

CONSEJERÍA DE SALUD

Estrategia para la  
**SEGURIDAD  
DEL PACIENTE**  
en el SSPA

**2011 - 2014**



JUNTA DE ANDALUCÍA





Estrategia para la  
**SEGURIDAD  
DEL PACIENTE**  
en el SSPA

**2011 - 2014**

ESTRATEGIA para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 / autoría, Barrera Becerra Concepción ...[et al.]; colaboradores, Cerrato de la Hera Roberto ... [et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, [2011]

69 p.: il. col.; 21 cm

1. Garantía de la calidad de atención de salud 2. Vigilancia sanitaria de servicios de salud 3. Control de riesgo 4. Derechos del paciente 5. Administración de la seguridad 6. Andalucía I. Barrera Becerra, Concepción II. Cerrato de la Hera, Roberto III. Andalucía. Consejería de Salud  
W 84

### **Autoría:**

Barrera Becerra Concepción  
Del Río Urenda Susana  
Dotor Gracia Marisa  
Santana López Vicente  
Suárez Alemán Gonzalo

### **Colaboradores:**

Cerrato de la Hera Roberto  
Fuentes Gómez Víctor  
Galiana Auchel José Manuel  
García Martínez Juan Tomás  
García Megido Gema  
Irastorza Aldasoro Aranzazú  
Legaz Domench Juana M<sup>a</sup>  
Limón Mora Juan  
Molina López Teresa  
Peinado Álvarez Antonio  
Pérez Pérez Pastora  
Periáñez Vega Mayte  
Rodríguez Contreras Habibullah  
Vázquez Vázquez Marta

### **Revisores:**

SAS – ACSA – Agencias Sanitarias

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

DL: SE-8711-2011

Producción Editorial: Artefacto

Impresión: Escandón Impresores

# Índice

Presentación de la Consejera

Introducción

## **1 LA SEGURIDAD Y LA CIUDADANÍA (SyC)**

## **2 LA SEGURIDAD Y LOS PROFESIONALES (SyP)**

2.1. SyP: Mejora de Competencias en Seguridad del Paciente

2.2. SyP: Liderazgo activo en Seguridad del Paciente

## **3 UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO (ECS)**

3.1. ECS: Redes Cooperativas de Seguridad del Paciente

3.2. ECS: Asistencia Directa al Paciente

3.3. ECS: Infraestructuras, Dispositivos y Equipos Médicos

3.4. ECS: La Evaluación de Resultados y la Mejora Continua

## **4 PROYECTOS ESTRATÉGICOS**

## **5 CRONOGRAMA Y EVALUACIÓN DE LA ESP**

Glosario de Términos/Abreviaturas

Bibliografía



## Presentación de la Consejera

Hace ya más de una década que el Sistema Sanitario Público Andaluz adoptó un compromiso firme y decidido con la calidad, como elemento consustancial al propio sistema y herramienta de transformación profunda de la organización sanitaria. En este contexto, la seguridad del paciente es, sin duda alguna, un elemento clave para avanzar por la senda de la calidad y, por tanto, una de las estrategias prioritarias de la Consejería de Salud. Si bien es cierto que nuestro Sistema Sanitario Público Andaluz ha crecido de manera exponencial en eficacia y en eficiencia, no lo es menos que ese crecimiento debe ir acompañado de actuaciones para reducir al mínimo los efectos adversos derivados de la propia atención sanitaria.

En este sentido, en los últimos años, Andalucía ha dado pasos importantes: un gran número de Planes y Estrategias desarrollados en el marco de la sanidad pública andaluza han incorporado acciones de seguridad y han sido muchos los profesionales y centros que han trabajado en la implantación de esas acciones, incorporando a su actividad habitual las buenas prácticas. Aún quedan algunos ámbitos por conquistar, pero todo lo conseguido nos pone en una buena situación para seguir cumpliendo retos y consolidar el derecho básico de los pacientes a recibir una atención sanitaria segura.



Con este convencimiento y la participación activa de más de un centenar de profesionales de todos los campos de la atención sanitaria, la Estrategia para la Seguridad del Paciente pretende instalar una cultura de la seguridad que impregne de manera transversal cada una de las acciones y estrategias que se despliegan desde el Sistema Sanitario Público Andaluz.

Esta nueva Estrategia para la Seguridad del Paciente pone el énfasis en el protagonismo de los propios usuarios y usuarias a la hora de colaborar en su propia seguridad, reforzando su autonomía y participación. Por otro lado, sitúa la seguridad en una posición prioritaria en el seno de las unidades de gestión clínica, cada vez más fortalecidas como espacios seguros de interrelación de profesionales y pacientes.

Supone, por tanto, una gran satisfacción para mí presentar esta nueva Estrategia para la Seguridad del Paciente y agradecer al equipo responsable su esfuerzo y dedicación en el desarrollo de este valioso instrumento.

**María Jesús Montero Cuadrado**  
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía



**> Cuatro años de implantación y desarrollo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía, basado en un cambio en la cultura en seguridad del paciente en la organización sanitaria pública, muchos son los Planes, Estrategias y Proyectos que han incorporado objetivos y acciones de seguridad del paciente en sus desarrollos, y numerosos los profesionales y centros que han trabajado en su implantación, incorporando a su práctica habitual las buenas prácticas y avanzando en esta senda de mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.**

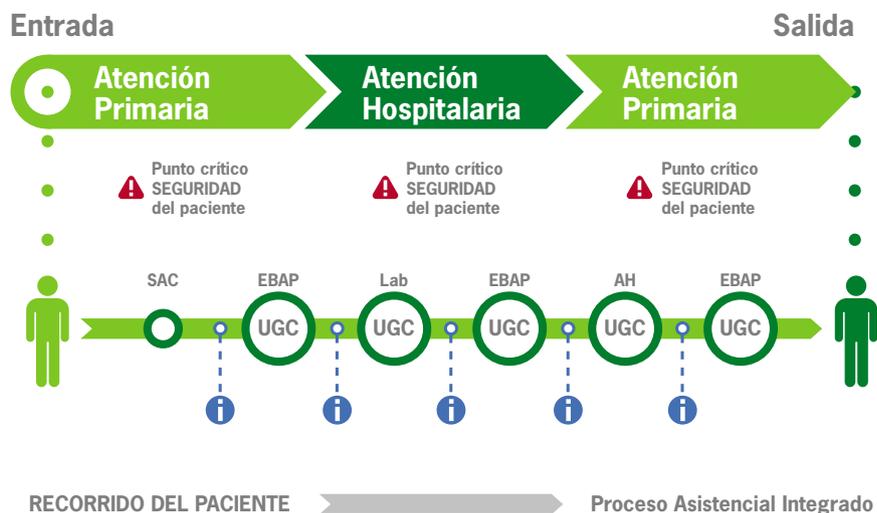
# Introducción

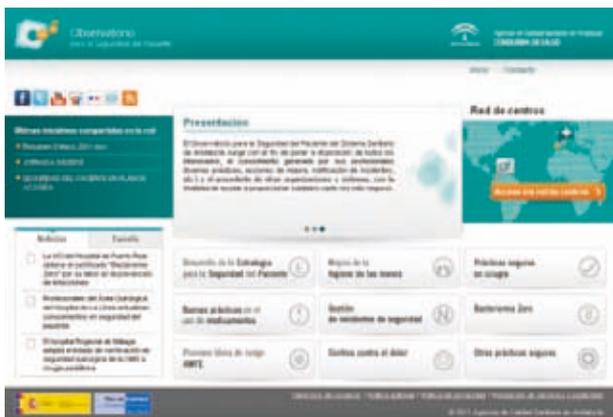
En el año 2006 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía pone en marcha la **Estrategia para la Seguridad del Paciente** (ESP) como uno de sus proyectos prioritarios, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros a los/las pacientes y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos. Se trata por tanto, de avanzar en el desarrollo del derecho básico de la ciudadanía a recibir una atención sanitaria segura y de calidad.

La seguridad de los/las pacientes es un problema de salud pública relevante que ocupa desde hace más de una década a organizaciones nacionales e internacionales. Así pues, los desarrollos en este

campo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, del Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa y del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, han constituido el marco de referencia del desarrollo estratégico en seguridad del paciente en Andalucía.

La Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía emana, se enmarca y se desarrolla en el Plan de Calidad del SSPA, a lo largo de estos años ha tenido un amplio impacto en la organización sanitaria pública, promoviendo un cambio en la cultura de seguridad, a través de la actualización y el diseño de





herramientas de apoyo a los/las profesionales para el desarrollo de una práctica clínica segura con la identificación de los puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente en los Procesos Asistenciales Integrados, los estándares relacionados con la seguridad del paciente en los Manuales de Acreditación de las Unidades de Gestión Clínicas (UGC), los sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes, etc., o la revisión de las estructuras organizativas, propiciando el abordaje de la seguridad del paciente desde un plano más estratégico enmarcado en el liderazgo de los directivos.

Durante este periodo, y en esa misma línea de respuesta, la Consejería de Salud impulsa la revisión y actualización de los Comités Director y Operativo, incorpora una Subcomisión de Seguimiento, constituye en el año 2010 la Dirección de la ESP y los Grupos Provinciales de Referencia, y promueve a través de diferentes Grupos de Trabajo el análisis de la implantación de la ESP 2006-2010, lo que está suponiendo un avance hacia la participación de los/las profesionales y su implicación en el desarrollo de la misma y en la incorporación de la se-

guridad como un elemento nuclear en la gestión de Centros y Unidades del SSPA.

Es importante destacar el papel que en este desarrollo de la ESP ha tenido el Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP) del SSPA, creado en 2007, que ha supuesto para Andalucía disponer de un importante referente como elemento dinamizador en la cultura de seguridad del paciente, impulsando el desarrollo de prácticas seguras, difundiendo las mejores recomendaciones, creando redes y compartiendo el conocimiento alrededor de la seguridad del paciente entre los centros y profesionales del SSPA.

En estos cuatro años la trayectoria de implantación y desarrollo de la ESP se ha basado en los cambios culturales en seguridad del paciente en la organización sanitaria pública, muchos han sido los Planes, Estrategias y Proyectos que han incorporado objetivos y acciones de seguridad del paciente en sus desarrollos y numerosos los profesionales y centros que han trabajado en su implantación, incorporando a su práctica habitual las buenas prácticas y avanzando en esta senda de mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria. Uno de los grandes logros conseguidos podría ser, entre otros, la capacidad que el desarrollo de la ESP ha tenido reorientando la organización hacia la seguridad, cristalizada en un abordaje integral y horizontal de la seguridad en todos los aspectos estratégicos de la organización. Así los centros y UGC contemplan en sus objetivos y en su modelo de acreditación de calidad la seguridad como un elemento nuclear en la buena práctica clínica. De igual modo en el ámbito profesional, el desarrollo competencial, los planes de desarrollo individual,

la formación de especialistas y profesionales, el sistema de acreditación profesional incorporan la seguridad del paciente en sus recomendaciones, indicadores y estándares.

Para iniciar la siguiente andadura en la Estrategia para la Seguridad del Paciente se ha considerado necesario hacer una evaluación del alcance real de las actuaciones mencionadas e implantadas entre 2006-2010. De esta forma la nueva estrategia se dirige hacia los elementos más deficitarios, menos desarrollados o que necesitan ser consolidados en el futuro próximo.

La evaluación de la ESP se ha realizado con una visión muy participativa. Alrededor de un centenar de profesionales de diferentes disciplinas han partici-

pado en el análisis, con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), el Servicio Andaluz de Salud (SAS), y las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (Agencias Sanitarias). Sin lugar a dudas, en estos momentos, tenemos medidas concretas implantadas y evaluadas, que utilizando diferentes fuentes y desde diferentes ángulos, nos dan visiones complementarias y nos permiten saber hasta qué punto se conoce la ESP, en qué nivel de desarrollo nos encontramos: la cultura de seguridad, los procesos operativos, los sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes, la implantación de los protocolos de prevención de úlceras por presión (UPP), del listado de verificación de la seguridad quirúrgica, de la identificación de pacientes, el manejo de medicamentos de alto riesgo o la disminución de la tasa de incidencia de bacteriemia en las UCIs andaluzas, la IRAS, etc. y podemos por tanto hablar de la madurez del SSPA para hacer una revisión en profundidad de los logros alcanzados y, sobre todo, para identificar los puntos críticos donde hay que incidir en la actualización de la ESP del SSPA.

En definitiva, con la descripción de esta nueva ESP, se trata de, reafirmandonos en el marco político establecido en materia de seguridad del paciente en el 2006, reforzar y explicitar nuestro compromiso para avanzar en el desarrollo de los derechos de la ciudadanía a recibir una atención sanitaria segura y de calidad, respetando su autonomía y toma de decisiones en los espacios descritos en el Plan de Calidad del SSPA, con los equipos multidisciplinares de las Unidades de Gestión Clínica, concretando medidas que aseguren resultados en la dismi-



nución de eventos adversos derivados de prácticas inseguras, en la morbilidad y mortalidad, etc.

La nueva estrategia que se presenta se integra como desarrollo del Plan de Calidad 2010-2014 cuyo lema es “el espacio compartido”. Es decir, ese espacio construido entre profesionales y pacientes, y una organización comprometida en favorecer un espacio impregnado de valores compartidos, que genere confianza y seguridad en la resolución de los problemas de salud de la ciudadanía y que a la vez permita el crecimiento y desarrollo profesional.

La ESP 2011-2014 pone el énfasis en potenciar la participación activa del/la paciente en su seguridad, posiblemente este elemento sea uno de los aspectos que más necesitan ser reforzados y ampliados en la realidad del espacio compartido. También reforzar su papel en el entorno de la gestión clínica como espacio seguro de interrelación de profesionales y pacientes y haciendo especial hincapié en el liderazgo de los/las profesionales (directivos y cargos intermedios). Afianzar las prácticas seguras, no solo en el desarrollo de los

procesos de atención sino también con creciente importancia a los de los soportes, las infraestructuras, instalaciones y equipamientos. Potencia el desarrollo de estructuras de apoyo a la seguridad, consolidando el papel del Observatorio para la Seguridad del Paciente, desarrollando las comunidades de prácticas y la Red Andaluza de Ciudadanos Formadores en Seguridad del Paciente. Por último hace un especial énfasis en la evaluación, que se constituye como un proyecto enfocado a conocer las medidas preventivas y organizativas que impulsan la práctica clínica segura, y sobre, todo que debe permitir aproximarnos a la medida de los logros en términos de resultados en morbilidad y mortalidad a lo largo de los próximos años, estableciendo un sistema de información válido y fiable a lo largo del tiempo, que evalúe el impacto en salud en el futuro de las medidas implantadas.

La ESP se estructura en tres grandes espacios, la seguridad y la ciudadanía, la seguridad y los profesionales, un espacio compartido seguro, seis proyectos y el cronograma y la evaluación.

2005



2006



2007



Esp 2011-2014



2011



2010





**> “Participación responsable” sumando las competencias de las y los pacientes a las de los/las profesionales para la mejora continua de la seguridad del paciente.**

# 1

## LA SEGURIDAD Y LA CIUDADANÍA (SyC)

Participación corresponsable de la persona en su seguridad.

[ La necesidad de ofrecer una respuesta única, integrada y segura sigue siendo uno de los elementos fundamentales que definen la calidad de los servicios de salud. El avance y progreso hacia un sistema sanitario más eficiente y seguro nos exige generar y compartir con los pacientes y sus familiares un entorno de confianza y corresponsabilidad, implicando a la persona en su seguridad, colaborando con los profesionales en el cuidado de su salud y minimizando el riesgo de que aparezca un evento adverso. Hablamos por tanto de una “participación corresponsable” sumando las competencias de los pacientes a las de los profesionales para la mejora continua de la seguridad del paciente. ]

## META

**Establecer las acciones e instrumentos que garanticen la participación activa de la ciudadanía en su seguridad.**

1  
14

### Objetivo 1

**Mejorar el conocimiento en seguridad de la ciudadanía, facilitando el acceso a la formación.**

#### Acciones:

- Impulso desde la Consejería de Salud del desarrollo de estrategias, acciones y campañas concretas que potencien la información comprensible y el conocimiento explícito de la Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESP) a la ciudadanía. [1/SyC]
- Elaboración de catálogos de prácticas seguras para pacientes y personas cuidadoras que sirvan como base para la configuración del mapa de competencias y el diseño de programas formativos en seguridad dirigido a la ciudadanía, con especial atención a las enfermedades crónicas. [2/SyC]
- Incorporación de programas formativos en seguridad del paciente basados en competencias, destinados a pacientes y personas cuidadoras, en los planes de participación de los Centros y Unidades de Gestión Clínica (UGC). [3/SyC]
- Implicación de los pacientes y/o asociaciones de autoayuda en la formación en seguridad de la ciudadanía, a través de la creación y extensión en el SSPA de una Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente. [4/SyC]
- Puesta a disposición de la ciudadanía de un modelo de formación on line basado en competencias, “Itinerario Formativo en Seguridad del Paciente”, promoviendo una formación continuada adaptada a los perfiles individuales. [5/SyC]



## Objetivo 2

**Desarrollar nuevos canales de información y participación de la ciudadanía.**

### Acciones:

- Fomento de la comunicación con la ciudadanía, incorporando en el Observatorio para la Seguridad del Paciente un espacio virtual específico de interrelación, que promueva el uso de las redes sociales para su desarrollo. [6/SyC]
- Impulso de las comisiones de participación de los Centros, hacia una estructura en red, para difundir e implementar la información y cultura en seguridad del paciente. [7/SyC]
- Elaboración de procedimientos explícitos para dar a conocer a la ciudadanía las medidas establecidas en las UGC encaminadas a garantizar la seguridad en la prestación de la asistencia sanitaria (prácticas seguras implantadas). [8/SyC]
- Se asegurará la calidad de la información en seguridad del paciente que se provee a la ciudadanía: materiales formativos e informativos en diversos soportes y canales (Informarse.es Salud, folletos, videos, guías, juegos, etc.), a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente. [9/SyC]
- Incorporación de elementos sobre seguridad del paciente en los contenidos de consultas para la ciudadanía de Salud Responde. [10/SyC]

## Objetivo 3

**Implicar a la persona en su seguridad, siendo corresponsable con los profesionales en su garantía.**

### Acciones:

- En todos los procesos de atención se informará a la persona sobre su seguridad: puntos críticos de seguridad de los PAI, mapa de riesgos de la UGC y sobre las buenas prácticas, promoviendo su participación. [11/SyC]
- Ante procesos y procedimientos que impliquen alto riesgo para la seguridad del paciente se potenciará el marco de corresponsabilidad con la persona, basado en la información, el respeto a la autonomía y la toma de decisiones informada y responsable. [12/SyC]
- Incorporación de objetivos de seguridad del paciente en las comisiones de participación de los Centros y UGC, como elemento nuclear en sus acciones. [13/SyC]
- Implantación en las UGC de procedimientos para la participación de la ciudadanía en la edición de materiales informativos, el desarrollo de procedimientos para comunicación de resultados no deseados, la política de prevención de riesgos en seguridad del paciente y la difusión de los resultados. [14/SyC]
- El Observatorio para la Seguridad del Paciente elaborará, en colaboración con la ciudadanía, recomendaciones, materiales y herramientas sobre seguridad del paciente (listas de verificación para pacientes, historia electrónica descargable, etc.). [15/SyC]



**> Agentes facilitadores y  
garantes de la provisión  
de servicios sanitarios  
seguros y de alta calidad.  
Generación e intercambio  
de conocimiento en la  
práctica habitual.**

# 2

## LA SEGURIDAD Y LOS PROFESIONALES (SyP)

El mayor potencial, los mejores perfiles competenciales y la búsqueda continúa de la excelencia.

[ Los y las profesionales, en su entorno organizativo asentado en el modelo de Gestión Clínica, establecen los mecanismos de generación e intercambio de conocimiento para su práctica habitual, constituyéndose en agentes facilitadores y garantes de la provisión de servicios sanitarios seguros y de alta calidad. ]

**META**

**Identificar y ampliar las competencias profesionales específicas en seguridad del paciente, con un enfoque multidisciplinar, de trabajo en equipo y comunicación, promoviendo su entrenamiento y la mejora continua.**

**Objetivo 1**

Definir el mapa de competencias específicas en seguridad del paciente para su incorporación en el modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPDI) y en la Acreditación Profesional.

**Acciones:**

- Se identifican las buenas prácticas en seguridad del paciente, a partir de los mapas configurados por los/las profesionales en la aplicación del GPDI, las incorporadas en la implantación de los PAI y las aportaciones de los grupos profesionales. [16/SyP]
- Identificación y recogida sistemática, a través de las diferentes fuentes disponibles, de información para la construcción del mapa competencial en seguridad del paciente, en base a las necesidades de los pacientes, las buenas prácticas identificadas y los objetivos prioritarios de la nueva ESP. [17/SyP]
- Se incorporan al modelo de acreditación profesional las competencias y buenas prácticas específicas en seguridad del paciente. [18/SyP]
- Refuerzo de la seguridad del paciente en el desarrollo competencial relacionado con los cuidados, especialmente en las nuevas competencias enfermeras de prácticas avanzadas. [19/SyP]
- Utilización de criterios de evaluación de buenas prácticas en seguridad del paciente en el entorno de las UGC. [20/SyP]

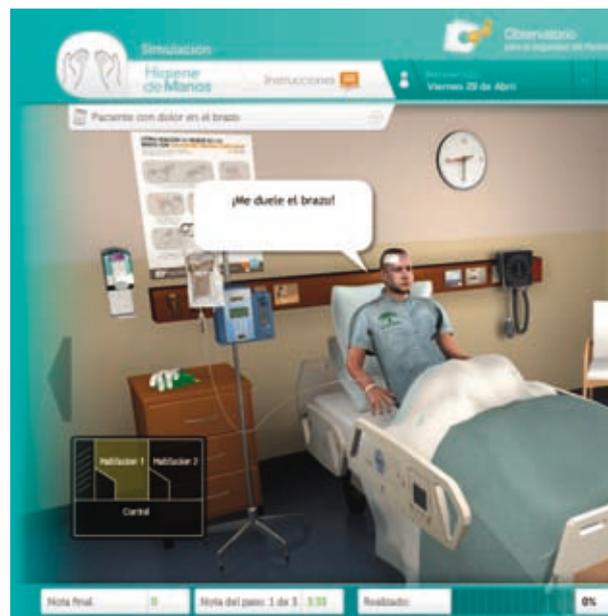


## Objetivo 2

Mejorar el nivel de conocimiento de los/las profesionales en seguridad del paciente, facilitando el acceso a la formación y a los canales de difusión de buenas prácticas.

### Acciones:

- En los planes de acogida para nuevos profesionales se incorporan actividades de actualización y formación específica en seguridad del paciente. [21/SyP]
- Implantación de nuevas formas de aprendizaje y entrenamiento en seguridad del paciente, mediante la utilización de simulación y otras metodologías didácticas más avanzadas. [22/SyP]
- Desarrollo y extensión a todo el SSPA en formato on line, del itinerario formativo en seguridad del paciente, adaptado a los perfiles profesionales de los componentes de las UGC. [23/SyP]
- Evaluación del impacto del aprendizaje en seguridad del paciente a través del itinerario formativo diseñado, con el soporte de la aplicación GPDI del SSPA. [24/SyP]



- El Observatorio para la Seguridad de Paciente incrementará la difusión/alerta de prácticas seguras/inseguras relacionadas con la práctica diaria, sustentadas en la evidencia científica disponible y acordes a las necesidades de los/las profesionales y la ciudadanía. [25/SyP]
- La Biblioteca Virtual del SSPA incorpora un área temática en seguridad del paciente, proporcionando a los/las profesionales los medios para identificar, localizar y obtener los recursos documentales e incorporarlo a la mejora de la seguridad del paciente en su práctica habitual. [26/SyP]
- Elaboración por el Observatorio para la Seguridad del Paciente de recomendaciones sobre prácticas seguras dirigidas a profesionales, con la participación de equipos multidisciplinares y sociedades científicas. [27/SyP]



### Objetivo 3

**Potenciar mecanismos de comunicación y trabajo en equipo entre profesionales en relación a la seguridad del paciente.**

#### Acciones:

- Los equipos profesionales de las UGC y Servicios elaborarán un protocolo de seguridad con medidas concretas para crear un entorno laboral seguro y saludable. [28/SyP]
- Se potencia el papel del Observatorio para la Seguridad del Paciente como red de comunicación profesional para compartir, promover y difundir las buenas prácticas en seguridad del SSPA (red de nodos y centros mentores). [29/SyP]
- Impulso de la consulta sistemática al Observatorio para la Seguridad del Paciente por los profesionales de las UGC. [30/SyP]
- Implantación de procedimientos orientados a potenciar la notificación de riesgos e incidentes, promoviendo la gestión participativa de los mismos y la prevención de riesgos sobre la seguridad del paciente en las UGC. [31/SyP]
- Incorporación, por los equipos profesionales de las UGC y Servicios, de mejoras en la comunicación durante el traspaso de pacientes y sesiones multidisciplinares de seguridad: briefing de seguridad, cambios de turnos estructurados, etc. [32/SyP]

### META

**Implementar y reforzar el desarrollo del liderazgo activo en seguridad del paciente en la organización sanitaria y sus profesionales.**



### Objetivo 1

**Fomentar una organización transparente en seguridad del paciente, no punitiva, que facilite la comunicación de eventos adversos y desarrolle una política de prevención.**

### Acciones:

- La Consejería de Salud regulará de forma específica la gestión de la notificación de incidentes de seguridad del paciente. [33/SyP]
- Los directivos participan activamente en las reuniones periódicas de las UGC, orientadas a comunicar los logros alcanzados e identificar oportunidades de mejora en seguridad del paciente. [34/SyP]
- Los contratos programa de los Centros y acuerdos de gestión de las UGC incorporan compromisos explícitos en seguridad del paciente. [35/SyP]
- Los directivos de la organización favorecen espacios específicos de trabajo en seguridad del paciente en el entorno asistencial, a través de comisiones de trabajo, comisiones clínicas, definiendo el papel y funciones de las comisiones de seguridad del paciente. [36/SyP]
- Se potencia el análisis de eventos adversos (incidentes de seguridad) de forma sistemática, dando respuesta efectiva a las mejoras propuestas y monitorizando su nivel de implantación. [37/SyP]
- Se actualizan los estándares de seguridad del paciente en los manuales de acreditación de centros, UGC y profesionales. [38/SyP]



## Objetivo 2

**Incorporar a la toma de decisiones de los directivos, los desarrollos de la ESP en sus Centros y UGC.**

### Acciones:

- El Observatorio para la Seguridad del Paciente implementa nuevos sistemas de información como soporte a la planificación, implantación y evaluación de estrategias de seguridad del paciente en los Centros y Unidades del SSPA. [39 / SyP]
- En el cuadro de mando de Centros y UGC se definen e incorporan indicadores de seguridad del paciente. [40 / SyP]
- Se potencia la utilización del sistema de gestión de incidentes de seguridad, creado por la Consejería de Salud en el Observatorio para la Seguridad del Paciente. [41 / SyP]
- Los centros despliegan una estrategia para monitorizar el nivel de implantación de medidas de mejoras derivadas del análisis formal de incidentes de seguridad. [42 / SyP]
- Se promueve modelos de reconocimiento a las UGC y sus profesionales, a través de distintivos de prácticas seguras. [43 / SyP]



### Objetivo 3

**Promover el desarrollo de líneas de investigación en seguridad del paciente en las UGC, Centros e Instituciones que incorporen innovaciones tecnológicas y organizativas.**

#### Acciones:

- Definición de las líneas de investigación prioritarias en seguridad del paciente en el SSPA, fomentando una cultura innovadora en investigación que facilite la introducción de transformaciones y cambios en seguridad del paciente en el SSPA. [44/SyP]
- Se promueve la creación de grupos de investigación en seguridad del paciente en los Centros y UGC. [45/SyP]
- Diseño e implementación de modelos de transferencia de resultados a la práctica clínica, de los proyectos de investigación en seguridad del paciente desarrollados en el conjunto del SSPA. [46/SyP]



**> Un espacio construido entre profesionales y pacientes, y una organización comprometida por favorecer un espacio impregnado de valores compartidos, que genere confianza y seguridad en la resolución de los problemas de salud de la ciudadanía y que a la vez permita el crecimiento y desarrollo profesional.**

# 3

## UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO (ECS)

Un espacio que promueve la cultura de seguridad en todos los ámbitos de actuación.

[ Un Espacio Seguro, el espacio compartido por los/las profesionales y la ciudadanía que interrelacionan en el desarrollo de los procesos de atención, inmersos en una organización sanitaria pública que trabaja en la implementación de un marco político en materia de seguridad del paciente coherente y completo, donde la gestión por valores es el eje donde convergen los intereses de todos los actores que la forman. Un espacio que promueve la cultura de seguridad en todos los ámbitos de actuación, que diseña estrategias y acciones proactivamente, que sitúa la seguridad del paciente en una posición de prioridad del liderazgo y la gestión, que promueve la participación y corresponsabilidad del paciente y los /las profesionales en el uso responsable de los servicios, en la provisión segura de los mismos y en el progreso hacia la excelencia de unos cuidados sanitarios compartidos y sin daño. ]

**META**

Desarrollar la Red de Centros y Unidades con Prácticas Seguras como espacio de encuentro de cooperación de profesionales y ciudadanía en torno a la seguridad del paciente, promoviendo su desarrollo y expansión, aspirando a convertirse en un referente por la seguridad del paciente en lengua castellana.

**Objetivo 1**

Impulsar una red de centros y unidades que compartan información a tiempo real sobre las prácticas seguras implantadas y las acciones para lograrlo.

**Acciones:**

- Análisis y actualización continua de la Red de Centros con prácticas seguras del Observatorio para la Seguridad del Paciente, incorporando nuevas prácticas priorizadas por la Consejería de Salud. [47/ECS]
- Se analizan e incorporan en la Red de Centros las experiencias con impacto en seguridad del paciente que se realizan en los centros, UGC y/o sus profesionales. [48/ECS]



- Desarrollo e implantación de las herramientas y procedimientos necesarios para la evaluación de las nuevas prácticas seguras incorporadas en la Red. [49/ECS]
- Diseño de una estrategia de difusión de la Red de Centros con prácticas seguras. [50/ECS]
- El Observatorio para la Seguridad del Paciente: [51/ECS]

*Estimula la difusión de las acciones de mejora realizadas y sus resultados.*

*Aportación de ideas de los/las profesionales, a la innovación y a la necesidad de compartir experiencias que hayan tenido impacto en la seguridad del paciente.*

*Integra y pone a disposición toda la información compartida sobre seguridad del paciente en el Mapa de la Red de Centros y Unidades.*

## Objetivo 2

**Promover el desarrollo de Comunidades de Prácticas en Seguridad del Paciente, incorporando el uso de las redes sociales como vehículo de cooperación, intercambio y participación entre profesionales, ciudadanos/as y gestores.**

### Acciones:

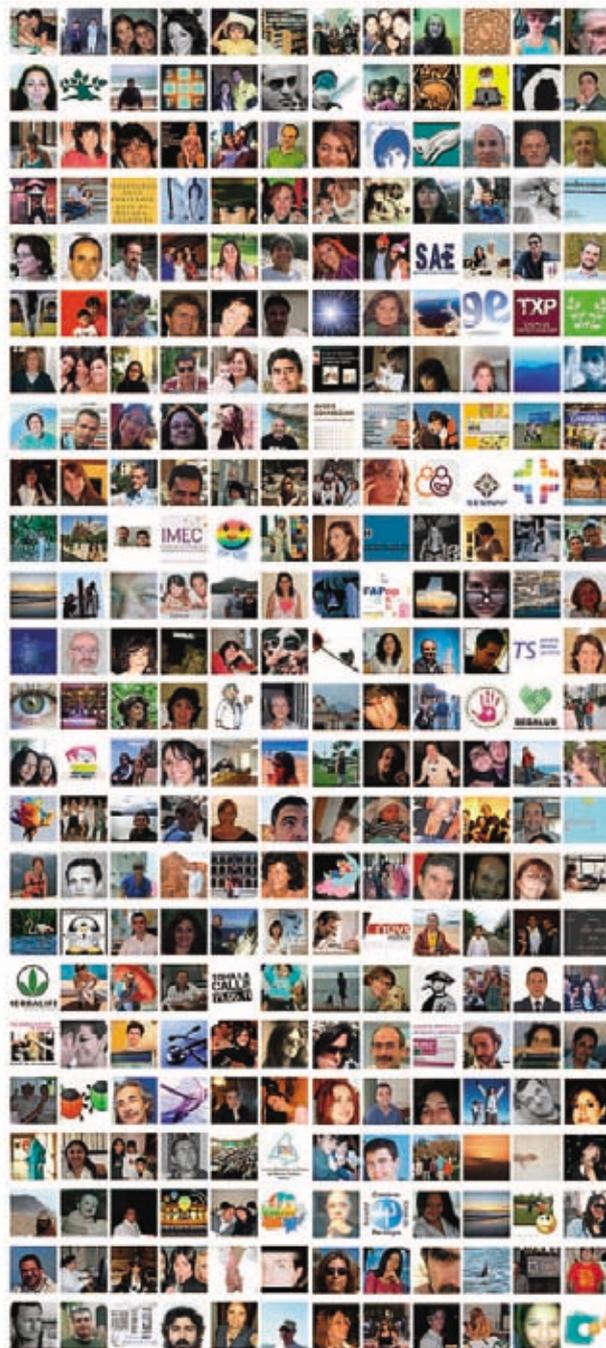
- ▣ Diseño de un espacio virtual para la formación de Comunidades de Prácticas en torno a la seguridad del paciente. [52/ECS]
- ▣ Se potencia el uso de las Comunidades de Prácticas en seguridad del paciente (interconexión con las principales Redes Sociales: Facebook, Twitter, LinkedIn, etc.). [53/ECS]

## Objetivo 3

**Promover la creación de la red internacional de Red de Nodos en Calidad y Seguridad del Paciente.**

### Acciones:

- ▣ Incorporación del Observatorio para la Seguridad del Paciente a entornos institucionales nacionales e internacionales relacionados con la salud. [54/ECS]
- ▣ Definición y establecimiento de los criterios de pertenencia y los procedimientos para la inclusión en la red de nodos en seguridad del paciente. [55/ECS]
- ▣ Se facilita el desarrollo de acuerdos entre el Observatorio para la Seguridad del Paciente y otras organizaciones afines para la formación de la red de nodos en seguridad. [56/ECS]



**META**

**Establecer acciones e instrumentos que faciliten la prevención del riesgo, la alerta constante y la intervención en los casos necesarios.**

**Objetivo 1**

**Garantizar el desarrollo e incorporación de elementos de prevención de daño en las políticas, estrategias y procedimientos dirigidos a pacientes, especialmente de alto riesgo.**

**Acciones:**

- ▣ Se potenciará en los instrumentos y herramientas de gestión del SSPA, el abordaje de la prevención del riesgo, la detección de incidentes de seguridad y la medición de criterios y estándares de seguridad del paciente. [57/ECS]
- ▣ Los Centros y UGC definen su mapa de riesgos de seguridad del paciente, en función de su Cartera de Servicios. [58/ECS]
- ▣ Las políticas y procedimientos de los mapas de riesgo de los Centros y UGC serán revisados y actualizados periódicamente por los equipos multidisciplinares implicados. [59/ECS]
- ▣ Los mapas de riesgo incluirán de forma sistemática, los momentos de información en seguridad al paciente y sus familiares en el desarrollo del proceso asistencial, buscando su participación activa. [60/ECS]



## Objetivo 2

Adecuar la organización de la UGC para la prestación de atención segura a la persona, adaptada a sus características, su diversidad y sus necesidades.

### Acciones:

- En todos los contactos de la ciudadanía con el SSPA se garantizará la identificación y la verificación inequívoca de la persona, estableciéndose medidas específicas en pacientes vulnerables, con trastorno mental grave, menores de edad, con discapacidades, etc. [61/ECS]
- Las UGC tendrán identificados los puntos críticos de seguridad del paciente en los procesos asistenciales que le son específicos, en función de su Cartera de Servicios y su población de referencia. [62/ECS]
- En cada UGC se implementará la medición de los puntos críticos de seguridad del paciente en la evaluación y difusión de los resultados de los procesos asistenciales implantados. [63/ECS]
- En la Hoja de Ruta del paciente de los Procesos Asistenciales Integrados, adaptada por cada UGC, se incorporan elementos relacionados con el papel del paciente en su seguridad. [64/ECS]
- Se establecen procedimientos y herramientas para la comunicación periódica de los resultados en seguridad del paciente a los/las profesionales de las UGC. [65/ECS]

## Objetivo 3

Implementar acciones específicas en seguridad del paciente en los Centros del SSPA, en función del estado del conocimiento actual, de forma integrada con los planes y estrategias.

### Acciones:

#### a) Acciones en seguridad del paciente, Planes y Estrategias:

- Las acciones de la ESP se coordinan y complementan con los desarrollos de los Planes Integrales y Estrategias de la Consejería de Salud. [66/ECS]
- Se valoran e incluyen en la H<sup>a</sup> de Salud las características específicas de las personas, que suponen un potencial riesgo para su seguridad (capacidades intelectuales disminuidas, edad avanzada, riesgo de caídas, alergias, restricciones de movilidad, patologías concomitantes, soporte socio-familiar, entorno social y cultural, hábitos), adaptando las acciones y buenas prácticas para su seguridad. [67/ECS]
- Se implementan, de forma prioritaria en las UGC, procedimientos de actuación relativos a la inmovilización y restricción de pacientes (contenciones mecánicas y/o mediante administración de fármacos), especialmente de aquellos pacientes con riesgo de vulnerabilidad. [68/ECS]
- Se potencia la implantación de la estrategia “Centro contra el dolor”, promoviendo la autoevaluación de los Centros y la implantación del distintivo como reconocimiento a esta buena práctica. [69/ECS]

**b) Atención sanitaria segura, exenta de infección asociada a la misma:**

- ▣ Los Centros y UGC disponen de planes y/o programas de vigilancia, prevención y control de la infección, adaptados a su estructura y función, y en su desarrollo e implementación participa activamente la ciudadanía. [70/ECS]
- ▣ Se potencia el desarrollo y la implementación de procedimientos normalizados de trabajo (PNT), para garantizar la bioseguridad de los Centros y minimizar la aparición de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS). [71/ECS]
- ▣ En las todas las UGC del SSPA que le son de aplicación, se implanta el proyecto Bacteriemia Zero (adherencia, inserción y mantenimiento de catéteres venosos) y Neumonía Zero (prevención neumonías asociadas a la ventilación mecánica). [72/ECS]
- ▣ Implantación en las UGC, del procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y úlceras por decúbito de la Consejería de Salud. [73/ECS]
- ▣ Se potencia el desarrollo de protocolos de actuación para el uso prudente de antimicrobianos. [74/ECS]
- ▣ Fomento de la estrategia de manos seguras, prevención y buenas prácticas para la higiene adecuada de manos, la adopción de medidas de protección personal, y demás precauciones universales para el control de la infección. [75/ECS]

**c) La Seguridad en el ámbito de los procesos quirúrgicos.**

- ▣ El listado de verificación de seguridad quirúrgica se implanta en todos los centros de AH del SSPA. [76/ECS]
- ▣ Se potencia la implementación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en las UGC de AP en función de su Cartera de Servicios. [77/ECS]
- ▣ Los Centros y/o Unidades hospitalarias pediátricas del SSPA, desarrollan e implementan el listado de verificación de seguridad quirúrgica. [78/ECS]
- ▣ Se diseña e implementa el listado de verificación de seguridad prequirúrgico del paciente tras la indicación del tratamiento quirúrgico. [79/ECS]
- ▣ Se favorece la difusión y generalización del uso, por parte de los pacientes, de sus propias listas de preguntas, que le ayuden a resolver sus dudas durante todo el proceso de atención de su patología quirúrgica (“Pregunta por tu salud”, web ACSA). [80/ECS]
- ▣ Fomento de la participación activa del paciente y/o la familia en el desarrollo del proceso quirúrgico: momentos de riesgo de la seguridad del paciente en el preoperatorio, postoperatorio y en la planificación del alta. [81/ECS]

#### d) La Seguridad en la realización de pruebas diagnósticas (laboratorios clínicos, radiodiagnóstico, etc.)

- Los Laboratorios Clínicos y Servicios de Radiodiagnóstico, realizan sus mapas de riesgo, identificando los riesgos para la seguridad del paciente en los diferentes momentos y fases de la realización del estudio y en la gestión de resultados. [82/ECS]
- Antes de la realización de estudios y pruebas diagnósticas, se verifica la correspondencia entre la solicitud de la prueba y la identidad inequívoca del paciente. [83/ECS]
- Se aplican procedimientos normalizados de trabajo (PNT) para garantizar la seguridad, el confort y la intimidad del paciente en la realización de estudios y pruebas diagnósticas. [84/ECS]
- Se potencia la aplicación de las herramientas de calidad en los laboratorios clínicos para la detección y el análisis del riesgo de la seguridad del paciente. [85/ECS]
- Implementación del protocolo de actuación para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y post analíticos. [86/ECS]
- Se garantiza la seguridad en los procesos de transfusión de sangre y hemoderivados relacionado con: la indicación, la identificación inequívoca del receptor, la incidencia y repercusión de la contaminación bacteriana, la efectividad de la transfusión y la monitorización de las reacciones adversas. [87/ECS]
- Fomento de la cultura de seguridad del paciente en los equipos profesionales de laboratorios clínicos, servicios de radiodiagnóstico y otros soportes. [88/ECS]



### e) La seguridad en el uso de fármacos.

- En la valoración del paciente se evalúa el consumo de fármacos de forma habitual o esporádica, se concilia la medicación y se realiza la trazabilidad de la misma en la H<sup>a</sup> de Salud. [89/ECS]
- En las transiciones asistenciales se realiza de forma sistemática la conciliación de los tratamientos, utilizando la información contenida en la H<sup>a</sup> de Salud y registrando en la misma las intervenciones realizadas. [90/ECS]



- Los mapas de riesgo de las UGC, incorporan procedimientos normalizados de actuación conjunta y multidisciplinar para realizar la conciliación terapéutica y, en su caso, la revisión sistemática de los tratamientos de pacientes pluripatológicos y/o polimedicados y/o crónicos. [91/ECS]
- Se continúa la implantación de los sistemas de dispensación de medicamentos en dosis unitaria en pacientes hospitalizados a todos los centros del sistema. [92/ECS]
- Los sistemas de dispensación de medicamentos en dosis unitaria se acompañarán de un PNT para garantizar el uso seguro de medicamentos en todo el proceso (prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos). [93/ECS]
- Se potencia la implantación de herramientas para los/las profesionales, de ayuda a la toma de decisiones y alertas en los sistemas de prescripción y dispensación, para facilitar la detección de posibles efectos iatrogénicos relacionados con el uso de fármacos (interacciones medicamentosas, sobredosificación, contraindicaciones o posibles eventos adversos). Dichos sistemas incorporan la información sobre protocolos de uso y alternativas farmacológicas en cada situación clínica en base a la evidencia científica disponible. [94/ECS]



#### **f) La seguridad en las transferencias del paciente.**

- Se implementa un enfoque estandarizado para la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso del paciente en los diferentes ámbitos de actuación, los cambios de turno, las distintas unidades, etc. [95/ECS]
- Desarrollo y aplicación de sistemas (listas) de verificación de los componentes imprescindibles para la transferencia del paciente, que asegure que su paso a otro ámbito no sea efectivo si no se ha comprobado que cumple todos los requisitos necesarios para garantizar la continuidad asistencial, (identificación inequívoca, información clave referente a los diagnósticos al alta, plan terapéutico, tratamiento farmacológico, resultados de las pruebas, los cuidados y el seguimiento). [96/ECS]
- Fomento de la comunicación entre organizaciones que están prestando atención al mismo paciente en forma paralela (centros socio-sanitarios, asociaciones de ayuda mutua, etc.). [97/ECS]
- En el momento del alta, se promueve la participación activa de los/las pacientes y sus familiares, con actitud facilitadora, informando de forma clara y precisa de los cuidados a seguir, respondiendo a sus demandas de información y expectativas. [98/ECS]

## INFRAESTRUCTURAS, DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS.

### META

**Garantizar un entorno seguro y confortable en los centros del SSPA, mediante actuaciones relacionadas con la seguridad de la vigilancia de la edificación, instalaciones y equipamiento.**

### Objetivo 1

**Promover acciones de prevención y mejora continua en los centros que garanticen la prestación de la atención sanitaria en infraestructuras seguras.**

#### Acciones:

- ▣ Se potencia la información relativa a la protección contra incendios dirigida a los usuarios y profesionales, a través de un Plan de Comunicación a la ciudadanía. [99/ECS]
- ▣ Los centros realizan simulacros de forma sistemática y planificada e informe descriptivo, analizando el desarrollo del mismo e incluyendo las oportunidades de mejora detectadas. [100/ECS]
- ▣ Se actualiza el Plan de Autoprotección de forma periódica y siempre que se realicen reformas, nuevas instalaciones o nuevos usos que modifiquen lo establecido en el Plan vigente. [101/ECS]

### Objetivo 2

**Garantizar un entorno seguro a pacientes y familiares, mediante el adecuado mantenimiento de las instalaciones del Centro Sanitario.**

#### Acciones:

- ▣ Creación y actualización permanente del Plan de Mantenimiento de instalaciones y edificios, vinculado a los riesgos de seguridad del paciente identificados, que incluya al menos: [102/ECS]

*Circuitos de revisión de puntos críticos.*

*Procedimientos de comunicación y de gestión de incidencias en las que se vean implicadas distintas unidades.*

*Planificación y realización de auditorías periódicas, en cuyo alcance se encuentre incluido el plan de mantenimiento, el cumplimiento de los requisitos de seguridad y el de los requisitos legales y reglamentarios.*

*Planes de limpieza establecidos, que apoyen la estrategia de manos seguras.*

- ▣ Inclusión de cláusulas de seguridad en los pliegos de condiciones vinculadas a contratos de mantenimiento, reformas, e instalaciones y servicios. [103/ECS]

### Objetivo 3

**Promover acciones de mejora continua en el Centro para garantizar un adecuado y sistemático control de materiales peligrosos.**

#### Acciones:

- Identificación y clasificación de los materiales peligrosos existentes: dónde están, cuáles son y cuántos son necesarios. [104/ECS]
- Se proporciona a los usuarios información comprensible con recomendaciones de seguridad, respecto a los distintos materiales peligrosos con los que puede tener contacto, a las radiaciones ionizantes u otros riesgos y los efectos que pueden tener sobre su salud, mediante cartelería ampliada, folletos, información verbal, etc. [105/ECS]
- Sistematización de la gestión de situaciones de riesgo respecto a materiales peligrosos: identificación del riesgo, creación de protocolos de prevención y actuación, y realización de simulacros de emergencias con materiales peligrosos. [106/ECS]



- Se adecua la gestión del transporte y almacenaje de los materiales peligrosos en el Centro, en función de los riesgos para los usuarios: circuitos, ubicación, horarios, etc. [107/ECS]
- Establecimiento de planes y programas de formación acreditada, sobre gestión de materiales y residuos peligrosos, destinada a los/las profesionales del Centro. [108/ECS]
- Los contratos de gestión de los materiales y residuos peligrosos se revisan y adaptan periódicamente en función de la norma vigente. [109/ECS]
- Programación y desarrollo de auditorías de requisitos de seguridad en la gestión de los materiales peligrosos en el centro. [110/ECS]
- Se sistematiza la gestión de incidentes de seguridad en relación con materiales peligrosos: comunicación, análisis y adopción de medidas correctivas. [111/ECS]



## Objetivo 4

**Prestar una asistencia sanitaria segura, garantizando el cumplimiento de las características de calidad de todo el equipamiento del centro.**

### Acciones:

- Creación y actualización del Plan de Mantenimiento de Equipamiento del Centro vinculado a los riesgos de seguridad del paciente que incluya: [112/ECS]

*La definición de las responsabilidades en el mantenimiento del mismo.*

*La actualización del inventario.*

*La Guía de mantenimiento de equipos, elaborada por la organización sanitaria.*

*El Plan de calibración y diagnóstico de los equipos de medida.*

*La identificación de los riesgos y requisitos de seguimiento de los equipos.*

*Los procedimientos para asegurar la señalización del estado de revisión de equipos, en un lugar visible.*

*El procedimiento de registro de incidencias en los equipos y el análisis de las mismas, incluyendo la toma de decisiones derivadas de la incidencia.*

- Establecimiento de los requisitos de compra de equipamiento basados en criterios de seguridad globales propuestos por expertos y sustentados en la normativa vigente. [113/ECS]

## Objetivo 5

**Actualizar las competencias profesionales para asegurar su participación en la prevención de riesgos asociados con la infraestructuras, los dispositivos clínicos y los equipos médicos.**

### Acciones:

- En los Centros y UGC se identifican y evalúan las buenas prácticas en la prevención de riesgos relacionados con las infraestructuras, los dispositivos clínicos y los equipos médicos. [114/ECS]

- Se imparte formación específica a los/as profesionales de los centros en materia de prevención de riesgos relacionados con las infraestructuras, los dispositivos clínicos y los equipos médicos, en función de su perfil competencial y sus necesidades individuales. [115/ECS]

- En los Centros y UGC se establece un programa formativo específico para: [116/ECS]

*La identificación de riesgos y la notificación de incidencias.*

*La gestión de materiales y residuos peligrosos, adecuada a las necesidades del centro.*

*La utilización correcta de los equipos de protección.*

- Refuerzo de la formación a los/as profesionales de los Centros y UGC sobre el plan de evacuación y autoprotección y el uso seguro de equipos. [117/ECS]

## LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y LA MEJORA CONTINUA

### META

**Potenciar el desarrollo de actuaciones e instrumentos que faciliten el intercambio de conocimiento en todos los ámbitos de atención, con el objetivo de implementar la ESP en todos los Centros del SSPA, orientando y priorizando las acciones en función de las características de cada uno, mediante un proceso de evaluación y mejora continua.**



### Objetivo 1

**Conformar una estructura estable en red que facilite la implementación, evaluación y mejora de la ESP en los Centros del SSPA coherente con los logros de la misma.**

#### Acciones:

- Los Grupos Provinciales de referencia, como comunidad de práctica, se constituyen en redes cooperativas de seguridad del paciente. [118/ECS]
- Se diseñan e implementan los procedimientos de comunicación periódica de resultados de calidad y seguridad a los/las profesionales. [119/ECS]

### Objetivo 2

**Implementar en el Observatorio para la Seguridad del Paciente un espacio que integre y garantice la evaluación de los resultados de las diferentes metas de la ESP.**

#### Acciones:

- Se diseña e implementa un módulo de explotación que gestione la información producida por los Centros y UGC del SSPA, en relación al desarrollo e implantación de las acciones de la ESP. [120/ECS]
- Desarrollo de acciones para la evaluación de la ESP y el benchmarking, comparando los resultados obtenidos con otras instituciones en el ámbito autonómico, nacional e internacional. [121/ECS]



Con los diferentes objetivos y líneas de acción planteadas en la descripción de la Estrategia para la Seguridad del Paciente se pretende un abordaje integral de todos los aspectos de la seguridad del paciente en la Comunidad de Andalucía, igualmente permite destacar una serie de proyectos estratégicos que identifican las prioridades en seguridad del paciente de la Consejería de Salud para los próximos años.

Agrupados en 6 grandes proyectos, se quiere abarcar desde la formación como base de la cultura de seguridad de los/las profesionales y la ciudadanía, para potenciar la participación de la ciudadanía en su seguridad y transmitir sus conocimientos a sus iguales, el uso seguro de los medicamentos, la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y con las oportunidades que ofrecen las redes sociales y las comunidades de práctica para compartir el conocimiento y las buenas prácticas, todo ello apoyado en un modelo de evaluación enfocado a conocer las medidas preventivas y organizativas que impulsan la práctica clínica segura, estableciendo un sistema de información válido y fiable a lo largo del tiempo, que evalúe el impacto en salud en el futuro de las medidas implantadas.

## PROYECTO I

### Itinerario Formativo en Seguridad del Paciente

4  
40

Se sustenta en el desarrollo de una herramienta virtual para la gestión del conocimiento en materia de seguridad del paciente. Es una plataforma formativa que promueve el desarrollo de competencias transversales en seguridad a los/las profesionales de las UGC, y la formación continuada a las personas integrantes de la Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente.

Con el soporte de la aplicación corporativa para la gestión de planes de desarrollo individual (GPDI), los/las profesionales pueden identificar sus necesidades formativas, en relación a cada una de las buenas prácticas incluidas en el mapa de competencias en seguridad. Para ello, mediante una autoevaluación, cada profesional se posiciona en el nivel de capacitación inicial de cada una de estas prácticas para dibujar su perfil competencial. La validación de estos perfiles por parte de los Directores/as de UGC y Responsables de Cuidados, deriva en la configuración automática de los planes de desarrollo individual, basados en la priorización de aquellas buenas prácticas con mayor necesidad de desarrollo y, por tanto, en la de un itinerario formativo personalizado y adaptado a la persona y al rol profesional.

Con este diseño y el empleo de metodologías innovadoras, la herramienta pone a disposición del alumnado las unidades didácticas y materiales necesarios para el desarrollo del proceso formativo específico. La Dirección de la UGC y, en su caso, el Responsable de Cuidados, una vez desarrollado el itinerario formativo por el/la profesional, evaluará

la transferencia del aprendizaje adquirido al puesto de trabajo, mediante la observación directa o la evaluación del impacto sobre la propia aplicación GPDI, además de otras herramientas de evaluación de la transferencia.

#### Actuaciones:

- Poner a disposición de todas las UGC la herramienta interactiva que facilite su realización a los equipos profesionales, acorde con sus responsabilidades y puesto de trabajo.
- Extender la utilización de esta plataforma formativa en seguridad a los Centros del SSPA.
- Evaluar la transferencia del conocimiento al puesto de trabajo.
- Incorporar al soporte on line del itinerario formativo en seguridad del paciente unidades didácticas específicas para los ciudadanos/as de la Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente.
- Elaborar un catálogo de recursos formativos específicos para la ciudadanía (materiales de trabajo, documentación, material de apoyo, supuestos prácticos, videos, etc.).
- Implantar el programa y establecer el plan de seguimiento.

## PROYECTO 2

### Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente

Se trata de hacer explícita/tangible la incorporación del paciente y la ciudadanía en las políticas de Seguridad del Paciente en la Comunidad Autónoma Andaluza en sinergia con otras acciones que se vienen desarrollando, y en estrecha colaboración con los/las profesionales, buscando la mejora de la atención sanitaria, y promoviendo la formación continuada en cascada para la incorporación de prácticas seguras en su vida diaria.



### Actuaciones

- Elaborar un Plan de Formación específico en Seguridad del Paciente dirigido a la ciudadanía: programa formativo y planes de actuación para la ciudadanía (objetivos específicos, contenidos, metodología, sistemas de seguimiento, apoyo y atención, herramientas de evaluación).
- Conformar el grupo de pacientes y ciudadanía con perfil específico para formador de formadores en seguridad.
- Impartir un programa formativo básico en seguridad del paciente, que contemple al menos: la seguridad en el ámbito de los cuidados, el uso seguro de medicamentos, la prevención de infecciones, etc.
- Potenciar el desarrollo de herramientas y metodologías de formación en e-learning para difusión y conocimiento de buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.
- Establecer los criterios de pertenencia y los procedimientos para la inclusión de personas a la Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente.
- Implementar en el Observatorio para la Seguridad del Paciente un espacio virtual específico para la ciudadanía para realizar exposiciones teóricas con soporte audiovisual, debates dirigidos en plenario, visionado y análisis de videos, Rol-playing, etc.



## PROYECTO 3

### Uso Seguro de Medicamentos

Se trata de desarrollar e implementar herramientas y procedimientos que minimicen los problemas relacionados con la seguridad en el uso de los medicamentos.

#### Actuaciones:

- Desarrollo e implantación de sistemas de ayuda a la prescripción relacionados con la seguridad.
- Potenciar la implantación del sistema de prescripción electrónica intrahospitalaria.
- Extender la implantación de la Receta XXI en Consultas Externas y Servicios de Urgencia, a través de acciones formativas desarrolladas por los Servicios de Farmacia.
- Desarrollar e implantar procedimientos normalizados de trabajo para la conciliación de la medicación.
- Implementar los procedimientos normalizados de trabajo sobre revisión de la medicación en pacientes polimedicados y/o pluripatológicos.
- Potenciar en el Observatorio para la Seguridad del Paciente el desarrollo de mecanismos para la evaluación permanente de la implantación de las medidas de calidad y seguridad del medicamento establecidos en los centros sanitarios.
- Fomentar la investigación relacionada con el uso adecuado y seguro de fármacos.

## PROYECTO 4

### La Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS)

Este proyecto pretende establecer aquellos procedimientos que permitan la planificación, implementación, priorización y enfoque de los recursos para la prevención, control y seguimiento de las IRAS, como una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los/las pacientes y que en su mayoría son prevenibles. El 25% de los eventos adversos (EA) están relacionados con la infección nosocomial y de estos el 56% se consideraron evitables (estudio ENEAS).



### Actuaciones:

- Potenciar el desarrollo del Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en hospitales y atención primaria e incorporando progresivamente su extensión al ámbito sociosanitario, y definiendo actuaciones normalizadas y adaptadas para aquellos procesos relacionados con las IRAS (esterilización, desinfección, limpieza, control de brotes, alimentos, multiresistencias, etc.).
- Las UGC deberán identificar actuaciones o procesos que suponen riesgo de infección para los/las pacientes, incorporando procedimientos y actividades formativas dirigidas a modificar la práctica y facilitar la disminución de ese riesgo.
- Incorporar a los Itinerarios Formativos en Seguridad del Paciente una línea específica de formación en prevención y control de las IRAS, con un enfoque priorizado hacia la transferencia del conocimiento a la práctica diaria del profesional y adaptada a su ámbito de trabajo.
- Estimular la participación y el benchmarking, entre los Centros y UGC en el seguimiento y evaluación de las IRAS, implicando a sus profesionales a través del compromiso, el apoyo a las iniciativas innovadoras y la retroalimentación adecuada.
- Los Centros y UGC se incorporarán a la iniciativa “Manos seguras” desarrollada por el Observatorio para la Seguridad del Paciente y a aquellos proyectos de ámbito comunitario o supracomunitario destinados a mejorar las buenas prácticas relacionadas con la prevención de la infección como Bacteriemia y Neumonía Zero.

## PROYECTO 5

### Red de Centros y Unidades con Prácticas Seguras y Red de Nodos en Seguridad.

La Red de Centros se soporta en modelos de comunicación inspirados en las redes sociales y las comunidades de práctica, lo que permite multiplicar las posibilidades de obtener repuestas, transferir instrumentos y compartir soluciones entre Centros y UGC en la Red.

El proyecto Red de Centros con Practicas Seguras esta orientado a “aprender de los aciertos”, es decir, trata de acelerar las mejoras propiciando que, aquellas Unidades y Centros con mejores resultados en la puesta en marcha de una determinada práctica segura (mentores), compartan sus logros con las que trabajan en la misma línea (nodos).



#### Actuaciones:

- Implantar las prácticas seguras en las UGC y Centros del SSPA.
- Redimensionar la Red con la inclusión de nuevas prácticas seguras.
- Extender la red a otros ámbitos de atención (sociosanitario, etc.).
- Evaluar las prácticas seguras y distinguir a los centros y unidades con mejores niveles de cumplimiento.
- Facilitar la extensión de la Red y la diseminación de las mejoras en seguridad del paciente en cada entorno de manera colaborativa (centros nodos y mentores).
- Expandir el conocimiento para la mejora de la seguridad del paciente en lengua castellana.
- Incorporar al mapa de la Red información a tiempo real sobre los progresos alcanzados en la implantación de buenas prácticas.

## PROYECTO 6

### El modelo de Evaluación de la ESP

La evaluación de la ESP debe permitir conocer, con carácter anual, el desarrollo e implantación de los 22 objetivos y 121 acciones de la ESP del SSPA 2011-2014.

La evaluación de la ESP se basa en un sistema ágil y flexible que:

- Recoge información de los diferentes actores que participan en su desarrollo: la Ciudadanía como últimos destinatarios de la misma y razón de ser del SSPA, los Profesionales el mayor activo, que hacen posible su implementación en los Centros y UGC de todo el Sistema, y la Organización Sanitaria Pública, como máxima responsable, que aporta las herramientas para su aplicación, evaluación y mejora continua.
- Diseña sus actuaciones de forma complementaria o sinérgica con los diferentes Planes, Estrategias y Programas.
- Identifica los puntos críticos (prácticas seguras e inseguras).
- Propone nuevas líneas de acción para mejorar la implantación de la ESP en todos los centros del SSPA.

#### Objetivo General:

Evaluar el grado de implantación y desarrollo de la ESP de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

#### Objetivos específicos:

- Explorar y evaluar la opinión de los diferentes colectivos profesionales (personal directivo, equipos multidisciplinares de los Centros del SSPA, profesionales de apoyo) sobre la implementación y desarrollo de la ESP.
- Explorar, analizar e incorporar las opiniones y expectativas de la ciudadanía en materia de seguridad del paciente, en los proyectos y acciones que se realicen en el despliegue de la ESP.
- Potenciar la utilización del OSP, las fuentes de información disponibles y de nueva creación para el desarrollo del modelo de evaluación.
- Conocer el desarrollo de la ESP desde el 2006, realizando análisis de tendencias de los diferentes objetivos.
- Incorporar de forma continua el conocimiento científico disponible.

**La metodología** a seguir se realizará utilizando conjuntamente métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas, en función de las bondades y limitaciones de cada método y usando aquél o aquellos que más se ajusten al tipo de pregunta específica que se quiera contestar para conocer el avance de cada acción de la ESP.



SEGURIDAD Y CIUDADANÍA (nº/SyC)	ACCIONES	EN TIEMPO: ANTES DE...	INDICADOR DE EVALUACIÓN
1 / SyC	Difusión de la ESP a la ciudadanía.	30 Marzo 2012	Difusión realizada SI/NO.
2 / SyC	Mapa de competencias y catálogo de buenas prácticas para pacientes y cuidadores.	1 Julio 2012	Mapas y Catálogo elaborado SI/NO.
3 / SyC	Planes de Participación Ciudadana (PPC) en los Centros del SSPA con Programas Formativos en Seguridad para pacientes y personas cuidadoras.	31 Diciembre 2012	PPC con Programa Formativo SI/NO.
4 / SyC	Red Andaluza de Ciudadanos Formadores en Seguridad (RACFS).	1 Julio 2012	RACFS creada SI/NO.
5 / SyC	Modelo de formación on line "Itinerario formativo en seguridad para la Ciudadanía".	1 Julio 2012	Iniciada la formación SI/NO.
6 / SyC	El Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP) abre un espacio virtual específico para la ciudadanía, promoviendo el uso de las redes sociales para su desarrollo.	31 diciembre 2011	Está disponible y se usa SI/NO.
7 / SyC	Potenciar el desarrollo de las comisiones de participación de Centros que trabajen la seguridad del paciente.	31 diciembre 2012	Nº Centros sanitarios con comisión de participación y actividades en seguridad/Nº Total de Centros Sanitarios con comisiones de participación x 100.

**SEGURIDAD Y  
CIUDADANÍA** (n° /SyC)**ACCIONES****EN TIEMPO:  
ANTES DE...****INDICADOR DE  
EVALUACIÓN**

8 / SyC	Elaboración y validación de un Procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la información a la ciudadanía sobre las medidas establecidas para garantizar la seguridad en el Centro y/o UGC.	31 diciembre 2012	PNT elaborado y validado SI/NO.
9 / SyC	El OSP revisa la calidad de la información en seguridad a la ciudadanía en diferentes soportes y canales.	1 julio 2012	Intervenciones realizadas SI/NO especificar.
10 / SyC	Salud Responde incorpora nueva consulta para la ciudadanía “la Seguridad del Paciente”.	1 julio 2012	Servicio disponible SI/NO.
11 / SyC	En los procesos de atención, los Centros y UGC informan a la persona sobre su seguridad.	31 diciembre 2012	N° de Centros sanitarios y UGC con medidas establecidas/ N° Total de Centros Sanitarios y UGC del SSPA x 100.
12 / SyC	En procesos o procedimientos de alto riesgo para la seguridad del paciente, los Centros y UGC elaborarán documento de información y recomendaciones para el paciente.	31 diciembre 2012	N° de Centros sanitarios y UGC con Documento elaborado y en uso / N° Total de Centros Sanitarios y UGC del SSPA x 100.
13 / SyC	Comisión de participación de los Centros con objetivos de seguridad.	31 diciembre 2012	N° de comisiones de participación con objetivos de seguridad/N° Total de comisiones de participación en los Centros x 100.
14 / SyC	Los Centros y UGC del SSPA, incorporan a los ciudadanos para el despliegue de su estrategia de seguridad del paciente.	31 diciembre 2012	N° de Centros sanitarios y UGC que incluyen a la ciudadanía en su ESP/ N° Total de Centros Sanitarios y UGC del SSPA con ESP x 100.
15 / SyC	OSP y la Ciudadanía realizan trabajo colaborativo en la ESP.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	N° de actuaciones realizadas colaborativamente en un año.

**SEGURIDAD Y PROFESIONALES** (n° /SyP)**ACCIONES****EN TIEMPO: ANTES DE...****INDICADOR DE EVALUACIÓN**

16 / SyP	Identificar buenas prácticas en seguridad del GPDI, PAI y grupos profesionales.	1º, 2º, 3º, 4º Trimestre 2012, 2013 y 2014	Nº de buenas prácticas identificadas en el trimestre.
17 / SyP	Recogida sistemática de información para construcción del mapa competencial en Seguridad del Paciente (SP).	1 julio 2012	Mapa competencial realizado SI/NO.
18 / SyP	Competencias en SP en el 100% de los mapas de competencias profesionales del SSPA.	31 diciembre 2012	Nº de mapas de competencias profesionales actualizados/Nº Total de mapas de competencias profesionales del SSPA x 100.
19 / SyP	SP en el desarrollo competencial relacionado con los cuidados (nuevas competencias enfermeras de practicas avanzadas).	31 diciembre 2012	Nº de mapas de competencias profesionales actualizados en los cuidados de enfermería/Nº Total de mapas de competencias profesionales del SSPA x 100.
20 / SyP	Incorporar la evaluación de buenas prácticas en seguridad en las UGC.	31 diciembre 2012	Nº de UGC que evalúan sus buenas prácticas en seguridad/ Nº Total de UGC del SSPA x 100.
21 / SyP	Incorporar en los planes de acogida de los centros y UGC actuaciones en seguridad del paciente para nuevos profesionales.	31 diciembre 2012	Nº de Centros sanitarios y UGC que en sus planes de acogida incluyen actuaciones en seguridad/ Nº Total de Centros Sanitarios y UGC del SSPA x 100.
22/ SyP	Implantar nuevas formas de aprendizaje y entrenamiento en seguridad del paciente.	31 diciembre 2012	Nº de acciones realizadas con metodologías didácticas de simulación.

SEGURIDAD Y PROFESIONALES (n°/SyP)	ACCIONES	EN TIEMPO: ANTES DE...	INDICADOR DE EVALUACIÓN
23 / SyP	Extender el itinerario formativo en Seguridad “on line” al 100% de profesionales del SSPA.	31 diciembre 2012	Nº de profesionales que han recibido formación específica adaptada a su perfil/ Nº Total de Profesionales que requieren esa formación en función de su perfil y desarrollo competencial x 100.
24 / SyP	El impacto del aprendizaje del itinerario formativo en seguridad en los profesionales.	31 diciembre 2012	Nº de profesionales que realizan el itinerario formativo en seguridad y se mide el impacto del aprendizaje/ Nº Total de Profesionales que realizan el itinerario formativo en seguridad x 100.
25/ SyP	Nuevas Prácticas seguras/inseguras sustentadas en evidencia difundidas por el OSP.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de prácticas seguras/año. Nº de prácticas inseguras/año.
26 / SyP	Apertura de Área temática (recursos documentales seguridad del paciente) en Biblioteca Virtual del SSPA (BVSSPA).	30 junio 2012	La BVSSPA la tiene disponible y se usa SI/NO.
27 / SyP	El OSP elabora recomendaciones de seguridad para profesionales.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de recomendaciones realizadas/año.
28 / SyP	Los Centros y UGC del SSPA, establecen protocolos con medidas concretas de seguridad en el entorno laboral.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de Centros sanitarios y UGC que implantan su protocolo de seguridad/ Nº Total de Centros Sanitarios y UGC del SSPA x 100.
29 / SyP	Potenciar la red nodos y centros mentores del OSP.	1 julio 2012, 2013 y 2014	Nº de centros nuevos en la red/trimestre.

**SEGURIDAD Y PROFESIONALES** (n°/SyP)**ACCIONES****EN TIEMPO: ANTES DE...****INDICADOR DE EVALUACIÓN**

<b>30 / SyP</b>	Consulta sistemática por las UGC al OSP.	1 julio 2012, 2013 y 2014	Nº de UGC que consultan el OSP/ Nº Total de UGC del SSPA x 100.
<b>31 / SyP</b>	Los Centros y UGC del SSPA elaborarán e implantarán un Procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la prevención, notificación y gestión de riesgos e incidentes de seguridad del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de Centros sanitarios y UGC que implantan su PNT para la gestión de riesgos e incidentes de seguridad/ Nº Total de Centros Sanitarios y UGC del SSPA x 100.
<b>32 / SyP</b>	Los Centros y UGC del SSPA incorporan sesiones multidisciplinares de seguridad y mejoras en la comunicación en los trasposos de pacientes.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de Centros sanitarios y UGC que realizan acciones de seguridad/ Nº Total de Centros Sanitarios y UGC del SSPA x 100.
<b>33 / SyP</b>	Normas específicas para la mejora de la gestión de los incidentes de seguridad.	1 julio 2012	Normas específicas realizadas SI/NO.
<b>34 / SyP</b>	Los directivos informan a los profesionales de las UGC de los logros alcanzados y de las oportunidades de mejora.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de UGC que comunican resultados de seguridad a sus profesionales (registro documental acta reunión) / Nº Total de UGC del SSPA x 100.
<b>35 / SyP</b>	Los contratos programa de los Centros y acuerdos de gestión de las UGC incorporan compromisos explícitos en seguridad del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014  31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Los Contratos Programa de los centros incorporan indicadores de seguridad del paciente SI/NO.  Nº de UGC con indicadores en su Acuerdo de Gestión/ Nº Total de UGC del SSPA x 100.

SEGURIDAD Y PROFESIONALES (n°/SyP)	ACCIONES	EN TIEMPO: ANTES DE...	INDICADOR DE EVALUACIÓN
36 / SyP	Los centros favorecen espacios de trabajo para la seguridad del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de centros con comisiones de trabajo/clínicas de seguridad del paciente / N° Total de centros del SSPA x 100.
37 / SyP	Los centros y UGC analizan los eventos adversos (EA), incorporan mejoras y monitorizan su implantación.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de centros con registro documental de la implantación de mejoras de seguridad del paciente basadas en análisis de EA/ N° Total de centros del SSPA x 100.
38 / SyP	Se actualizan los Manuales de Acreditación de Centros, UGC y Profesionales.	31 diciembre 2012	Manuales actualizados SI/NO.
39 / SyP	El OSP desarrolla nuevos sistemas de información (SSII) para la planificación, implantación y evaluación de la seguridad en los centros del SSPA.	1 julio 2012	El Observatorio diseña, implanta un SSII y es usado para la planificación y evaluación de la seguridad en los centros del SSPA SI/NO.
40 / SyP	Los cuadros de mandos de Centros y UGC incorporan indicadores de seguridad del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014  31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de centros que en su cuadro de mando incorporan indicadores de seguridad del paciente / N° Total de centros con cuadro de mandos x 100.  N° de UGC que en su cuadro de mando incorporan indicadores de seguridad del paciente / N° Total de UGC con cuadro de mandos x 100.

**SEGURIDAD Y PROFESIONALES** (nº /SyP)**ACCIONES****EN TIEMPO: ANTES DE...****INDICADOR DE EVALUACIÓN**

<b>41 / SyP</b>	Los centros utilizan el sistema de gestión de incidentes de seguridad de la Consejería de Salud.	1 julio 2012, 2013 y 2014	Nº Centros que utilizan el sistema de gestión de incidentes de seguridad de la Consejería / Total de centros del SSPA x 100.
<b>42 / SyP</b>	Los centros despliegan una estrategia para monitorizar la implantación de medidas de mejora derivadas del análisis de EA.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de centros con registro documental de la monitorización de mejoras derivadas del análisis de EA/ Nº Total de centros del SSPA x 100.
<b>43 / SyP</b>	El OSP diseña reconocimientos de prácticas seguras (Distintivos) a nivel de UGC y sus profesionales.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nuevos distintivos (UGC y profesionales) SI/NO.
<b>44 / SyP</b>	Definir las líneas de investigación prioritarias en seguridad del paciente en el SSPA.	31 diciembre 2012	Existencia de líneas de investigación definidas SI/NO.
<b>45 / SyP</b>	Potenciar la creación de grupos de investigación en seguridad del paciente (SP) en los centros.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Incremento anual del 10% del total de grupos de investigación existentes en los centros del SSPA SI/NO.
<b>46 / SyP</b>	Diseñar e implementar modelos de transferencias de resultados a la práctica clínica de los proyectos de investigación en SP.	31 diciembre 2012	Se ha diseñado el modelo SI/NO.

**UN ESPACIO COMPARTIDO  
SEGURO** (nº/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO:  
ANTES DE...**

**INDICADOR DE  
EVALUACIÓN**

47 / ECS	El Observatorio para la Seguridad (OSP) incorpora nuevas prácticas priorizadas por Consejería.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº nuevas prácticas incorporadas a la Red de Centros / Año.
48 / ECS	El OSP analiza e incorpora en la Red de Centros las experiencias con impacto en seguridad del paciente que se realizan en los centros, UGC y/o sus profesionales.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº Nuevas experiencias con impacto en seguridad del paciente que se realizan en los centros, UGC y/o sus profesionales/Año.
49 / ECS	El OSP desarrolla e incorpora herramientas y procedimientos para la evaluación de nuevas prácticas seguras.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº Nuevas herramientas y procedimientos incorporados a la red.
50 / ECS	El OSP diseña y despliega una estrategia de difusión de la Red de centros con prácticas seguras.	31 diciembre 2011	Existencia de la estrategia de difusión SI/NO.
51 / ECS	El OSP difunde acciones y resultados en el Mapa de la Red de centros y UGC.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Se han difundido acciones y resultados SI/NO.
52 / ECS	El OSP diseña un espacio virtual para la formación de Comunidades de Práctica en torno a la seguridad.	31 diciembre 2012	Existencia de la Comunidad de Práctica en el espacio virtual SI/NO.
53 / ECS	El OSP interconexiona la Comunidad de Práctica con las principales redes sociales.	31 diciembre 2012	Interconexiones realizadas SI/NO.
54 / ECS	El OSP se incorpora a entornos institucionales nacionales e internacionales relacionados con la salud.	31 diciembre 2012	Incorporación SI/NO

**UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO** (n°/ECS)

	<b>ACCIONES</b>	<b>EN TIEMPO: ANTES DE...</b>	<b>INDICADOR DE EVALUACIÓN</b>
<b>55 / ECS</b>	Establecer criterios de pertenencia y procedimiento para la inclusión en la red de nodos en seguridad.	31 diciembre 2012	Existencia de criterios y procedimiento establecidos SI/NO.
<b>56 / ECS</b>	Facilitar el desarrollo de acuerdos entre el OSP y otros Observatorios.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº Acuerdos realizados / Año.
<b>57 / ECS</b>	Las herramientas de gestión del SSPA abordan la prevención de riesgos, la detección de incidentes de seguridad y la medición de criterios y estándares de SP.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº Herramientas de gestión que lo abordan/año.
<b>58 / ECS</b>	Los Centros y UGC definen su Mapa de Riesgo de SP en función Cartera Servicios.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros y UGC con Mapa de Riesgos de SP definido/ Total de centros y UGC del SSPA x 100.
<b>59 / ECS</b>	Los Centros y UGC revisan y actualizan sus Mapas de Riesgo de SP (MR SP).	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros y UGC con registro documental de actualización de su MR SP / Total de centros y UGC del SSPA con MR x 100.
<b>60 / ECS</b>	Los Centros y UGC incluyen en sus MR los momentos de información de SP en los PAI.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros y UGC con registro documental de puntos de información de SP en su MR / Total de centros y UGC del SSPA con MR x 100.
<b>61 / ECS</b>	Los centros garantizan la identificación inequívoca de la persona en todos sus contactos con el SSPA. En pacientes vulnerables, con trastorno mental grave, menores e incapacitados, se establecen medidas específicas para garantizar su identificación inequívoca.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014  31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros con PNT para garantizar la identificación inequívoca / Nº total de centros del SSPA x 100.  Nº centros con PNT específico para pacientes vulnerables / Nº total de centros del SSPA x 100.

**UN ESPACIO COMPARTIDO  
SEGURO** (nº/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO:  
ANTES DE...**

**INDICADOR DE  
EVALUACIÓN**

<b>62 / ECS</b>	Las UGC identifican los puntos críticos de SP de los PAI de su Cartera Servicios.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº UGC con puntos críticos de SP identificados en sus PAI/ Total de UGC del SSPA x 100.
<b>63 / ECS</b>	Las UGC evalúan y difunden los resultados de los puntos críticos de SP de sus PAI.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de UGC con registro documental de la evaluación y difusión de los resultados / Nº Total de UGC del SSPA x 100.
<b>64 / ECS</b>	Las UGC adaptan la Hoja de Ruta del paciente de los PAIs, para incorporar elementos relacionados con el papel del paciente en su seguridad.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014  31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de UGC con HR adaptada / Nº Total de UGC del SSPA x 100.  Nº de UGC que en su HR incluye información de seguridad / Nº de UGC con HR adaptada x 100.
<b>65 / ECS</b>	Las UGC tienen establecido PNT para la comunicación de resultados a sus profesionales.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de UGC con PNT para comunicación de resultados / Total de UGC del SSPA x 100.
<b>66 / ECS</b>	Las acciones de la ESP están coordinadas con los desarrollos de Planes Integrales y Estrategias de la Consejería de Salud.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº Acciones de la ESP consensuadas con otros Planes y Estrategias de la Consejería.
<b>67 / ECS</b>	Se valoran e incluyen en la Hª de Salud las características específicas de las personas, que suponen un potencial riesgo de su seguridad, adaptando las acciones y buenas prácticas para su seguridad.	1 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014  1 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de Hª de Salud con registro de valoración de características específicas de SP / Total de Hª Salud.  Nº de Hª de Salud con registro de acciones específicas adaptadas a la valoración SP / Total de Hª Salud.

**UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO** (n°/ECS)

	<b>ACCIONES</b>	<b>EN TIEMPO: ANTES DE...</b>	<b>INDICADOR DE EVALUACIÓN</b>
<b>68 / ECS</b>	Las UGC implantan PNT para la inmovilización y restricción de pacientes.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de UGC con registro documental PNT implementado / N° Total de UGC del SSPA x 100.
<b>69 / ECS</b>	Los hospitales aplican la estrategia “Centro contra el dolor” y realizan autoevaluación de la implantación de la estrategia.	1 julio 2012, 2013 y 2014  31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de hospitales con la Estrategia de “Centro contra el dolor” implantada / Total de hospitales del SSPA x 100.  N° de hospitales que autoevalúan la implantación de la Estrategia de “Centro contra el dolor” / Total de hospitales del SSPA x 100.
<b>70 / ECS</b>	Los centros desarrollan e implantan Planes de Vigilancia con la participación del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de centros con Plan de Vigilancia implementado / N° Total de UGC del SSPA x 100.
<b>71 / ECS</b>	Los centros implantan un PNT para garantizar la bioseguridad e IRAS.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de centros con registro documental PNT implementado / N° Total de centros del SSPA x 100.
<b>72 / ECS</b>	Las UGC afectadas implantan el proyecto Bacteriemia y Neumonía Zero.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	N° de UGC con registro documental Proyectos implementados / N° Total de UGC del SSPA afectadas x 100.
<b>73 / ECS</b>	Las UGC implantan PNT para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y úlceras por decúbito de la Consejería.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	N° de UGC con registro documental PNT implementado / N° Total de UGC del SSPA x 100.
<b>74 / ECS</b>	Las UGC desarrollan PNT para el uso prudente de antimicrobianos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	N° de UGC con registro documental PNT implementado / N° Total de UGC del SSPA x 100.

**UN ESPACIO COMPARTIDO  
SEGURO** (nº/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO:  
ANTES DE...**

**INDICADOR DE  
EVALUACIÓN**

<b>75 / ECS</b>	Los Centros y UGC desarrollan e implementan la estrategia de higiene adecuada de manos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº de centros y UGC con registro documental de implementación de la estrategia / Nº Total de centros y UGC del SSPA x 100.
<b>76 / ECS</b>	Los Hospitales aplican el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº de Hospitales con registro documental de implementación del LVSQ / Nº Total de Hospitales del SSPA x 100.
<b>77 / ECS</b>	Las UGC AP aplican en función de su CS el listado de verificación seguridad quirúrgica (LVSQ).	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº UGC AP con registro documental de implementación del LVSQ / Nº Total UGC AP afectadas del SSPA x 100.
<b>78 / ECS</b>	Los centros y unidades hospitalarias pediátricas aplican el listado de verificación seguridad quirúrgica (LVSQ).	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº de centros y unidades pediátricas hospitalarias con registro documental de implementación del LVSQ / Nº Total de centros y unidades pediátricas hospitalarias del SSPA x 100.
<b>79 / ECS</b>	El OSP diseña y difunde el listado de verificación seguridad prequirúrgico para el paciente.	31 diciembre 2011	Listado diseñado SI/NO. Se difunde el listado SI/NO.
<b>80 / ECS</b>	El OSP potencia el uso a la ciudadanía del listado de sus propias preguntas.	1 julio 2012	Plan de difusión realizado SI/NO.
<b>81 / ECS</b>	Se fomenta la participación activa del paciente en el desarrollo de su proceso quirúrgico (momentos de riesgo de su seguridad).	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de iniciativas anuales realizadas (describir).

**UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO** (n°/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO: ANTES DE...**

**INDICADOR DE EVALUACIÓN**

82 / ECS	Los Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos realizan sus MR e identifican los riesgos de seguridad del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos con registro documental de riesgos de seguridad identificados en su MR/ Total de Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos del SSPA con MR x 100.
83 / ECS	Los Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos verifican la identidad inequívoca del paciente antes de la realización de los estudios.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	N° Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos con PNT realizado y lo aplica/Total de Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos del SSPA x 100.
84 / ECS	N° Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos realizan PNT para garantizar la seguridad, el confort y la intimidad en la realización de los estudios.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos con PNT realizado y lo aplica/Total de Laboratorios Clínicos y Servicios Radiodiagnósticos del SSPA x 100.
85 / ECS	Los Laboratorios Clínicos aplican herramientas de calidad para la prevención, detección y análisis de riesgos de la seguridad del paciente.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	N° de nuevas iniciativas anuales realizadas (acciones, herramientas de calidad) describir.
86 / ECS	Los Laboratorios Clínicos aplican un PNT para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y post analíticos.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° Laboratorios Clínicos con PNT realizado y lo aplica/Total de Laboratorios Clínicos del SSPA x 100.

**UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO** (nº/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO: ANTES DE...**

**INDICADOR DE EVALUACIÓN**

87 / ECS	Los procesos de transfusión de sangre y hemoderivados se realizan garantizando la seguridad del paciente.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº Laboratorios Clínicos con PNT específico para transfusión de sangre y hemoderivados realizado y lo aplica/Total de Laboratorios Clínicos del SSPA x 100.
88 / ECS	Se fomenta la cultura de seguridad en los equipos multidisciplinares de Laboratorios Clínicos, Radiodiagnóstico y Servicios de Soporte.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de iniciativas y acciones realizadas anualmente.
89 / ECS	La evaluación del consumo de fármacos, la conciliación de la medicación y el registro en la Hª de Salud se realiza en la evaluación del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de Hª de Salud del centro que en la valoración del paciente se registra su realización/Total de Hª de Salud del centro x 100.
90 / ECS	En las transiciones asistenciales del paciente, se concilia la medicación y se registra en la Hª de Salud.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº de transiciones asistenciales en las que se realiza conciliación con registro en Hª de Salud del centro / Total de transiciones que realiza el centro x 100.
91 / ECS	Las UGC incorporan en sus MR, PNT para la acción conjunta y multidisciplinar de revisión de tratamientos, conciliación de la medicación en pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedcados.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de UGC con MR y registro documental de PNT implementado en pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedcados / Nº Total de UGC con MR del SSPA x 100.
92 / ECS	Los hospitales del SSPA aplican las dosis unitarias para la dispensación de medicamentos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº de Hospitales que aplican dosis unitarias/ Nº Total de Hospitales del SSPA x 100.

**UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO** (n°/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO: ANTES DE...**

**INDICADOR DE EVALUACIÓN**

93 / ECS	Los hospitales del SSPA acompañaran los sistemas de dispensación de medicamentos en dosis unitaria, de un PNT para garantizar el uso seguro de medicamentos en todo el proceso (prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos).	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	N° de Hospitales que aplican PNT/ N° Total de Hospitales del SSPA x 100.
94 / ECS	Los y las profesionales disponen de herramientas para el uso seguro de fármacos: toma de decisiones y alertas en los sistemas de prescripción y dispensación, protocolos de uso y alternativas farmacológicas.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de herramientas incorporadas anualmente en la H <sup>a</sup> de Salud.
95 / ECS	Los Centros y UGC implementan un PNT para la comunicación entre unidades y centros en las transferencias del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° centros y UGC que aplican su PNT / Total de centros y UGC del SSPA x 100.
96 / ECS	Los Centros y UGC realizan y aplican listas de verificación para transferencias seguras del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° centros y UGC que aplican su lista de verificación en las transferencias del paciente / Total de centros y UGC del SSPA x 100.
97 / ECS	Establecer alianzas y acuerdos con centros socio-sanitarios y asociaciones de ayuda mutua para la atención segura del paciente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	N° de alianzas, acuerdos establecidas anualmente.

**UN ESPACIO COMPARTIDO  
SEGURO** (nº/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO:  
ANTES DE...**

**INDICADOR DE  
EVALUACIÓN**

<b>98 / ECS</b>	Los y las profesionales planifican el alta y sus cuidados con la participación del paciente y/o familiar.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de Hª de Salud y/o Informes de Alta con registro de la intervención realizada (NIC 7370 Planificación del alta).
<b>99 / ECS</b>	Los Centros tienen y aplican Plan de Comunicación en protección contra incendios.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº centros que aplican su plan / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>100 / ECS</b>	Los Centros realizan de forma sistemática y planificada simulacros y se evalúa su desarrollo.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros que realizan simulacro / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>101 / ECS</b>	Los Centros actualizan su plan de autoprotección de forma periódica.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros que actualizan su plan / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>102 / ECS</b>	Los Centros tienen un Plan de Mantenimiento de instalaciones y edificios con identificación de riesgos de SP.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros con plan / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>103 / ECS</b>	Los contratos de mantenimiento, reformas e instalaciones de los Centros incluyen cláusulas de SP.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de contratos del centro que incluyen cláusula de SP/ Nº Total de contratos del centro x 100.
<b>104 / ECS</b>	Los Centros aplican un PNT para la gestión de materiales peligrosos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº centros que aplican PNT / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>105 / ECS</b>	Información comprensible y recomendaciones sobre los riesgos para la salud de los pacientes relacionados con la asistencia sanitaria (radiaciones, materiales peligrosos, etc.)	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de iniciativas realizadas por Centros y año.

**UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO** (nº/ECS)

	<b>ACCIONES</b>	<b>EN TIEMPO: ANTES DE...</b>	<b>INDICADOR DE EVALUACIÓN</b>
<b>106 / ECS</b>	Los Centros tienen y aplican un PNT para la gestión de riesgos de materiales peligrosos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº centros que aplican su PNT / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>107 / ECS</b>	Los Centros tienen y aplican un PNT para la gestión del transporte y almacenaje de los materiales peligrosos, en función de los riesgos para los usuarios.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº centros que aplican su PNT / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>108 / ECS</b>	El Centro tiene planes de formación específicos y acreditados sobre gestión de materiales y residuos peligrosos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº centros que aplican planes de gestión específicos / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>109 / ECS</b>	Los contratos de gestión de los materiales y residuos peligrosos se revisan y adecuan periódicamente a la norma vigente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de contratos del centro que se revisan al año / Nº Total de contratos del centro x 100.
<b>110 / ECS</b>	El Centro realiza autoevaluación de requisitos de seguridad para la gestión de los materiales peligrosos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº centros que realizan autoevaluación / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>111 / ECS</b>	El Centro realiza la gestión de incidentes de seguridad en relación con materiales peligrosos.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros que gestionan sus incidentes de seguridad / Nº Total centros SSPA x 100.
<b>112 / ECS</b>	El Centro dispone de un Plan de Mantenimiento de Equipamiento actualizado vinculado a los riesgos para la SP.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros con Plan de Mantenimiento / Nº Total centros SSPA x 100.

**UN ESPACIO COMPARTIDO  
SEGURO** (nº/ECS)

**ACCIONES**

**EN TIEMPO:  
ANTES DE...**

**INDICADOR DE  
EVALUACIÓN**

113 / ECS	Los requisitos de compra de equipamiento contemplan criterios de seguridad adecuados a la norma vigente.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de contratos del centro con criterios de seguridad/ Nº Total de contratos de compra equipamiento del centro x 100.
114 / ECS	Los Centros identifican y evalúan buenas prácticas en la prevención de riesgos relacionados con las infraestructuras, los dispositivos clínicos y los equipos médicos.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº de centros y UGC con registro documental de evaluación de buenas prácticas/ Nº Total de centros y UGC del SSPA x 100.
115 / ECS	Formación específica a los/as profesionales de los centros en materia de prevención de riesgos, en función de su desarrollo competencial y sus necesidades individuales.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº profesionales que han recibido formación específica / Nº profesionales que requieren formación específica en función de su desarrollo competencial y sus necesidades x 100.
116 / ECS	Formación acreditada al 100% de los/as profesionales de los centros y UGC (identificación de riesgos y la notificación de incidencias, gestión de materiales y residuos peligrosos, utilización correcta de los equipos de protección).	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº profesionales que han recibido formación / Nº total de profesionales que requieren formación específica en función de su desarrollo competencial y sus necesidades x 100.
117 / ECS	Reforzar la formación a los/as profesionales de los centros y UGC sobre plan de evacuación y autoprotección y el uso seguro de equipos.	31 diciembre 2012, 2013 y 2014	Nº centros y UGC que refuerzan la formación / Nº Total centros y UGC del SSPA x 100.

<b>UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO</b> (n°/ECS)	<b>ACCIONES</b>	<b>EN TIEMPO: ANTES DE...</b>	<b>INDICADOR DE EVALUACIÓN</b>
<b>118 / ECS</b>	Incorporar a los Grupos Provinciales a las redes cooperativas de seguridad del paciente.	1 julio 2012	Grupos incorporados a redes cooperativas SI/NO.
<b>119 / ECS</b>	Diseñar e implementar procedimientos para la comunicación periódica de los resultados de calidad y seguridad del paciente.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Procedimientos establecidos y en uso SI/NO.
<b>120 / ECS</b>	El OSP pone a disposición de los/las profesionales del SSPA los resultados de todas las líneas de acción de la ESP.	1 julio 2012	Actuación realizada SI/NO.
<b>121 / ECS</b>	Se realizan acciones entre instituciones nacionales e internacionales para el benchmarking de los resultados obtenidos.	31 diciembre 2011, 2012, 2013 y 2014	Nº de acciones realizadas/año.



# Glosario de términos/ abreviaturas

## Glosario de términos

- ▣ **Acreditación de competencias profesionales:** proceso mediante el cual se observa y reconoce, de forma sistemática, la proximidad entre las competencias reales que posee un/a profesional y las definidas en su correspondiente mapa de competencias.
- ▣ **Acuerdo de gestión de las UGC:** documento en el que se fija el marco de gestión de la unidad de gestión clínica, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo. El acuerdo de gestión clínica estará orientado a asegurar a la población asignada una atención en materia de salud, eficaz, efectiva, orientada a la atención de las necesidades específicas de la población, asegurando la adecuada accesibilidad a los servicios que presta la unidad y en un marco de gestión eficiente de los recursos públicos.
- ▣ **Bacteriemia Zero:** intervención estandarizada de prevención de la bacteriemia relacionada con la inserción y manejo de catéteres venosos centrales, que supone la implantación de 6 medidas relacionadas con la inserción y mantenimiento de CVC basadas en el mejor conocimiento científico disponible y un Plan de Seguridad Integral (PSI) como marco estratégico para promover y reforzar la cultura de la seguridad en las UCI, compuesto por acciones y actividades que tienen como objetivo mejorar el trabajo en equipo entre médicos y enfermeras y aprender de los errores.
- ▣ **Buena práctica:** Comportamiento observable de una competencia profesional, que representa un estándar de desempeño profesional de dicha competencia. Dicho comportamiento o indicador de conducta, además de observable, ha de ser objetivable y medible. Pueden observarse y medirse a través de Evidencias y Pruebas.
- ▣ **Comunidad de práctica para la calidad y la seguridad del paciente:** Espacio concebido para el desarrollo de redes profesionales capaces de generar nuevo conocimiento útil para la mejora continua de la atención a la salud, a través del aprendizaje compartido.
- ▣ **Competencia profesional:** Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean. La competencia se manifiesta a través del conjunto de comportamientos, causalmente relacionados con un desempeño, que da respuesta eficiente a las exigencias planteadas en el estándar establecido.
- ▣ **Conciliación de la medicación:** proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente con la prescripción médica después de la transición asistencial para el control de discrepancias, duplicidades o interacciones entre los tratamientos crónicos y hospitalarios: al ingreso, en el traslado entre servicios del mismo hospital y al alta.
- ▣ **Gestión por Procesos:** sistema de gestión enmarcado en los principios de Calidad Total, que pretende facilitar a los/las profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.
- ▣ **Grupos Provinciales:** grupos multidisciplinares constituidos por profesionales de los centros que tienen como objetivo difundir las diferentes iniciativas, políticas, buenas prácticas y/o líneas de actuación que se establezcan desde la estructura organizativa de la ESP, así como transmitir a la Dirección de la ESP aquellos elementos identificados como de riesgo, propuestas de iniciativas, buenas prácticas identificadas en los Centros y UGC del SSPA.
- ▣ **Enfermera de práctica avanzada:** se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializa-

das y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de la población en materia de salud.

- ▣ **Gestión de riesgos:** se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente tras el tratamiento médico. Implica una combinación entre el aprendizaje de aquellas cosas que han ido mal (reactivo) y la prevención ante riesgos potenciales para evitar que impacten en el servicio que la organización presta (proactivo).
- ▣ **Hoja de Ruta del paciente:** documento de apoyo y guía para el/la paciente y los/las profesionales, con información específica, detallada y comprensible de las fases y el desarrollo del PAI.
- ▣ **Mapa de competencias:** conjunto de competencias necesarias para el adecuado desempeño de las funciones y responsabilidades de un determinado puesto de trabajo, ordenadas en base a un gradiente de desarrollo.
- ▣ **Modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPD):** modelo basado en la elaboración de planes de mejora e itinerarios formativos basados en los niveles de capacitación inicial de cada profesional, en el contexto de las unidades de gestión clínica (UGC). Este modelo sitúa al profesional como protagonista de su propio desarrollo y a los directores de las UGC como responsables de configurar cómo quieren que sea su unidad para dar respuesta a su cartera de servicios y a sus objetivos.
- ▣ **Neumonía Zero:** intervención estandarizada encaminada a la prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica mediante la aplicación de un paquete de medidas básicas (de obligado cumplimiento) y otro de medidas específicas (altamente recomendables) y un Plan de Seguridad Integral que persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las UCI.
- ▣ **Práctica segura:** tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria.

- ▣ **Punto crítico de seguridad:** aspecto del desarrollo del proceso asistencial en el que coinciden elementos que pueden afectar a la seguridad del paciente y deben estar previamente identificados.
- ▣ **Seguridad del Paciente:** proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes. Esto debería implicar: gestión del riesgo, declaración y análisis de los incidentes, capacidad para aprender de los mismos realizando un seguimiento e implementando soluciones para minimizar el riesgo de su ocurrencia. También se considera la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de la atención sanitaria.
- ▣ **Sistema de gestión de incidentes de seguridad:** aquel que enmarca la notificación, análisis y propuesta de mejora como estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.
- ▣ **Trasferencia del paciente:** Proceso por el que se traslada la responsabilidad profesional de algunos o todos los aspectos del cuidado del paciente, a otra persona o profesional o grupo de profesionales, de forma puntual/ temporal o permanente, entre diferentes ámbitos de atención, distintas unidades asistenciales o cambios de turno, asegurando que su paso a otro ámbito no sea efectivo si no se ha comprobado que cumple todos los requisitos necesarios para garantizar la continuidad asistencial, (identificación inequívoca, información clave referente a los diagnósticos al alta, plan terapéutico, tratamiento farmacológico, resultados de las pruebas, los cuidados y el seguimiento).
- ▣ **Unidades de Gestión Clínica y/o Áreas Integradas de Gestión:** Entornos donde los equipos multidisciplinares abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación de la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de los recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo de los procesos asistenciales integrados.

## Abreviaturas

**ACSA:** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

**AH:** Atención Hospitalizada

**AP:** Atención Primaria

**CP:** Contrato Programa

**EA:** Eventos adversos

**EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública

**ECS:** Espacio Compartido Seguro

**ESP:** Estrategia para la Seguridad del paciente

**GPDI:** Modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual

**NUHSA:** Número Único de Historia de Salud de Andalucía

**IRAS:** Infección relacionada con la Asistencia Sanitaria

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OSP:** Observatorio para la Seguridad del Paciente

**PAI:** Proceso Asistencial Integrado

**PNT:** Procedimientos normalizados de trabajo

**RACFS:** Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad

**SAS:** Servicio Andaluz de Salud

**SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía

**(SyC):** Seguridad y Ciudadanía

**(SyP):** Seguridad y Profesionales

**UGC:** Unidades de Gestión Clínica



# Bibliografía

- ▣ Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud, 2006 [Sevilla]. Junta de Andalucía.
- ▣ Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales Integrados. Segunda Edición. Consejería de Salud. Junta de Andalucía Sevilla. 2009.
- ▣ La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva\\_ciudadanos\\_SP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf)
- ▣ LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.. BOE núm. 274 .Viernes 15 noviembre 2002.
- ▣ Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2006.
- ▣ Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía. Consejería de Salud: <http://www.observatorioseguridaddelpaciente.es> (Acceso 14 noviembre 2011).
- ▣ Soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
- ▣ Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2010.
- ▣ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Agencia de Calidad de Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2007.
- ▣ Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2010.
- ▣ Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2010.
- ▣ Programa de acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2010.
- ▣ World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: [http://www.who.int/patientsafety/international\\_alliance/en/](http://www.who.int/patientsafety/international_alliance/en/)

