MARCO DE RECONOCIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS EXCELENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cuestionario de autoevaluación. Versión 2026

Comunidad de Madrid

MARCO DE RECONOCIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS EXCELENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cuestionario de autoevaluación. Versión 2026

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

Biblioteca virtual

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

comunidad.madrid/publicamadrid

© Comunidad de Madrid
Edita: Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente
Consejería de Sanidad
dghumanizacion@salud.madrid.org
Año de edición: 2026
Publicado en España - Published in Spain

Normas generales de cumplimentación

Responda a TODAS las preguntas incluidas en este documento, marcando con una ☒ en la celda que considere más oportuna.

Las celdas sombreadas **no** pueden ser cumplimentadas.

Sólo en el caso de que alguna pregunta NO le fuese aplicable, señálela con NA y justifíquelo en los comentarios.

AUTORES[1]

Coordinación

Pardo Hernández, Alberto. Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.

De Priso Sañudo, Natalia. Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.

Grupo de Trabajo y Grupo Revisor Interno.

Alcázar González, Marisa. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Aranaz Andrés, Jesús María. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Cisneros Almeida, Lizzy Paola. Hospital Universitario José Germain.

De Vicente Guijarro, Jorge. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Díaz Redondo, Alicia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Garzón González, Gerardo. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Hidalgo Ramos, Sonia. Hospital Asociado Universitario Guadarrama

Leal Orozco, Ana. Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz.

Macías Maroto, Marta. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Mediavilla Herrera, Inmaculada. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Rubio Gomez, Juan Antonio. Gerencia del SUMMA 112

Santiago Sáez, Andrés Sebastián. Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Elaboración de la versión inicial

Pardo Hernández, Alberto. Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.

Aranaz Andrés, Jesús María. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

De Vicente Guijarro, Jorge. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Pilotaje

La versión preliminar del cuestionario fue validada mediante un pilotaje realizado en el Hospital Universitario Infanta Sofía y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

[1] Las filiaciones institucionales recogidas en este documento corresponden al periodo de elaboración, revisión y validación del cuestionario.

Índice de apartados del cuestionario:

El cuestionario está compuesto por los ocho apartados siguientes:

A. GOBERNANZA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 7

B. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 10

C. GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS 13

D. PRÁCTICAS SEGURAS. 17

E. PRÁCTICAS INNECESARIAS "NO HACER" 21

F. PACIENTES Y USUARIOS 23

G. TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN. 24

H. RESULTADOS CLAVE 27

A. GOBERNANZA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

A.1. La gerencia cuenta con un profesional sanitario, como responsable de seguridad del paciente:	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
- *0* (a) La gerencia no cuenta con un profesional sanitario como responsable nombrado por la gerencia
- *1* (b) La gerencia cuenta con un profesional sanitario, como responsable nombrado por la gerencia
- *2* (c) A la opción anterior, se suma que el responsable presida la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios
- *3* (d) A la opción anterior, se suma que el responsable desarrolla las funciones establecidas en el Decreto 4/2021.
- *4* (e) A la opción anterior, se suma, cuando las gerencias incluyan más de una unidad asistencial, tendrán designados responsables de seguridad del paciente por unidades, centros o servicios.
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.2. La gerencia cuenta con responsables de seguridad del paciente por centros, unidades o servicios:	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
- *0* (a) La gerencia no cuenta con responsables de centros, unidades y/o servicios
- *1* (b) La gerencia cuenta con responsables de centros, unidades y/o servicios designados por el gerente, director técnico, asistencial o cargo similar, que actúan de forma coordinada con el responsable del centro en menos del 50%
- *2* (c) A la opción anterior, se suma, que la gerencia cuenta con responsables en 50 - 75% de centros, unidades y/o y servicios.
- *3* (d) A la opción anterior, se suma que la gerencia cuenta con responsables en el 76 - 90% de centros, unidades y/o y servicios
- *4* (e) A la opción anterior, se suma, que la gerencia cuenta con responsables en más del 90% de centros, unidades y/o y servicios.
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.3 La gerencia cuenta con una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGRS) o Comisión de Seguridad del Paciente:	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
- *0* (a) La gerencia no cuenta con ella
- *1* (b) La gerencia cuenta con una UFGRS o Comisión de Seguridad del Paciente
- *2* (c) A la opción anterior, se suma que sus actividades se reflejen en un acta de cada reunión
- *3* (d) A la opción anterior, se suma la participación de la dirección del centro.
- *4* (e) A la opción anterior, se suma que más del 50% de sus miembros sean profesionales asistenciales
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.4. ¿La gerencia cuenta con comisiones de seguridad o grupos multiprofesionales en algunos servicios o unidades (Por ejemplo: UCI, urgencias, centro de salud, etc.):	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
- *0* (a) No.
- *4* (e) Sí.
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.5.¿La gerencia posee un plan específico de Seguridad del Paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.6. El plan de Seguridad del Paciente cumple los siguientes criterios:	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) El Plan está aprobado por la dirección del centro.
1 (b) Además, está difundido entre sus profesionales.
2 (c) Además, está revisado y actualizado en los últimos 5 años.
3 (d) Además, es coherente y se corresponde con la Estrategia y con los objetivos establecidos a nivel institucional.
4 (e) Además, el plan cumple todos los requisitos establecidos en el Decreto 4/2021.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.7. ¿La gerencia cuenta con los siguientes órganos de gestión en materia de apoyo a la seguridad del paciente?	a	b	c	d	e	f
A.7.1. La gerencia cuenta con un Coordinador/Unidad de Calidad	○	●	●	●	○	○
A.7.2. La gerencia cuenta con una Comisión de Calidad (PE. Comité central de Calidad)	○	●	●	●	○	○
A.7.3. La gerencia cuenta con una Comisión de Mortalidad	○	●	●	●	○	○
A.7.4. La gerencia cuenta con un Comité/Comisión de Atención al Dolor	○	●	●	●	○	○
A.7.5. La gerencia cuenta con una Comisión de Infecciones	○	●	●	●	○	○
A.7.6. La gerencia cuenta con una Comisión de Documentación Clínica	○	●	●	●	○	○
A.7.7. La gerencia cuenta con una Comisión de Farmacia y Terapéutica	○	●	●	●	○	○

0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.8. ¿La gerencia establece y despliega anualmente objetivos de calidad y seguridad del paciente en los pactos con los centros, servicios o unidades?	**a**	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**
A.8.1. Objetivos de calidad asistencial	○	●	●	●	○	○
A.8.2. Objetivos de seguridad del paciente	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.9. ¿La gerencia cuenta con indicadores específicos de Seguridad del Paciente?	**a**	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

A.10.¿Entre sus indicadores, la gerencia dispone de datos o resultados, sobre la percepción de sus usuarios, en relación con haber sufrido algún error o equivocación en la asistencia sanitaria?	**a**	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

B.1.¿La gerencia cuenta con una política de seguridad aprobada y difundida?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.2. ¿El plan estratégico de la gerencia incorpora la Seguridad del Paciente? (PE. En su misión o visión, o en sus líneas y objetivos)	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.3. ¿La gerencia desarrolla rondas de seguridad del paciente con la participación de algún miembro del equipo directivo?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.4. ¿La gerencia realiza mediciones periódicas sobre la cultura de seguridad del paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No realiza encuestas de Cultura de Seguridad del Paciente ni se encuentra entre los objetivos del centro.
1 (b) No ha realizado ninguna hasta el momento, pero se contempla dentro de los objetivos institucionales.
2 (c) Ha realizado alguna encuesta de manera puntual, habiendo transcurrido más de 3 años desde la última.
3 (d) Se realiza de manera periódica con una frecuencia mínima bienal.
4 (e) A la opción anterior, se suma la publicación, al menos a nivel interno de la gerencia, de sus resultados.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.5. ¿La intranet de la gerencia cuenta con un apartado/ sección donde se incluya la Seguridad del Paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No.
1 (b) Sí, conteniendo únicamente enlaces de interés en Seguridad del Paciente.
2 (c) Se suma, a la opción anterior, contenidos o enlaces relacionados con la UFGRS y el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica.
3 (d) Se suma, a la opción anterior, la inclusión de protocolos internos de seguridad del paciente y la información sobre las actuaciones de la Comisión de Seguridad del Paciente o Unidad Funcional de Gestión de Riesgos.
4 (e) La intranet tiene un espacio específico sobre seguridad del paciente que, además de lo anterior, incluye el plan de seguridad de la gerencia, sus objetivos en esta materia y los resultados obtenidos.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.6. ¿La gerencia realiza difusión de los resultados obtenidos en seguridad del paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No.
1 (b) Sí, de manera puntual.
2 (c) Sí, de forma periódica.
3 (d) Sí, además, de ser periódica, está disponible en la intranet.
4 (e) Sí además de la anterior, los presenta a través de sesiones, reuniones, emisión de documentos (Por ejemplo, boletines) o vías de comunicación similar.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.7. ¿La gerencia entrega a sus centros, servicios unidades o profesionales, premios/reconocimientos sobre seguridad del paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor

0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.8. ¿La gerencia identifica y difunde Buenas Prácticas en seguridad del paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor

0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.9. ¿La gerencia dispone de un plan de acogida a los profesionales, incluidos los profesionales en formación, que contiene un apartado sobre seguridad del paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.10. La gerencia desarrolla actuaciones con motivo de la celebración del:	a	b	c	d	e	f
B.10.1. Día mundial de la Seguridad del Paciente	○	○	○	○	○	○
B.10.2. Día mundial de la Higiene de Manos	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) La gerencia no realiza ninguna actuación específica.
1 (b) La gerencia realiza un recordatorio o emite un comunicado a los profesionales del centro (PE con información de la OMS u otros organismos).
2 (c) Se suma, a la opción anterior, la realización de actuaciones específicas de concienciación de contenido teórico.
3 (d) Se suma, a la opción anterior, la realización de actuaciones específicas de concienciación de contenido práctico.
4 (e) Se suma, a la opción anterior, la elaboración de un informe específico que recoja el planteamiento, diseño y desarrollo de tales actuaciones (El informe puede constar, por ejemplo, como anexo, en el acta de la UFGRS).
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

B.11. ¿La memoria anual de la gerencia incorpora las actuaciones y resultados en Seguridad del Paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C. GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

C.1. ¿La gerencia dispone de sistema de identificación, comunicación y gestión de incidentes de seguridad (Por ejemplo, CISEMadrid)?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.2. ¿La gerencia dispone, revisa y analiza otras fuentes de información para la identificación de posibles Incidentes de Seguridad?	a	b	c	d	e	f
C.2.1. Reclamaciones, quejas y sugerencias	○	●	●	●	○	○
C.2.2. Reclamaciones económicas / patrimoniales	○	●	●	●	○	○
C.2.3. Rondas de Seguridad o Briefing / Debriefing	○	●	●	●	○	○
C.2.4. Herramientas de *Trigger Tools*	○	●	●	●	○	○
C.2.5. Estudios epidemiológicos de carácter específico	○	●	●	●	○	○

0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.3 ¿La gerencia gestiona sus eventos centinela?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No.
1 (b) Cuenta con un listado de Eventos Centinela institucional o aprobado por la Comisión de Seguridad del Paciente / Unidad Funcional de Gestión de Riesgos revisado anualmente.
2 (c) A la opción b, se suma la realización de un análisis de profundidad mediante una metodología específica (Por ejemplo, ACR, Protocolo de Londres, etc.), dentro de los 45 días posteriores al Evento Centinela.
3 (d) A la opción b, se suma la realización de un análisis de profundidad mediante una metodología específica (Por ejemplo, ACR, Protocolo de Londres, etc.), dentro de los 30 días posteriores al Evento Centinela.
4 (e) A la opción d, se suma la adopción de medidas correctoras específicas dentro de los 15 días posteriores a la realización del análisis (máximo 45 días del Evento Centinela).
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:.

C.4. ¿La gerencia desarrolla actuaciones para promover la participación de los profesionales en la gestión de los incidentes de seguridad?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.5. ¿La gerencia (por ejemplo, en los comités de dirección) realiza un seguimiento, como mínimo semestral, de los resultados de los incidentes de seguridad?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.6. ¿La gerencia cuenta con un protocolo específico para la realización de Análisis Causa Raíz (ACR)?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No.
1 (b) Sí.
2 (c) A la opción anterior, se suma la realización de al menos un 33% de las propuestas de realización de un ACR (o equivalente) que hayan sido aprobadas por la Comisión de Seguridad del Paciente, por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgo o por la Dirección del centro
3 (d). A la opción anterior, se suma la realización de al menos un 66% de las propuestas de realización de un ACR (o equivalente) que hayan sido aprobadas por la Comisión de Seguridad del Paciente, por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgo o por la Dirección del centro
4 (e). A la opción anterior, se suma la aprobación y desarrollo de acciones correctivas específicas derivadas de la realización de estas técnicas
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.7. ¿La gerencia cuenta con un protocolo específico para la realización de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No.
1 (b) Sí.
2 (c) A la opción anterior, se suma la realización de al menos un 33% de las propuestas de realización de AMFE que hayan sido aprobadas por la Comisión de Seguridad del Paciente, por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgo o por la Dirección del centro
3 (d) A la opción anterior, se suma la realización de al menos un 66% de las propuestas de realización de AMFE que hayan sido aprobadas por la Comisión de Seguridad del Paciente, por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgo o por la Dirección del centro
4 (e). A la opción anterior, se suma la aprobación y desarrollo de acciones correctivas específicas derivadas de la realización de estas técnicas.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.8. ¿La gerencia cuenta con un Protocolo/Sistema de Gestión de Alertas de Seguridad de los Productos Sanitarios?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No se aplica ningún protocolo ni guía concreta.
1 (b) Utiliza guías o normativas nacionales o autonómicas, pero no cuenta con protocolos propios de aplicación.
2 (c) El centro cuenta con un protocolo específico y de elaboración interna.
3 (d) A la opción anterior, se suma el nombramiento de un Responsable de la Seguridad de los Productos Sanitarios.
4 (e) A la opción anterior, se suma la presencia de controles internos para la verificación del cumplimiento de tales protocolos (como la realización de comisiones de control o de auditorías internas).
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.9. ¿La gerencia realiza evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías que se incorporan?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No.
1 (b) En ocasiones, sin contar con una unidad u órgano de gestión específico para ello.
2 (c) Sí, contando con una unidad u órgano de gestión específico para ello.
3 (d) Se suma, a la opción anterior, una evaluación de más del 50% de las tecnologías incorporadas
4 (e) Se suma, a la opción anterior, una vigilancia activa y documentada posterior a la implantación de la tecnología en el centro.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.10. ¿La gerencia dispone de mapas de riesgos en servicios, centros o áreas críticas?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No.
1 (b) Sí.
2 (c) Sí, elaborados o revisado hace menos de cinco años.
3 (d) Sí, además, en tres o más servicios, centros o áreas críticas.
4 (e) Sí, en más del 50% de sus servicios, centros o áreas críticas, o si se incluye en el mapa de toda la gerencia asistencial.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.11. ¿La gerencia realiza estudios epidemiológicos de detección, análisis y caracterización de eventos adversos? Tales estudios no deben limitarse únicamente a Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No.
1 (b) Sí, de manera puntual no estructurada.
2 (c) Sí, de manera periódica y estructurada, con una frecuencia trienal o menor.
3 (d) Sí, de manera periódica y estructurada, con una frecuencia anual.
4 (e) Se suma, a la opción anterior, la publicación de los resultados y la propuesta de acciones de mejora dirigidas.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

C.12 ¿La gerencia cuenta con Programas de Apoyo a Segundas Víctimas (PASV)?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No posee PASV ni se encuentra entre los objetivos del centro.

1 (b) No posee PASV, pero se contempla dentro de los objetivos institucionales.

2 (c) El centro cuenta con un protocolo propio de atención y apoyo a Segundas Víctimas

3 (d) A la opción anterior, se suma la presencia de un grupo de trabajo específico

4 (e) A la opción anterior, se suma la realización de un seguimiento periódico del profesional o profesionales afectados, de acuerdo con lo establecido en el Programa.

N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D. PRÁCTICAS SEGURAS.

D. 1. La gerencia cuenta con los siguientes protocolos, programas o procedimientos, para mejorar la seguridad de sus pacientes:	a	b	c	d	e	f
D.1.1. Identificación inequívoca de pacientes	○	●	●	●	○	○
D.1.2. Identificación y gestión de alergias	○	●	●	●	○	○
D.1.3. Comunicación y órdenes verbales.	○	●	●	●	○	○
D.1.4. Comunicación de resultados críticos (diagnóstico por la imagen o laboratorio)	○	●	●	●	○	○
D.1.5. Atención al dolor	○	●	●	●	○	○
D.1.6. Prevención suicidios	○	●	●	●	○	○
D.1.7. Uso adecuado de contenciones	○	●	●	●	○	○
D.1.8. Seguridad para el uso de radiaciones ionizantes para procedimientos diagnósticos y terapéuticos	○	●	●	●	○	○
D.1.9. Seguridad para el uso seguro de pruebas diagnósticas in vitro	○	●	●	●	○	○
D.1.10. Seguridad en el proceso transfusional	○	●	●	●	○	○
D.1.11. Seguridad en consultas no presenciales	○	●	●	●	○	○
D.1.12. Atención a la parada cardio-respiratoria	○	●	●	●	○	○
D.1.13. Prevención secuestro de menores	○	●	●	●	○	○
D.1.14. Seguridad en el reprocesado de dispositivos médicos	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D.2. La gerencia cuenta con los siguientes protocolos, programas o procedimientos para el Uso Seguro del Medicamento:	a	b	c	d	e	f
D.2.1. Prescripción electrónica asistida con sistemas de ayuda a la decisión clínica de probada efectividad.	○	●	●	●	○	○
D.2.2. Notificación y análisis de incidentes, errores de medicación y Reacciones Adversas Medicamentosas	○	●	●	●	○	○
D.2.3. Seguridad en la utilización de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR).	○	●	●	●	○	○
D.2.4. Listado para prevenir incidentes con abreviaturas peligrosas	○	●	●	●	○	○
D.2.5. Medicamentos LASA (Look-Alike, Sound-Alike) cuyos nombres se parecen visual o fonéticamente	○	●	●	●	○	○
D.2.6. Conciliación de la Medicación /revisión del tratamiento	○	●	●	●	○	○

D.2.7. Pacientes crónicos polimedicados	○	●	●	●	○	○
D.2.8. Seguridad del uso de medicamentos en pacientes pediátricos	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D.3. La gerencia cuenta con los siguientes protocolos, programas o procedimientos para mejorar la seguridad en obstetricia/ginecología:	**a**	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**
D.3.1. Listado verificación del parto (incluyendo la prevención de la enfermedad tromboembólica)	○	○	○	○	○	○
D.3.2. Traumatismos obstétricos en partos normales y por cesárea	○	○	○	○	○	○
D.3.3. Traumatismo neonatal	○	○	○	○	○	○
D.3.4. Hemorragia Obstétrica severa.	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D.4. La gerencia cuenta con los siguientes proyectos para mejorar la seguridad en la UCI:	**a**	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**
D.4.1. Bacteriemia Zero	○	●	●	●	○	○
D.4.2. Neumonía Zero	○	●	●	●	○	○
D.4.3. Resistencia Zero	○	●	●	●	○	○
D.4.4. ITU Zero	○	●	●	●	○	○
D.4.5. Flebitis Zero	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D.5. La gerencia cuenta con los siguientes protocolos, programas o procedimientos para mejorar la seguridad en el paciente quirúrgico:	a	b	c	d	e	f
D.5.1. Cirugía segura incluyendo Listado de verificación quirúrgica (LVQ).	○	●	●	●	○	○
D.5.2. Infección Quirúrgica Zero.	○	●	●	●	○	○
D.5.3. Transferencia desde quirófano a unidad postanestésica, reanimación, o planta.	○	●	●	●	○	○
D.5.4. Antisepsia prequirúrgica de manos.	○	●	●	●	○	○
D.5.5. Seguimiento en planta del postoperatorio de pacientes del alto riesgo (Por ejemplo, ASA III o IV).	○	●	●	●	○	○
D.5.6. Prevención del fuego en el quirófano	○	●	●	●	○	○
D.5.7. Vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D. 6. La gerencia cuenta con los siguientes protocolos, programas o procedimientos, para mejorar la seguridad en los cuidados de sus pacientes:	a	b	c	d	e	f
D.6.1. Gestión segura de alarmas	○	●	●	●	○	○
D.6.2. Prevención y atención a caídas	○	●	●	●	○	○
D.6.3. Prevención y atención a heridas crónicas / ulceras por presión	○	●	●	●	○	○
D.6.4. Flebitis Zero	○	●	●	●	○	○
D.6.5. Inmunización segura	○	●	●	●	○	○
D.6.6. Normalización y revisión de carros de parada	○	●	●	●	○	○
D.6.7. Gestión segura de la alimentación/nutrición	○	●	●	●	○	○
D.6.8. Movilización precoz	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D.7. La gerencia dispone de un Programa de Higiene de Manos	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) La gerencia no cuenta con un Programa de Higiene de Manos.
1 (b) La gerencia cuenta con un Programa de Higiene de Manos.
2 (c) A la opción anterior, se suma la inclusión de indicadores específicos
3 (d) A la opción anterior, se suma la realización de autoevaluaciones de carácter anual.
4 (e) A la opción anterior, se suma la realización de auditorías de carácter anual
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D.8. La gerencia cuenta con un sistema de vigilancia y control de Microorganismos Multirresistentes:	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No.
1 (b) La gerencia cuenta con Sistema de vigilancia y control de Microorganismos Multirresistentes
2 (c) A la opción anterior, se suma la inclusión de indicadores específicos
3 (d) A la opción anterior, se suma el desarrollo de acciones de mejora específicas
4 (e) A la opción anterior, se suma la elaboración de informes periódicos
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

D.9. La gerencia dispone de un Programa de Optimización del uso de Antibióticos (PROA):	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) La gerencia no cuenta con un Programa de Optimización del uso de Antibióticos.
1 (b) La gerencia cuenta con un Programa de Optimización del uso de Antibióticos no certificado.
2 (c) La gerencia cuenta con un Programa de Optimización del uso de Antibióticos certificado como nivel básico por el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos
3 (d) La gerencia cuenta con un Programa de Optimización del uso de Antibióticos certificado como nivel avanzado por el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos
4 (e) La gerencia cuenta con un Programa de Optimización del uso de Antibióticos certificado como nivel excelente por el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

E. PRÁCTICAS INNECESARIAS "NO HACER"

E.1 ¿La gerencia cuenta con una Comisión de adecuación de la práctica clínica?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

E.2. ¿La gerencia cuenta con una estrategia específica de adecuación de la práctica clínica?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No cuenta con ninguna estrategia específica de Adecuación de la Práctica Clínica.
1 (b) No cuenta con ninguna estrategia específica, pero realiza acciones puntuales en este ámbito..
2 (c) Se suma a la opción anterior, que la gerencia cuenta con algún referente, responsable o comité que aborda la Adecuación de la Práctica Clínica
3 (d) A la opción anterior, se suma el desarrollo de acciones específicas para identificar las prácticas clínicas de bajo valor en la gerencia.
4 (e) La gerencia cuenta con una estrategia específica que incluye la implementación de actuaciones para prevenir o minimizar prácticas clínicas de bajo valor, incluyendo indicadores específicos para su monitorización.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:.

E.3. Para prevenir y/o minimizar las prácticas innecesarias, la gerencia desarrolla las siguientes actuaciones:	a	b	c	d	e	f
E.3.1. Se adhiere o participa de las iniciativas basadas en la evidencia (institucionales o de organizaciones sanitarias) para abordar las prácticas de bajo valor	○	●	●	●	○	○
E.3.2. Identifica y difunde, entre sus profesionales, las prácticas innecesarias basadas en la evidencia recogidas de fuentes externas (Por ejemplo, del NICE, de GUIASALUD, de otras CCAA o gerencias, etc.).	○	●	●	●	○	○
E.3.3. Realiza monitorización y seguimiento de estas prácticas, si se implementan en la gerencia, para conocer su efectividad.	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

E.4. La gerencia desarrolla acciones formativas sobre las prácticas innecesarias:	a	b	c	d	e	f
E.4.1. Incluye las prácticas innecesarias en sus programas formativos en seguridad del paciente	○	●	●	●	○	○
E.4.2. Incluye las prácticas innecesarias en los programas de acogida de nuevos profesionales.	○	●	●	●	○	○
E.4.3. Desarrolla jornadas, talleres o reuniones científicas sobre prácticas innecesarias	○	●	●	●	○	○
E.4.4. Facilita la participación de sus profesionales en las jornadas o reuniones institucionales sobre esta materia.	○	●	●	●	○	○

Valor

0 (a) No.

4 (e) Sí.

N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

F. PACIENTES Y USUARIOS

F.1. ¿La UFGRS / Comisión de Seguridad cuenta con representación de los pacientes (ya sea algún paciente de forma individual o un miembro de Asociaciones de Pacientes)?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No existe representación del paciente.
1 (b) No existe representación del paciente, pero su presencia está prevista en las actuaciones para el año en curso.
2 (c) Acude algún representante de manera puntual y no estructurada.
3 (d) Acude, al menos a la mitad de las reuniones del comité.
4 (e) Sí, cuenta con al menos un representante de carácter estructural.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

F.2. ¿La gerencia cuenta con recomendaciones para la comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No, la gerencia no cuenta con ningún tipo de recomendación ni protocolo
1 (b) La gerencia no tiene recomendaciones, pero están en fase de elaboración.
2 (c) La gerencia tiene recomendaciones, pero no están recogidas en ningún documento.
3 (d) La gerencia tiene recomendaciones escritas, pero solo las utiliza de forma puntual y no estructurada.
4 (e) La gerencia tiene recomendaciones escritas y las utiliza de forma sistemática y estructurada.
N/A No aplica para la Gerencia

Comentarios:

F.3. La gerencia desarrolla las siguientes actuaciones:	a	b	c	d	e	f
F.3.1 Recomendaciones sobre seguridad en los documentos de acogida para pacientes.	○	●	●	●	○	○
F.3.2 Recomendaciones sobre seguridad en los documentos de alta para pacientes.	○	●	●	●	○	○
F.3.3. Promueve la participación de pacientes y/o allegados en las herramientas de seguridad (por ejemplo, ACR).	○	●	●	●	○	○
F.3.4. Realiza formación a pacientes y/o allegados para participar en comisiones, comité, grupos de trabajo o herramientas de seguridad del paciente.	○	●	●	●	○	○
F.3.5. Desarrolla reuniones puntuales con asociaciones de pacientes, pero no tiene comisiones o comités de pacientes.	○	●	●	●	○	○
F.3.6. Dispone de comités o comisiones de pacientes.	○	●	●	●	○	○
F.3.7. Analiza la opinión de los pacientes en relación con su seguridad.	○	●	●	●	○	○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G. TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN.

G.1. ¿La gerencia incluye cursos de formación o actividades formativas (Por ejemplo, sesiones o seminarios) sobre seguridad del paciente para los alumnos de pregrado?	a	b	c	d	e	f
	○	●	●	●	○	○

Valor

0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.2. ¿La gerencia incluye formación en seguridad del paciente dentro de la Formación Sanitaria Especializada (FSE)?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No.
1 (b) Se incluye formación de Seguridad del Paciente solo a Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.
2 (c) A la opción anterior, se suman todos los MIR, independientemente de su especialidad.
3 (d) A la opción anterior, se suma el resto de las categorías de Formación Sanitaria Especializada (FIR, BIR, PIR, etc.).
4 (e) A la opción anterior, se suma la evaluación periódica de conocimientos durante este periodo de formación.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.3. ¿El centro incluye formación en seguridad del paciente dentro de sus programas de Formación Continuada (FC)?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No existen programas de Formación Continuada en Seguridad del Paciente.
1 (b) Se realizan cursos de Formación Continuada en los que se incluyen contenidos de Seguridad del Paciente, pero no de manera específica y monográfica.
2 (c) Se realizan cursos de Formación Continuada específicos de Seguridad del Paciente, de nivel básico
3 (d) Se realizan cursos de Formación Continuada específicos de Seguridad del Paciente, de nivel avanzado y dirigidos únicamente a personal con actividad asistencial.
4 (e) Se realizan cursos de Formación Continuada específicos de Seguridad del Paciente, de nivel avanzado y dirigidos a todos los trabajadores del centro
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.4. ¿Los miembros del equipo directivo de la gerencia han recibido formación, al menos básica, en seguridad del paciente (Por ejemplo, el curso dirigido a directivos de la Consejeria de Sanidad)	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) Menos del 25%.
1 (b) Entre el 26% y el 39%.
2 (c) Entre el 40% y el 59%.
3 (d) Entre el 60% y el 79%.
4 (e) 80% o mayor
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.5. ¿La gerencia incluye técnicas de simulación dentro de sus programas de formación en seguridad del paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No dispone de técnicas de simulación para la formación en seguridad del paciente.
1 (b) No dispone de ellas, pero su incorporación se contempla dentro de los objetivos o líneas estratégicas institucionales.
2 (c) No dispone de ellas, pero se encuentra en fase de implantación.
3 (d) Dispone de ellos, pero solo se utilizan de manera puntual y no estructurada.
4 (e) Dispone de ellos y los incorpora de manera estructural dentro de sus programas de formación
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.6. ¿La gerencia cuenta con programas de evaluación de la competencia profesional en Seguridad del Paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) No.
1 (b) Cuenta con programas que permiten una evaluación indirecta de determinadas competencias.
2 (c) Cuenta con programas específicos de medición directa.
3 (d) A la opción anterior, se suma la aplicación de estos programas con una periodicidad definida y regular.
4 (e) A la opción anterior, se suma el desarrollo de programas formativos dirigidos específicamente a cubrir las necesidades detectadas.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.7. Los profesionales de la gerencia cuentan o acceden a los siguientes programas de formación:	a	b	c	d	e	f
G.7.1. Seguridad del Paciente (SP) en materias básicas como higiene de manos y gestión de riesgos o seguridad del paciente.	○	●	●	●	○	○
G.7.2. Seguridad del Paciente (SP) especializados para el personal que trabaja en áreas de alto riesgo, como Cuidados Intensivos, Urgencias o Pediatría.	○	●	●	●	○	○
G.7.3. Formador de formadores para referentes de SP de los servicios	○	●	●	●	○	○
G.7.4. Proyectos Zero	○	●	●	●	○	○
G.7.5. Uso seguro del medicamento	○	●	●	●	○	○
G.7.6. Paciente quirúrgico.	○	●	●	●	○	○
G.7.7. Urgencias / emergencias.	○	●	●	●	○	○
G.7.8. Obstetricia y ginecología	○	●	●	●	○	○
G.7.9. Pediatría	○	●	●	●	○	○
G.7.10. Cuidados seguros (Heridas crónicas/UPP, caídas, flebitis, etc.)	○	●	●	●	○	○
G.7.11. Atención a la parada cardiorrespiratoria.	○	●	●	●	○	○
G.7.12. Sistemas de gestión de incidentes de seguridad	○	●	●	●	○	○
G.7.13. Participar en comisiones y equipos para la seguridad del paciente	○	●	●	●	○	○

G.7.14. Capacitación especializada para el personal que trabaja en áreas específicas, como servicio técnico, salas de preparación de productos estériles y salas de reprocesado de productos sanitarios	○ ● ● ● ○ ○

Valor
0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.8. ¿La gerencia realiza investigación en Seguridad del Paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No.
1 (b) Sí, pero solo como objetivos secundarios o resultados indirectos de otros proyectos de investigación.
2 (c) Sí, como centro colaborador de proyectos multicéntricos.
3 (d) Sí, como centro coordinador o único de proyectos con financiación privada o financiación pública no competitiva.
4 (e) Sí, como centro coordinador o único de proyectos con financiación pública competitiva.

Comentarios:

G.9. ¿La gerencia cuenta con producción científica en Seguridad del Paciente?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No.
1 (b) Sí, pero solo como comunicaciones a congresos científicos.
2 (c) Sí, en los últimos 3 años ha publicado al menos un artículo indexado en el 3er o 4º cuartil de su categoría JCR.
3 (d) Sí, en los últimos 3 años ha publicado al menos un artículo indexado en el 2º cuartil de su categoría JCR.
4 (e) Sí, en los últimos 3 años ha publicado al menos un artículo indexado en el 1º cuartil de su categoría JCR.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

G.10. La gerencia desarrolla las siguientes actuaciones relacionadas con la formación, investigación e innovación:	a	b	c	d	e	f
G.10.1 Canales (boletines, sesiones clínicas, intranet, etc.) para compartir conocimientos sobre seguridad entre servicios, unidades o profesionales.	○	●	●	●	○	○
G.10.2. Jornadas, sesiones, reuniones científicas, etc. sobre seguridad del paciente.	○	●	●	●	○	○
G.10.3. Medición del impacto de las actividades formativas sobre los resultados en seguridad del paciente	○	●	●	●	○	○
G.10.4. Reconocimiento de las iniciativas o resultados en transferencia de conocimiento, investigación o innovación en seguridad del paciente	○	●	●	●	○	○

0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

H. RESULTADOS CLAVE

H.1. ¿La gerencia cuenta con alguno de los siguientes sellos / certificados / acreditaciones?	a	b	c	d	e	f
H.1.1. Norma UNE 179003 de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente	○	●	●	●	○	○
H.1.2. UNE EN ISO 9001 Certificación de Calidad	○	●	●	●	○	○
H.1.3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)	○	●	●	●	○	○
H.1.4. EFQM	○	●	●	●	○	○

0 (a) No.
4 (e) Sí.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

H.2. ¿La gerencia cumple los objetivos institucionales de seguridad del paciente de la Dirección General con competencias en esta materia?:	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) El cumplimiento es menor al 50%.
1 (b) Entre el 51% y el 69%.
2 (c) Entre el 70% y el 79%.
3 (d) Entre el 80% y el 89%.
4 (e) 90% o mayor.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

H.3. ¿Cuántas rondas de Seguridad se han realizado en la gerencia durante los últimos 12 meses?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) 0.
1 (b) 1 a 3 rondas.
2 (c) Entre 4 y 8 rondas al año, incluyendo alguna de las áreas críticas que, en su caso, se establezcan a nivel institucional*.
3 (d) Entre 9 y 15 rondas al año (hospitales y SUMMA), incluyendo todas las áreas críticas que, en su caso, se establezcan a nivel institucional*, o en más del 30 % de sus centros (A Primaria).
4 (e) Más de 15 rondas al año, incluyendo todas las áreas críticas que, en su caso, se establezcan a nivel institucional* o en más del 50% de sus centros (A Primaria).
N/A (f) No aplica para la Gerencia

**En el supuesto de no establecerse áreas críticas a nivel institucional (por ejemplo, en el contrato programa), solo se considerará el cumplimiento del número de rondas.*

Comentarios: Únicamente se computarán aquellas rondas de seguridad que hayan sido debidamente documentadas mediante la elaboración y aprobación de un acta y en las que haya participado al menos un representante del equipo directivo del centro.

H.4. ¿Se revisan y clasifican los incidentes de seguridad notificados en CISEMadrid o en su sistema de identificación y gestión?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
- *0* (a) No, o menos del 50% de las notificaciones se revisan y clasifican*.
- *1* (b) Sí, más del 50% de las notificaciones se revisan y clasifican*.
- *2* (c) Sí, más del 70% de las notificaciones se revisan y clasifican*.
- *3* (d) Sí, más del 80% de las notificaciones se revisan y clasifican*.
- *4* (e) Sí, más del 90% de las notificaciones se revisan y clasifican*.
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios: Para obtener este resultado se tendrá en cuenta el resultado del año anterior.

H.5. ¿Se evalúan y proponen acciones de mejora en los incidentes de seguridad (informe validado), una vez identificados, en CISEMadrid o en su sistema de identificación y gestión?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
- *0* (a) No, o en menos del 50% de las notificaciones identificadas*.
- *1* (b) Sí, en más del 50% de las notificaciones identificadas*.
- *2* (c) Sí, en más del 70% de las notificaciones identificadas*.
- *3* (d) Sí, en más del 80% de las notificaciones identificadas*.
- *4* (e) Sí, en más del 90% de las notificaciones identificadas.
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios: Para obtener este resultado se tendrá en cuenta el resultado del año anterior.

H.6. ¿Qué porcentaje de pacientes tiene registrada, al menos, una medición diaria del dolor?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
- *0* (a) No se tienen datos, no se realiza observación del cumplimiento o este es menor al 50%.
- *1* (b) Entre el 51% y el 69%.
- *2* (c) Entre el 70% y el 79%.
- *3* (d) Entre el 80% y el 89%.
- *4* (e) 90% o mayor.
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

H.7. ¿Qué cumplimiento de Higiene de Manos presenta la gerencia?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
- *0* (a) No se tienen datos, no se realiza observación del cumplimiento o este es menor al 24%.
- *1* (b) Entre el 25% y el 39%.
- *2* (c) Entre el 40% y el 59%.
- *3* (d) Entre el 60% y el 74%.
- *4* (e) 75% o mayor.
- *N/A* (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

H.8. ¿La gerencia obtiene los siguientes resultados en el cuestionario de autoevaluación de la higiene de las manos de la Organización Mundial de la Salud?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) El centro no cumplimenta anualmente este cuestionario
1 (b) Sí, con una puntuación total de 0 – 125 (Inadecuado)
2 (c) Sí, con una puntuación total de 126 – 250 (Básico)
3 (d) Sí, con una puntuación total de 251 – 375 (Intermedio o consolidado)
4 (e) Sí, con una puntuación total de 376 – 500 (Avanzado)
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

H.9. ¿Qué cumplimiento de LVQ presenta la gerencia?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No se tienen datos, no se realiza observación del cumplimiento o este es menor al 50%.
1 (b) Entre el 50% y el 74%
2 (c) Entre el 75% y el 84%
3 (d) Entre el 85% y el 94%
4 (e) 95% o mayor
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios:

H.10. ¿Qué cumplimiento presenta la gerencia en relación con los Proyectos Zero (bacteriemia, neumonía, Multiresistencia e infección del tracto urinario) en la UCI?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) No cumple el objetivo de ninguno de los cuatro proyectos.
1 (b) Cumple el objetivo de un proyecto.
2 (c) Cumple el objetivo de dos proyectos.
3 (d) Cumple el objetivo de tres proyectos.
4 (e) Cumple el objetivo de los cuatro proyectos.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

Comentarios: Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Multiresistencia Zero, Infección del tracto urinario Zero

H.11. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas presenta la gerencia?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) Mayor del 5%.
1 (b) Entre 4% y 5%.
2 (c) Entre 3% y 4%.
3 (d) Entre 2% y 3%.
4 (e) Menor del 2%.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.12. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿ Qué ratios de reingresos presenta la gerencia en relación con los siguiente ítems?	a	b	c	d	e	f
H.12.1. Reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días	○	○	○	○	○	○
H.12.2. Reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días	○	○	○	○	○	○
H.12.3. Reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) Ratio mayor a 2.
1 (b) Ratio entre 1,1 y 2.
2 (c) Ratio entre 0,9 y 1,1.
3 (d) Ratio entre 0,5 y 0,9.
4 (e)Ratio menor a 0,5.
N/A (f) No aplica para la Gerencia.

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.13. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué ratios de eventos adversos postquirúrgicos presenta la gerencia en relación con los siguiente ítems?	a	b	c	d	e	f
H.13.1. Enfermedad tromboembólica postquirúrgica	○	○	○	○	○	○
H.13.2. Septicemia postquirúrgica	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) Ratio mayor a 2.
1 (b) Ratio entre 1,1 y 2.
2 (c) Ratio entre 0,9 y 1,1.
3 (d) Ratio entre 0,5 y 0,9.
4 (e)Ratio menor a 0,5.
N/A (f) No aplica para la Gerencia.

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.14. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué porcentaje de heridas crónicas o úlceras por presión presenta la gerencia?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) Mayor del 2,5%.
1 (b) Entre 2% y 2,5%.
2 (c) Entre 1,5% y 2%.
3 (d) Entre 1% y 1,5%.
4 (e) Menor del 1%.
N/A (f) No aplica para la Gerencia.

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.15. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué porcentaje de caídas en pacientes hospitalizados presenta la gerencia?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) Mayor del 2 ‰.
1 (b) Entre 1,5‰ y 2 ‰.
2 (c) Entre 1‰ y 1,5 ‰.
3 (d) Entre 0,5‰ y 1 ‰.
4 (e) Menor del 0,5 ‰.
N/A (f) No aplica para la Gerencia

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.16. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué porcentaje de Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria presenta la gerencia? (Basado en EPINE)	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) Mayor del 10%.
1 (b) Entre 8,5% y 10%.
2 (c) Entre 7% y 8,5%.
3 (d) Entre 5,5% y 7%.
4 (e) Menor del 5,5%.
N/A (f) No aplica para la Gerencia.

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.17. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué Razón Estandarizada de Infección (REI) presenta en relación con las siguientes infecciones asociadas a la asistencia sanitaria?	a	b	c	d	e	f
H.17.1. Infección de localización quirúrgica de cirugía de colon	○	○	○	○	○	○
H.17.2. Infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de rodilla	○	○	○	○	○	○
H.17.3. Infección de localización quirúrgica de cirugía de prótesis de cadera	○	○	○	○	○	○

Valor
0 (a) REI mayor a 2.
1 (b) REI entre 1,1 y 2.
2 (c) REI entre 0,9 y 1,1.
3 (d) REI entre 0,5 y 0,9.
4 (e) REI menor a 0,5.
N/A (f) No aplica para la Gerencia.

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.18. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué porcentaje de cesáreas de bajo riesgo presenta la gerencia?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) Mayor del 25%.
1 (b) Entre 20.1% y 25%.
2 (c) Entre 19,1% y 20%.
3 (d) Entre 17,1% y 19%.
4 (e) Menor del 17%.
N/A (f) No aplica para la Gerencia.

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

H.19. Según el observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid ¿Qué porcentaje de fracturas de cadera operadas en las primeras 48 horas presenta la gerencia?	a	b	c	d	e	f
	○	○	○	○	○	○

Valor

0 (a) Menor del 50%.
1 (b) Entre 50% y 59%.
2 (c) Entre 60% y 69%.
3 (d) Entre 70% y 79%.
4 (e) Igual o mayor del 80%.
N/A (f) No aplica para la Gerencia.

http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=37
Comentarios:

En este documento se presenta el Marco de reconocimiento de las organizaciones sanitarias excelentes en seguridad del paciente. Cuestionario de autoevaluación.
Versión 2026

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