

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

AÑO 2025



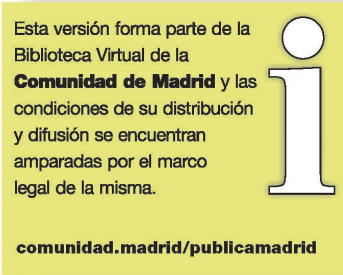
**Comunidad
de Madrid**

MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Observatorio Regional de Seguridad del Paciente Año 2025



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



© Comunidad de Madrid

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

Soporte: Archivo electrónico

Año de edición: 2026

Publicado en España – *Published in Spain*



ÍNDICE

ACRÓNIMOS	6
RESUMEN EJECUTIVO.....	7
0. INTRODUCCIÓN	9
1. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN.....	10
1.1. Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027: Implantación y seguimiento.	10
1.2. Objetivos institucionales.....	15
1.2.1. Acciones desarrolladas para el despliegue de la SP.	16
1.2.2. Acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras.....	20
1.3. Actividades de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.	24
1.3.1. Estructura/Organización.	25
1.3.2. Actividad.	26
1.4. Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.....	27
1.4.1. Estructura/Organización.	27
1.4.2. Actividad de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica.....	28
1.5. Otras Actuaciones.	29
1.5.1. Impulsar actuaciones de la Mesa Madrileña por la SP de la Comunidad de Madrid.	29
1.5.2. Marco de reconocimiento de las organizaciones sanitarias excelentes en seguridad del paciente.	30
1.5.3. Participación en el Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad.	31
1.5.4. Seguridad del paciente en centros residenciales.....	31
2. PRÁCTICAS SEGURAS	33
2.1. Uso seguro del medicamento	33
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.....	33
2.1.2. Intervenciones para minimizar los riesgos asociados a problemas en la prescripción de medicamentos.....	37
2.1.3. Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodíacepinas.....	37
2.1.4. Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la CM... ..	38
2.1.5. Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA 112 y los hospitales del SERMAS.....	40



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.....	40
2.1.7. Formación.	42
2.2. Higiene de Manos	42
2.3. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.	44
2.3.1. Prevalencia global de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria 2025.	44
2.3.2. Vigilancia de la infección de localización quirúrgica 2023-2024.	45
2.3.3. Brotes nosocomiales 2025.....	46
2.4. Proyectos Zero en las UCI.	47
2.5. Seguridad del paciente quirúrgico.	48
2.6 Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.	49
2.6.1. Infraestructura organizativa.....	49
2.6.2. Objetivos y actuaciones en materia de seguridad.	49
2.6.3. Formación.	50
2.6.4. Otras actuaciones.	50
3. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO	51
3.1. Sistemas de notificación y aprendizaje.	51
3.1.1. Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid	52
3.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento.	56
3.2. Actividades de formación.....	57
3.3. Comunicación y difusión del conocimiento.....	59
3.3.1. Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente.	59
3.3.2. Impulsar y coordinar los proyectos institucionales sobre Seguridad del Paciente.	61
ANEXOS	63
ANEXO 1: Descripción de la organización, nº objetivos y reuniones por UFGRS	63
ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS.....	64

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
ENVIN-HELICS - Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI
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
ITU-SU - Infección del tracto urinario asociada a sonda uretral
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
PBA - Preparados de base alcohólica
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
SP - Seguridad del Paciente
SUMMA - Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid
UCI - Unidad de Cuidados Intensivos
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 2025.

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 año 2025 se programaron en su Plan de Acción 298 actuaciones. De ellas, el 11,1% (33) se han finalizado, el 33,2% (99) se han completado en este año, y el 48,0% (143) están en desarrollo. Por otra parte, solo un 7,4% (22) se han reprogramado y una actuación (0,3%) ha sido cancelada. Lo cual indica que, en conjunto, el 92,3% de las actuaciones planificadas durante el 2025 se encuentran en ejecución.

Para asegurar el despliegue de la Seguridad del Paciente (SP) en los centros, se establecieron [objetivos institucionales en el contrato de gestión del año 2025](#).

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 71,0% de los hospitales han cumplido con todas las metas definidas en las tres acciones planteadas para el despliegue de SP. 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 63% en Unidad Central de

Radiodiagnóstico (UCR) y del 100% 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), con un cumplimiento en hospitales del 95,9%, mientras que, en AP, SUMMA 112, UCR y CT el cumplimiento global ha sido del 100%.

En el caso de los hospitales, estos objetivos también incluyen los Proyectos Zero en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con un grado de cumplimiento del 97,8%, la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico y la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), con un grado de cumplimiento del 97,2%.

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). El número de miembros, objetivos y reuniones de estas Unidades, pueden verse en la siguiente tabla:

Organización UFGRS	
N.º Miembros	935
N.º Objetivos establecidos	601
Promedio reuniones/año	9
N.º Responsables de seguridad	3.012

En relación con los resultados de su actividad, en 2025 se elaboraron más de 600 materiales destinados a promover la cultura de seguridad.

Por otro lado, los [Comités de Adecuación de la Práctica Clínica](#) (CAPC) están conformados por 565 profesionales y han desarrollado más de 500 actividades.



En el año 2025, se ha celebrado la [II Jornada de 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 (RFC); la estrategia para la reducción del uso crónico de benzodicepinas; 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 2025 se han notificado 4.965 errores de medicación, suponiendo un incremento del 9,6% con respecto al año 2024.

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 V Concurso Audiovisual de HM concediendo galardones en los diferentes ámbitos asistenciales de entre las 33 iniciativas presentadas.

En relación a la [vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria \(IRAS\)](#), se objetivó una prevalencia del 5,98%.

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 la elaboración de recomendaciones “No Hacer”.

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, y en hospitales.

Los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de 25.246 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 10,8%. De esas notificaciones, fueron identificados 18.605 como incidentes de seguridad, se analizaron 15.408 y se definieron 14.798 acciones de mejora.

Durante el 2025 se celebraron distintas Jornadas, en las que destacan la jornada de entrega de los [IV 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 10 actividades online diferentes, y 15 ediciones en conjunto. El total de alumnos formados ha sido de 8.297. Además, se ha desarrollado la virtualización del curso: “Seguridad del paciente en Ginecología y Obstetricia”.



INTRODUCCIÓN

El Observatorio Regional de Seguridad del Paciente¹, 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 preside 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 2025 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 2027² (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 2025 y la evaluación de su implementación, el cumplimiento de los objetivos institucionales de SP, la actividad de las UFGRS, la actividad de los Comités de Adecuación de la Práctica Clínica, y otras actuaciones en materia de SP.
- **Prácticas seguras:** se resume el desarrollo de los proyectos institucionales: uso seguro del medicamento, higiene de manos, vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, proyectos zero en las UCI, seguridad del paciente quirúrgico y entornos de especial riesgo en atención primaria.
- **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.

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

²<https://gestion3.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: Implantación y seguimiento.

La ESP2027³, 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:

- Potenciar la transversalidad en toda la organización.
- Uso de metodologías participativas en su elaboración.
- Impulso de líneas de actuación centradas en el liderazgo, en los profesionales, gestores y directivos, para abordar la SP desde todas sus perspectivas.
- Participación activa de pacientes y familiares.
- 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 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

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

Perspectivas	Línea Estratégica	Nº Objetivos	Nº Actuaciones
Procesos internos	7.4. Obstetricia y Ginecología	3	15
	7.5. Pediatría	3	15
	7.6. Salud mental	4	15
	7.7. Atención al Dolor	3	14
	7.8. Uso seguro de las radiaciones ionizantes	3	15
	7.9. Cuidados y procedimientos de enfermería	4	14
	7.10. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria	5	19
	7.11. Uso seguro medicamento	6	20
	7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria	4	15
	8. Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias	5	18
Aprendizaje y futuro	9. Impulsar la transferencia del conocimiento	4	15
	10. Fomentar la investigación y la innovación	3	9
	11. Promover la transparencia y difusión del conocimiento	4	12
	12. Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje	3	9
Total		87	346

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 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 de 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 UD 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
Total		212	294	284	253	195

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 desarrollo 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 2025, se realizó la primera reunión anual con el CO para informar del nuevo Plan de Acción del 2025, y en diciembre de 2025, se celebró la segunda reunión para preparar la evaluación del ejercicio 2025.

Según el cronograma inicial, para el año 2025 se habían planificado 284 actuaciones. No obstante, durante el proceso de despliegue e implantación, y tras la evaluación correspondiente al año 2024, de cuyos resultados se deriva el plan de acción de 2025, el total de actuaciones previstas aumentó a 298.

La evaluación realizada del plan de acción del año 2025 muestra que, de las 298 actuaciones planificadas, el 11,1% (33) de las actuaciones se han finalizado, el 33,2% (99) se han completado anualmente, y el 48,0% (143) están en desarrollo.

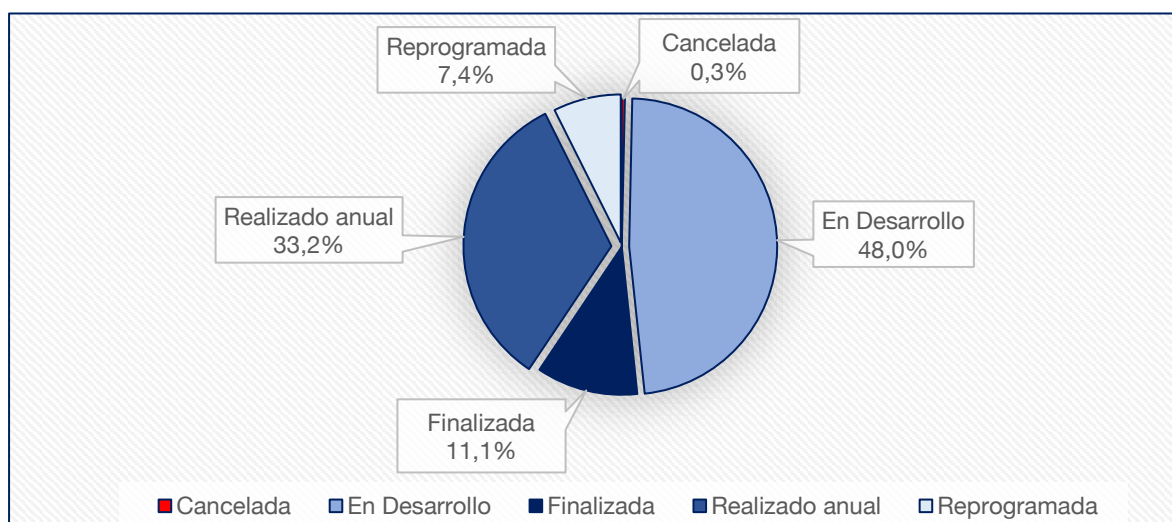


Lo cual indica que, en conjunto, el 92,3% de las actuaciones planificadas durante el 2025 se encuentran en ejecución.

Por otra parte, solo un 7,4% (22) se han reprogramado y una actuación (0,3%) ha sido cancelada.

Estos resultados, en forma de porcentaje, se presentan en la figura 1:

Figura 1. Resultados globales Plan de Acción 2025



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 47,8% (11) tienen todas sus actuaciones en ejecución (finalizadas, realizadas de manera anual o en desarrollo). 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.5: Desarrollar y reconocer líderes y profesionales, L.E. 7.2: Urgencias y Emergencias, L.E.7.3: Pacientes críticos, L.E.7.5: Pediatría, L.E.7.10: Entornos de especial riesgo en Atención Primaria, L.E.7.11: Uso seguro del medicamento, L.E.8: Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias y L.E.10: Fomentar la investigación y la innovación. En conjunto, el grado de cumplimiento global, considerando actuaciones finalizadas, realizadas anualmente y en desarrollo, es del 92,3%.

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. En este sentido, la L.E.7.8: Uso seguro de radiaciones ionizantes es la que presenta un mayor número de actuaciones reprogramadas, derivado de un ajuste de los objetivos.

Por otro lado, se ha decidido cancelar y replantear una actuación dentro de la L.E.11: Promover la transparencia y difusión del conocimiento para abordarla de forma más efectiva.

Tabla 3. Resultados de evaluación por línea estratégica 2025

Línea estratégica	Finalizada (F)	Realizado anual (RA)	En Desarrollo (D)	Reprogramada	Cancelada	Total general	% (F + RA + D)
1: Desarrollar la cultura	1	11	2			14	100,0%
2: Desplegar la infraestructura en la organización	2	11	2			15	100,0%
3: Promover la seguridad en salud digital	3		12			15	100,0%
4: Potenciar la coordinación institucional	6		2	1		9	88,9%
5: Desarrollar y reconocer líderes y profesionales		12	2			14	100,0%
6: Implicar a pacientes, familiares y allegados	2	5	5	1		13	92,3%
7.1: Cirugía y anestesia	1	1	13	3		18	83,3%
7.2: Urgencias y emergencias	2	1	17			20	100,0%
7.3: Pacientes críticos	1	4	10			15	100,0%
7.4: Obstetricia y Ginecología	2		9	3		14	78,6%
7.5: Pediatría	1	1	11			13	100,0%
7.6: Salud mental	1		4	1		6	83,3%
7.7: Atención al dolor		4	7	1		12	91,7%
7.8: Uso seguro de radiaciones ionizantes			10	5		15	66,7%
7.9: Cuidados y procedimientos de enfermería			8	3		11	72,7%
7.10: Entornos de especial riesgo en Atención Primaria	2	1	8			11	100,0%
7.11: Uso seguro del medicamento	1	13	3			17	100,0%
7.12: Infección relacionada con la asistencia sanitaria	3	2	5	3		13	76,9%
8: Prevenir y minimizar intervenciones innecesarias	1	9	4			14	100,0%
9: Impulsar la transferencia del conocimiento		13	2			15	100,0%
10: Fomentar la investigación y la innovación	4	1				5	100,0%
11: Promover la transparencia y difusión del conocimiento		8	2		1	11	90,9%
12: Extender y mejorar los sistemas de gestión y aprendizaje		2	5	1		8	87,5%
Total general	33	99	143	22	1	298	92,3%

Fuente: Elaboración propia.

En relación con el despliegue de la estrategia, un hito de este ejercicio ha sido la publicación y difusión de la actualización de la Política de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud⁴ (Figura 2). Esta política establece como marco general para el conjunto de la organización y todos los centros sanitarios, que se desplegará bajo los siguientes principios:

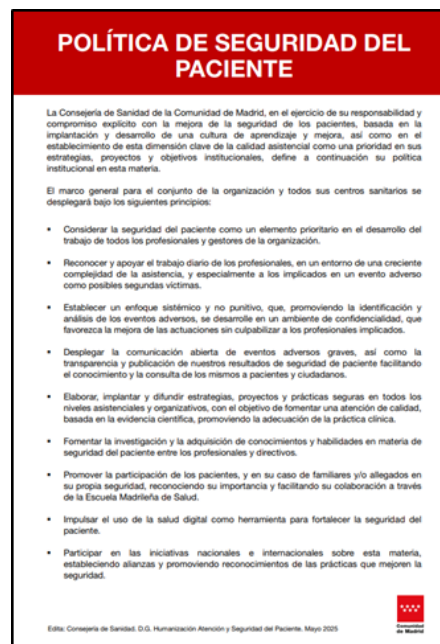
- Considerar la seguridad del paciente como un elemento prioritario en el desarrollo del trabajo de todos los profesionales y gestores de la organización.

⁴ <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051536.pdf>



- Reconocer y apoyar el trabajo diario de los profesionales, en un entorno de una creciente complejidad de la asistencia, y especialmente a los implicados en un evento adverso como posibles segundas víctimas.
- Establecer un enfoque sistémico y no punitivo, que, promoviendo la identificación y análisis de los eventos adversos, se desarrolle en un ambiente de confidencialidad, que favorezca la mejora de las actuaciones sin culpabilizar a los profesionales implicados.
- Desplegar la comunicación abierta de eventos adversos graves, así como la transparencia y publicación de nuestros resultados de seguridad de paciente facilitando el conocimiento y la consulta de los mismos a pacientes y ciudadanos.
- Elaborar, implantar y difundir estrategias, proyectos y prácticas seguras en todos los niveles asistenciales y organizativos, con el objetivo de fomentar una atención de calidad, basada en la evidencia científica, promoviendo la adecuación de la práctica clínica.
- Fomentar la investigación y la adquisición de conocimientos y habilidades en materia de seguridad del paciente entre los profesionales y directivos.
- Promover la participación de los pacientes, y en su caso de familiares y/o allegados en su propia seguridad, reconociendo su importancia y facilitando su colaboración a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- Impulsar el uso de la salud digital como herramienta para fortalecer la seguridad del paciente.
- Participar en las iniciativas nacionales e internacionales sobre esta materia, estableciendo alianzas y promoviendo reconocimientos de las prácticas que mejoren la seguridad.

Figura 2. Política de Seguridad del Paciente.



Continuando con el despliegue de la Estrategia, durante el año 2025 se ha reactivado el Grupo Funcional CISEMadríd con el objetivo de impulsar mejoras y nuevas funcionalidades en la herramienta. Entre ellas, destaca la propuesta de incorporación de nuevos tipos y subtipos de incidentes alineados con las actuaciones de la Estrategia, orientados a fomentar la notificación de incidentes relacionados con el tratamiento del dolor, las radiaciones ionizantes y la salud digital. Estos desarrollos responden a las líneas de acción dirigidas a fomentar el análisis de incidentes asociados al manejo del dolor, mejorar la notificación y gestión de incidentes en radiaciones ionizantes, y promover el aprendizaje en materia de incidentes vinculados a la salud digital.

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.



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.

En hospitales el cumplimiento medio ha sido del 98%, en donde el 71% de los hospitales (62% en 2024), es decir, 24 de 34 hospitales, han cumplido con todas las metas establecidas en las 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 63% y el CT el 100%.

A continuación, se presentan los resultados de cada una de las acciones planteadas.

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 2025, 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 2025 fueron: UCI, urgencias generales y pediátricas y bloque quirúrgico.

El número total de rondas de seguridad en 2025 ha sido de 325 (289 en el año 2024), con una media de 9,6 rondas por centro. El 97% 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 todos los centros.

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

Servicio	N.º Rondas
UCI	43
Urgencias generales	34
Urgencias pediátricas	31
Bloque quirúrgico	44
Otras unidades/servicios	173

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 81 rondas de seguridad (76 en el año 2024). El 100% de las Direcciones Asistenciales alcanzaron la meta establecida, realizando al menos 10 rondas, destacando la DA Noroeste y la DA Norte, que realizaron 16 y 15 rondas, respectivamente.



En el SUMMA 112, la meta estaba establecida fue realizar al menos una ronda por cada una de sus Unidades Funcionales (UF) que forma parte de la Gerencia. En el año 2025, el número de UF se mantuvo en 15, al igual que en 2024, realizándose al menos una ronda de seguridad en cada una de ellas, lo que dio lugar a un total de 32 rondas.

En la UCR, la meta establecida fue realizar una ronda por cada hospital que forma parte de ella (son un total de 6), habiendo alcanzado el 100% del objetivo. Por otro lado, el CT también ha alcanzado un 100%.

Acción 2: Desarrollo de objetivos propios de Seguridad del Paciente.

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 2025, se mantuvo como objetivo la implantación de objetivos propios establecidos para cada nivel asistencial: cinco objetivos en el caso de Hospitales, AP, SUMMA 112, y UCR, incluyendo en todos los casos aquellos considerados prioritarios, que son:

- Desarrollo de al menos cuatro líneas de actuación del CAPC (al menos implementar una Recomendación de “No Hacer”, extraída de una fuente contrastada).
- Facilitar el acceso a los cursos básicos de formación on line de seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación (incluidos residentes) y promover su realización para todos los profesionales pertenecientes a las UFGRS.
- Mapa de riesgo.

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

- ❖ **Hospitales:** En total, se llevaron a cabo 530 objetivos (501 en el año 2024), con una media de 16 por hospital. En relación con las líneas de actuación impulsadas por los CAPC, el 97% de los hospitales trabajaron en al menos cuatro líneas, y el 100% ha implementado una recomendación de “No Hacer”, extraída de una fuente contrastada. En conjunto, se desarrollaron 266 actuaciones distribuidas en 10 líneas. En relación con la formación en seguridad del paciente, el 97% de los hospitales ha desarrollado acciones orientadas a facilitar el acceso y fomentar la participación de los profesionales, especialmente de nueva incorporación y de los miembros de las UFGRS. Además de estos objetivos prioritarios, también se incluyó como prioritario la elaboración de un mapa de riesgo en un área quirúrgica seleccionada por la gerencia, habiendo sido desarrollado en el 93,75% de los hospitales.
- ❖ **Atención Primaria:** Se han desarrollado un total de 57 objetivos (60 en el año 2024). En relación con los objetivos prioritarios, el CAPC ha trabajado en nueve líneas de actuación, y se ha desarrollado una recomendación de “No Hacer”. En cuanto a la formación, se integró en los planes de acogida, se difundió a través de los responsables de seguridad y de la intranet, y se reforzó mediante recordatorios periódicos y sesiones internas en las UFGRS. Además de estos objetivos prioritarios, también se incluyó como prioritario el análisis de un área priorizada el mapa de riesgos. En este sentido, de los 17 riesgos con Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) alto, en 15 se redujo el nivel a moderado.



- ❖ SUMMA 112: En total, se desarrollaron 12 objetivos de seguridad (10 en el año 2024). En cuanto a las líneas de actuación del CAPC, se realizaron ocho líneas, y se ha desarrollado una recomendación de “No Hacer”. En el ámbito formativo, se han promovido actuaciones para acceso a los cursos básicos de formación on line de seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación y profesionales de la UFGRS. Además de estos objetivos prioritarios, también se incluyó como prioritario, la elaboración de un mapa de riesgo.
- ❖ UCR: En total, se desarrollaron dos objetivos de seguridad. En cuanto a las líneas de actuación del CAPC, se realizaron al menos 3 líneas de actuación, y se ha desarrollado una recomendación de “No Hacer”. En el ámbito formativo, se ha facilitado el acceso a los cursos básicos de formación on line de seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación y profesionales de la UFGRS. Además de estos objetivos prioritarios, también se incluyó como prioritario, la elaboración de un mapa de riesgo, aunque no se ha desarrollado.
- ❖ CT: se estableció como meta al menos cuatro objetivos de seguridad establecidos por el centro, incluidos los objetivos prioritarios (elaboración de un mapa de riesgo, desarrollo de una Recomendación de “No Hacer”, y formación a profesionales de nueva incorporación y profesionales de UFGRS). En total, se han desarrollado siete objetivos. En este sentido, se ha elaborado un mapa de riesgo, se ha desarrollado una recomendación de “No Hacer”, y se ha facilitado la formación a los profesionales.

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	325 Media: 9,56	81	32	6	Sí
N.º objetivos de SP totales establecidos por el centro	530 Media: 15,59	57	12	2	7
Líneas de actuación del CAPC	266 Media: 7,82	9 líneas	8 líneas	3 líneas	NA
Implementada al menos una recomendación de “No Hacer”	100% Hospitales	Sí	Sí	No	Sí
Realizado Mapa de Riesgo	93,75% Hospitales	Sí	Sí	No	Sí
Facilitado acceso a los cursos básicos a los profesionales de nueva incorporación y profesionales pertenecientes a la UFGRS	97,06 Hospitales	Sí	Sí	Sí	Sí

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 CISEMadríd.

El Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación (CISEMadríd) 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 2025, se estableció 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 (Grupo Apoyo, ME, PSQ: 100; Grupo 1: 175; Grupo 2: 250; Grupo 3: 300) y por cada DA (250).

En este sentido los resultados en el año 2025 han sido:

- ❖ Hospitales: el 82,4% de los hospitales (28 de los 34 hospitales que tienen implantado CISEMadríd) han logrado identificar al menos el número mínimo de IS/EM propuestos según grupo y tipología. Globalmente han sido un 76% de los hospitales (26 de 34) los que han alcanzado la meta establecida ($\geq 70\%$ de informes validados respecto a los IS/EM identificados).
- ❖ 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 381,4.
- ❖ 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 2025 no se alcanzó esta meta.
- ❖ SUMMA 112: Para el avance del CISEMadríd se incorporaron como acciones prioritarias la formación de profesionales en notificación y análisis de incidentes y errores de medicación, y el impulso de la notificación y el análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación a través de CISEMadríd. Durante 2025 se realizaron acciones formativas específicas que permitieron formar a cuatro nuevos profesionales. No obstante, la implantación operativa del sistema CISEMadríd en el SUMMA 112 no fue posible durante el ejercicio, si bien la formación realizada constituye un paso previo clave para su despliegue, por lo que el cumplimiento de esta acción es del 100%.

Todos los datos relacionados con la implantación de CISEM a través de los objetivos institucionales en los distintos niveles asistenciales se reflejan en la tabla 6.



Tabla 6. Objetivos institucionales CISEMadrid.

Indicador	Hospitales	Atención Primaria	SUMMA 112
N.º IS/EM identificados (de acuerdo al n.º mínimo establecido)	76% alcanzan meta	100% DA alcanzan meta	NA
N.º IS/EM validados			
Validados/Identificados			
Formación notificación y análisis de IS/EM.	NA	NA	100%

Fuente: CISEMadrid. 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.

Acción 4: Realizar autoevaluación centros excelentes en seguridad del paciente.

Con el objetivo de reconocer el grado de desarrollo de la seguridad del paciente por primera vez en 2025, todas las gerencias (34 Hospitales, Gerencia de AP, y SUMMA 112) han realizado una autoevaluación mediante el Cuestionario de Centros Excelentes en Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud. Este instrumento, de carácter estructurado, permite valorar el nivel de implantación de la seguridad del paciente a partir de múltiples dimensiones clave, proporcionando una visión global del desempeño de los centros.

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. Por ello, en el contrato de gestión del año 2025 se han incluido los 4 proyectos y, además, desde el año 2023, se incluye la formación como elemento evaluable dentro de los objetivos, estableciendo como meta la formación de al menos el 85 % de los residentes que rotan por las UCI.



Para su evaluación, se considera la vigilancia y el registro realizados por las UCI de adultos (presentes en 25 hospitales) a través del registro ENVIN-HELICS (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI), fundamentalmente durante los meses de abril a junio. No obstante, en aquellos centros que realizan vigilancia anual, esta información se tiene igualmente en cuenta.

- ❖ 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 n.º de bacteriemias por 1000 días de catéter venoso central. La meta establecida en 2025 ha sido $\leq 2,5$, habiéndose alcanzado en el 100% de los hospitales.

La densidad de incidencia media fue de 1,5‰, manteniendo un descenso paulatino a lo largo de los últimos años, con valores de 1,57‰ en 2024 y 1,59‰ en 2023, lo que pone de manifiesto la consolidación de los resultados.

- ❖ 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 ≤ 6 neumonías por 1000 días de ventilación mecánica.

En 2025, la densidad de incidencia media fue de 4,21‰, lo que supone un ligero incremento respecto a 2024 (3,35‰), aunque continúa siendo claramente inferior a la registrada en 2023 (6,26‰). El 88 % de los hospitales alcanzaron la meta, mejorando el porcentaje del 84% registrado en 2024.

- ❖ RZ, con el objetivo principal de reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes 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 multirresistentes identificadas con respecto al total de pacientes y la meta se establece en un porcentaje de casos $\leq 4\%$.

El resultado global alcanzado en 2025 por los centros ha sido de 2,19%, una tasa similar al 2,07%, conseguido en 2024, pero mejor que el obtenido en 2023 (2,77%). Asimismo, el porcentaje de hospitales que mantiene en 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. Como novedad en 2025, se incorporó un segundo objetivo relativo a la ratio de utilización de sondaje urinario (días de sondaje/días de estancia), estableciendo una meta $< 0,8$.

Respecto a la ITU-SU, la densidad de incidencia media fue de 2,27‰, ligeramente superior a la de 2024 (2,18‰), pero mejor que la registrada en 2023 (3,44‰). El porcentaje de hospitales que alcanzaron la meta aumentó de forma relevante, pasando del 64 % en 2024 (16 hospitales) al 80% en 2025 (20 hospitales).

En cuanto a la ratio de utilización de sondaje urinario, la media fue de 0,88, ligeramente superior a la meta establecida. Alcanzaron este objetivo el 52% de los centros (13 de 25 hospitales).



- ❖ Finalmente, en lo que respecta al porcentaje de residentes formados en los PZ, los resultados globales indican que 416 residentes han recibido formación, lo que representa el 86,49% del total de residentes que realizan su rotación por las UCI. Por otra parte, el 88% de los hospitales han alcanzado la meta establecida (21 de 24 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 2025
Bacteriemia Zero	$\leq 2,5$	1,50‰
Neumonía Zero	≤ 6	4,41‰
Infección del Tracto Urinario Zero	$\leq 2,7$	2,27‰
Ratio de utilización de sondaje urinario	$< 0,8$	0,88
Resistencia Zero	≤ 4	2,19%
Porcentaje de residentes formados en PZ	$\geq 85\%$	86,49%

Fuente: ENVIN 2025. PZ: Proyectos Zero.

Acción 2.- Mejora de la Higiene de Manos.

Las actuaciones prioritarias a desarrollar para la mejora de la HM en el 2025 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 2025, al igual que 2024, 23 centros han conseguido un nivel avanzado, 10 tienen un nivel intermedio y uno mantiene el nivel al básico.
 - ❖ Atención Primaria: La meta era mantener o mejorar la puntuación y resultados obtenidos tras realizar la autoevaluación con la herramienta OMS (siendo al menos nivel intermedio) en al menos el 80% de los centros de salud de cada DA. En este sentido, en el bienio 2024-2025, todas las DA han cumplido con la meta establecida. En concreto el 96,96% de los CS han mantenido o alcanzado al menos el nivel intermedio.
 - ❖ En el resto de los niveles asistenciales se solicitaba la realización de la autoevaluación con la herramienta OMS, manteniendo o mejorando la puntuación, siendo al menos nivel intermedio. En este sentido el SUMMA y el CT han alcanzado un nivel avanzado, y la UCR, 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 82% (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 97,6%.
- ❖ 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 disponibilidad de preparados.

Se muestran estos resultados en la tabla 8.

Tabla 8. Objetivos institucionales. Mejora de la HM.

Indicador		Hospitales	Atención Primaria	SUMMA 112	UCR	CT
Autoevaluación HM herramienta OMS	2025	23 avanzado 10 intermedio 1 básico	97% (256 CS) al menos nivel intermedio	Nivel avanzado	Nivel intermedio	Nivel avanzado
	2024	23 avanzado 10 intermedio 1 básico	94,85% (251 CS) al menos nivel intermedio	Nivel avanzado	Nivel intermedio	Nivel intermedio
Disponibilidad PBA	2025	97,6%	100%	100%	100%	100%
	2024	96,63%	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). Para el año 2025, al igual que en 2024, la meta establecida fue extender esta medida al 95% de los servicios y unidades de cada hospital donde pudiera ser de aplicación el protocolo IQZ.

En este sentido, de forma global, en 2025, en 254 servicios o unidades están implantadas las tres medidas obligatorias del proyecto IQZ, lo que supone un 98,45 % del total de los servicios o unidades donde es aplicable el protocolo en los hospitales. Esto supone, que el 93% de los centros ha conseguido su implantación en al menos el 95% de sus servicios quirúrgicos (27 de 29 hospitales)



Acción 4.- Implantación del Listado de Verificación Quirúrgica.

La implantación del LVQ se ha incluido como objetivo de calidad desde el año 2009.

En 2025 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 96,01%, ligeramente inferior al porcentaje alcanzado el año anterior (95,06%).

La meta establecida en el año 2025 marcaba que el porcentaje de implantación en cada hospital fuera superior al 95 %. Este año, el 76% de los hospitales (22 de los 29 con actividad quirúrgica) 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 2025
Implantación proyecto IQZ en Unidades o servicios quirúrgicos	>95% servicios quirúrgicos con implantación de las 3 medidas obligatorias	98,5% de los servicios quirúrgicos donde es aplicable el proyecto
Implantación del LVQ	>95%	96% 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, las siete DA de AP, la Gerencia del SUMMA 112 del SERMAS, y la UCR.

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.

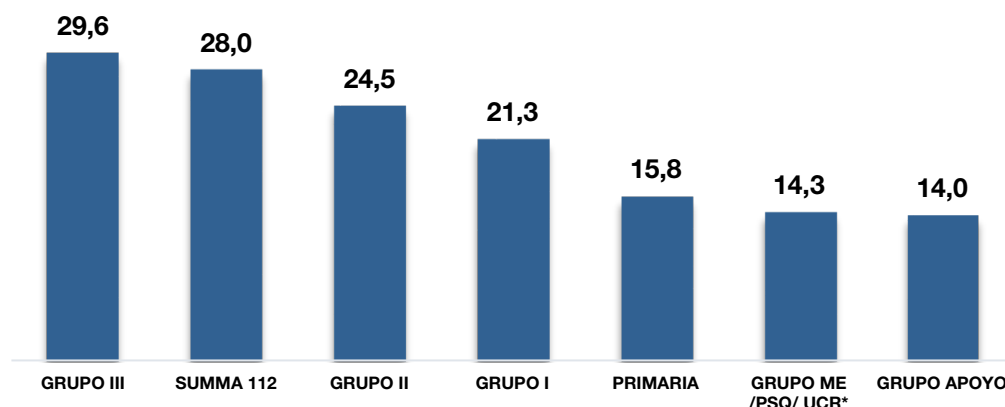
Estas unidades informan de sus actividades a la SGCASP y con todo ello, ésta elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2025, se describen a continuación.



1.3.1. Estructura/Organización.

Globalmente 935 profesionales forman parte de estas UFGRS, (12 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 número de profesionales. En valores absolutos, un 85% pertenecen a los hospitales, 12% a AP y 3% del SUMMA 112.

Figura 3. Promedio de profesionales de las UFGRS.

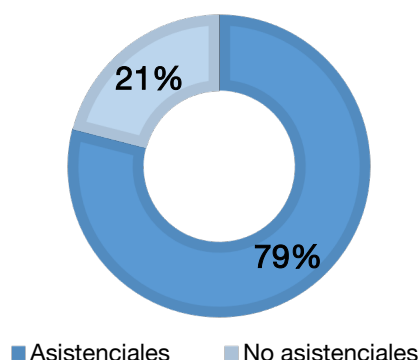


* Grupo ME/PSQ/UCR: Hospitales media estancia, psiquiátricos y UCR.

En cuanto al perfil de los profesionales, como se observa en la figura 4, predominan los profesionales sanitarios asistenciales, con un 79% (734), seguido de los profesionales no asistenciales que representan un 21% (201).

Los profesionales asistenciales son profesionales que compatibilizan su actividad clínica habitual con aquella relacionada con la promoción, el impulso y la mejora de la seguridad del paciente en sus gerencias.

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, participando en la gestión de los riesgos y promoviendo prácticas seguras.

Así, de acuerdo a los datos comunicados en el año 2025, hay un total de 3.012 responsables de SP en los distintos servicios/unidades/centros en el SERMAS, con un promedio global de 70 responsables por Gerencia/DA. Esto supone un 1,5% (46) más que en el año 2024, en el que había 2.966 responsables de SP.

De forma global, el número total de objetivos de SP establecidos por las UFGRS ha sido de 601, con un promedio global de 14 objetivos por UFGRS. El promedio global de reuniones mantenidas el año 2025 ha sido de 9 reuniones por UFGRS.

Por último, en relación a su función, se han identificado 320 grupos de trabajo (316 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 635 materiales en el año 2025, con un incremento de 65 respecto al 2024 (570), de los cuales 606 proceden de las UFGRS de hospitales, 20 de AP 112, y nueve del SUMMA 112.

Respecto al tipo de material elaborado, los mayoritarios se corresponden con hojas informativas (33%), seguidas de material formativo y carteles/ infografía (15%) y de Protocolos/ Procedimientos/ Guías (12%).

El listado y los documentos de promoción de la cultura de SP elaborados por las UFGRS están disponibles en la Intranet Salud@⁵.

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 2025, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total 25.246 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 10,8% con respecto al año previo. En el apartado [3.1.1 CISEMadrid](#) se pueden consultar los datos relativos a las notificaciones realizadas.

⁵ <https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/UF-PromocionCulturaSeguridad.aspx>

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 asistenciales: 34 en hospitales, una en AP, una en el 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 2025, 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 implementar una Recomendación de “No Hacer”, extraída de una fuente contrastada)”. Además, anualmente, se les solicita a los comités que reporten la información sobre su estructura, organización y actividad.

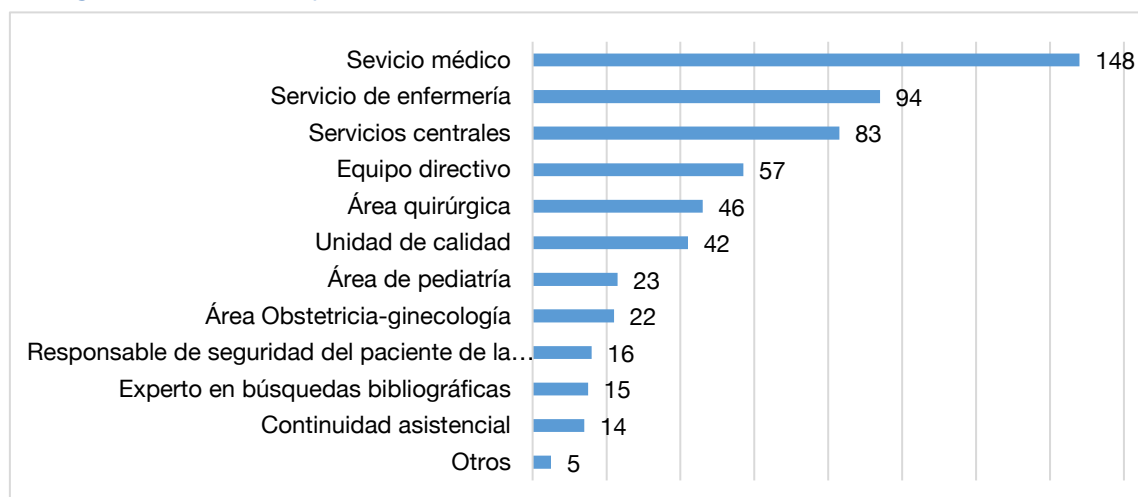
1.4.1. Estructura/Organización.

Los CAPC constituidos en el SERMAS cuentan en la actualidad con un total de 565 profesionales (539 en el año 2024) de todos los ámbitos de la organización sanitaria. Del total de integrantes, el 94,2% (532) pertenecen al ámbito de hospitales, el 3,2% (18) a AP, y el 2,7% (15) al SUMMA 112.

Estos Comités están formados por profesionales multidisciplinares, mayoritariamente del área médica, del área de enfermería y del equipo directivo. En la figura 5 se muestra el perfil profesional, donde en la categoría “otros”, podemos encontrar psicólogos, administrativos, etc.



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



Fuente: Elaboración propia.

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

Las líneas de actuación derivan de las funciones de los CAPC⁶. Como se dijo anteriormente, se incluyó en el contrato de gestión el desarrollo de, al menos 4, líneas de actuación del comité de adecuación de la práctica clínica (al menos implementar una recomendación de “No Hacer”, extraídas de una fuente contrastada).

Todos los centros (hospitales, AP, y SUMMA 112) tienen constituido un comité para mejorar la adecuación de la práctica clínica y han desarrollado un total de 289 actuaciones repartidas en las 10 líneas. El 99% de los centros han trabajado en al menos 4 líneas y el 100% ha implementado una recomendación de “No Hacer”, extraída de una fuente contrastada.

En la tabla 10 se detalla el n.º de comités que han desarrollado actividades por cada línea de actuación, así como el n.º 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		N.º Comités	N.º Actividades
L1	Establecer actuaciones para revisar las prácticas innecesarias en su ámbito de actuación, facilitando la participación y propuestas de todos los profesionales.	30	60
L2	Revisar periódicamente las iniciativas relacionadas con la identificación, reducción y/o supresión de prácticas innecesarias.	33	60
L3	Promover la realización de revisiones de la literatura científica sobre prácticas innecesarias.	28	39
L4	Proponer actuaciones para promover las prácticas con evidencia científica y evitar o disminuir las prácticas innecesarias.	36	48
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.	32	66

⁶ Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (madrid.org)



Líneas De Actuación Comités De Adecuación De Práctica Clínica		N.º Comités	N.º Actividades
L6	Proponer el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización de los profesionales.	28	74
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	39
L8	Desarrollar reuniones, encuentros o jornadas con los profesionales de su centro o con otras comisiones del mismo para sobre esta materia.	27	62
L9	Desarrollar actuaciones para promover la adhesión a iniciativas nacionales y/o internacionales.	25	57
L10	Elaborar una memoria anual de actuaciones del Comité.	24	24
TOTAL			529

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 Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027 contempla, dentro de su línea estratégica 2 “Desplegar la infraestructura en la organización”, el impulso de la difusión de las actuaciones de la Estrategia en los centros sanitarios privados, a través de la Mesa Madrileña por la Seguridad del Paciente.

Constituida en 2019, fue concebida como un foro de encuentro para reforzar los vínculos de conocimiento y aprendizaje entre las organizaciones sanitarias públicas y privadas de la Comunidad de Madrid, favoreciendo el intercambio de experiencias y avances en este ámbito.

El 25 de septiembre de 2025, y como parte de las actuaciones promovidas por este foro, se celebró la II Jornada de la Mesa Madrileña por la Seguridad del Paciente bajo el lema “Misión: Seguridad del Paciente”, en el auditorio de la Fundación MD Anderson Cancer Center España, que actuó como centro anfitrión. Contó con una elevada participación, reuniendo profesionales sanitarios de los ámbitos público y privado.

El programa comenzó con una ponencia inaugural centrada en el papel de la inteligencia artificial y la innovación en la mejora de la seguridad del paciente.

A continuación, se celebraron dos mesas de debate, Se abordaron temas como las buenas prácticas en gestión y liderazgo de enfermería, el uso seguro de medicamentos, la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la incorporación de la perspectiva de los pacientes. Asimismo, se trató la implicación del liderazgo en la seguridad del paciente, destacando las rondas de seguridad, y se incluyó el ámbito sociosanitario, con la presentación de un nuevo proyecto orientado a mejorar la seguridad en residencias de personas mayores.



Figuras 6 y 7. II Jornada de la Mesa Madrileña.

[illegible]

1.5.2. Marco de reconocimiento de las organizaciones sanitarias excelentes en seguridad del paciente.

En el marco de la línea estratégica 1: Desarrollar la cultura de la Estrategia de Seguridad del Paciente SERMAS 2027, y específicamente en la actuación 1.3.3: Promover el desarrollo de distintivos de reconocimiento en seguridad del paciente, durante el año 2025 se ha elaborado el Cuestionario de Centros Excelentes en Seguridad del Paciente (CESP).

El cuestionario constituye la herramienta de autoevaluación para que los centros sanitarios valoren su grado de implantación de la seguridad del paciente en su organización.

Está estructurado en ocho apartados: gobernanza, cultura de seguridad, gestión de riesgos, prácticas seguras, prácticas innecesarias “No Hacer”, participación de pacientes, transferencia del conocimiento e investigación, y resultados clave. Cada apartado incluye criterios que permiten identificar el nivel de desarrollo y excelencia, así como posibles áreas de mejora.

En noviembre de 2025, la cumplimentación del CESP fue incorporado en el Contrato Programa mediante el indicador: Realizar autoevaluación de acuerdo con el cuestionario de Centros Excelentes en Seguridad del Paciente del SERMAS.

En este sentido, durante el 2026 se establecerá el Marco de reconocimiento de las organizaciones sanitarias excelentes en seguridad del paciente, definiendo el sistema de otorgamiento de distintivos, con el objetivo de fomentar la mejora continua en todas las gerencias del SERMAS.



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

Con el Ministerio de Sanidad, a lo largo de 2025 se mantuvo una participación activa en elaboración de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025-2035, a través de la participación en el Comité Institucional y en reuniones específicas culminando con su publicación en el mes de julio.

En este sentido, el 25 de marzo de 2025 se asistió a una reunión del Comité, en la que se revisó el estado de avance del proceso de actualización de la Estrategia, analizándose la incorporación de las aportaciones realizadas por las comunidades autónomas, el comité técnico y las sociedades científicas, así como la planificación de los siguientes pasos. Asimismo, se presentaron y analizaron distintos aspectos relacionados con las prácticas seguras, los sistemas de notificación de incidentes, la prevención y control de infecciones y otras líneas estratégicas en desarrollo, favoreciendo el intercambio de información y el contraste de experiencias entre el Ministerio y las comunidades autónomas.

Posteriormente, el 25 de abril de 2025, se participó en una reunión bilateral con la Comunidad de Madrid, enmarcada en la ronda de encuentros promovida por la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS para impulsar la creación y desarrollo de Comités Autonómicos de Prevención y Control de Infecciones, abordándose la situación autonómica y los programas existentes en este y otros ámbitos.

En noviembre de 2025 se participó en una nueva reunión del Comité Institucional, en la que se presentaron las principales líneas estratégicas y se abordó la priorización de actuaciones para su despliegue, junto con otros aspectos relevantes en materia de seguridad del paciente.

Asimismo, a lo largo de 2025 se participó en distintas jornadas promovidas por el Ministerio de Sanidad. En concreto, el 29 de mayo de 2025 se asistió a la Jornada “Experiencias de éxito en la gestión de mejoras, tras el análisis de los incidentes en los sistemas de notificación e incentivación de la notificación en AP”, en la que se participó con una ponencia “La notificación de incidentes como herramienta de mejora de Seguridad del Paciente” del Hospital de Guadarrama. Por otra parte, el 27 de noviembre de 2025, se celebró la Jornada Anual de Seguridad del Paciente Crítico.

1.5.4. Seguridad del paciente en centros residenciales.

La Comunidad de Madrid creó en 2024 la Comisión de Coordinación Sociosanitaria para mejorar la atención en los centros residenciales. En el seno de esta Comisión, y para el avance de las actuaciones, se han creado grupos de trabajo, entre los que está el GR05 Atención Residencial.

En el marco de las actuaciones impulsadas por el GR05, durante el año 2025 se propuso trabajar en la mejora de la Seguridad del Paciente en Centros Residenciales, con el objetivo de promover actuaciones que permitan identificar riesgos, compartir buenas prácticas y



desarrollar acciones orientadas a mejorar la seguridad de la atención prestada a las personas residentes.

Esta iniciativa se alinea con la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) 2027, especialmente con la Línea Estratégica 2: “Desplegar la infraestructura en la organización”, y en particular con el Objetivo Estratégico 2.3: “Impulsar actuaciones para coordinar el desarrollo de la infraestructura”, que contempla la actuación 2.3.4. Promover la colaboración con el ámbito sociosanitario. Asimismo, la propuesta contribuye al desarrollo de otras líneas estratégicas relacionadas con la seguridad en residencias, entre ellas la Línea Estratégica 7.11: “Uso seguro del medicamento” y la Línea Estratégica 7.12: “Infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS)”.

La primera reunión específica sobre SP se celebró el 22 de abril de 2025, con la participación de representantes de diferentes organismos e instituciones vinculadas al ámbito sanitario y sociosanitario. El encuentro tuvo como finalidad presentar los proyectos nacionales y regionales relacionados con la seguridad del paciente en residencias y centros sociosanitarios, analizar las líneas de trabajo existentes y debatir posibles actuaciones conjuntas.

Durante la reunión, se presentó una propuesta estructurada para el desarrollo de esta iniciativa, basada en tres elementos fundamentales creación de un Grupo de Trabajo específico, realización de un análisis de situación, constitución de subgrupos temáticos, orientados al abordaje de aspectos específicos como infraestructura y organización, continuidad asistencial, uso seguro del medicamento, prevención y control de infecciones, y cuidados.

Como herramienta inicial para el diagnóstico de situación, se elaboró un borrador de un cuestionario de seguridad del paciente en residencias, adaptado a partir de una experiencia previa desarrollada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

El cuestionario tiene como finalidad obtener información sobre la estructura, recursos y prácticas de seguridad existentes en los centros, incluyendo aspectos relacionados con la gestión de riesgos y la implantación de prácticas seguras. Los participantes fueron invitados a revisar el documento y aportar sugerencias que permitieran ajustarlo a las características específicas del ámbito residencial.

En una segunda reunión celebrada el 18 de julio de 2025, se presentó una nueva versión del cuestionario que incorporaba las aportaciones realizadas por los miembros del grupo. Durante la sesión se revisó el documento y se definieron las principales líneas de trabajo a desarrollar en los meses siguientes.

En el último trimestre del año, se llevó a cabo un pilotaje del cuestionario con el fin de evaluar su aplicabilidad e identificar posibles mejoras. Tras analizar los resultados obtenidos e incorporar los ajustes necesarios, se elaboró la versión definitiva del cuestionario y se remitió a los miembros del grupo, junto con el enlace al formulario electrónico para la recogida de datos, el protocolo metodológico para el análisis de la información obtenida y la carta de presentación y difusión dirigida a los centros participantes.



Paralelamente, comenzó su actividad el subgrupo temático de Farmacia, con la elaboración de materiales de apoyo dirigidos a los centros residenciales, con el objetivo de promover prácticas seguras relacionadas con el uso de medicamentos y facilitar su posterior difusión e implantación.

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 2025, 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 benzodiacepinas.
4. Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos en la CM.
5. Circuito de suministro de antidotos centralizado entre el SUMMA 112 y los hospitales del SERMAS.
6. Otras actuaciones: programa de revisión de la medicación Farmacéutico de AP - 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 socio-sanitarios 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, 47 notificaciones recibidas en el PUSM para investigación de posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento.

En algunos casos informan que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

(AEMPS) ha iniciado las acciones oportunas para investigar los hechos. En dos notificaciones, que incluyen casos similares con consecuencias para el paciente (gamunex 100 mg/ml solución para perfusión y flebogamma dif 100 mg/ml solución para perfusión), han derivado en alerta farmacéutica de la AEMPS de ciertos lotes, con la retirada del mercado de todas las unidades distribuidas del lote afectado y devolución al laboratorio por los cauces habituales con la aclaración de que no supone un riesgo vital para el paciente.

2.- Actuaciones relacionadas con posibles problemas de suministro: remitidos a la SGIOF, Área de Control Farmacéutico un total de 34 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 152 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, 11 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 38 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, como la incorporación de, al menos, tres alertas bloqueantes y mensajes de advertencia a la hora de prescribir, por ejemplo, paracetamol solución oral pediátrica, para evitar errores por sobredosificación.



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, lo que evita 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 36 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 cinco 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 2025:

- Ozonest y Ozanex.
- Enalapril y Enantyum.
- Paidocort y Paidoterín.
- Edemox y Eutirox.

6. - Notas remitidas a la AEMPS: se han remitido seis 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.

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 boletines⁷ editados durante el año 2025 fueron los siguientes:

- Boletines de Recomendaciones a los Profesionales para mejorar el uso seguro de los medicamentos. Se han elaborado cinco
- Boletín resumen trimestral: 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

⁷ <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>

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. Se han publicado dos boletines destinados a este colectivo profesional.
- Informes de seguimiento. Durante el año 2025 los informes para Atención Primaria 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.
- Boletines de la RFC. Se han publicado cinco boletines para las Oficinas de Farmacias de la RFC con actividades recomendadas para detectar y evitar posibles errores de medicación.
- Boletines de Seguridad para Pacientes. Se ha elaborado un boletín de seguridad para pacientes: “Información para pacientes y cuidadores”.

8.- Otras actividades desarrolladas:

- Comunicaciones a profesionales. Remitidas 9 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. La Comisión de Seguridad de la RFC se convocó en dos ocasiones, en marzo de 2025 para la monitorización y seguimiento de las actividades de notificación de errores de medicación en el PUSM y en octubre de 2025 para la renovación de los miembros de la RFC, al haber transcurrido dos años desde la última renovación. Se decide la renovación e incorporación de 23 nuevos miembros. Tras la renovación se realiza el correspondiente curso de formación para los nuevos miembros y para todos los integrantes que quieran reciclarse en materia de seguridad de medicamentos y notificación de errores de medicación en el PUSM. Como continuación al curso y tras la valoración de los participantes, se inicia una nueva línea de comunicación con los miembros de la RFC para poner en común los incidentes notificados en el PUSM.
- Comisión de Seguridad de la SGFPS. Realizadas 31 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 información sobre prevención de riesgos, informes mensuales de seguridad, cartas de seguridad de los laboratorios a los profesionales sanitarios, todas ellas publicadas por la AEMPS) con el objetivo de proponer actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
- Plataforma InfoMUP. Durante el año 2025 se han difundido a través de esta plataforma, cuatro noticias de interés relacionadas con la seguridad en el uso de los medicamentos.



- Espacio en Intranet para consultar los medicamentos con problemas de suministro⁸. Durante el año 2025, la SGFPS, mantiene actualizado en la Intranet el espacio para los profesionales sanitarios, donde se puede consultar los medicamentos con problemas de suministro, clasificados con un código de colores según relevancia del problema, en base al listado que publica semanalmente la AEMPS.
- Jornadas. Se ha celebrado la VI Jornada seguridad de medicamentos el 17 de junio 2025 en el Salón de Actos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, bajo el lema “Seguridad Compartida. Unidos por el Uso Seguro del Medicamento”.
- Noticias publicadas en el PUSM. Durante el año 2025 se han publicado un total de 68 noticias sobre seguridad de medicamentos a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios.

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

En el año 2024 se puso en marcha el sistema de ayuda a la prescripción en MUP. 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, revisando las prescripciones del paciente durante el proceso de prescripción, analizando la aplicación de las alertas definidas y mostrando al profesional aquellas detectadas para su valoración.

Durante el año 2025 se han seguido incluyendo alertas en el sistema de ayuda a la prescripción en MUP. En total hay 828 alertas bloqueantes (63 más que en 2024) y 2.291 alertas no bloqueantes (50 más que en 2024). Para las 20 alertas seleccionadas se han reducido 14.200 pacientes este año (un 42,96%).

A modo de ejemplo, destacar que a finales del año 2025 ya no hay pacientes con duplicidad de LABA (agonistas beta-2 de acción larga) ni pacientes con combinaciones inadecuadas de aGLP-1 (Agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1) con iDPP4 (Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4), ni pautas incorrectas denosumab. Todo ello tiene un claro beneficio en la seguridad relacionada con el uso de los medicamentos.

Durante el año 2025 se ha trabajado para incluir nuevas funcionalidades en sistemas de ayuda a la prescripción (protocolos, vías clínicas para la elección de tratamiento, calculadora de dosis, rotación de opioides).

2.1.3. Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiacepinas.

Durante el año 2025, se ha continuado monitorizando la línea de trabajo iniciada en el año 2017 “Estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiacepinas”. La estrategia

⁸ Farmacia y productos sanitarios (madrid.org)



implantó recursos dirigidos a profesionales y pacientes, los cuales pueden facilitar la retirada de los tratamientos crónicos con benzodiacepinas.

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

En el año 2025 se observa una mejoría en el porcentaje de pacientes en tratamiento crónico (6 meses) con benzodiacepinas. En diciembre, el valor del indicador ha disminuido a 4,67%, frente al 5,17% registrado en el año 2024. Destacar que el porcentaje alcanzado en el 2025, es el valor más bajo registrado 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 su parte el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) sobre infecciones hospitalarias, extrapolado a la actividad anual de los hospitales españoles, estima unas 7.414 muertes al año atribuibles a infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en 2025. Por este motivo, es necesario poner medidas para intentar minimizar las resistencias a los antimicrobianos.

En 2025, se mantuvo la colaboración de la SGFPS en el Plan Nacional sobre Resistencia a los Antimicrobianos (PRAN), a través de los representantes autonómicos designados. Se 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 potenciar su actividad, se ha seguido promocionado su autocertificación a través de la herramienta de la AEMPS CertificaPROA, estando autocertificados 20 equipos PROA hospitalarios y 13 comunitarios.

En el año 2019, la CM puso en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE)⁹. 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 2025 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 describen a continuación:
 - Cursos para profesionales: Actualización en uso apropiado de antibióticos en

⁹ Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE)

adultos PROA hospital”, dos ediciones con 99 aprobados.

- Curso para residentes sobre “Actualización en uso apropiado de antibióticos en adultos PROA hospital”, tres ediciones con 671 aprobados.
- Curso para residentes: “Uso racional de antibióticos en pediatría en el ámbito ambulatorio”, una edición con 83 aprobados.
- Curso para residentes: “Uso racional de antibióticos en adultos en el ámbito ambulatorio”, tres ediciones con 1.018 aprobados.
- Actualización y revisión anual de la “Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Adultos”¹⁰ y “Guía de recomendaciones de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Pediatría”¹¹, 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 “IV 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 25 de noviembre de 2025 en el salón de actos del Hospital Universitario de Getafe.
- Coordinación de actividades promovidas por el PRAN, 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.
- Coordinación de las reuniones de la Comisión Central de Política Antimicrobiana de la CM, con el principal objetivo de promover la implementación de medidas encaminadas a disminuir la selección y diseminación de resistencias a antimicrobianos. 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.

¹⁰ Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Adultos (4ª edición) (madrid.org)

¹¹ Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Pediatría (4ª edición); (madrid.org)



- 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 infografía¹².

Desde su implantación en marzo de 2017, se han realizado un total 738 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. De ellas, 136 solicitudes se han realizado en el año 2025.

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 de la medicación realizado por los Farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) en colaboración con los médicos de familia, cuyo objetivo es mejorar la adecuación y seguridad de los tratamientos en aquellos pacientes con mayor riesgo de experimentar problemas relacionados con la medicación. El médico solicita activamente la revisión o bien si se detecta algún riesgo de seguridad en el tratamiento, el

¹² <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/AntidotosProcedimientos.aspx>

FAP lo revisa y propone recomendaciones. Posteriormente, el médico analiza las recomendaciones que le ha enviado el FAP.

A lo largo de estos años han ido aumentando el número de revisiones de tratamiento que realizan los FAP. En 2025, los FAP realizaron 26.652 recomendaciones para optimizar los tratamientos y mejorar la seguridad de los pacientes (fuente de datos RevisTra, aplicativo puesto en marcha en mayo del 2024 para facilitar y potenciar las revisiones de tratamiento). El 66% han sido aceptadas por los médicos de familia.

Además, en 2025 se ha dado continuidad a la estrategia iniciada en 2024 de potenciar la revisión de tratamiento de pacientes polimedicados con alguno de los 14 problemas relacionados con la medicación seleccionada. A final de año se han cuantificado 33.242 pacientes con más de 10 prescripciones activas y algún problema relacionado con la medicación, lo que supone una reducción del 16% respecto al número de pacientes al inicio del año.

Un resultado derivado de la potenciación de la revisión de tratamiento para optimizar tratamientos y deprescribir lo innecesario, es el menor crecimiento observado en 2025 de la polimedicación. En el año 2025, el número de pacientes de todas las edades, con 6 o más medicamentos crónicos dispensados en oficina de farmacia, es de 943.013. Aunque continúa la tendencia al alza, desde la puesta en marcha en el 2024 de las medidas del plan de farmacia para potenciar la optimización de los tratamientos, se observa una ralentización en el incremento de polimedicados. El aumento en 2025 ha sido de un 2,98% (27.325 polimedicados más). El incremento en 2024 fue de un 3,29% y del 5,61% en el 2023 (30.136 y 47.607 polimedicados más respectivamente).

Otra de las estrategias que se ha continuado monitorizando en 2025, ha sido el “Plan de acción para la reducción de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores (≥ 74 años)”. Esta estrategia, está consolidada en los centros del SERMAS, afectando fundamentalmente a los centros de AP, pero también a los hospitales, y en las residencias de mayores. En junio de 2024 se publicó la actualización del documento “Medicamentos potencialmente inadecuados en las personas mayores”.

Dicha actualización ha sido llevada a cabo por un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por la SGFPS. Destaca que, desde el inicio de la estrategia, este indicador ha tenido una tendencia en descenso, encontrándose a fecha de cierre del 2025 en un 1,94%.

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). El objetivo de esta actividad de educación sanitaria es, por una parte, capacitar al paciente para que participe, junto a los profesionales sanitarios, en su terapia farmacológica, entendiendo el propósito, el uso seguro y la relación de la medicación con su enfermedad; y por otra, disminuir la posibilidad de errores de medicación vinculados al manejo de los medicamentos, potenciando el efecto que como barrera de seguridad puede ejercer el propio paciente a través de la adquisición de conocimientos y habilidades que potencien el autocuidado.

A lo largo de los años con el desarrollo del taller, se han ido detectando puntos de mejora y nuevas necesidades. Por ello, en el año 2023 se creó un grupo de trabajo coordinado desde la SGFPS, el cual realizó la revisión y renovación de los contenidos. Tras dicha actualización,



el nuevo taller pasó a denominarse “Conoce los medicamentos” y se encuentra disponible en el portal de EpSalud. En el año 2025 se han llevado a cabo 30 talleres en los que han participado 23 farmacéuticos de Atención Primaria.

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 (6.867 personas con alguna dispensación en el año 2025), han revisado 16.679 tratamientos (6.149 revisiones completas, 10.530 parciales), realizando 6.103 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 53%. 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 con medicamentos potencialmente inadecuados, ha pasado de 6,9% en 2024 a 5,5% en 2025. También ha disminuido el número de pacientes de 65 o más años con dosis altas de citalopram o escitalopram, pasando del 8,1% de los usuarios en tratamiento con estos fármacos en 2024 al 6,8% en 2025.

Por otro lado, se han revisado y difundido 16 alertas de medicamentos y 16 notas informativas de la AEMPS distintas en estos centros sociosanitarios y se han notificado 48 errores de medicación. Además, se ha revisado la preparación de medicamentos de 3.150 SPD (Sistema Personalizado de Dosificación).

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 138 participantes (médicos, farmacéuticos, y enfermeras).

También se han impartido 55 sesiones presenciales con dos horas de duración sobre actualización en uso seguro de los medicamentos en centros sociosanitarios, coordinados por la SGFPS, para profesionales de centros sociosanitarios de la CM, con un total de 799 participantes (médicos, farmacéuticos, y enfermeras).

Por último, se ha realizado la Jornada de Seguridad con una duración de 6 horas en la que participaron 90 profesionales.

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. Los resultados se han presentado previamente en el apartado [1.2. Objetivos institucionales](#).

En el marco del Día Mundial de la Higiene de Manos, impulsado por la OMS, la Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente, a través de la SGCASP, celebró una jornada conmemorativa en el Hospital Universitario 12 de Octubre, destinada a sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de una higiene de manos correcta y el uso adecuado de los guantes. La cita reunió a profesionales de distintos niveles asistenciales y entidades públicas y privadas comprometidas con la seguridad del paciente, bajo el lema propuesto por la OMS para el 2025: “Guantes, a veces. Higiene de manos, siempre”, al que el Ministerio de Sanidad dio continuidad con una adaptación que reforzaba aún más su mensaje: “Guantes cuando esté indicado. Higiene de manos, siempre”.

En este marco, el evento incluyó una mesa de experiencias con la participación de varios centros hospitalarios del SERMAS, que presentaron estudios e iniciativas sobre el uso de los guantes. Asimismo, se expusieron las principales líneas de actuación desarrolladas en 2024 por la SGCASP en este ámbito, y tuvo lugar la presentación del nuevo documento de las Recomendaciones de Estructura para la Higiene de Manos (figura 8), que recoge recomendaciones sobre la infraestructura y los recursos para facilitar una correcta higiene de manos en los distintos entornos sanitarios. Incluye criterios sobre la ubicación de los puntos de higiene de manos, la disponibilidad de preparados de base alcohólica, lavabos, guantes y cartelería, con el objetivo de mejorar la adherencia a esta práctica y contribuir a la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

El encuentro finalizó con la entrega de premios del V Concurso Audiovisual de Higiene de Manos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. En esta edición se presentaron 33 trabajos en diferentes formatos (20 vídeos, siete carteles, cinco presentaciones y un cómic), elaborados por profesionales de 26 hospitales públicos, cinco DA de AP y dos centros sanitarios privados integrados en la Mesa Madrileña por la Seguridad del Paciente.

El premio ganador fue para el Hospital Universitario La Paz por su vídeo titulado “Confesiones de un guante” (figura 9), que reflejaba con claridad el mensaje clave de este año “protégete, protege al paciente y cuida el medio ambiente”.

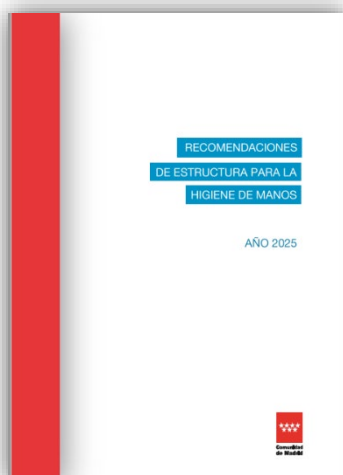
Además, se concedieron tres accésits:

- Hospitales: “En un entorno donde cada contacto puede cambiar el destino”, del Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Atención Primaria: “¡Chulo!”, de la Dirección Asistencial Este (CS García Noblejas).
- Organizaciones sanitarias privadas: “Guantes”, presentado por los Hospitales Viamed Santa Elena y Viamed Fuensanta.

Figura 8. Documento de Recomendaciones de Estructura para la Higiene de Manos.

Figura 9. Jornada Día Mundial de Higiene de Manos.





Por otro lado, como en años previos, se solicitó en el mes de marzo a los centros los indicadores vinculados al Programa de HM del Sistema Nacional de Salud. 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 2025.

La evolución de los indicadores durante los años 2021-2025 se refleja en la tabla 11.

Tabla 11. Indicadores del programa de HM.

Indicadores del programa de higiene de manos	2021	2022	2023	2024	2025
1.- % de Camas de hospitalización con PBA en la habitación	96,7%	98,8%	99,6%	ND	ND
2.- % de Camas de hospitalización con PBA en el PA	82,3%	91,2%	93,1%	96%	97,40%
3.- % Camas de UCI con PBA en el punto de PA	98,8%	97,2%	99,8%	99,64%	99,77%
4.-Consumo de PBA en hospitalización (l/1.000 estancias)	49,84	40,25	31,95	27,84	29,67
5.-Consumo PBA en UCI (l/1.000 estancias)	114,67	122,73	97,75	94,08	103,94
6.-Consumo de PBA en AP (l/10.000 consultas)	23,07	20,1	3,66	2,91	60,58
7.- Observación del cumplimiento de Higiene de Manos	67,4%	62,6%	62,1%	63%	59,79

Fuente: Elaboración propia. AP: Atención Primaria; PA: Punto de Atención; PBA: Preparados de Base Alcohólica.
ND: No se incluyó en la recogida de datos.

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

2.3.1. Prevalencia global de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria 2025.

La prevalencia global es un indicador que mide los pacientes que presentan una Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS) durante su ingreso hospitalario en un momento determinado. Los estudios de prevalencia aportan de forma sencilla información de los pacientes, de situaciones 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 posteriormente se les facilita 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

2023	2024	2025
6,66%	6,11%	5,98%

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

2.3.2. Vigilancia de la infección de localización quirúrgica 2023-2024.

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 2023 se han vigilado en la CM 23.178 procedimientos, tanto obligatorios como opcionales en 22.270 personas. Durante el año 2024 se han vigilado 19.533 procedimientos en 18.736 personas (tabla 13).

Tabla 13. N° de procedimientos según riesgo NNIS*

Riesgo	N° Procedimientos Qx 2023	N° Procedimientos Qx 2024 (**)
Total índice NNIS	23.178	19.533
NNIS OE	181	102
NNIS M	1.211	830



Riesgo	Nº Procedimientos Qx 2023	Nº Procedimientos Qx 2024 (**)
NNIS 0	9.376	8155
NNIS 1	8.163	7182
NNIS 2	2.593	2247
NNIS 3	441	404
Indeterminado	1.213	613

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 2025.

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

Tabla 14. Localización de las infecciones de localización quirúrgica.

Localización Infección	Nº Infecciones Nosocomiales 2023	Nº Infecciones Nosocomiales 2024 (*)
ILQ Superficial	218	185
ILQ Profunda	159	155
ILQ Órgano/ Espacio	410	336
Total Infecciones	787	676

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 2025.

2.3.3. Brotes nosocomiales 2025.

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

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

En 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 2025.



Tipo de Hospital	Nº de brotes COVID notificados	Nº de brotes no COVID notificados
Alta Complejidad	14 (51,9%)	41 (73,1%)
Media Complejidad	6 (22,2%)	10 (17,9%)
Baja Complejidad	--	--
Hospitales De Media/Larga Estancia	6 (22,2%)	3 (5,4%)
Otros Centros Públicos	1 (3,7%)	1 (1,8%)
Hospitales Privados	----	1 (1,8%)
Total	27 (100%)	56 (100%)

Fuente: Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

2.4. Proyectos Zero en las UCI.

La consolidación de los Proyectos Zero continuó siendo prioritaria dentro de los contratos programa, manteniéndose durante 2025 las acciones orientadas a reforzar las prácticas seguras en las unidades de cuidados intensivos. En este contexto, los objetivos específicos establecidos en ejercicios anteriores se mantuvieron, actualizándose únicamente el correspondiente a Resistencia Zero, cuyo umbral se redujo de ≤ 5 a ≤ 4 casos por cada 100 ingresos.

Por otro lado, como última acción pendiente prevista en el marco del Plan de acción de pacientes críticos (Tabla 16) de la Consejería de Sanidad de la CM, presentado en octubre de 2021 en respuesta al impacto que la pandemia tuvo en los resultados de las IRAS dentro de las UCI, y solicitado desde el consejo asesor del Ministerio de Sanidad a todas las Comunidades Autónomas, durante el 2025, juntamente con la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria, se realizaron auditorías de los Proyectos Zero en todas las UCI de adultos de hospitales del SERMAS.

Se evaluaron un total de 31 UCI de 25 centros, incluyendo hospitales del grupo 1, 2 y 3 hospitales. En febrero de 2025 se inició el pilotaje en el Hospital Universitario del Henares y en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Entre los meses de marzo y septiembre se extendió su realización al resto de hospitales, remitiéndose los informes individuales en octubre y abriéndose un periodo de alegaciones hasta noviembre. Con el fin de realizar el seguimiento de estas actuaciones, se celebraron dos reuniones en marzo de 2025: una con el Grupo Coordinador y otra con los referentes de los Proyectos Zero de cada centro.

Asimismo, durante 2025 se ha continuado impulsando la formación en seguridad del paciente mediante la oferta de cursos online centralizados promovidos por la SGCASP, así como a través de las actividades formativas vinculadas a los Proyectos Zero (PZ) del Ministerio de Sanidad.



Como complemento a estas actuaciones, a finales de noviembre de 2025 se difundió entre los centros el documento publicado por el Ministerio de Sanidad titulado “Prevención de las infecciones relacionadas con dispositivos invasivos en pacientes críticos. Proyectos Zero”, con el objetivo de facilitar la actualización de conocimientos y reforzar la implantación de prácticas seguras basadas en la evidencia.

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

Actuación	Observaciones
Objetivo 1: Redefinir la estructura organizativa de los proyectos	
Nivel central	- Constituido en septiembre 2021. - 9 profesionales.
Nivel de las UCI	- Actualizados referentes UCI en mayo 2024
Objetivo 2. Evaluar la repercusión de la pandemia por covid-19 en los proyectos de seguridad del paciente en las UCI	
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).
Objetivo 3: Establecer acciones específicas de mejora de los proyectos	
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.
Objetivo 4: Evaluación y seguimiento	
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. - Pilotaje 2025. - Evaluación resto de UCI SERMAS: meses de marzo y septiembre.

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.



La Estrategia de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid 2027 incluye una línea específica sobre cirugía y anestesia, orientada a promover la cultura de seguridad, impulsar el listado de verificación quirúrgica, prevenir eventos críticos por fuego en quirófano y garantizar la continuidad asistencial en el periodo perioperatorio. Estas actuaciones se sustentan en los proyectos nacionales Cirugía Segura e IQZ.

Con el fin de conocer su grado de implantación, se promovió una primera evaluación del Proyecto Cirugía Segura en 2019 y, en 2025, la SGCASP ha solicitado una reevaluación de ambos proyectos, desarrollada por la Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación (SGIME), para analizar a lo largo del año 2026 su evolución y nivel de desarrollo en los hospitales del SERMAS adheridos al programa.

Además, como en años anteriores, el LVQ y la IQZ se han incluido 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 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](#).

Asimismo, a finales de año se difundió entre los centros sanitarios el proyecto europeo SAFEST, liderado en la CM por el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Esta iniciativa tiene como objetivo mejorar la adherencia a las prácticas de seguridad del paciente basadas en la evidencia en el ámbito perioperatorio y reducir las complicaciones quirúrgicas mediante la identificación de prácticas estandarizadas, la autoevaluación de su implantación y la participación en redes colaborativas de mejora.

2.6 Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.

En AP, durante el año 2025 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 (57,6%). Por otro lado, existe una Comisión de Seguridad del Paciente de la GAAP, integrada por 17 profesionales. Existe también un CAPC formada por 19 profesionales.

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:

- Se ha evaluado el uso de la escala de opioides Opioid Risk Tool (7%) y se han analizado las barreras y dificultades de su uso, detectando necesidades y propuestas de mejora.
- Prevención de las IRAS: desarrollo de la Campaña de HM 2025.
- Mejora de la SP en el uso de medicamentos y productos sanitarios en AP:



- Actuaciones para mejora de la seguridad en el proceso de vacunación: elaboración de informe anual con el análisis de los EM relacionados con vacunas notificados en CISEMadríd. Elaboración de cinco recomendaciones de seguridad generalizables (RSG) derivadas del análisis de los EM de vacunas, una de ellas relacionada con inmunización segura en campañas de vacunación masiva, dos relacionadas con vacunación COVID y dos revisiones de RSG relacionadas con vacunación de gripe y meningitis C.
- Actuaciones para promover actividades que reduzcan los EM del paciente: se ha potenciado la implantación del programa ATENTO (ATENción Telefónica por el farmacéuticO de AP). Se han realizado mediciones y actuaciones de impulso del proyecto. Se ha creado un protocolo de registro en la historia clínica electrónica (HCE) APMadríd. Se ha promovido la realización de grupos de Educación para la Salud (EpS) dirigidos a pacientes con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre su tratamiento y la adherencia al mismo; así como el uso de pastilleros en pacientes polimedicados no adherentes. Se ha potenciado la utilización de la hoja de medicación.
- Actuaciones para mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Medicamentos de Alto Riesgo en AP:
 - Realizada la implantación, difusión e información a los profesionales sobre el uso del cuadro de mando de anticoagulación.
 - Difundido el documento de insulinización segura a los CS.
- Actuaciones para analizar y abordar la inercia terapéutica en patologías crónicas:
 - Se han priorizado patologías/ fármacos y factores causales/ barreras/ dificultades sobre los que actuar y se han definido acciones (sensibilizar, facilitar acceso a listados, recomendar potenciar revisiones) en una RSG.
- CAPC: elaboración de Recomendaciones “No Hacer” sobre Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

2.6.3. Formación.

La actividad relacionada con la SP, se incluye la formación en seguridad planificada desde la GAAP, con un total de 3.836 profesionales formados 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 de SP.
- Además, desde las Unidades Docentes, como parte del programa de formación de residentes, se imparte un curso sobre SP.

2.6.4. Otras actuaciones.

- Proyecto de Generalización de la Herramienta TriggerPrim®:



- Realizada formación a los 264 responsables de SP de los CS en capacitación en el uso de la herramienta.
- Arranque de la revisión de historia clínica (HC) en los CS, al menos por una pareja en cada centro.
- Proyecto AlertPrim-1: alertas en HC para evitar oportunidades diagnósticas perdidas en Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) y en Ca Pulmón:
 - Realizada descarga de más de 30 ítems de la HC de más de 100.000 pacientes (algunos ítems en texto libre).
 - Realizado análisis y elaborados scores para ICC y para Ca pulmón que dispararán las alertas.
- Encuesta a los profesionales de los CS para identificar problemas de seguridad en la revisión de resultados de pruebas diagnósticas, a partir de la cual se han identificado y priorizado problemas de seguridad que se abordarán con un plan de acción.
- Acciones en desarrollo derivadas del mapa de riesgos:
 - Elaborar e implantar un proyecto que garantice la revisión de resultados por parte del profesional.
 - Desarrollar contenidos institucionales en autoexploración e intervenciones educativas a pacientes/cuidadores (proyectos marco).

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 2025 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 del SERMAS y UCR.

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 2025, se mantuvo, dentro de los objetivos institucionales para hospitales y AP, el análisis y gestión de los IS notificados a través de CISEMadríd.

En el marco de la extensión de la aplicación a otras gerencias asistenciales, en el año 2025 se avanzó en el nuevo entorno de notificación específico para el SUMMA 112.

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 CISEMadríd.

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

CISEMadríd 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. CISEMadríd facilita la incorporación de los EM al PUSM evitando la duplicidad de estas notificaciones.

Durante el año 2025, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadríd un total de 25.246 notificaciones. Esto supone un aumento de las notificaciones de un 10,8% con respecto al año previo.

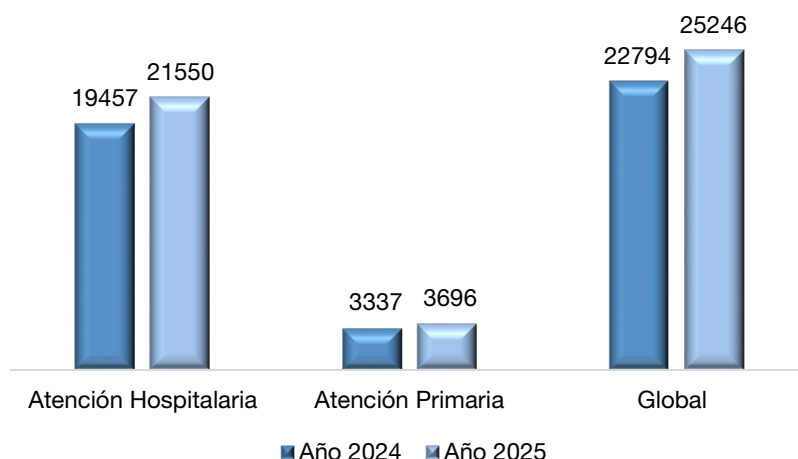
La herramienta CISEMadríd recoge de manera opcional la información relativa a la categoría del notificante. Según los datos disponibles, esta información se encuentra registrada en 15.282 de los 18.647 incidentes de seguridad notificados, lo que supone un 82,0% del total.

En relación a los profesionales que han realizado las notificaciones durante 2025, el 57,7% (7.868) fueron remitidas por enfermeros/as y el 32,7% (4.452) fueron realizadas por profesionales de medicina, siendo estas, las categorías profesionales que más notificaciones realizaron.

Analizando las notificaciones recibidas por ámbitos asistenciales, el 85,4% corresponde a hospitales (21.550) y el 14,6% restante a las 7 DA de AP (3.696).

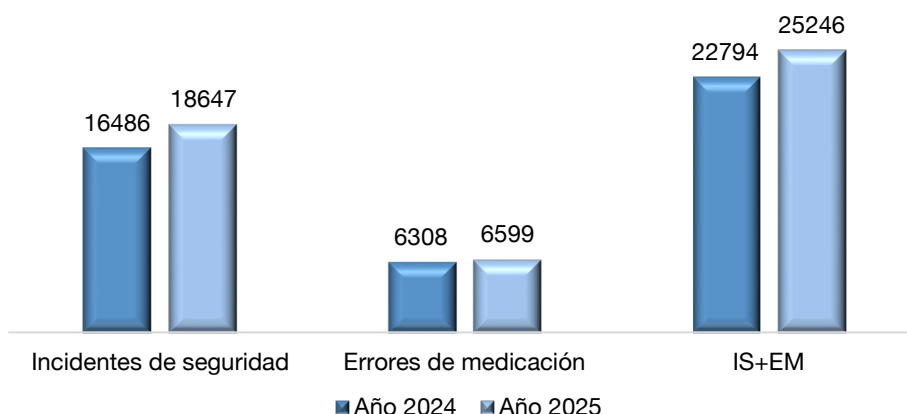
Comparando las notificaciones por ámbito con el periodo 2024 (figura 10), ha habido un incremento de notificaciones del 10,8% tanto en AH como en AP.

Figura 10. N° de notificaciones por ámbito asistencial.



Del total de notificaciones por IS y EM (25.246), 18.647 corresponde a IS (73,9%) y 6.599 (26,1%) corresponden a EM. En la figura 11 podemos ver la comparativa de las notificaciones en los años 2024-2025.

Figura 11. 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 2025, de las 25.642 notificaciones recibidas, 24.308 (96,3%) han sido revisadas o valoradas por las UFGRS.

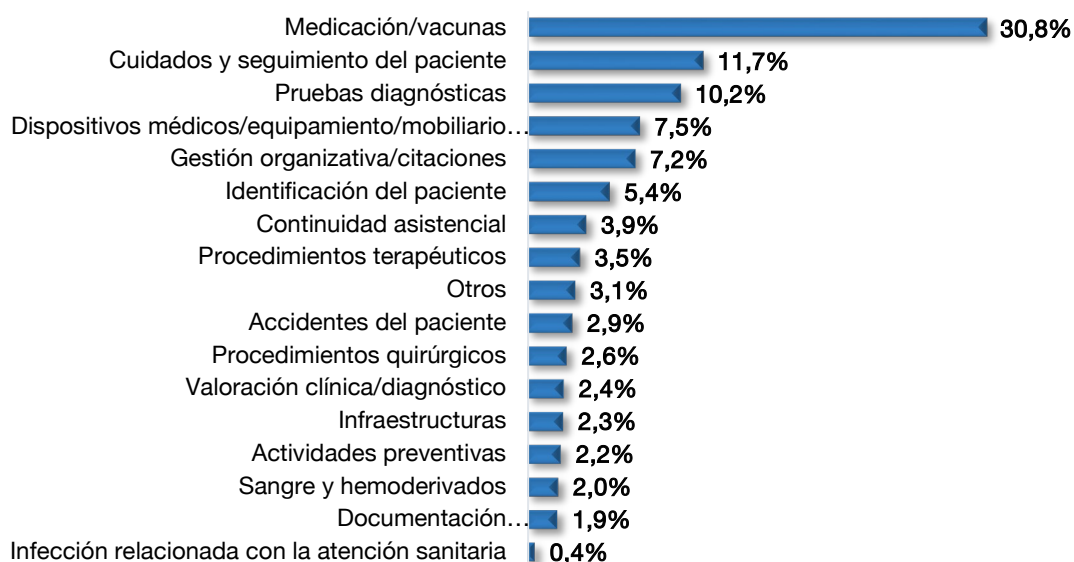
Desglosados por ámbito asistencial, en el año 2025 en AP, se ha valorado el 98,0% de las notificaciones recibidas (3.621), frente al 99,0% en 2024 (3.303). En hospitales, el porcentaje de valoración ha aumentado al 96,0% (20.687), en comparación con el 95,3% del año anterior (18.550).

El 76,5% de las notificaciones valoradas en CISEMadrid fueron consideradas incidentes de seguridad o errores de medicación, lo que representa un total de 18.605 incidentes

identificados. En términos absolutos, esto supone 1.306 incidentes más que en el mismo periodo de 2024.

En la figura 12 se muestran la distribución porcentual, por tipo de incidente.

Figura 12. 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 (38,8%), seguidos de los factores de la organización/de los servicios (30,7%).

De los 11.569 incidentes identificados en AH, el 93,9 % (10.869) tienen identificado el servicio implicado, mientras que en el 6,1 % no consta esta información.

Los incidentes se concentran fundamentalmente en los servicios de Urgencias Generales (1.375 incidentes; 12,7 %), seguido de Pediatría y áreas específicas (1.333; 12,3 %) y el Bloque Quirúrgico (1.286; 11,8 %). A continuación, destacan Anestesiología y Reanimación (788; 7,2 %) y Medicina Intensiva (747; 6,9 %). En conjunto, estos cinco servicios acumulan más de la mitad de los incidentes notificados (50,9 %). Reseñar que el bloque quirúrgico y el servicio de Anestesiología y Reanimación suponen un 19,0% (2.074).

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

De los 15.408 incidentes analizados, se han establecido acciones de mejora y remitido informe al profesional en 14.798, lo que representa un 96,0% con respecto a los incidentes

que fueron analizados. De este modo, ha habido un aumento del 12,3% de incidentes con informe validado en comparativa con el año 2024 (13.172).

Tabla 18. Informes validados 2025: global y por ámbito asistencial.

	Anual 2025			Anual 2024			VARIACIÓN 2025-2024		
	AH	AP	Global	AH	AP	Global	AH	AP	Global
Incidentes identificados	15.935	2.670	18.605	14.899	2.400	17.299	1.036	270	1.306
Incidentes analizados	12.828	2.580	15.408	11.499	2.293	13.792	1.329	287	1.616
Incidentes con informe	12.335	2.463	14.798	10.999	2.173	13.172	1.336	290	1.626
% incidentes con informe /identificados	77,4%	92,2%	79,5%	73,8%	90,5%	76,1%	3,6%	1,7%	3,4%
% incidentes con informe /analizados	96,2%	95,5%	96,0%	95,7%	94,8%	95,5%	0,5%	0,7%	0,5%

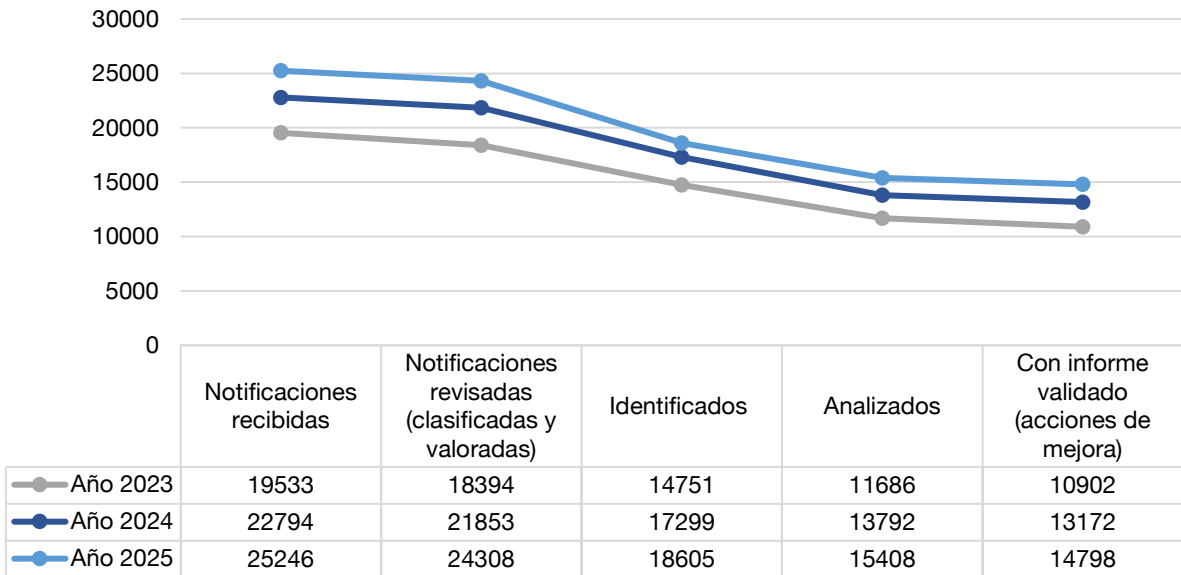
Fuente: CISEMadrid. AH: Atención Hospitalaria; AP: Atención Primaria.

Las actuaciones de mejora según el tipo de incidente, las más frecuentes se refieren a medicación/vacunas (37,5%) y cuidados y seguimiento del paciente (11,9%).

Como resultado global de la UFGRS, se han elaborado 101 recomendaciones de seguridad generalizables, 128 prácticas seguras locales y 23 generalizables, según datos provenientes del Sistema de Información de Actuaciones de las Unidades Funcionales.

A modo de resumen se refleja en la figura 13, 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 2025 y su comparación con respecto a 2024 y 2023.

Figura 13. Resumen del proceso de gestión de las notificaciones 2023-2024-2025.



Fuente: CISEMadrid



Con el objetivo de mejorar la cultura de la notificación entre nuestros profesionales se ha remitido a las gerencias (34 hospitales y 7 DA de AP), un informe individualizado que recoge la actividad realizada (miembros, responsables de SP, reuniones, objetivos) y la gestión de incidentes notificada en CISEMadríd (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](#).

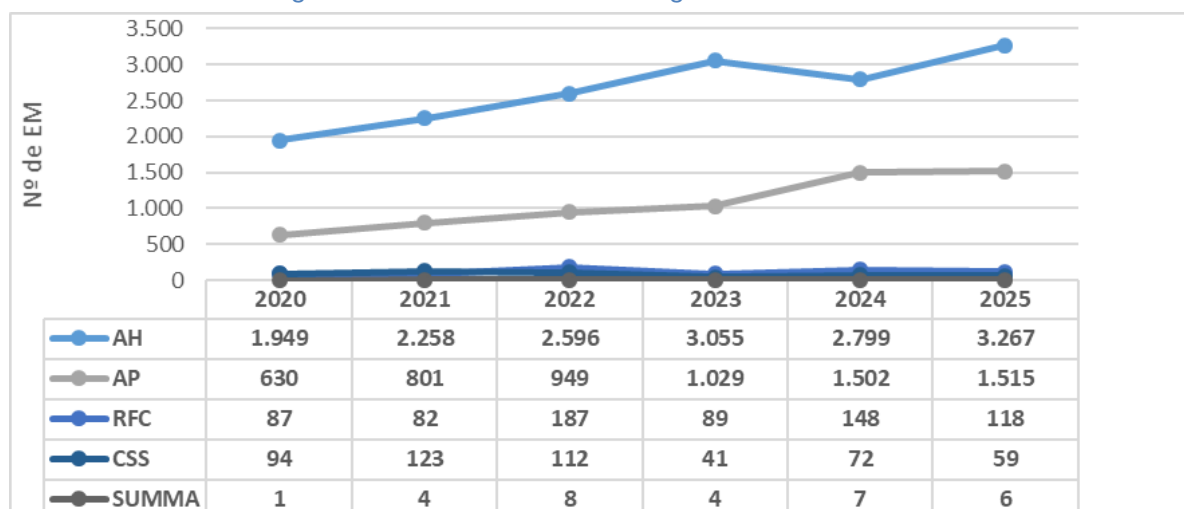
3.1.2. Portal Uso Seguro del Medicamento.

En el PUSM se notifican los EM procedentes de todos los niveles asistenciales de forma anónima y confidencial. Desde CISEMadríd se integran las notificaciones en el Portal de gran parte de los EM que se notifican desde AP y AH, 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 2025 se notificaron 4.965 EM. Con respecto al año 2024, se ha producido un aumento del 9,6%. Datos que pueden objetivarse en la figura 14.

Figura 14. Evolución de los EM registrados 2020-2025.



Fuente PUSM. AH: Atención Hospitalaria; AP: Atención Primaria; RFC: Red de Farmacias Centinela; CSS: Centros Socio-Sanitarios.

La participación en el Programa de Notificación de EM ha sido durante el año 2025 de un 65,8% en el ámbito hospitalario, de un 30,5% en el ámbito de primaria, de un 2,4% en la RFC, de un 1,2% en los centros socio-sanitarios y residencias de mayores y del 0,1% en el SUMMA 112.

En la tabla 19 se muestra el número de EM registrados en los dos últimos años junto a la comparativa entre ambos y la participación en el programa de cada uno de los ámbitos asistenciales.



Tabla 19. Evolución Errores de Medicación 2024-2025.

	Nº EM 2024	Nº EM 2025	variación 2025 vs 2024	% variación 2025 vs 2024	% participación 2025
RFC	148	118	-30	-20,3%	2,4%
AH	2799	3267	468	16,7%	65,8%
AP	1502	1515	13	0,9%	30,5%
CSS	72	59	-13	-18,1%	1,2%
SUMMA 112	7	6	-1	-14,3%	0,1%
TOTAL	4.529	4.965	436	9,6%	100,0%

Fuente: PUSM. AH: Atención Hospitalaria; AP: Atención Primaria; CSS: Centros Socio-Sanitarios; RFC: Red de Farmacias Centinela.

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 2025, se han desarrollado 15 actividades formativas.

Como novedad en 2025, se han incorporado dos nuevos cursos, que amplían la oferta formativa en áreas clave de la seguridad del paciente:

- Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias (10 horas).
- Simulación de seguridad del paciente: manejo de crisis en quirófano (13 horas).

Todos los 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 8.297. 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 2025.

Curso	Ediciones	Fechas celebración	Dirigido a:	Horas	ALUMNOS formados
Básico de seguridad del paciente*	continuado	Del 1 de enero al 31 de diciembre	Todos los profesionales	5	2.076
Básico de higiene de manos*	continuado	Del 1 de enero al 31 de diciembre	Todos los profesionales	10	3.327
Básico CISEMadrid*	continuado	Del 17 de mayo al 31 de diciembre	Todos los profesionales	5	964
Seguridad del paciente en pediatría	2	Ed 1: del 10 al 28 marzo Ed 2: del 6 al 24 de octubre	Profesionales sanitarios de todos los centros del SERMAS que atienden a población infantil	10	511



Curso	Ediciones	Fechas celebración	Dirigido a:	Horas	ALUMNOS formados
CISEMadrid: <i>Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación</i>	1	Del 12 de mayo al 13 de junio	Profesionales que van a participar en la gestión de las notificaciones; miembros de las UFGRS y Responsables de Seguridad de servicios o unidades.	20	132
Higiene de manos (acreditado).	2	Ed 1: del 5 al 30 de mayo Ed 2: del 15 de septiembre al 10 de octubre	Profesionales sanitarios de centros del SERMAS	20	582
Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios (<i>jactualizado 2025 i</i>)	1	Del 22 de septiembre al 7 de noviembre	Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos, Responsables de Seguridad de Unidades/Servicios	30	212
Simulación de seguridad del paciente: manejo de crisis en quirófano (<i>jnovedad 2025 i</i>)	3	Ed 1: del 30 mayo al 11 junio Ed 2: del 4 al 16 junio Ed 3: del 8 al 20 octubre	Equipos mixtos de Médicos y Enfermeras que trabajen en el bloque quirúrgico	13	37
Seguridad del paciente en urgencias y emergencias (<i>jnovedad 2025 i</i>)	2	Ed. 1: del 24 de marzo al 11 de abril. Ed. 2: del 13 al 31 octubre	A todos los profesionales sanitarios que trabajan en el marco de urgencias y de emergencias de los distintos niveles asistenciales SERMAS	10	343
Seguridad del paciente para directivos (actualización)	1	del 24 de marzo al 25 de abril	Personal directivo, mandos intermedios y referentes de seguridad de servicios de los centros sanitarios del SERMAS y de la Consejería de Sanidad en general.	20	113
Total Alumnos					8.297

Fuente: Formadrid. 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 siguiente tabla:

Tabla 21. Distribución por ámbito asistencial.

Ámbito Asistencial	N.º Alumnos finalizados			
	Básicos	Acreditados	Total	%
Hospitales	4.537	1.401	5.938	71,6%
Atención Primaria	1.643	467	2.110	25,4%
SUMMA 112	100	40	140	1,7%
Otros	87	22	109	1,3%
Total	6.367	1.930	8.297	100%

Fuente: Formadrid.

La distribución por categoría profesional se detalla a continuación en la tabla 22:



Tabla 22. Distribución por categoría profesional.

Categoría Profesional	Nº Alumnos Finalizados	%
Enfermera/o	2401	28,9%
Técnico En Cuidados Auxiliares De Enfermería	1682	20,3%
Médico Especialista	1345	16,2%
Grupo Administrativo	1369	16,5%
Otras Profesiones Sanitarias	458	5,5%
Mantenimiento – Hostelería - Administración General	732	8,8%
Directivo	25	0,3%
Residente (Sólo Formación Básica)	179	2,2%
Otros	105	1,3%
Total	8.296	100,0%

Fuente: ForMadrid.

Además, durante el año 2025 se ha desarrollado la virtualización del curso de “Seguridad del paciente en Ginecología y Obstetricia”, que estará disponible en el año 2026.

La formación desarrollada por la SGFPS 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 17 de diciembre de 2025 tuvo lugar la IV Jornada institucional de seguridad del paciente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, un acto que fue inaugurado por la Viceconsejera de Sanidad.

Figura 15. IV Jornada institucional de seguridad del paciente.



En esta convocatoria participaron centros y organizaciones adscritos y vinculados al Servicio Madrileño de Salud y a la Consejería de Sanidad, así como a Organizaciones sanitarias de ámbito privado de la Comunidad de Madrid, presentándose 62 prácticas desarrolladas en los 3 últimos años en los diferentes niveles asistenciales: 53 en el ámbito hospitalario, 1 en atención primaria, 2 en SUMMA 112 y 7 de centros del ámbito privado.

En una primera fase, los proyectos fueron evaluados por un Comité de Selección, que valoró los contenidos descritos en la memoria de cada práctica y las evidencias aportadas en sus apartados. De este modo, se seleccionaron las 21 prácticas con mayor puntuación.

Durante este acto, las presentaciones de estas prácticas seleccionadas fueron valoradas por el Comité. 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

IV Reconocimientos a las Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente	
Proyecto Ganador	Diseño de un sistema seguro de comunicación de resultados relevantes de pruebas diagnósticas. H.G.U Gregorio Marañón.
Accésit Proyecto en Hospitales	Reducción de las pruebas de imagen innecesarias mediante el desarrollo de un sistema de detección de pruebas duplicadas. UCR.
Accésit Proyecto en Atención Primaria	Alertas en historia clínica para evitar Oportunidades Diagnósticas Perdidas en Insuficiencia Cardíaca. Gerencia de Atención Primaria. Área de Procesos y Calidad.
Accésit Proyecto SUMMA112	Implantación del Procedimiento BronquiolitisMAD. SUMMA 112.
Accésit Proyecto en Organizaciones de ámbito privado	Modelo de evaluación sistemática del dolor como herramienta de seguridad del paciente: experiencia 2022-2025. H.U. Vithas Madrid La Milagrosa.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, y 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 Universitario Fundación Jiménez Díaz, la III Jornada de Adecuación de la Práctica Asistencial.

Desde la SGCASP se convocó en mayo un concurso de comunicaciones para participar en esta Jornada. Se recibieron 24 comunicaciones, 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 2024.



La difusión de las experiencias presentadas a en estas jornadas facilita que puedan ser compartidas por los centros y sus profesionales, pudiendo servir 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”¹³, 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 redunda 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
• Informe de actividad de las UFGRS (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo¹⁴. • Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2024¹⁵. • Memoria de actuaciones del Día mundial de HM 2024¹⁶. • Política de Seguridad del Paciente¹⁷. • Recomendaciones de estructura para la HM¹⁸.
JORNADAS

¹³ <https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/BuenasPracticas.aspx>

¹⁴ [Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente \(madrid.org\)](https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/BuenasPracticas.aspx)

¹⁵ <https://www.comunidad.madrid/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>

¹⁶ [Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente \(madrid.org\)](https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/BuenasPracticas.aspx)

¹⁷ <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051536.pdf>

¹⁸ <https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Paginas/Proyectos-de-seguridad.aspx>



• Jornadas de trabajo de las UFGRS. ○ Jornada UFGRS. 6 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. 7 de marzo. ○ Jornada Referentes PZ. 14 de marzo. • V Concurso Audiovisual de Higiene de Manos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Hospital Universitario 12 de octubre. 5 de mayo. • Jornada de Sistemas de Notificación de incidentes “Experiencias de éxito en la gestión de los sistemas de notificación”. Ministerio de Sanidad. 29 de mayo. • II Jornada de la Mesa Madrileña de la Comunidad de Madrid. Fundación MD Anderson Cancer Center España. 25 de septiembre. • III Jornada de Adecuación de la Práctica Asistencial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 4 de noviembre. • IV Reconocimientos a las mejores prácticas en Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Ramón y Cajal. 19 de diciembre.
PORTAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INTRANET CORPORATIVA
• Área Observatorio Regional de Seguridad del Paciente. • Área Estrategia de Seguridad. • Área UFGRS. • Área Proyectos de Seguridad (Higiene de manos, Seguridad en UCI, Seguridad en cirugía) • Área Comités de Adecuación. • Área Formación.
OBSERVATORIO DE RESULTADOS¹⁹
• Incluye indicadores de efectividad clínica y SP (además de otros indicadores de estructura, actividad, calidad y resultados) de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, y SUMMA 112. • Está accesible en el portal salud y se pueden desglosar por centro y proporciona información anual desde 2013.

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;

¹⁹ <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>



ANEXOS

ANEXO 1: Descripción de la organización, n.º objetivos y reuniones por UFGRS

UNIDAD FUNCIONAL	Nº MIEMBROS	RESP. SEGURIDAD	Nº OBJETIVOS	Nº REUNIONES
H. El Escorial	18	16	6	10
H.U. del Henares	27	18	18	6
H. U. Infanta Cristina	10	53	6	5
H. U. Infanta Elena	24	70	33	11
H. del Sureste	34	35	12	6
H. del Tajo	15	41	24	20
PROMEDIO GRUPO 1	21,3	38,8	16,5	9,7
H.U. Infanta Leonor	25	60	17	10
H.U. Infanta Sofía	20	47	13	12
H.U. Fundación Alcorcón	16	60	35	10
H.U. de Fuenlabrada	26	55	8	4
H.U. de Getafe	13	81	13	10
H.U. de Móstoles	15	57	11	11
H.U. Príncipe de Asturias	13	90	11	8
H.U. Severo Ochoa	24	24	8	10
H. Gómez Ulla	18	71	16	4
H. de Torrejón	53	59	22	6
H. Rey Juan Carlos	33	84	20	10
H. G. Villalba	37	85	28	11
H.I.U. Niño Jesús	25	110	9	8
PROMEDIO GRUPO 2	24,5	67,9	16,2	8,8
H. U. Fundación Jiménez Díaz	36	100	22	6
H.U. 12 de Octubre	32	207	13	11
H. Clínico San Carlos	28	122	6	7
H.G.U. Gregorio Marañón	29	353	20	8
H.U. La Paz	52	228	9	34
H.U. La Princesa	17	120	15	9
H.U. Puerta de Hierro	28	115	15	6
H.U. Ramón y Cajal	15	230	10	8
PROMEDIO GRUPO 3	29,6	184,4	13,8	11,1
H. Cruz Roja	15	19	20	6
H.U. Santa Cristina	13	24	11	12
PROMEDIO GRUPO Apoyo	14,0	21,5	15,5	9,0
H. de Guadarrama	19	7	29	10
H. La Fuenfría	15	6	11	2
H. Virgen de la Poveda	13	9	12	8
H. U. José Germain	16	7	12	6
H. Dr. Rodríguez Lafora	19	4	15	9
UCR	4	14	2	3
PROMEDIO GRUPO ME, Psiq y UCR.	14,3	7,8	13,5	6,3
D.A. Centro	20	80	9	10
D.A. Norte	14	36	10	6
D.A. Este	15	37	7	7
D.A. Sureste	16	39	4	6
D.A. Sur	16	40	8	7
D.A. Oeste	16	31	8	9
D.A. Noroeste	14	53	11	8
PROMEDIO AT. PRIMARIA	15,9	45,1	8,1	7,6
SUMMA 112	28	15	12	5



ANEXO 2: Gestión de incidentes realizada por UFGRS.

UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
ATENCIÓN HOSPITALARIA									
H. EL ESCORIAL	258	256	99,2%	212	82,8%	165	77,8%	131	61,8%
HU HENARES	266	265	99,6%	233	87,9%	218	93,6%	196	84,1%
HU SURESTE	284	251	88,4%	185	73,7%	135	73,0%	131	70,8%
HU TAJO	211	208	98,6%	158	76,0%	135	85,4%	124	78,5%
HU INFANTA CRISTINA	687	686	99,9%	600	87,5%	535	89,2%	530	88,3%
HU INFANTA ELENA	269	261	97,0%	203	77,8%	147	72,4%	141	69,5%
PROMEDIO Grupo 1	329	321	97,6%	265	82,6%	222	83,9%	209	78,8%
HG VILLALBA	433	432	99,8%	335	77,5%	263	78,5%	259	77,3%
HGD GOMEZ ULLA	343	330	96,2%	197	59,7%	161	81,7%	153	77,7%
HIU NIÑO JESÚS	449	430	95,8%	322	74,9%	253	78,6%	248	77,0%
HU FUENLABRADA	426	397	93,2%	247	62,2%	129	52,2%	88	35,6%
HU GETAFE	635	635	100,0%	314	49,4%	254	80,9%	249	79,3%
HU MÓSTOLES	340	298	87,6%	264	88,6%	228	86,4%	185	70,1%
HU TORREJÓN	258	255	98,8%	229	89,8%	217	94,8%	217	94,8%
HU FUND. ALCORCÓN	361	361	100,0%	314	87,0%	310	98,7%	308	98,1%
HU INFANTA LEONOR - VIRGEN TORRE	557	481	86,4%	337	70,1%	271	80,4%	269	79,8%
HU INFANTA SOFÍA	469	468	99,8%	414	88,5%	336	81,2%	334	80,7%
HU PRÍNCIPE ASTURIAS	1290	1285	99,6%	966	75,2%	853	88,3%	829	85,8%
HU REY JUAN CARLOS	744	700	94,1%	561	80,1%	439	78,3%	409	72,9%
HU SEVERO OCHOA	332	269	81,0%	187	69,5%	157	84,0%	150	80,2%
PROMEDIO Grupo 2	511	488	95,5%	361	73,9%	298	82,6%	284	78,9%



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
HU FUND. JIMÉNEZ DÍAZ	1306	1272	97,4%	1111	87,3%	993	89,4%	937	84,3%
HGU GREGORIO MARAÑÓN	2656	2627	98,9%	1960	74,6%	1483	75,7%	1468	74,9%
HU 12 OCTUBRE	2195	2118	96,5%	1670	78,8%	1331	79,7%	1280	76,6%
HU CLÍNICO SAN CARLOS	984	972	98,8%	542	55,8%	399	73,6%	382	70,5%
HU LA PRINCESA	794	611	77,0%	494	80,9%	399	80,8%	380	76,9%
HU LA PAZ - CANTOBLANCO - H. CARLOS III - H.E.E.I. ZENDAL	1827	1773	97,0%	1496	84,4%	1147	76,7%	1122	75,0%
HU PUERTA DE HIERRO	1505	1426	94,8%	1143	80,2%	811	71,0%	803	70,3%
HU RAMÓN Y CAJAL	486	485	99,8%	386	79,6%	288	74,6%	281	72,8%
PROMEDIO Grupo 3	1469	1411	96,0%	1100	78,0%	856	77,8%	832	75,6%
HC CRUZ ROJA	151	148	98,0%	116	78,4%	115	99,1%	115	99,1%
HU SANTA CRISTINA	137	137	100,0%	112	81,8%	107	95,5%	105	93,8%
PROMEDIO Grupo apoyo	144	143	99,0%	114	80,0%	111	97,4%	110	96,5%
HU GUADARRAMA	153	153	100,0%	141	92,2%	141	100,0%	141	100,0%
H DR. R. LAFORA	225	186	82,7%	118	63,4%	110	93,2%	97	82,2%
H LA FUENFRÍA	142	140	98,6%	132	94,3%	93	70,5%	82	62,1%
H VIRGEN DE LA POVEDA	99	98	99,0%	89	90,8%	63	70,8%	56	62,9%
HU JOSÉ GERMAIN	165	163	98,8%	127	77,9%	124	97,6%	124	97,6%
UCR	113	110	97,3%	20	18,2%	18	90,0%	11	55,0%
PROMEDIO Grupo ME/PSQ/UCR	150	148	94,8%	105	73,8%	92	87,6%	85	81,5%
PROMEDIO ATENCIÓN HOSPITALARIA	616	591	96,0%	455	77,0%	367	80,5%	352	77,4%
Total Atención Hospitalaria	21550	20687	96,0%	15935	77,0%	12828	80,5%	12335	77,4%



ATENCIÓN PRIMARIA									
DA Centro	637	630	98,9%	437	69,4%	421	96,3%	375	85,8%
DA Este	480	474	98,8%	327	69,0%	317	96,9%	312	95,4%
DA Noroeste	404	403	99,8%	311	77,2%	309	99,4%	298	95,8%
DA Norte	326	325	99,7%	264	81,2%	262	99,2%	254	96,2%
DA Oeste	560	559	99,8%	419	75,0%	404	96,4%	381	90,9%
DA Sur	526	517	98,3%	376	72,7%	342	91,0%	339	90,2%
DA Sureste	763	713	93,4%	536	75,2%	525	97,9%	504	94,0%
PROMEDIO ATENCIÓN PRIMARIA	528	517	98,0%	381	73,7%	369	96,6%	352	92,2%
Total Atención Primaria	3696	3621	98,0%	2670	73,7%	2580	96,6%	2463	92,2%
Otros (fuente no CISEMadrid)									
GERENCIA SUMMA	322	322	100,0%	237	73,6%	223	94,1%	223	94,1%



En este documento se presenta la Memoria de Actuaciones de Seguridad del Paciente.
Observatorio Regional de Seguridad del Paciente. Año 2025



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