniciado una nueva línea de publicaciones destinada a profesionales de la AMAS. Publicado el primer Boletín destinado a este colectivo profesional.
- Informes de seguimiento. Durante el año 2024 los informes para AP y Atención Hospitalaria han sido difundidos en formato POWER-BI. Facilitándose así la información mensual sobre los errores de medicación notificados en el PUSM, de manera interactiva, y facilitándose el seguimiento de cada ámbito asistencial.

---

<sup>6</sup> <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>



- Boletines de la RFC. Durante el año 2024, se han elaborado cuatro boletines para las Oficinas de Farmacias de la RFC con actividades recomendadas para detectar y evitar posibles errores de medicación.
- Comunicación de incidencias a los profesionales sanitarios-información sobre seguridad en el uso de los medicamentos. Como consecuencia de la notificación de un posible problema relacionado con la calidad, durante el año 2024, se ha emitido una hoja de información a los profesionales sanitarios sobre el uso correcto de la medicación para evitar errores de medicación:
- Boletines de Seguridad para Pacientes. Se ha elaborado un boletín de seguridad para pacientes: “Medicamentos con Pseudoefedrina”.

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

- Comunicaciones a profesionales. Remitidas 10 comunicaciones, vía correo electrónico, para advertir a los profesionales sanitarios sobre temas considerados de importancia para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y en casos de problemas de suministro.
- Comisión de Seguridad de la RFC. Se ha convocado en dos ocasiones, en marzo y en octubre de 2024, para la monitorización y seguimiento de las actividades de notificación de EM en el PUSM.
- Comisión de Seguridad de la SGFPS. Realizadas 35 reuniones de dicha Comisión 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 2024 se han difundido a través de esta plataforma, cinco noticias de interés relacionadas con la seguridad en el uso de los medicamentos.
- En el año 2024, se ha trabajado en los sistemas de ayuda a la prescripción en MUP. Para ello dentro del grupo de trabajo multidisciplinar, creado en 2023, se ha alimentado la base de datos de incidencias y problemas relacionados con los medicamentos y durante el año 2024, se han implantado los sistemas de ayuda a la prescripción, y se ha realizado un seguimiento de la actividad y actualización continua, según las nuevas necesidades que se han ido 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 funciona on-line, analizando las prescripciones del paciente durante el proceso de prescripción y muestra al profesional el resultado de dicha revisión.



- Espacio en Intranet para consultar los medicamentos con problemas de suministro<sup>7</sup>. Durante el año 2024, la SGFPS, mantiene actualizado en la Intranet el 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.
- Noticias publicadas en el PUSM. Durante el año 2024 se han publicado un total de 69 noticias sobre seguridad de medicamentos a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Durante el año 2024, se han mantenido las actividades del programa para la mejora de la seguridad en la prescripción de medicamentos, iniciado en octubre de 2020: se ha trabajado en los sistemas de ayuda a la prescripción en MUP. Para ello dentro del grupo de trabajo multidisciplinar, creado en 2023, se ha alimentado la base de datos de incidencias y problemas relacionados con los medicamentos y durante el año 2024, se han implantado los sistemas de ayuda a la prescripción, se ha realizado un seguimiento de la actividad y actualización continua, según las nuevas necesidades que se han ido 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 funciona on-line, analizando las prescripciones del paciente durante el proceso de prescripción y muestra al profesional el resultado de dicha revisión.

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

Durante el año 2024, se ha puesto en marcha el sistema de ayuda a la prescripción en MUP. Se han incluido un total de 741 alertas bloqueantes y 2.241 alertas no bloqueantes. A lo largo del periodo de mayo a diciembre de 2024, se objetiva una reducción del 70% de los pacientes afectados por alguna situación considerada como bloqueantes para la prescripción.

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 funciona on-line, analizando las prescripciones del paciente durante el proceso de prescripción y muestreando al profesional el resultado de dicha revisión.

---

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



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

Durante el año 2024, 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 2024, se observa una mejoría en el indicador incluido en el contrato de gestión: el porcentaje de pacientes en tratamiento crónico (6 meses) con benzodiazepinas ha disminuido a 5,17% en comparación con el 5,43% en el año 2023. Siendo el valor más bajo desde que se inició la estrategia.

### 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 2024, se mantuvo la participación de la CM en el Plan Nacional sobre Resistencia a los Antimicrobianos (PRAN) y ha participado en todas las actividades y actuaciones propuestas desde el mismo.

Una de las herramientas que se ha mostrado eficaz es la implementación de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria. Para coordinar la actuación de los PROA, se han constituido la Red de referentes de los PROA comunitarios y de los PROA hospitalarios como punto de enlace para compartir información y realizar actividades conjuntas.

En el año 2019, la CM puso en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE)<sup>8</sup>. En este documento se describen siete líneas de trabajo generales, siendo una de ellas la implementación del PROA en todos los ámbitos de atención sanitaria. Las líneas de actuación desarrolladas durante 2024 para fomentar el uso racional de los antibióticos en los diferentes ámbitos asistenciales son:

- Desarrollo de varias ediciones de cursos destinados a los profesionales sanitarios en el ámbito de la lucha contra las resistencias a los antimicrobianos, tal como se

---

<sup>8</sup> Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE)



describen a continuación:

- “Actualización en uso apropiado de antibióticos en adultos PROA hospital”, tres ediciones con 227 inscritos.
  - “Uso racional de antibióticos en pediatría en el ámbito ambulatorio”, dos ediciones con 175 inscritos.
  - “Uso racional de antibióticos en adultos en el ámbito ambulatorio”, dos ediciones con 240 inscritos.
  - “Uso racional de antibióticos en adultos en el ámbito ambulatorio para residentes”, dos ediciones con 3067 inscritos.
- 
- Actualización y revisión anual de la “Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Adultos”<sup>9</sup> y “Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Pediatría”<sup>10</sup>, que recogen los tratamientos de elección y las alternativas a las principales infecciones comunitarias, tanto de adultos como de la población pediátrica.
  - 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 AP (actuales Puntos de Atención Continuada), SUMMA112 y centros residenciales.
  - Celebración de la “III Jornada de Uso racional de antimicrobianos. Nuevas estrategias para mejorar el uso de antimicrobianos” del SERMAS, para conmemorar el Día Europeo para el Uso Prudente de los antibióticos. La Jornada se celebró el día 26 de noviembre de 2024 en el salón de actos del Hospital Universitario Ramón y Cajal.
  - 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, auto certificación de los equipos PROA hospitalarios y comunitarios, 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, e información de los nuevos objetivos de cumplimiento de uso de antimicrobianos implementados por la Comisión de la Unión Europea.

---

<sup>9</sup> [Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Adultos \(4ª edición\) \(madrid.org\)](#)

<sup>10</sup> [Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Pediatría \(4ª edición\); \(madrid.org\)](#)



- Coordinación de las reuniones de la Comisión Central de Política Antimicrobiana de la Comunidad de Madrid, con el principal objetivo de promover la implementación de medidas encaminadas a disminuir la selección y diseminación de resistencias a antimicrobianos. Esta Comisión está compuesta por 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.). Nexos de unión entre el PRAN y la CM en las actuaciones de antimicrobianos.
- Participación en el proyecto internacional “TEAM COACH”, avalado con fondos de la Unión Europea, cuyo objetivo es formar al personal sanitario que atiende a la población pediátrica en diferentes niveles de cuidado, para reducir las resistencias a antimicrobianos y posteriormente medir el impacto de esta actividad en la prescripción y utilización de los antimicrobianos.

### **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 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 donde 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, ficha técnica e infografía<sup>11</sup>.

Desde su implantación en marzo de 2017, se han realizado un total 599 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. De ellas, 120 solicitudes se han realizado en el año 2024. Además, en el año 2024 se han realizado las siguientes actuaciones:

- Inclusión del antídoto neostigmina en el procedimiento de gestión centralizada de antídotos.
- Actualización del “Listado de antídotos” en la Intranet de Farmacia: infografías y tiempo de disposición de los antídotos desde el SUMMA 112.

---

<sup>11</sup> <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/AntidotosProcedimientos.aspx>



## **2.1.6. Otras actuaciones: programa de revisión de la medicación por el Farmacéutico de Atención Primaria - 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 número de revisiones que realizan los FAP.

En 2024, los FAP realizaron 19.373 revisiones. Destaca el incremento de las revisiones integrales del tratamiento farmacológico de los pacientes, habiéndose realizado 8.406 revisiones de ese tipo en el año 2024 (4.041 en 2023). El resto de las revisiones realizadas han sido focales (6.250) o relacionadas con intervenciones como conciliación de medicación o adecuación de tratamientos a disfagia (4.717).

En mayo del 2024, se puso en marcha RevisTra, una aplicativo para facilitar y potenciar las revisiones de tratamientos de pacientes. Hasta diciembre del año 2024, los FAP han realizado informes de RevisTra a 6.731 pacientes diferentes, que han sido revisados total o parcialmente por los médicos de AP. Se han realizado 27.876 recomendaciones para optimizar los tratamientos y mejorar la seguridad de los pacientes, de las cuales el 68% han sido aceptadas por los médicos de familia.

Además, se ha potenciado la revisión de tratamientos en pacientes con más de 15 prescripciones activas y algún problema relacionado con la medicación (PRM). A final de año, se han cuantificado 15.837 pacientes en los que se ha resuelto algún PRM o se ha reducido su número de medicamentos prescritos a menos de 15.

Señalar que, como resultado de muchas de estas revisiones, destaca la continua mejora en indicadores de seguridad, así como un menor crecimiento de la polimedicación. En el año 2024, el número de pacientes con 6 o más medicamentos crónicos dispensados en oficina de farmacia es de 915.686. Aunque continúa la tendencia al alza, el aumento en 2024 ha sido de un 3,29% frente a un incremento del 5,61% en el año 2023. Los incrementos han sido inferiores al año previo en todos los tramos de polimedicación (de 6 a 10; de 11 a 15; de 16 a 20; >20 medicamentos). Del total de personas polimedicadas, un 3,4% (31.560) tienen más de 15 medicamentos.

Con respecto a la formación, en el año 2024 se realizó un 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 2024, 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 SGFPS el cual ha actualizado y adaptado los contenidos a las necesidades de la población a la que va dirigido.

En el año 2024 ha habido un incremento importante en el número de talleres impartidos a la población, habiéndose impartido 36 talleres (ocho en el año 2023), con participación de los FAP en 29 de ellos (en el año 2023 participaron en cinco).

Dentro del programa de atención farmacéutica a centros sociosanitarios dependientes de la AMAS, los farmacéuticos desarrollan su actividad presencial en estos centros residenciales proporcionando atención farmacéutica a las personas institucionalizadas en los 38 centros públicos de la CM (7.414 personas con alguna dispensación en el año 2024), han revisado 17.832 tratamientos (6.843 revisiones completas, 10.989 parciales), realizando 6.256 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 58%. 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. Resultado de estas revisiones de tratamiento, 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 2,2% en diciembre del 2023 a 1,1% en diciembre 2024. También ha disminuido el número de pacientes de 65 o más años con dosis altas de citalopram o escitalopram, pasando del 10,5% de los usuarios en tratamiento con estos fármacos en diciembre del 2023 al 8,2% en diciembre de 2024.

Por otro lado, se han revisado y difundido 10 alertas de medicamentos y ocho notas informativas de la AEMPS en estos centros sociosanitarios. Se ha revisado la preparación de medicamentos de casi 6.000 Sistemas Personalizados de Dosificación y se han notificado 72 EM durante el año 2024.

### **2.1.7. Formación.**

Se han impartido un total de dos cursos de Uso Seguro de Medicamentos coordinados por la SGFPS para profesionales del SERMAS, con un total de 119 participantes (médicos, farmacéuticos, y enfermeras).

También se han impartido un curso de Uso Seguro de Medicamentos coordinados por la SGFPS para profesionales de centros sociosanitarios de la CM, con un total de 48 participantes (médicos, farmacéuticos, y enfermeras).

## **2.2. Higiene de Manos**

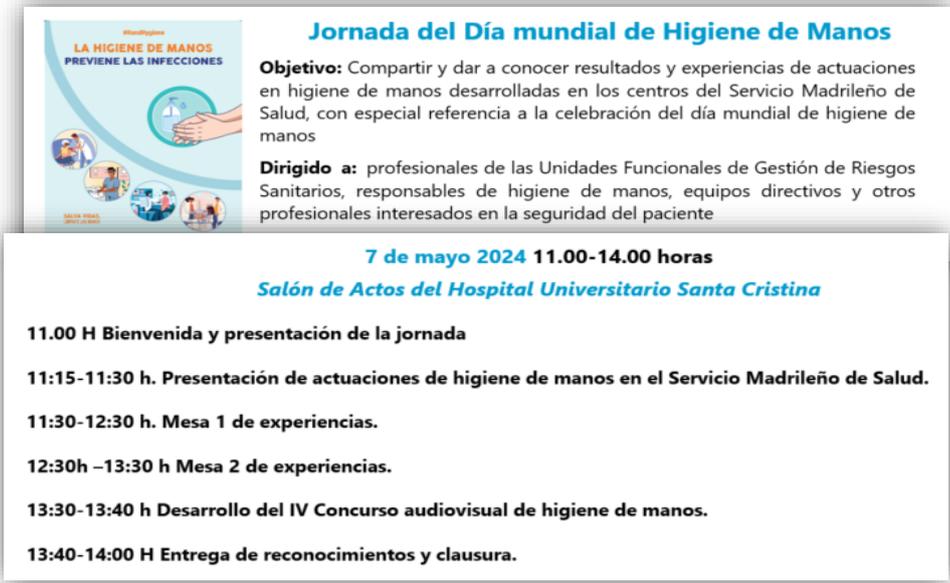
La mejora de la HM es un elemento fundamental en la prevención de las IRAS y un objetivo prioritario en SP. De este modo se incluye, de forma anual, entre los objetivos institucionales de los centros, a través de la realización de autoevaluación con la herramienta OMS,



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 2024, el día 7 de mayo, la Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente, por cuarto año consecutivo, organizó el IV Concurso Audiovisual de HM<sup>12</sup> con el objetivo de reconocer y difundir iniciativas, desarrolladas por los centros, entorno a la celebración de este día (figuras 6 y 7).

**Figuras 6 y 7. Jornada Día Mundial de Higiene de Manos.**



**Jornada del Día mundial de Higiene de Manos**

**Objetivo:** Compartir y dar a conocer resultados y experiencias de actuaciones en higiene de manos desarrolladas en los centros del Servicio Madrileño de Salud, con especial referencia a la celebración del día mundial de higiene de manos

**Dirigido a:** profesionales de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, responsables de higiene de manos, equipos directivos y otros profesionales interesados en la seguridad del paciente

**7 de mayo 2024 11.00-14.00 horas**  
**Salón de Actos del Hospital Universitario Santa Cristina**

**11.00 H** Bienvenida y presentación de la jornada

**11:15-11:30 h.** Presentación de actuaciones de higiene de manos en el Servicio Madrileño de Salud.

**11:30-12:30 h.** Mesa 1 de experiencias.

**12:30h –13:30 h** Mesa 2 de experiencias.

**13:30-13:40 h** Desarrollo del IV Concurso audiovisual de higiene de manos.

**13:40-14:00 H** Entrega de reconocimientos y clausura.

Fueron un total de 31 propuestas: 27 de hospitales y 4 de AP. La mayoría de las propuestas se elaboraron en formato vídeo, aunque también se recibieron carteles, dípticos, fotografías, presentaciones en PowerPoint, contenidos interactivos y un cómic.

<sup>12</sup> [NOTICIA OFICIAL](#)

Este último, titulado “Capitán Manos Limpias” y elaborado por el Hospital Universitario Santa Cristina, obtuvo el primer premio. El hospital Universitario 12 de Octubre y la DA Este de AP obtuvieron sendos accésits por sus trabajos “Gala Internacional de la Higiene de Manos” (vídeo) y “Ya sé que no soy perfecta” (presentación interactiva en PowerPoint), respectivamente. Las iniciativas premiadas se muestran en la imagen 1. **Imagen 1. Iniciativas premiadas del IV Concurso Audiovisual de HM.** Por su parte, los centros organizaron actividades y eventos para celebrar este día. Con toda esta información se ha realizado una memoria<sup>13</sup> publicada en la intranet Salud@.



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. Toda la información recibida se analizó y se remitió al Ministerio de Sanidad según los plazos establecidos por este. El Ministerio publica esta información a finales del 2024.

La evolución de los indicadores durante los años 2021-2024 se refleja en la tabla 11.

**Tabla 11. Indicadores del programa de HM.**

Indicadores del programa de higiene de manos	2021	2022	2023	2024
1.- % de Camas de hospitalización con PBA en la habitación.	96,7%	98,8%	99,6%	NS
2.- % de Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención.	82,3%	91,2%	93,1%	96%
3.- % Camas de UCI con PBA en el punto de atención.	98,8%	97,2%	99,8%	99,64%
4.-Consumo de PBA en hospitalización (l/1.000 estancias).	49,84	40,25	31,95	27,84
5.-Consumo PBA en UCI (l/1.000 estancias).	114,67	122,73	97,75	94,08
6.-Consumo de PBA en Atención Primaria (l/10.000 consultas).	23,07	20,1	3,66	2,91
7.- Observación del cumplimiento de Higiene de Manos.	67,4%	62,6%	62,1%	63%

PBA: Preparados de Base Alcohólica

Los datos de AP respecto al consumo del 2024, se parecen más a los años prepandemia (2018:2,7; 2019:2,8; 2020: 66,5; 2021: 23,07; 2022:20,1), se relacionan con un exceso de almacenamiento de los años anteriores. **NS:** No solicitado (no incluido entre los requerimientos del Ministerio).

<sup>13</sup> Memoria de actividades día mundial de higiene de manos 5 de mayo 2024 (madrid.org)



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

### 2.3.1. Prevalencia global de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria 2024.

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.

Los datos de este indicador proceden del Sistema para la Vigilancia en España del Centro Nacional de Epidemiología (SiViEs). 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 IRAS en Hospitales**

2022	2023	2024
6,78%	6,66%	6,11%

*Fuente: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España*

### 2.3.2. Vigilancia de la infección de localización quirúrgica 2022-2023.

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 2022 se han vigilado en la CM 24.281 procedimientos, tanto obligatorios como opcionales en 23.275 personas. Durante el año 2023 se han vigilado 23.178 procedimientos en 22.270 personas (tabla 13).

**Tabla 13. N° de procedimientos según riesgo NNIS\***

Riesgo	N° Procedimientos Qx 2022	N° Procedimientos Qx 2023 (**)
Total índice NNIS	24.281	23.178
NNIS OE	148	181
NNIS M	1.375	1.211
NNIS 0	9.502	9.376
NNIS 1	9.087	8.163
NNIS 2	2.909	2.593
NNIS 3	452	441
Indeterminado	808	1.213

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 2024.

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	N° Infecciones Nosocomiales 2022	N° Infecciones Nosocomiales 2023 (*)
ILQ Superficial	268	218
ILQ Profunda	169	159
ILQ Órgano/ Espacio	439	410
<b>Total Infecciones</b>	<b>876</b>	<b>787</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 2024.

### 2.3.3. Brotes nosocomiales 2024.

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 2024.**

Tipo de Hospital	Nº de brotes COVID notificados	Nº de brotes no COVID notificados
Alta Complejidad	13 (36,1%)	36 (72%)
Media Complejidad	14 (38,9%)	9 (18%)
Baja Complejidad	--	2 (4%)
Hospitales De Media/Larga Estancia	8 (22,2%)	2 (4%)
Otros Centros Públicos	1 (2,8%)	1 (2%)
Hospitales Privados	----	--
<b>Total</b>	<b>36 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

Fuente: Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

## 2.4. Proyectos Zero en las UCI.

Tras el impacto que la pandemia tuvo en los resultados de las IRAS dentro de las UCI, desde el consejo asesor del Ministerio de Sanidad se instó a las Comunidades Autónomas a desarrollar un plan de acción en pacientes críticos, considerando una prioridad reiniciar y reactivar los PZ.

En la CM, con la participación de profesionales referentes de los 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 cuatro objetivos secundarios y 11 actuaciones, planificadas en torno a un cronograma (Tabla 16).

Algunas de estas actuaciones se llevaron a cabo en 2021 y 2022 como parte de la reactivación inicial, mientras que otras se han venido desarrollando de forma continuada desde entonces, con objeto de favorecer el impulso de estos proyectos. Entre estas acciones continuistas (identificadas en color gris en la tabla del plan) se encuentran:

- Actualización de los profesionales referentes de las distintas UCI, llevada a cabo en mayo del 2024.
- Formación, tanto a nivel centralizado, con los cursos online sobre SP ofertados desde esta Subdirección General, como con los cursos de formación de los PZ del Ministerio de Sanidad.
- Inclusión de los resultados de los Proyectos Zero en los objetivos institucionales 2024, junto con otras acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras y para el despliegue de la SP en la UCI:
  - Indicadores de las tasas relacionados con los cuatro proyectos: BZ, NZ, RZ e ITUZ. Para su evaluación, se considera la vigilancia y registro que las UCIS de adultos hacen a través del registro "ENVIN-HELICS", durante los meses de abril a junio (“periodo ENVIN”); aunque en los casos en los que el centro hace vigilancia anual, se tienen en cuenta los resultados de todo el año.



- Desde el año 2024 se incluyó también la formación como parte del proyecto a evaluar dentro de los objetivos de calidad, considerando como meta la formación de al menos el 85% de los residentes que roten por las UCI.
  - Realización de rondas de seguridad en la UCI, que implica la participación activa de algún miembro del equipo directivo (Gerentes/ Directores/ Subdirectores/o similares) o responsables clínicos, en reuniones o visitas a las unidades con contenido en seguridad del paciente.
  - Elaboración mapas de riesgo en un área crítica seleccionada (puede ser UCI).
- Reuniones tanto con el grupo coordinador (semestrales, celebradas el 17 de mayo y el 11 de diciembre de 2024), como con los referentes de las UCI (celebrada el 21 de mayo), para el seguimiento de actuaciones y presentación de resultados de los PZ en 2023.
  - Difusión del Informe de seguimiento de los PZ 2023, elaborado por Ministerio y publicado en abril de 2024, junto con otros datos disponibles de estos proyectos presentados en las reuniones.

La última acción pendiente prevista en el marco de esta planificación, era la realización de auditorías, que tienen como finalidad conocer la situación actual de los proyectos e identificar posibles áreas de mejora, una vez superadas las limitaciones derivadas de la situación sanitaria de los últimos años. En el segundo semestre del año 2024 se llevó a cabo el diseño del protocolo de evaluación.

Su coordinación se realiza desde la SGCASP, en colaboración con la Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación (SGIME), perteneciente a la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria, que será la encargada tanto del trabajo de campo como de la posterior elaboración del informe correspondiente.

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

Actuación	Observaciones
<b>Objetivo 1: Redefinir la estructura organizativa de los proyectos</b>	
Nivel central	- Constituido en septiembre 2021. - 9 profesionales.
Nivel de las UCI	- Actualizados referentes UCI en mayo 2024
<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	- Diseñado en diciembre 2021 (78 preguntas). - Pilotaje en enero. - Remitido a UCI en abril 2022 (participan 22 hospitales-24 UCI).
Análisis datos disponibles	- Realizado en mayo y junio 2022.
Elaboración informe global e individuales	- 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>	



Actuación	Observaciones
Formación	- Cursos formación online en SP coordinados desde la SGCASP. - Cursos PZ Ministerio de Sanidad.
Contenido de los proyectos	- Difusión realizada en 2022.
Objetivos institucionales	- Incluidos en objetivos seguridad contrato de gestión 2024 los 4 PZ.
<b>Objetivo 4: Evaluación y seguimiento</b>	
Reuniones coordinación	- Grupo coordinador: 17 de mayo, 11 de diciembre 2024 - Referentes PZ UCI: 21 de mayo 2024
Elaboración informe seguimiento	- Último Informe Evaluación Nacional de los PZ Ministerio de Sanidad abril 2024. Informe Comunidad Madrid 21 mayo 2024.
Auditorías externas	- Segundo semestre 2024: elaboración del protocolo de evaluación en colaboración con la SGIME.

Fuente: Elaboración propia.

## 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 de gestión de los centros y servicios dependientes del SERMAS. Se puede ver información más detallada sobre los resultados obtenidos en el 2024, 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 2024, 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 2024 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 siete UFGRS, adaptadas a los requerimientos del Decreto 4/2021, con mayor número de profesionales asistenciales que del resto de profesionales (61%). 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 la 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:

- Prevención de la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor: implementación en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (APMadrid) la escala seleccionada para el despistaje de riesgo de adicción a opioides previo al inicio de tratamiento con estos (Opioid Risk Tool)
- Prevención de las IRAS: desarrollo de la Campaña de HM 2024
- Mejora de la seguridad de los pacientes en la gestión de pruebas diagnósticas:
  - Inclusión en el listado de preguntas de las rondas de seguridad la revisión de resultados de pruebas diagnósticas por el profesional de referencia y ante profesional ausente.
  - Realización de todas las acciones surgidas del AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) en PREVECOLON.
  - Actualización y difusión del documento normalizado de gestión de muestras biológicas.
- Mejora de la SP en el uso de medicamentos y productos sanitarios en AP:
  - Actuaciones para mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Medicamentos de Alto Riesgo en AP: Elaboración de un cuadro de mando de anticoagulación que incluye indicadores de buen control basados en tiempo de rango terapéutico, indicadores de seguridad y de complicaciones derivadas de su uso, y elaboración de un documento para la mejora de la seguridad del paciente en tratamiento con insulina en los centros de salud.
  - Análisis y abordaje de la inercia terapéutica: Realización de un análisis de situación (frecuencia, patologías, causas, barreras y dificultades, intervenciones con evidencia, impacto...).
  - Actuaciones para la mejora de la seguridad en el tratamiento de pacientes institucionalizados: Selección de una guía para el uso correcto de los medicamentos en pacientes con disfagia y difusión de la guía de uso de antimicrobianos.
- Impulso de la gestión de eventos adversos graves: incorporación de temas relacionados con la comunicación de eventos adversos graves en los cursos básicos de SP y en la formación para responsables de seguridad, además de formación a los referentes de apoyo inter pares identificados en cada CS.
- CAPC: elaboración de Recomendaciones “No Hacer” sobre úlceras por presión, bronquiolitis, benzodiacepinas y sondas.

## 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 2.786 y los siguientes cursos impartidos:

- Curso básico sobre “Seguridad del paciente” dirigido a todos los profesionales.
- Curso sobre “Seguridad en la vacunación en AP”.
- Curso sobre “Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental sanitario en AP”.
- Curso sobre la atención a las segundas víctimas involucradas en eventos adversos.
- Curso sobre seguridad del paciente dirigido a profesionales en formación (MIR/EIR).
- Sesiones formativas impartidas en los centros relacionadas con la HM.
- Sesiones impartidas en los CS del Plan de Autoformación (actualizado recientemente).
- Además, desde las Unidades Docentes, como parte del programa de formación de residentes, se imparte un curso sobre SP.

## 2.6.4. Otras actuaciones.

- Evaluación de la implantación y el impacto de las acciones derivadas del mapa de riesgos:
  - Identificación de más de 1.800 riesgos, 254 de ellos con Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) alto; Priorizados 43 riesgos.
  - Planificación y ejecución de 91 acciones de mejora (parte de ellas incluidas en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027).
  - Reducción del Índice de Prioridad de Riesgo: de 254 riesgos con IPR “alto” a 250 riesgos con IPR “moderado”.
  - Evaluación de la implementación de las medidas: tres cuartas partes de los profesionales conocían y aplicaban las acciones, y las percibían como útiles.
  - Estimación del impacto: Se estima que las acciones derivadas del mapa de riesgos estarían evitando daño a 15.000 pacientes al año.
- Método de revisión de historias clínicas (HC) con Trigger Tool (TriggerPrim®):
  - Implementación en 20 CS.
  - Implicación de más de 60 profesionales en la revisión periódica de HC en busca de incidentes de seguridad.
  - Revisión de más de 1.500 HC.
  - Identificación de más de 100 Incidentes de Seguridad ocultos.
  - Incorporación en el Sistema de Información de Atención Primaria (eSOAP) un “indicador” que permite la obtención automática de HC con Trigger para revisar.
- Se ha realizado un estudio del impacto de las rondas de seguridad en las notificaciones.

## 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 2024 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 34 hospitales, siete DA de AP, y en la UCR del SERMAS.

Dentro del marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente SERMAS 2027, desde la SGCASP 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 tres objetivos estratégicos con nueve 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 2024, 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 el marco de la extensión de la aplicación a otras gerencias asistenciales, a finales de 2024 se desarrolló un nuevo entorno de notificación específico para el SUMMA 112, diseñado para dar respuesta a las particularidades de su estructura organizativa y de su modelo de asistencia sanitaria. Actualmente, este entorno se encuentra en fase de revisión y pruebas, como paso previo a su implantación definitiva.

Asimismo, en ese mismo periodo, el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla se incorporó a la herramienta, iniciando el proceso de notificación de incidentes a través de ella, lo que supone un avance significativo en la expansión del sistema a nuevos ámbitos asistenciales.

También, de forma continuada y a demanda de los usuarios (habitualmente los responsables de las UFGRS, desde la SGCASP, 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 PUSM evitando la duplicidad de estas notificaciones.

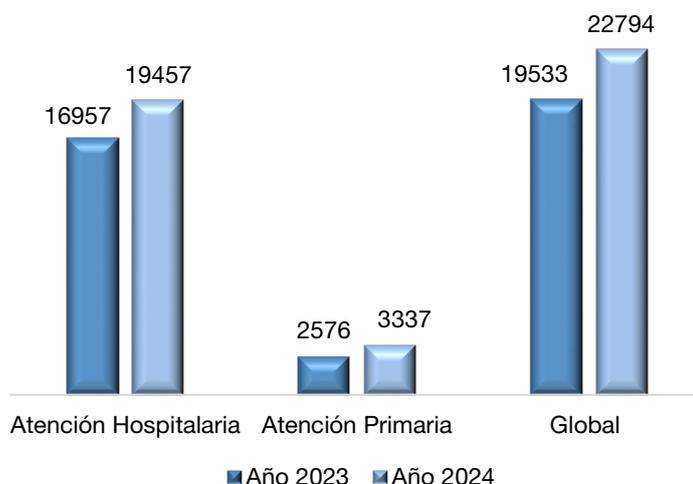


Durante el año 2024, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 22.297 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 16,7% con respecto al año previo.

Analizando estas cifras por ámbitos asistenciales, del total de notificaciones, el 85,4% corresponde a hospitales (donde han notificado 34 centros) y el 14,6% restante a CS de las 7 DA de AP.

Comparando las notificaciones por ámbito con el periodo 2023 (figura 9), el aumento ha sido mayor en AP (+29,5%) respecto a Atención Hospitalaria (+14,7%).

**Figura 9. N° de notificaciones por ámbito asistencial.**



Del total de notificaciones por IS y EM (22.794), 16.486 corresponde a IS y 6.308 (28,0%) corresponden a EM. En la figura 10 podemos ver la comparativa de las notificaciones en los años 2023-2024.

**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

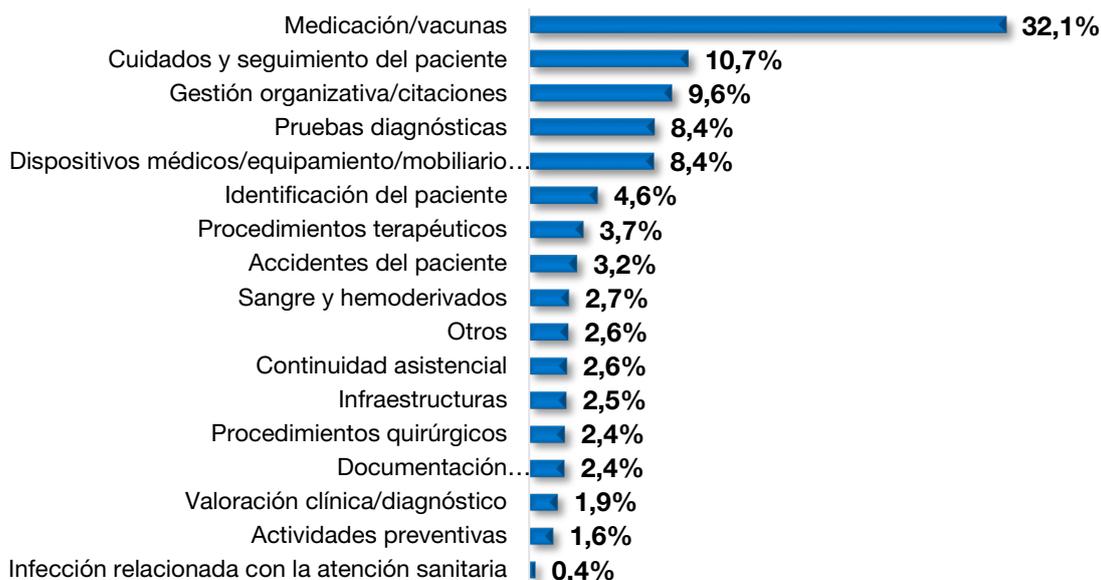


determinar si la notificación recibida constituye un IS. En el año 2024, de las 22.794 notificaciones recibidas, 21.853 (95,9%) han sido revisadas o valoradas por las UFGRS.

Si desglosamos por áreas, en AP se han revisado o valorado un 99,0% (3.303) de sus notificaciones, mientras que en Hospitales el 95,3% (18.550). El 79,2% (17.299) del total de las notificaciones realizadas fueron considerados IS (el 72,7% (2.400) en AP y 80,3% (14.899) en Hospitales).

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

**Figura 11. Distribución de incidentes según tipo.**



Los factores contribuyentes o condiciones latentes son una parte esencial de los sistemas de notificación, ya que su registro permite identificar las causas menos inmediatas que, pueden tratarse como áreas a mejorar para que no se produzca la recurrencia de las "acciones inseguras".

Se pueden dar más de uno simultáneamente que contribuyan a la aparición de un incidente, por esta razón en número total de factores contribuyentes es mayor que los incidentes identificados.

En este sentido, los factores contribuyentes más frecuentes son los factores ligados al personal (10.164; 37,2%), seguidos de los factores de la organización/de los servicios (8.393; 30,7%).

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

De los IS analizados (13.792), se establecieron acciones de mejora y se remitieron informe al profesional en 13.172, lo que representa un 95,5% con respecto a los incidentes que fueron analizados. En la tabla 18 se muestra los datos globales y por ámbito asistencial.

**Tabla 18. Informes validados 2024: global y por ámbito asistencial.**



	Incidentes identificados	Incidentes analizados	Incidentes con informe validado (al profesional con acciones de mejora)	% Incidentes con informe validado con respecto a identificados	% Incidentes con informe validado con respecto a analizados
Hospitales	14.899	11.499	10.999	73,8%	95,7%
Atención Primaria	2.400	2.293	2.173	90,5%	94,8%
<b>Total</b>	<b>17.299</b>	<b>13.792</b>	<b>13.172</b>	<b>76,1%</b>	<b>95,5%</b>

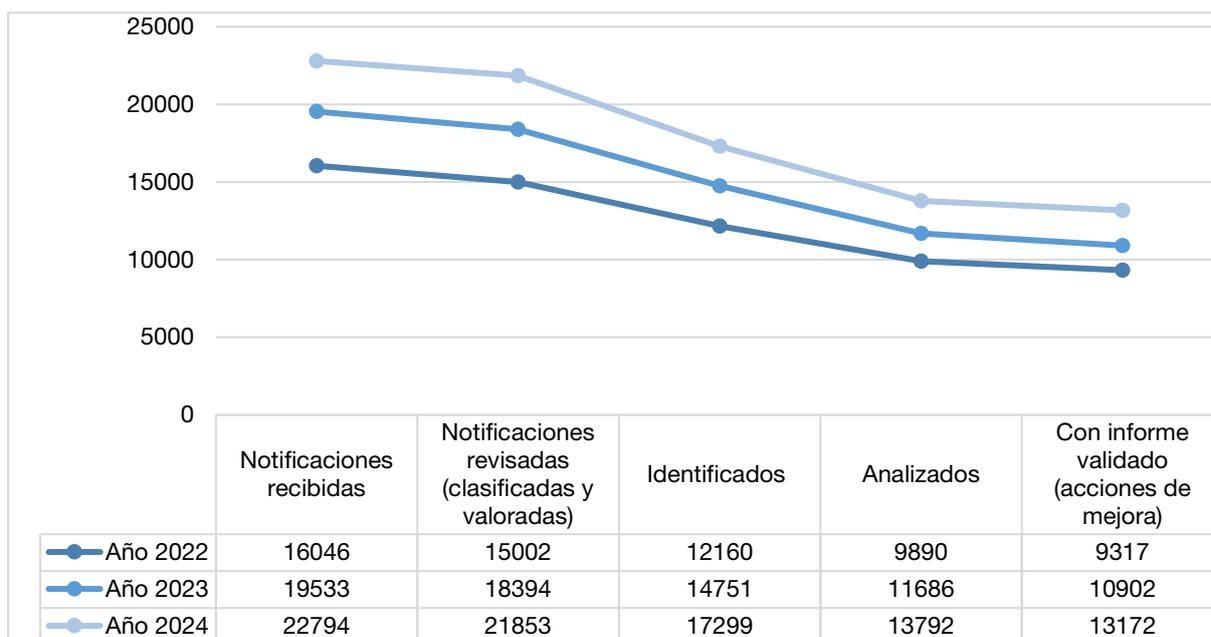
Fuente: CISEMadrid.

Las actuaciones de mejora según el tipo de incidente, las más frecuentes se refieren a medicación/vacunas (39,2%) y cuidados y seguimiento del paciente (10,0%).

Como resultado global de la UFGRS, se han elaborado 85 recomendaciones de seguridad generalizables y 165 prácticas seguras locales y 19 generalizables, 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 2024 y su comparación con respecto a 2023 y 2022.

**Figura 12. Resumen del proceso de gestión de las notificaciones 2022-2023-2024.**



Fuente: CISEMadrid

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 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS](#).



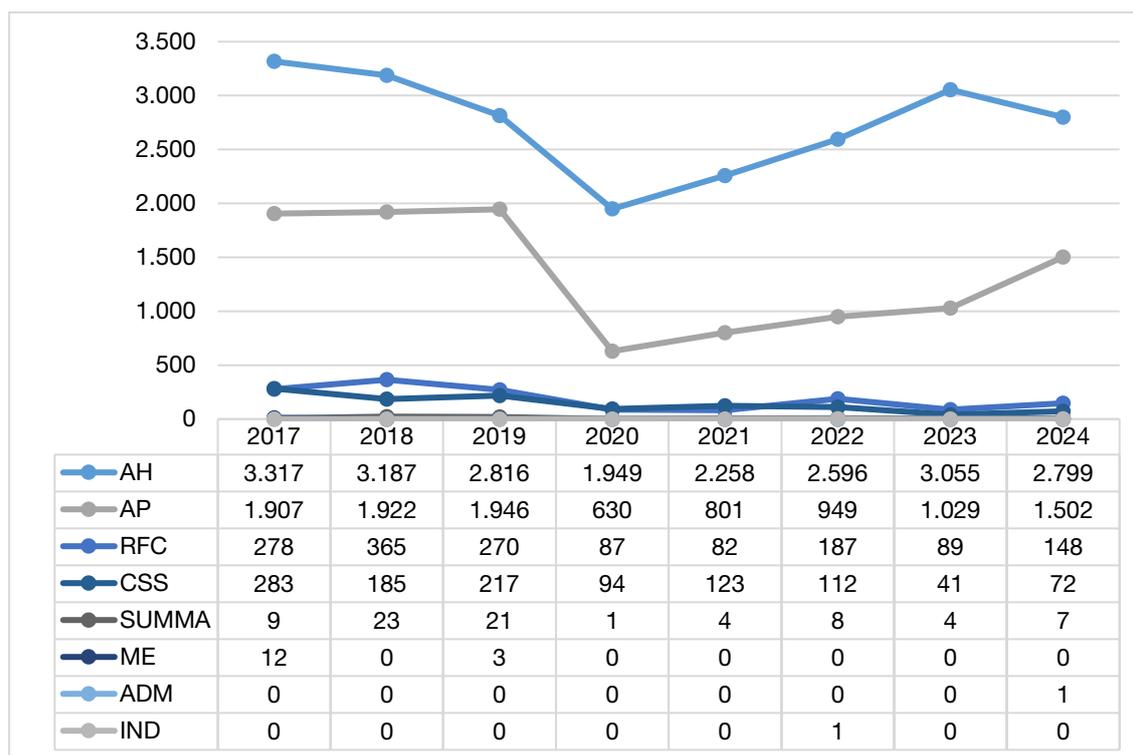
### 3.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento.

En el PUSM se notifican 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 [2.1.1 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 2024 se notificaron 4.529 EM. Con respecto al año 2023, se ha producido un aumento del 7%. Datos que pueden objetivarse en la figura 13.

Figura 13. Evolución de los EM registrados 2019-2024.



Fuente PUSM. AH: Atención Hospitalaria; AP: Atención Primaria; RFC: Red de Farmacias Centinela; CSS: Centros Socio-Sanitarios; ME: Medicamentos Extranjeros; ADM: Administrador. IND: Industria.

La participación en el Programa de Notificación de EM ha sido durante el año 2024 de un 61,8% en el ámbito hospitalario, de un 33,16% en el ámbito de AP, de un 3,27% en la RFC, de un 1,59% en los centros socio-sanitarios y residencias de mayores y del 0,15% 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 2023-2024.**

	Nº EM 2023	Nº EM 2024	Variación 2024 vs 2023	% Variación 2024 vs 2023	% Participación 2024
RFC	89	148	59	66%	3,27%
UFGRS AH	3.055	2.799	-256	-8%	61,80%
UFGRS AP	1.029	1.502	473	46%	33,16%
CSS-RES	41	72	31	76%	1,59%
SUMMA 112	4	7	3	75%	0,15%
ADM	0	1	1	-	0,02%
<b>Total</b>	<b>4.218</b>	<b>4.529</b>	<b>311</b>	<b>7%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: PUSM. 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; ADM: Administrador.

### 3.2. Actividades de formación.

Dentro de las actividades formativas ofertadas y coordinadas por la SGCASP se incluyen, por un lado, cursos básicos online en abierto, disponibles los 365 días del año, y por otro, cursos acreditados en distintas áreas de la seguridad del paciente. En conjunto, durante el año 2024, se han desarrollado ocho ediciones formativas.

Como novedad en 2024, se han incorporado tres nuevos cursos, que amplían la oferta formativa en áreas clave de la seguridad del paciente:

- Básico de CISEMadrid (5 horas).
- CISEMadrid: Sistema de comunicación de incidentes de seguridad y errores de medicación (20 horas).
- Seguridad del Paciente en Pediatría (5 horas).

Estos cursos están dirigidos a profesionales sanitarios, con especial atención a los miembros de las UFGRS y a los responsables de seguridad del paciente de los distintos servicios y centros. El total de alumnos formados ha sido de 8.585. En la tabla 20 se recogen los diferentes cursos, ediciones realizadas y fechas de los mismos.

**Tabla 20. Actividades de formación impulsadas por la SGCASP en el 2024.**

Actividades 2023 No presenciales (Online)	Dirigido a:	Nº Alumnos Finalizados	Fechas
Seguridad del paciente en Pediatría ( <i>novedad 2024</i> )	Personal directivo de los centros sanitarios del SERMAS y de la Consejería de Sanidad. Responsables de seguridad.	483	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Del 8 al 21 de abril.</li> <li>▪ Del 28 octubre al 10 de noviembre.</li> </ul>
CISEMadrid: sistema de comunicación de incidentes de seguridad y errores de medicación ( <i>novedad 2024</i> )	Profesionales que van a participar en la gestión de las notificaciones; miembros UFGRS y Responsables de Seguridad de servicios o unidades.	353	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Del 13 de mayo al 10 de junio.</li> <li>▪ Del 14 de octubre al 11 de noviembre.</li> </ul>



Actividades 2023 No presenciales (Online)	Dirigido a:	Nº Alumnos Finalizados	Fechas
Higiene de manos online	Profesionales sanitarios de centros del Servicio Madrileño de Salud.	696	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Del 18 de marzo al 2 de abril.</li> <li>▪ Del 20 de mayo al 2 de junio.</li> </ul>
Curso Gestión Riesgos Sanitarios online	Profesionales sanitarios, miembros UFGRS, coordinadores calidad.	332	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Del 27 de mayo al 10 de junio.</li> <li>▪ Del 23 de septiembre al 13 de octubre.</li> </ul>
Curso Básico online de Higiene de Manos*	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad.	3.362	Continuado Del 1/1 al 31/12 (abierto todo el año)
Curso básico de Seguridad del Paciente*	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad.	2.461	
Básico CISEMadrid* (novedad 2024)	Todos los profesionales de la Consejería de Sanidad.	598	
<b>Total Alumnos</b>		<b>8.585</b>	

Fuente: Formadrid. 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.**

Ámbito Asistencial	Nº Alumnos finalizados			
	Básicos	Acreditados	Total	%
Hospitales	4.906	1.317	6.223	72,5%
Atención Primaria	1.682	492	2.174	25,3%
SUMMA 112	77	42	119	1,4%
Otros	58	11	69	0,8
<b>Total</b>	<b>6.723</b>	<b>1.862</b>	<b>8.585</b>	<b>100%</b>

Fuente: Formadrid.

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

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

Categoría Profesional	Nº Alumnos Finalizados	%
Enfermera/o	2.426	28,26%
Técnico En Cuidados Auxiliares De Enfermería	1.762	20,52%
Médico Especialista	1.387	16,16%
Grupo Administrativo	1.453	16,92%
Otras Profesiones Sanitarias	603	7,02%
Mantenimiento – Hostelería - Administración General	745	8,68%
Directivo	16	0,19%
Residente (Sólo Formación Básica)	178	2,07%
Otros	15	0,17%



<b>Categoría Profesional</b>	<b>Nº Alumnos Finalizados</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>8.585</b>	<b>100%</b>

Fuente: ForMadrid.

Durante el año 2024 se ha desarrollado la virtualización del curso de “Seguridad del paciente en urgencias y emergencias” y actualización del curso de “Seguridad del paciente para directivos”

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.

El 18 de marzo de 2024 se celebró la Jornada de los III Reconocimientos a las mejores prácticas en Seguridad del Paciente en el Hospital Ramón y Cajal. La convocatoria fue lanzada en el 2023.

Durante este acto, las presentaciones de estas prácticas fueron valoradas por el Comité de Selección. El resultado de estas valoraciones, junto con la puntuación obtenida en la primera fase, determinó las prácticas reconocidas con las puntuaciones más altas: un proyecto ganador y cuatro accésits (hospitales, AP, SUMMA 112 y Organizaciones de ámbito privado).

**Tabla 23. Iniciativas premiadas**

<b>III Reconocimientos a las Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente</b>	
Proyecto Ganador	Estrategia multimodal y multidisciplinar para la disminución de la incidencia de las bacteriemias en un hospital de tercer nivel. H.U. Puerta de Hierro Majadahonda.
Accésit Proyecto en Hospitales	Prácticas en seguridad para el uso del medicamento en el paciente quirúrgico. H.G.U. Gregorio Marañón.
Accésit Proyecto en Atención Primaria	Proyecto TriggerPrim: Construcción, Validación, Implementación y Evaluación de la implementación de un conjunto reducido de trigger de alto rendimiento en Atención Primaria para identificar Eventos Adversos globales y aprender de ellos. Gerencia de Atención Primaria. Área de Procesos y Calidad.
Accésit Proyecto SUMMA112	Efectividad y Seguridad del Paciente en el traslado sanitario de personas con Obesidad Mórbida. SUMMA 112.
Accésit Proyecto en Organizaciones de ámbito privado	Checklist de traslados en urgencias. H.U. Ruber Juan Bravo.

Fuente: ForMadrid.

Con el objetivo de fomentar la cultura sobre prácticas innecesarias entre los profesionales, se organizó de manera conjunta entre la SGCASP y el CAPC del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, la II Jornada de Adecuación de la Práctica Asistencial.



Desde la SGCASP se convocó en junio un concurso de comunicaciones para participar en esta Jornada. Se recibieron 40 comunicaciones (34 de hospitales, dos de AP, y cuatro de SUMMA 112), y tras la evaluación por el comité de selección, cinco fueron las seleccionadas para participar como ponencias en la jornada.

Dentro de la jornada se presentaron las diferentes actuaciones que se llevan a cabo en la SGCASP, y la memoria de actividades de los CAPC 2023.

La difusión de las experiencias presentadas a en estas jornadas facilita que puedan ser compartidas por los centros y sus profesionales, pudiendo servir como modelo para su aplicación en diferentes contextos, por lo que, como en años previos, se incluyeron en el “banco de buenas prácticas en gestión de calidad”<sup>14</sup>, de la intranet Salud@, de la Consejería de Sanidad.

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

Mantener una comunicación fluida con toda la organización es una actividad transversal que redonda en el impulso de la cultura de seguridad. 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 y la web corporativa de la Comunidad de Madrid, como es el caso de la Biblioteca breve. En la tabla 24 se muestran los documentos publicados y sus enlaces.

**Tabla 24. Difusión del conocimiento en Seguridad del Paciente.**

DOCUMENTOS PUBLICADOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2023<sup>15</sup></li><li>• 2 Informes de actividad de las UFGRS (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo<sup>16</sup></li><li>• Memoria de actuaciones del Día mundial de HM 2023<sup>17</sup></li></ul>
JORNADAS

<sup>14</sup> <https://saludadv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/BuenasPracticas.aspx>

<sup>15</sup> [Observatorio Regional de Seguridad del Paciente | Comunidad de Madrid](#)

<sup>16</sup> [Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente \(madrid.org\)](#)

<sup>17</sup> [Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente \(madrid.org\)](#)



- 2 Jornadas de trabajo de las UFGRS.
  - Jornada UFGRS. 20 de marzo.
  - Jornada UFGRS. 14 de octubre.
- 2 Jornada de trabajo, con el grupo coordinador central y referentes de los hospitales de PZ en UCI del SERMAS.
  - Jornada Grupo coordinador. 17 de mayo.
  - Jornada Referentes PZ. 21 de mayo.
- Día Mundial de Higiene de Manos. D.G. Humanización, Atención y Seguridad del Paciente. 7 de mayo.
- Jornada Día Mundial de Seguridad del Paciente “Diagnósticos correctos, pacientes seguros”. Ministerio de Sanidad. 17 de septiembre.
- I Jornada de la Mesa Madrileña de la Comunidad de Madrid. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. 19 de septiembre.
- II Jornada de Adecuación de la Práctica Asistencial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 23 de octubre.



<b>PORTAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INTRANET CORPORATIVA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Observatorio Regional de Seguridad del Paciente.</li><li>• Área Estrategia de Seguridad.</li><li>• Área UFGRS.</li><li>• Área Proyectos de Seguridad (Higiene de manos, Seguridad en UCI, Seguridad en cirugía)</li><li>• Área Comités de Adecuación.</li><li>• Área Formación.</li></ul>
<b>OBSERVATORIO DE RESULTADOS<sup>18</sup></b>
<p>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.</p> <p>Está accesible en el portal salud y se pueden desglosar por centro y proporciona información anual desde 2013.</p>

*Fuente: Elaboración propia. DG: Dirección General; HM: Higiene de Manos; SP: Seguridad del Paciente; UFGRS: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; PZ: Proyectos Zero;*

<sup>18</sup> <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>



## ANEXOS

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

UNIDAD FUNCIONAL	Nº MIEMBROS	RESP. SEGURIDAD	Nº OBJETIVOS	Nº REUNIONES
H. El Escorial	14	13	5	11
H.U. del Henares	34	18	16	6
H. U. Infanta Cristina	10	59	6	4
H. U. Infanta Elena	23	66	38	9
H. del Sureste	35	36	11	8
H. del Tajo	16	40	22	11
<b>PROMEDIO GRUPO 1</b>	<b>22,0</b>	<b>38,7</b>	<b>16,3</b>	<b>8,2</b>
H.U. Infanta Leonor	25	65	17	10
H.U. Infanta Sofía	19	47	12	11
H.U. Fundación Alcorcón	16	61	26	10
H.U. de Fuenlabrada	23	47	7	6
H.U. de Getafe	12	81	19	9
H.U. de Móstoles	15	57	10	12
H.U. Príncipe de Asturias	11	93	11	7
H.U. Severo Ochoa	23	60	8	11
H. Gómez Ulla	17	71	14	6
H. de Torrejón	58	23	20	9
H. Rey Juan Carlos	29	81	21	9
H. G. Villalba	29	74	26	6
H.I.U. Niño Jesús	15	110	8	6
<b>PROMEDIO GRUPO 2</b>	<b>22,5</b>	<b>66,9</b>	<b>15,3</b>	<b>8,6</b>
H. U. Fundación Jiménez Díaz	31	89	24	11
H.U. 12 de Octubre	32	203	15	11
H. Clínico San Carlos	34	123	5	19
H.G.U. Gregorio Marañón	32	329	21	8
H.U. La Paz	50	234	7	35
H.U. La Princesa	18	113	11	11
H.U. Puerta de Hierro	29	116	13	12
H.U. Ramón y Cajal	16	230	9	9
H. E. E. Isabel Zendal*	10	0	11	6
<b>PROMEDIO GRUPO 3</b>	<b>30,3</b>	<b>179,6</b>	<b>13,1</b>	<b>14,5</b>
H. Cruz Roja	14	24	13	6
H.U. Santa Cristina	15	24	13	11
<b>PROMEDIO GRUPO Apoyo</b>	<b>14,5</b>	<b>24,0</b>	<b>13,0</b>	<b>8,5</b>
H. de Guadarrama	20	7	25	10
H. La Fuenfría	14	6	14	11
H. Virgen de la Poveda	14	9	9	5
H. U. José Germain	16	7	16	13
H. Dr. Rodríguez Lafora	22	7	9	8
UCR*	4	14	2	4
<b>PROMEDIO GRUPO ME,Psiqu UCR.</b>	<b>17,2</b>	<b>7,2</b>	<b>14,6</b>	<b>9,4</b>
D.A. Centro	17	78	8	10
D.A. Norte	14	36	10	10
D.A. Este	15	37	8	9
D.A. Sureste	16	39	5	10
D.A. Sur	17	40	10	9
D.A. Oeste	15	31	8	8
D.A. Noroeste	14	53	11	9
<b>PROMEDIO AT. PRIMARIA</b>	<b>15,4</b>	<b>44,9</b>	<b>8,6</b>	<b>9,3</b>
SUMMA 112	20	15	10	20



## ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS.

UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>									
H. EL ESCORIAL	270	255	94,4%	165	64,7%	120	72,7%	116	70,3%
HU HENARES	225	204	90,7%	155	76,0%	141	91,0%	140	90,3%
HU SURESTE	353	297	84,1%	231	77,8%	182	78,8%	174	75,3%
HU TAJO	214	214	100,0%	183	85,5%	143	78,1%	138	75,4%
HU INFANTA CRISTINA	640	640	100,0%	530	82,8%	476	89,8%	459	86,6%
HU INFANTA ELENA	418	366	87,6%	279	76,2%	177	63,4%	175	62,7%
<b>PROMEDIO Grupo 1</b>	<b>353</b>	<b>329</b>	<b>93,2%</b>	<b>257</b>	<b>78,1%</b>	<b>206</b>	<b>80,3%</b>	<b>200</b>	<b>77,9%</b>
HG VILLALBA	336	323	96,1%	293	90,7%	192	65,5%	188	64,2%
HGD GOMEZ ULLA*	31	4	12,9%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
HIU NIÑO JESÚS	526	464	88,2%	337	72,6%	284	84,3%	281	83,4%
HU FUENLABRADA	338	338	100,0%	244	72,2%	128	52,5%	101	41,4%
HU GETAFE	619	618	99,8%	393	63,6%	334	85,0%	325	82,7%
HU MÓSTOLES	307	288	93,8%	234	81,3%	190	81,2%	169	72,2%
HU TORREJÓN	266	262	98,5%	261	99,6%	261	100,0%	258	98,9%
HU FUNDACIÓN ALCORCÓN	546	545	99,8%	515	94,5%	489	95,0%	472	91,7%
HU INFANTA LEONOR - VIRGEN TORRE	504	445	88,3%	306	68,8%	236	77,1%	223	72,9%
HU INFANTA SOFÍA	388	388	100,0%	351	90,5%	313	89,2%	309	88,0%
HU PRÍNCIPE DE ASTURIAS	1210	1180	97,5%	940	79,7%	840	89,4%	834	88,7%
HU REY JUAN CARLOS	470	418	88,9%	333	79,7%	193	58,0%	155	46,5%
HU SEVERO OCHOA	376	367	97,6%	310	84,5%	261	84,2%	252	81,3%
<b>PROMEDIO Grupo 2</b>	<b>455</b>	<b>434</b>	<b>95,4%</b>	<b>348</b>	<b>80,1%</b>	<b>286</b>	<b>82,3%</b>	<b>274</b>	<b>78,9%</b>
HU FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	928	907	97,7%	837	92,3%	702	83,9%	653	78,0%
HGU GREGORIO MARAÑÓN	2327	2309	99,2%	1729	74,9%	1265	73,2%	1256	72,6%



**Memoria de actuaciones de Seguridad del Paciente.**  
**Observatorio Regional de Seguridad del Paciente**

**61**

UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
HU 12 DE OCTUBRE	1957	1915	97,9%	1503	78,5%	922	61,3%	887	59,0%
HU CLÍNICO SAN CARLOS	727	707	97,2%	493	69,7%	329	66,7%	290	58,8%
HU LA PRINCESA	582	455	78,2%	367	80,7%	319	86,9%	302	82,3%
HU LA PAZ - CANTOBLANCO H. CARLOS III	1415	1410	99,6%	1224	86,8%	947	77,4%	873	71,3%
HU PUERTA DE HIERRO	1524	1373	90,1%	1154	84,0%	660	57,2%	605	52,4%
HU RAMÓN Y CAJAL	514	513	99,8%	378	73,7%	274	72,5%	271	71,7%
<b>PROMEDIO Grupo 3</b>	<b>1247</b>	<b>1199</b>	<b>96,1%</b>	<b>961</b>	<b>80,1%</b>	<b>677</b>	<b>70,5%</b>	<b>642</b>	<b>66,8%</b>
HC CRUZ ROJA	163	152	93,3%	136	89,5%	130	95,6%	127	93,4%
HU SANTA CRISTINA	233	233	100,0%	197	84,5%	197	100,0%	197	100,0%
<b>PROMEDIO Grupo apoyo</b>	<b>198</b>	<b>193</b>	<b>97,2%</b>	<b>167</b>	<b>86,5%</b>	<b>164</b>	<b>98,2%</b>	<b>162</b>	<b>97,3%</b>
H GUADARRAMA	147	147	100,0%	132	89,8%	132	100,0%	132	100,0%
H DR. R. LAFORA	169	112	66,3%	58	51,8%	56	96,6%	51	87,9%
H LA FUENFRÍA	175	175	100,0%	166	94,9%	165	99,4%	164	98,8%
H VIRGEN DE LA POVEDA	109	109	100,0%	94	86,2%	82	87,2%	81	86,2%
HU JOSÉ GERMAIN	394	394	100,0%	353	89,6%	348	98,6%	340	96,3%
UCR	26	23	88,5%	16	69,6%	11	68,8%	1	6,3%
<b>PROMEDIO Grupo ME/PSQ/UCR</b>	<b>170</b>	<b>187</b>	<b>94,1%</b>	<b>137</b>	<b>85,3%</b>	<b>132</b>	<b>96,9%</b>	<b>128</b>	<b>93,9%</b>
H. EMERGENCIAS ENF. ISABEL ZENDAL	30	0	0,0%	0		0		0	
<b>PROMEDIO AH</b>	<b>540</b>	<b>515</b>	<b>95,3%</b>	<b>414</b>	<b>80,3%</b>	<b>319</b>	<b>77,2%</b>	<b>306</b>	<b>73,8%</b>
<b>Total Atención Hospitalaria</b>	<b>19.457</b>	<b>18.550</b>	<b>95,3%</b>	<b>14.899</b>	<b>80,3%</b>	<b>11.499</b>	<b>77,2%</b>	<b>10.999</b>	<b>73,8%</b>
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>									
DA Centro	497	491	98,8%	325	66,2%	320	98,5%	313	96,3%



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
DA Este	388	384	99,0%	302	78,6%	297	98,3%	295	97,7%
DA Noroeste	418	412	98,6%	311	75,5%	308	99,0%	255	82,0%
DA Norte	328	327	99,7%	259	79,2%	258	99,6%	254	98,1%
DA Oeste	485	484	99,8%	350	72,3%	331	94,6%	287	82,0%
DA Sur	644	634	98,4%	438	69,1%	403	92,0%	395	90,2%
DA Sureste	577	571	99,0%	415	72,7%	376	90,6%	374	90,1%
<b>PROMEDIO AP</b>	<b>477</b>	<b>472</b>	<b>99,0%</b>	<b>343</b>	<b>72,7%</b>	<b>328</b>	<b>95,5%</b>	<b>310</b>	<b>90,5%</b>
<b>Total Atención Primaria</b>	<b>3.337</b>	<b>3.303</b>	<b>99,0%</b>	<b>2.400</b>	<b>72,7%</b>	<b>2.293</b>	<b>95,5%</b>	<b>2.173</b>	<b>90,5%</b>
<b>Otros (fuente no CISEMadrid)</b>									
GERENCIA SUMMA	165	165	100,0%	111	67,3%	111	100,0%	81	73,0%
Hospital Gómez Ulla	164	164	100,0%	144	87,8%	144	100,0%	144	100,0%



En este documento se presenta la Memoria de Actuaciones de Seguridad del Paciente.  
Observatorio Regional de Seguridad del Paciente. Año 2024



Dirección General de Humanización,  
Atención y Seguridad del Paciente  
CONSEJERÍA DE SANIDAD