

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía **2018**





**ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
del Sistema Sanitario Público de Andalucía

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

de la Estrategia para la Seguridad
del Paciente en Andalucía **2018**

ANÁLISIS de situación de la estrategia
para la seguridad del paciente en Andalucía
2018 [Recurso electrónico] / [autoría E. Eva
Moreno Campoy...et al.]. – [Sevilla] :
Consejería de Salud y Familias.
Texto electrónico (pdf), 166 p.

1. Seguridad del paciente. 2. Garantía de
la calidad de atención de salud. 3. Vigilancia
sanitaria de servicios de salud. 4. Gestión
del riesgo. 5. Andalucía. I. Moreno Campoy, E. Eva
II. Andalucía. Consejería de Salud y Familias.
W 84

Autoría

E. Eva Moreno Campoy
Pastora Pérez Pérez
Isabel Fernández Ruíz
María Elena Corpas Nogales
Alfonso Marquina Márquez
Concepción Barrera Becerra

Revisores:
SAS – ACSA



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Análisis de situación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía 2018.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2019
Diseño y maquetación: Consejería de Salud y Familias
ISBN: 978-84-949160-5-2
Consejería de Salud y Familias: www.juntadeandalucia.es/organismos/salud.html
Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se mencione explícitamente la fuente.



Índice

INTRODUCCIÓN	7
A. PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO	11
B. OBJETIVO	13
C. METODOLOGÍA	14
D. LIMITACIONES	15
1. METAS, OBJETIVOS Y ACCIONES DE LA ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..17	
2. PROYECTOS ESTRATÉGICOS.....51	
A. ITINERARIO FORMATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (<i>SPiF</i>).....	55
B. RED ANDALUZA DE CIUDADANOS/AS FORMADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	58
C. USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	60
D. INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA	64
E. RED DE CENTROS Y UNIDADES CON PRÁCTICAS SEGURAS	71
3. INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	77
4. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS MANUALES DE CERTIFICACIÓN DE CENTROS Y PROFESIONALES	85
5. SISTEMA AUTONÓMICO DE NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	97
6. PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LOS AGENTES IMPLICADOS.....	107
7. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	127
SÍNTESIS DE RESULTADOS.....	141
BIBLIOGRAFÍA	163



Introducción

Introducción

En Andalucía, el desarrollo institucional de las políticas públicas sobre seguridad del paciente dio como resultado la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010 (ESP)¹, elaborada en el marco del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)². Esta primera Estrategia se centró en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando un conjunto de actuaciones, emprendidas por profesionales y organizaciones sanitarias, dirigidas a evitar, prevenir o reducir el daño producido al paciente como consecuencia de la atención sanitaria recibida (figura 1).

Figura 1. Evolución de la Estrategia para la Seguridad del paciente en Andalucía

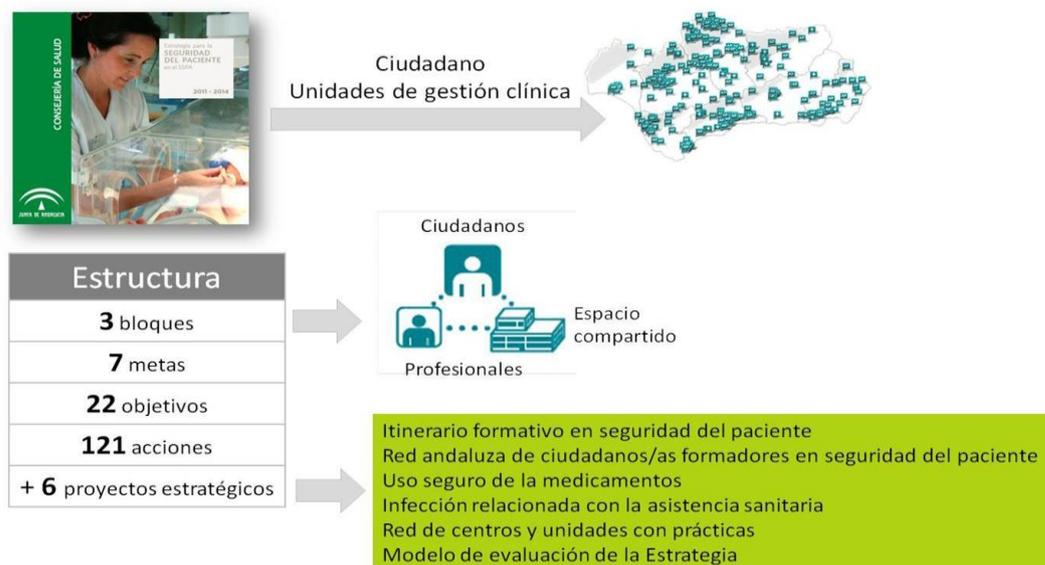


Tras la ESP 2006-2010, se desarrolló la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2011-2014³ con un enfoque hacia el fomento de la participación de la ciudadanía en su seguridad y la consolidación del papel de las unidades de gestión clínica como mejora en modelo de

organización e implicación de los profesionales en la seguridad. La Estrategia 2011-2014 se estructura en tres grandes bloques (seguridad y ciudadanía, seguridad y profesionales y espacio compartido seguro) con 7 metas, 22 objetivos y 121 acciones. A su vez, incluye una serie de proyectos estratégicos prioritarios para la Consejería de Salud (figura 2).

Desde el diseño y puesta en marcha en 2006 de la primera ESP, se ha desplegado una gran actividad en seguridad del paciente en la comunidad, expresión del compromiso del conjunto del Sistema y de los profesionales, creándose diversas estructuras e instrumentos específicos y llevándose a cabo múltiples planes, proyectos e iniciativas. En el marco de este documento y para visualizar una imagen plural de la seguridad del paciente en Andalucía, se han realizado ad hoc diferentes acciones e iniciativas en el SSPA. Estructura de la Estrategia para la Seguridad del Paciente (2011-2014).

Figura 2. Evolución de la Estrategia para la Seguridad del paciente en Andalucía



La Consejería de Salud, a través de la Secretaria General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, ha iniciado en 2017 un proceso de actualización de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, bajo el paraguas de la renovación de las políticas de calidad del SSPA y paralelamente a la renovación de otras estrategias relacionadas. Como parte de este proceso, se presenta este documento cuyo propósito es obtener una imagen del avance e influencia de la ESP en el ámbito andaluz en el período que abarca desde 2011 hasta la actualidad.

En 2011, se editó el documento de “Análisis de la implementación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010”⁴, un texto que ofrece una valoración de la ESP y cuya perspectiva metodológica ha orientado el actual análisis, dando continuidad a parte de la información, permitiendo realizar comparaciones, observar evoluciones e identificar oportunidades de mejora.

El estudio que se presenta es el resultado de la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) con la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento y se ha llevado a cabo por un equipo de trabajo mixto compuesto por profesionales de la Consejería, de la Escuela y de la Agencia de Calidad.

A. PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO

El presente documento se estructura en 7 apartados para dar respuesta a los objetivos y acciones tanto de la propia Estrategia para la seguridad del paciente como de los proyectos estratégicos incluidos en ella. Igualmente se presentan otros resultados de gran importancia para conocer la evolución de la seguridad del paciente en el Sistema Sanitario Público de

Andalucía, así como la percepción de los principales agentes implicados. Cada uno de los siguientes apartados contiene una breve introducción, objetivo/s, metodología y resultados.

- ✓ Metas, objetivos y acciones de la Estrategia para la Seguridad del Paciente:
 - A nivel de Unidades de gestión clínica o unidades funcionales.
 - A nivel de Centros o a nivel autonómico (Consejería de Salud y Familias y Organismos adscritos).
- ✓ Proyectos estratégicos:
 - Itinerario formativo en Seguridad del Paciente.
 - Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente.
 - Uso Seguro de Medicamentos.
 - Prevención, Control y Seguimiento de Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria.
 - Red de Centros y Unidades con prácticas seguras.
- ✓ Indicadores para la seguridad del paciente.
- ✓ Seguridad del paciente en los manuales de certificación de centros y profesionales.
- ✓ Sistema de notificación y gestión de incidentes de seguridad del SSPA.
- ✓ Percepción de la seguridad del paciente por los agentes implicados.
- ✓ Cultura de seguridad del paciente en el SSPA.

Por último, se incluye una síntesis con los principales resultados, identificando las fortalezas y debilidades detectadas por cada una de las 7 metas incluidas en la Estrategia.

B. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Obtener una imagen global de la situación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Presentar el grado de implementación y desarrollo de las metas, objetivos y acciones de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA (2011-2014) en las unidades, centros, Consejería y organismos adscritos.
- ▶ Describir el trabajo desarrollado en cada uno de los proyectos estratégicos.
- ▶ Analizar la evolución en Andalucía de los indicadores relacionados con la seguridad del paciente consensuados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- ▶ Obtener información relacionada con la seguridad del paciente, desde la perspectiva de agentes implicados:
 - Identificar valoraciones y propuestas en relación a la seguridad del paciente, realizadas por profesionales del SSPA en su evaluación del Plan de Calidad.
 - Analizar barreras identificadas por el personal directivo y profesionales de las Unidades de Gestión Clínica (UGC).
 - Identificar propuestas de mejora realizadas por personal directivo.

- Conocer el punto de vista de la ciudadanía en aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
- ▶ Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares relacionadas con la seguridad de paciente incluidos en los manuales de certificación de unidades de gestión clínica y de las evidencias sobre seguridad del paciente de los manuales de competencias profesionales.
- ▶ Describir la evolución de las notificaciones en el Sistema de notificación autonómico y la gestión de incidentes.
- ▶ Analizar la cultura de seguridad del paciente en el SSPA.
- ▶ Sintetizar los principales resultados relacionándolos con las metas de la ESP 2011-2014.

C. METODOLOGÍA

Desde el punto de vista metodológico este informe recurre a:

Una combinación de fuentes de información cuantitativa y cualitativa, ajustados al periodo que abarca desde 2011 al 2017: revisión documental de informes relacionados con el desarrollo de la ESP; la perspectiva de los diferentes agentes implicados (ciudadanía, profesionales, liderazgo), recogida tanto de fuentes documentales como en talleres y a través de cuestionarios específicos; cuestionario autoadministrado sobre análisis de cultura de seguridad; informantes-claves.

La organización y exposición de la información, con el propósito de ofrecer una imagen de la situación global, plural y útil.

Síntesis de los principales resultados obtenidos, estructurándolos en relación a las metas de la ESP 2011-2014, de manera que facilite la orientación de las áreas de trabajo a incorporar en la nueva estrategia.

Todo ello desde la perspectiva de la disponibilidad y accesibilidad de la información, el rigor de las técnicas aplicadas, el debate y el consenso del equipo de trabajo.

D. LIMITACIONES

No existe un sistema de información integrado sobre seguridad que permita disponer de datos cuantitativos para emitir valoraciones respecto al logro de los objetivos y desarrollo de las acciones de la ESP 2011-2014. Por otra parte, la naturaleza de los resultados de un documento estratégico tiende a ser a largo plazo, dado que pretende cambios culturales, estructurales, organizacionales y de práctica profesional, para lo que se necesitarían indicadores estratégicos sostenibles y viables en un largo periodo de tiempo.

Otra limitación de este informe está relacionada con la información recogida de la autoevaluación de los datos por parte de profesionales, unidades y centros y con los datos aportados por informantes-clave del sistema. A pesar de ello, la información que se ofrece se considera aceptable para la finalidad de este documento, dada la condición descriptiva de la revisión documental y el propósito de proporcionar un contexto útil para interpretar, confirmar y complementar con otra información recogida a través de fuentes diferentes.

(1)

1. Metas, objetivos y acciones de la Estrategia para la Seguridad del Paciente

La Estrategia para la Seguridad del Paciente 2011-2014 nació con el claro reto de potenciar la participación del ciudadano en su seguridad y de afianzar el papel de las unidades de gestión clínica como espacios seguros de interrelación entre profesionales y pacientes³.

Para ello, se estructuró en tres grandes bloques (la seguridad y la ciudadanía, la seguridad y los profesionales y un espacio compartido seguro) con 7 metas, 22 objetivos y 121 acciones (figura 3). Algunas de las acciones incluidas estaban dirigidas directamente a las unidades de gestión clínica; otras, a las organizaciones sanitarias (hospitales, distritos, áreas de gestión o agencias públicas sanitarias); y otras, a la propia Consejería de Salud u otros organismos adscritos, como la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía o la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Figura 3. Estructura de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA 2011-2014, distribuida por colores, según el espacio al que se refiere.



1.1. OBJETIVO

Presentar el grado de implementación y desarrollo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA (2011-2014) en unidades, centros y a nivel autonómico (Consejería de Salud y organismos adscritos).

1.2. METODOLOGÍA

El periodo de evaluación considerado es de enero de 2011 a diciembre de 2017. Las fuentes utilizadas para la obtención de datos han sido la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía^{5,6,7} y la Escuela Andaluza de Salud Pública.

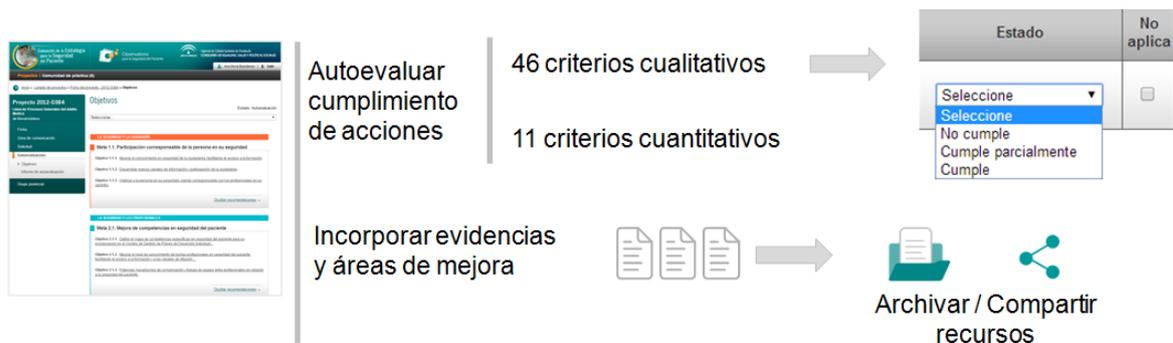
El grado de implantación de las acciones dirigidas a las unidades de gestión clínica o similares, se obtiene de la herramienta de autoevaluación desarrollada por el Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Estrategia.

El acceso a la herramienta es restringido y para acceder a ella era necesario que un responsable de cada unidad solicitara el alta en el sistema. La herramienta contiene 46 criterios de evaluación cualitativos, en los que las unidades deben posicionarse según su grado de cumplimiento (cumple, cumple parcialmente, no cumple, no aplica), y 11 cuantitativos. Estos criterios dan respuesta a las 55 acciones de la ESP dirigidas exclusivamente a las unidades. La herramienta además permite adjuntar evidencias positivas y áreas de mejora que justifiquen su posicionamiento, así como compartir estos documentos con otras unidades asistenciales (figura 4).

Al ser un cuestionario autoevaluado, la información contenida podría estar parcialmente sesgada. No obstante, dicha información proporciona una visión de la participación de las diferentes Unidades en la implementación de acciones para la mejora de la seguridad del paciente.

El nivel de desarrollo de las actuaciones destinadas a los centros y a la propia Consejería de Salud y organismos adscritos se ha conseguido mediante extracción de información de otras fuentes, herramientas o informantes-clave.

Figura 4. Esquema de funcionamiento de la herramienta de autoevaluación



Fuente: Informe de resultados. Evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente a nivel de unidades de gestión clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2016 Feb. Report No.: IR 2016/1.

1.3. RESULTADOS

► Grado de implantación y desarrollo de la ESP para unidades clínicas

A 1 de enero de 2016 el número de unidades asistenciales con acceso a la herramienta de autoevaluación de la Estrategia para la seguridad del paciente fue de 1.029, lo que supone aproximadamente el 93,5% de las unidades que integran el SSPA. El 56% pertenecían a la atención hospitalaria (n=576), el 39,5% a la atención primaria y el resto a unidades interniveles y servicios de urgencias y emergencias. Destacar que el 67,1% de las unidades mostró su grado de cumplimiento en la totalidad de los criterios cualitativos y que el 90,7% de las unidades reflejó que en su práctica asistencial eran de aplicación más del 75% de los criterios cualitativos incluidos en la Estrategia, lo que muestra la cercanía de la Estrategia al trabajo de las unidades.

A continuación se presenta los datos del grado de desarrollo e implantación de las acciones dirigidas a las unidades según los tres grandes espacios: la seguridad y la ciudadanía, la seguridad y los profesionales y el espacio compartido seguro, distribuidas en metas y objetivos. Los porcentajes que se muestran están referidos al número de unidades con cumplimiento total de las acciones frente a la totalidad de las unidades del SSPA dadas de alta en la aplicación (n=1029). También se muestra el porcentaje de cumplimiento para las unidades de atención hospitalaria (n=576) y de atención primaria (n=406).

1

LA SEGURIDAD Y LA CIUDADANÍA (SyC)

Participación corresponsable de la persona en su seguridad.

Meta 1.1. Participación corresponsable de la persona en su seguridad

Objetivo 1.1.1. Formación		AH	AP
3. Programas formativos	El 52,8% de las UGC ha incorporado en los planes de participación ciudadana un programa formativo en seguridad del paciente basado en competencias, destinado a pacientes y cuidadores	42,1%	67,5%

Objetivo 1.1.2. Información		AH	AP
8. Comunicación prácticas seguras	El 54,1% de las UGC ha elaborado un procedimiento para dar a conocer a la ciudadanía las medidas encaminadas a garantizar la seguridad en la prestación sanitaria	45,4%	67,0%
Objetivo 1.1.3. Implicación y participación		AH	AP
11. Proceso asistencial	El 53,5% de las UGC ha establecido medidas para informar a los ciudadanos sobre su seguridad (puntos críticos, mapas de riesgo, buenas prácticas) en todos los procesos de atención.	48,8%	61,1%
12. Procedimientos de alto riesgo	El 70,4% de las unidades dispone de documentos con información y recomendaciones dirigidos a pacientes ante procesos o procedimientos que impliquen alto riesgo para su seguridad.	66,8%	76,1%
13. Seguridad en las comisiones de participación	El 57,3% de las UGC dispone de comisiones de participación donde se han incorporado objetivos de seguridad del paciente.	48,0%	70,9%
14. Información de la Estrategia	El 40,7% de las UGC ha incorporado a la ciudadanía en el despliegue de la Estrategia participando en la edición de materiales, desarrollo de procedimientos para la comunicación de resultados no deseados, políticas de prevención de riesgos y difusión de resultados.	35,4%	48,8%

2

LA SEGURIDAD Y LOS PROFESIONALES (SyP)

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

Meta 2.1. Mejora de competencias en seguridad del paciente

Objetivo 2.1.1. Acreditación y desarrollo		AH	AP
20. Evaluación de buenas prácticas - GPDI	El 42,2% de las UGC ha evaluado las buenas prácticas desarrolladas en seguridad del paciente e identificadas mediante el modelo de gestión de planes de desarrollo (GPDI).	37,7%	49,5%
Objetivo 2.1.2. Formación		AH	AP
21. Planes de acogida	El 57,7% de las UGC ha incorporado actividades de actualización y formación específica en seguridad del paciente en los planes de acogida para nuevos profesionales.	56,6%	60,3%
22. Acciones formativas de simulación	El 66,1% de las UGC informa que ha desarrollado actividades formativas para el aprendizaje y entrenamiento en seguridad del paciente mediante la utilización de simulación u otras metodologías didácticas avanzadas. La media de actividades realizadas por estas unidades fue de 5,5 (DE: 8,5) por UGC.	-	-
23. Itinerario formativo en seguridad	El 66,1% de las UGC comunica que algunos de sus profesionales han recibido formación específica adaptada a su perfil mediante el Itinerario formativo en seguridad del paciente ofertado por la Escuela Andaluza de Salud Pública	-	-

Objetivo 2.1.3. Comunicación y trabajo en equipo		AH	AP
28. Entorno seguro	El 64,4% de las UGC ha elaborado un protocolo de seguridad con medidas concretas para crear un entorno laboral seguro y saludable.	59,4%	71,9%
31. Notificación y gestión de incidentes	El 74,2 % de las UGC ha implantado un procedimiento orientado a la potenciar entre los profesionales la notificación de incidentes, la gestión participativa de los mismos y la prevención de riesgos para la seguridad.	72,4%	77,6%
32. Comunicación en los trasposos	El 59% de las UGC ha desarrollado un protocolo para estandarizar la comunicación en los trasposos o transferencias de pacientes entre profesionales, turnos, unidades y centros (sesiones multidisciplinares o briefings de seguridad, cambios estructurados...)	60,6%	57,9%

Meta 2.2. Liderazgo activo en seguridad del paciente

Objetivo 2.2.1. Transparencia de la organización		AH	AP
34. Comunicación de resultados	En el 70,7% de las UGC el director participa activamente en las reuniones periódicas comunicando al resto de profesionales los logros alcanzados en materia de seguridad y las acciones de mejora a desarrollar.	66,0%	77,8%
37. Análisis de incidentes	El 70,3% de las UGC analiza los incidentes relacionados con la seguridad del paciente de forma sistemática y se implantan las acciones de mejora identificadas para reducir los riesgos.	70,3%	70,4%

Objetivo 2.1.1. Acreditación y desarrollo		AH	AP
40. Indicadores de seguridad	El 62,5% de las UGC incorpora indicadores de seguridad del paciente en su cuadro de mandos.	59,2%	67,7%
42. Monitorización de acciones	El 49,5% de las UGC monitoriza la implantación de las acciones de mejora para reducir riesgos derivadas del análisis de los incidentes notificados.	46,1%	54,9%
Objetivo 2.1.2. Formación		AH	AP
45. Grupos de investigación	El 29% de las UGC dispone de algún grupo de investigación que estudia aspectos relacionados con la seguridad.	26,4%	30,8%

3

UN ESPACIO COMPARTIDO SEGURO (ECS)

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

Meta 3.2. Asistencia directa al paciente

Objetivo 3.2.1. Gestión de riesgos		AH	AP
58. Mapa de riesgos	El 63% de las UGC ha definido un mapa de riesgos de seguridad según su cartera de servicios.	58,2%	70,2%
59. Actualización mapa de riesgos	El 46% de las UGC ha revisado o actualizado su mapa de riesgos.	40,2%	53,7%
60. Puntos de información en el mapa	El 40,4% de las UGC ha incluido en sus mapas de riesgos los momentos de información al paciente y sus familiares sobre aspectos relacionados con su seguridad dentro de su proceso asistencial para buscar su participación.	34,9%	47,8%

Objetivo 3.2.2. Atención segura		AH	AP
61. Identificación de paciente	El 80% de las UGC dispone de un protocolo para garantizar la identificación inequívoca del paciente. El 60,1% de las UGC dispone de un protocolo específico para pacientes vulnerables.	80,3% 60,3%	81,5% 61,1%
62. Identificación de puntos críticos	El 58,8% ha identificado los puntos críticos de seguridad dentro de los procesos asistenciales integrados incluidos en su cartera de servicios.	52,2%	70,2%
63. Monitorización de puntos críticos	El 36,2% evalúa y difunde los resultados de la monitorización de los puntos críticos de seguridad de los PAIs incluidos en su cartera de servicios.	31,8%	42,9%
64. Ciudadano en hoja de ruta	El 45,1% de las UGC dispone de una hoja de ruta de los procesos asistenciales integrados adaptada. El 28,5% ha incorporado en esta hoja de ruta elementos relacionados con el papel del ciudadano en su seguridad.	35,8% 18,7%	60,6% 43,3%
65. Comunicación de resultados	El 48,8% de las UGC dispone de un protocolo para la comunicación periódica de los resultados en seguridad a sus profesionales.	39,6%	58,4%
Objetivo 3.2.3a. Integración de planes y estrategias		AH	AP
67. HC con registro de acciones	El 40,1% de las UGC informa sobre el porcentaje de registro en historia clínica de las acciones y buenas prácticas establecidas para los pacientes de riesgos. La media del porcentaje de historias clínicas con registro en estas unidades es del 62% (DE: 35,9).	-	-
68. Restricciones de pacientes	El 42,2% de las UGC dispone de un procedimiento de actuación relativo a la inmovilización de pacientes (contenciones mecánicas o farmacológicas) dirigidas especialmente a pacientes con riesgo de vulnerabilidad.	42,8%	39,7%
69. Centros contra el dolor	El 32% de las UGC ha autoevaluado el grado de implantación de la Estrategia de atención a personas con dolor mediante la aplicación Centros contra el dolor.	23,7%	45,6%

Objetivo 3.2.3b. Prevención de infecciones		AH	AP
70. Vigilancia, prevención y control	El 37,5% de las UGC dispone de un plan y/o programa de vigilancia, prevención y control de infecciones que cuenta con la participación de la ciudadanía	38,5%	35,7%
71. Bioseguridad	El 50,6% de las UGC dispone de un procedimiento para garantizar la bioseguridad y minimizar la aparición de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).	54,1%	45,6%
72. Bacteriemia Zero y Neumonía Zero	El 15,5% de las UGC han implantado el proyecto Bacteriemia Zero (adherencia, inserción y mantenimiento de catéteres venosos) y el 8,6% el proyecto Neumonía Zero (prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica)	25,0%	–
		13,8%	–
73. Úlceras por presión	El 57,4% de las UGC aplica el procedimiento de la Consejería de Salud para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y úlceras por decúbito.	49,7%	69,7%
74. Uso prudente de antimicrobianos	El 59,7% de las UGC ha desarrollado un protocolo de actuación para un uso prudente de antimicrobianos	53,2%	70,0%
75. Higiene de las manos	El 79% de las UGC ha implementado la estrategia de mejora de la higiene de manos y ha adoptado las medidas de protección personal y demás precauciones universales para el control de la infección.	77,4%	82,0%
Objetivo 3.2.3c. Seguridad quirúrgica		AH	AP
76. Lista de verificación	El 45,8% de las UGC registra la utilización de los listados de verificación de seguridad quirúrgica.	37,8%	59,4%
81. Participación ciudadana	El 24,1% de las UGC ha desarrollado actividades formativas anuales para fomentar la participación activa del paciente y/o familia en el desarrollo del proceso quirúrgico.	59,4%	69,7%

Objetivo 3.2.3d. Pruebas diagnósticas		AH	AP
83. Verificación de la identificación	El 62,8% de las UGC tiene y aplica el procedimiento para verificar la correspondencia entre la identificación de pruebas y pacientes al realizar pruebas diagnósticas.	59,4%	69,7%
84. Seguridad e intimidad	El 56,9% de las UGC ha elaborado y aplica un procedimiento para garantizar la seguridad, confort e intimidad del paciente al realizar estudios y pruebas diagnósticas.	53,5%	63,3%
85. Iniciativas de gestión de riesgos	El 18,2% de las UGC ha realizado alguna iniciativa para la prevención, detección y análisis de riesgos en los laboratorios clínicos.	-	-
86. Identificación de muestras	El 51,3% de UGC ha implementado un protocolo de actuación para la trazabilidad de muestras durante los procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos.	46,1%	60,6%
87. Transfusión de sangre	El 34,8% de las UGC ha desarrollado un protocolo para garantizar la seguridad del paciente en los procesos de transfusión de sangre y hemoderivados.	56,8%	3,2%
88. Cultura de seguridad	El 20,5% de UGC ha realizado alguna actividad para fomentar la cultura de seguridad en los profesionales de laboratorios clínicos, radiodiagnóstico y soporte.	-	-
Objetivo 3.2.3e. Uso de medicación		AH	AP
89. Historias clínicas con revisión de fármacos	El 47,4% de las UGC informa sobre el porcentaje de historias con registro de la revisión de fármacos que toma el paciente, así como las intervenciones realizadas. El % medio de historias en estas unidades es del 70,2% (DE:36,0)	-	-
90. Transiciones con conciliación	El 45,8% de las UGC comunica el % de transiciones con registro en la historia clínica de realización de conciliación de la medicación y las intervenciones realizadas. El % medio de transiciones en estas unidades es del 65,4% (DE: 60,6)	-	-
91. Conciliación-revisión de polimedicados	El 51% de las UGC incorporan un protocolo de actuación conjunta y multidisciplinar para la conciliación terapéutica o, en su caso, revisión sistemática de los tratamientos a pacientes pluripatológicos, polimedicados o crónicos.	40,9%	67,5%

Objetivo 3.2.3f. Transferencia		AH	AP
96. Verificación en transferencia	El 47,7% de las UGC dispone de un listado de verificación de los componentes imprescindibles para la transferencia del paciente que asegure la correcta continuidad asistencial.	45,9%	50,0%
97. Acuerdos con sociosanitarios	El 38% de las UGC dispone de acuerdos con centros sociosanitarios o asociaciones para fomentar la comunicación y así garantizar la seguridad del paciente en las transiciones entre niveles. La media de acuerdos firmados en estas unidades fue de 2,8 (DE: 9,2)	-	-
98. Historias clínicas con planificación al alta	El 38,6% de las UGC informa que registra en la historia clínica la planificación de los cuidados a realizar por el paciente al alta con la participación del paciente y/o familia (NIC 7370 planificación al alta). El porcentaje medio de historias de salud con registro fue del 74,3% (DE: 36,3)	-	-

Meta 3.3. Infraestructuras, dispositivos y equipos médicos

Objetivo 3.3.5. Prevención de riesgos		AH	AP
114. Infraestructuras, dispositivos y equipos	El 58,7% de las UGC evalúa las buenas prácticas en la prevención de riesgos relacionados con las infraestructuras, dispositivos clínicos y equipos médicos.	54,9%	65,0%
117. Formación	El 63,6% de las UGC ha desarrollado una formación específica sobre el plan de evacuación y autoprotección y uso seguro de equipos, dirigida hacia los profesionales.	61,3%	68,0%

Meta 3.4. Evaluación de resultados y mejora continua

Objetivo 3.4.1. Estructura estable		AH	AP
119. <i>Feedback</i> a los profesionales	El 46,4% de la UGC dispone de un procedimiento de comunicación periódica de resultados de calidad y seguridad dirigida a sus profesionales.	42,5%	52,7%

Como puede apreciarse en los datos aportados, los criterios con un mayor porcentaje de cumplimiento por las unidades (figura 5) están relacionados con la disposición de protocolos para la identificación de pacientes (80%), la implementación de estrategias de mejora de higiene de las manos (79%), la notificación y gestión de incidentes de seguridad (74%) y la comunicación de resultados a los profesionales por parte del director de la unidad (71%).

Figura 5. Criterios con mayor nivel de cumplimiento.



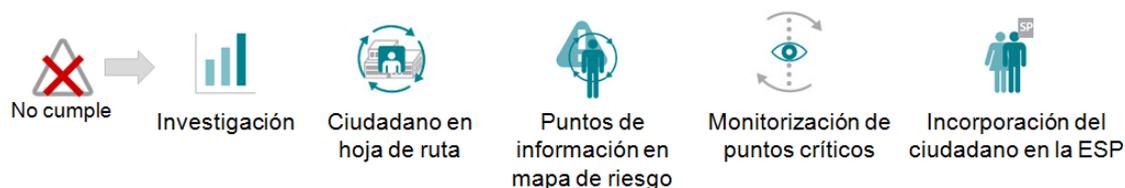
Asimismo, hay que tener en cuenta que existen criterios considerados de no aplicación por un porcentaje elevado de unidades por ser específicos para ciertas áreas asistenciales (figura 6) como son: la implantación de los proyectos Neumonía Zero (77,8%) y Bacteriemia Zero (66,2%), la aplicación de protocolos relacionados con los procesos de transfusiones sanguíneas (54,0%), la utilización de listados de verificación de la seguridad quirúrgica (39,5%) y la implementación de acciones para garantizar la identidad de las muestras del paciente (28,5%).

Figura 6. Criterios con mayor nivel de no aplicación



Por último, resaltar que entre los criterios con mayor porcentaje de no cumplimiento por las unidades (figura 7) se encuentran: la investigación en seguridad (34,9%), la incorporación del ciudadano en la mejora de su seguridad dentro de la hoja de ruta de los procesos asistenciales (32,0%), la identificación en los mapas de riesgo de los momentos de información al paciente para buscar su participación (25,6%), la monitorización de los puntos críticos dentro de los procesos asistenciales (24,8%) y la incorporación del ciudadano en el despliegue de la Estrategia de seguridad (21,6%).

Figura 7. Criterios con un mayor nivel de no cumplimiento.



Fuente de las figuras 5, 6 y 7: Informe de resultados. Evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente a nivel de UGC. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2016 Feb. Report No.: IR 2016/1

Por otro lado, es interesante comentar que el total de evidencias positivas aportadas por las unidades hasta el 1 de enero de 2016 asciende a 32.317 y el número de áreas de mejora identificadas a 3.629. En la tabla 1 se muestran su distribución según metas y objetivos.

Tabla 1. Número de evidencias y áreas de mejora aportadas en la autoevaluación

Meta/Objetivos	Evidencias	Áreas de mejora
Meta 1.1. Participación activa de la persona		
Objetivo 1.1.1. Formación	1472	311
Objetivo 1.1.2. Información	1199	195
Objetivo 1.1.3. Implicación y participación	3318	376
Meta 2.1. Mejora de competencias		
Objetivo 2.1.1. Acreditación y desarrollo	929	150
Objetivo 2.1.2. Formación	1833	203
Objetivo 2.1.3. Comunicación y trabajo en equipo	2795	319
Meta 2.2. Liderazgo activo		
Objetivo 2.2.1. Transparencia de la organización	1503	175
Objetivo 2.2.2. Toma de decisiones	1278	104
Objetivo 2.2.3. Investigación	525	96
Meta 3.2.a. Asistencia al paciente		
Objetivo 3.2.1. Gestión de riesgos	1713	266
Objetivo 3.2.2. Atención segura	3015	315
Meta 3.2.b. Prácticas seguras		
Objetivo 3.2.3a. Integración de planes y estrategias	1693	180
Objetivo 3.2.3b. Prevención de infecciones	3417	247
Objetivo 3.2.3c. Seguridad quirúrgica	746	89
Objetivo 3.2.3d. Pruebas diagnósticas	1751	87
Objetivo 3.2.3e. Uso de medicación	1429	184
Objetivo 3.2.3f. Transferencias	948	132
Meta 3.3. Infraestructuras, dispositivos y equipos		
Objetivo 3.3.5. Prevención riesgos	1958	91
Meta 3.4. Evaluación de resultados y mejora continua		
Objetivo 3.4.1. Estructura estable	795	109

Fuente: Informe de resultados. Evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente a nivel de unidades de gestión clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2016 Feb.

A partir del año 2015, a fin de darle continuidad a la herramienta, se agregaron nuevas funcionalidades y mejoras. Así, en el año 2015 se incluye la posibilidad de selección de los tres criterios que las unidades consideran más prioritarios para trabajar a lo largo del año. En enero de 2016, el 71,8% de las unidades del SSPA había seleccionado los tres criterios que consideraron prioritarios para trabajar durante el año 2015. Entre los criterios que un mayor número de unidades han considerado prioritarios destacan los relacionados con la notificación y gestión de los incidentes de seguridad, la incorporación de la ciudadanía en el despliegue de la Estrategia de seguridad, la implementación de estrategias para la mejora de la higiene de las manos, la incorporación de protocolos para la realización de la conciliación o revisión de pacientes pluripatológicos, polimedicados y/o crónicos y el análisis de los incidentes (figura 8).

Figura 8. Criterios prioritarios



Fuente: Informe de resultados. Evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente a nivel de unidades de gestión clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2016 Feb. Report No.: IR 2016/1

En el año 2016 se añaden 13 nuevos criterios con objeto de promover al menos tres actuaciones relacionadas con las nuevas líneas de acción identificadas en la Estrategia Nacional para la Seguridad del Paciente (2015-2020)⁸. A continuación se muestran los porcentajes de unidades que eligieron trabajar sobre cada uno de los nuevos criterios (tabla 2).

Tabla 2. Nuevos criterios incluidos en 2016 y distribución de unidades

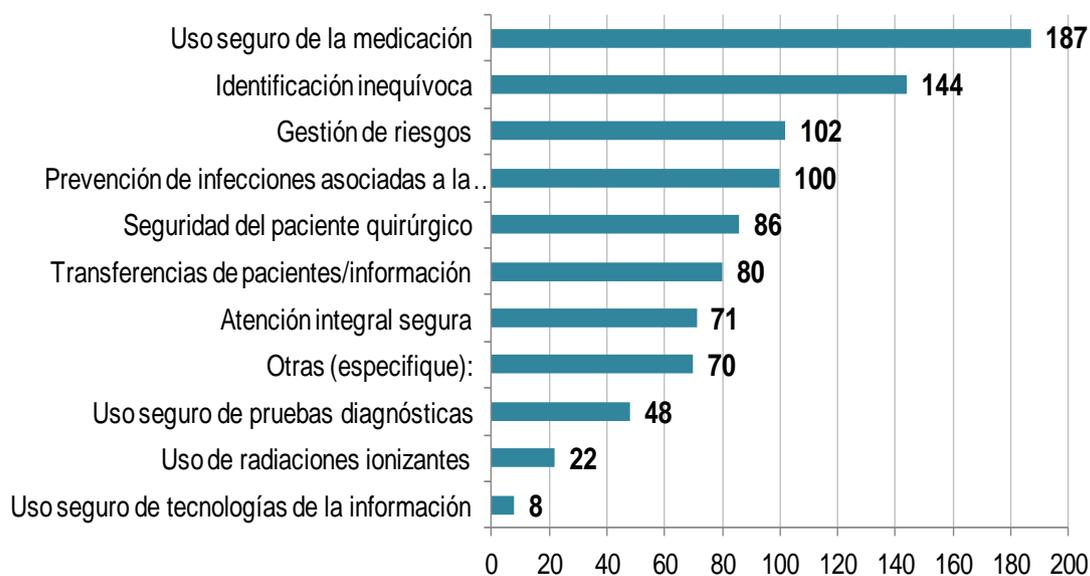
Criterios	Número	Porcentaje
Identificación ante procedimientos de riesgo	414	38,9
Formación a nuevos profesionales	307	28,9
Identificación de muestras y documentación	237	22,3
Medicamentos alto riesgo	229	21,5
Implicación de pacientes en su medicación	214	20,1
Difusión de incidentes y mejoras	204	19,2
Seguridad en los informes de enfermería	164	15,4
Puntos críticos en las transferencias	125	11,7
Gestión de eventos adversos graves	117	11,0
Indicadores de seguridad en los cuidados	110	10,3
Uso de radiaciones ionizantes	73	6,9
Incidentes y mejoras en LVSQ	42	3,9
Seguridad en anestesia	6	0,6
Identificación ante procedimientos de riesgo	414	38,9
Formación a nuevos profesionales	307	28,9
Identificación de muestras y documentación	237	22,3

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

En el año 2017 se incorpora un formulario para que cada unidad pueda presentar sus nuevas líneas de actuación en las que trabajar durante el año, resultados y áreas de mejora. A 1 de

enero de 2018 casi el 70% de las unidades incorporó al menos 1 línea de actuación sobre seguridad del paciente con resultados. En la figura 9 se muestra la distribución de las 918 actuaciones incorporadas por las unidades asistenciales según las nuevas líneas de acción marcadas por la dirección de la Estrategia.

Figura 9. Distribución de actuaciones de las UGC según líneas de acción



Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

► Grado de desarrollo de la ESP en centros y a nivel autonómico (Consejería y organismos adscritos)

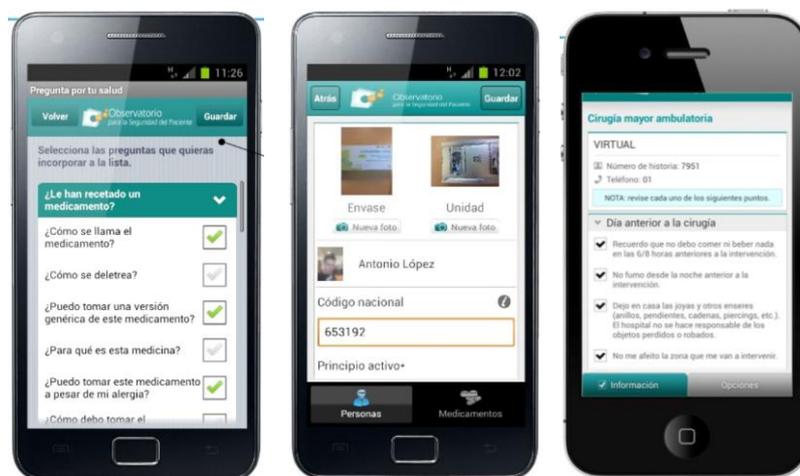
A continuación se presenta algunos resultados destacados sobre el grado de desarrollo de las acciones dirigidas a centros y a nivel de macrogestión (Consejería de Salud y organismos adscritos) en función de las metas donde se incluyen.

Meta 1.1. Participación corresponsable de la persona en su seguridad

- En la Escuela de Pacientes se incluye un espacio específico sobre seguridad del paciente con **recursos formativos e informativos** dirigidos a mejorar la implicación de los pacientes y/o asociaciones. Asimismo, se incluye en las aulas un capítulo específico sobre uso seguro de la medicación [acción 4].
- En el Observatorio para la seguridad del paciente se ha incorporado información para la ciudadanía en la web y en las **redes sociales (twitter, facebook)**, así como una zona de contacto para resolver dudas relacionadas con la seguridad. Además, el sistema de notificación y gestión de incidentes incluye un formulario exclusivo para ciudadanos⁶ [acción 6].
- La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha desarrollado el **distintivo AppSaludable** con el objetivo de reconocer aquellas aplicaciones móviles que ofrecen una información de calidad y segura a pacientes y profesionales. Desde el año 2013 que se puso en marcha se han evaluado 40 aplicaciones y se han concedido 20 distintivos. En la web está disponible el catálogo de la aplicaciones reconocidas o en proceso⁶ (<http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo>) [acción 9].
- Se han diseñado tres **aplicaciones móviles** dirigidas a pacientes que garantizan la participación activa de la ciudadanía en su propia seguridad (figura 10)⁶ [acción 15].

- **Pregunta por tu salud** permite al paciente elaborar listados con las preguntas que quiere hacerle al personal sanitario en su próxima consulta.
- **RecuerdaMed** posibilita al paciente, o a la persona que lo cuida, llevar un control exhaustivo de su medicación, para contrastarla y corregirla si es necesario, con los profesionales sanitarios.
- **Listeo** facilita al paciente tener en el teléfono un listado personalizado y adaptado de recomendaciones ante una intervención quirúrgica a la que se va a someter.

Figura 10. Aplicaciones móviles para pacientes



Meta 2.1. Mejora de competencias en seguridad del paciente

- La seguridad del paciente se incorpora como elemento transversal en el desarrollo de todos los **Procesos Asistenciales Integrados** (PAI) mediante la Identificación de los factores de riesgos inherentes a cada etapa del PAI, incorporación de medidas seguras en el diseño del PAI y recomendaciones específicas de seguridad por PAI [acción 16].
- Se han revisado los **mapas de competencias profesionales** a fin de garantizar la incorporación de las actuaciones comunes en materia de seguridad del paciente que los profesionales requieren en sus puestos. A día de hoy, pendiente de actualizarse incluye sólo una competencia transversal relacionada con la seguridad del paciente denominada “Implantación de prácticas seguras”. Esta competencia incorpora como buenas prácticas con una serie de actividades orientativas de calidad necesarias para que los profesionales puedan autoevaluarse, la minimización de riesgos y aplicación de prácticas seguras, intervención ante incidentes de seguridad y eventos adversos, participación del paciente y su familia en su propia seguridad, gestión de incidentes de seguridad y comunicación con pacientes afectados por incidentes [acción 16].
- El 100% de los **Manuales de certificación de competencias profesionales** incluyen evidencias relacionadas con la seguridad del paciente. En total, existen 83 manuales que incorporan hasta 96 evidencias diferentes: 6 evidencias se consideran transversales por lo que se incluyen en casi todos los manuales, 10 evidencias son comunes a uno o más grupos troncales de manuales (ej.: manuales del ámbito quirúrgico) y 80 evidencias son específicas y están presentes sólo en algunos manuales. Asimismo, desde hace varios años, en todos los **informes de resultados** del proceso de certificación de competencias de cada profesional se incluye un apartado con el cumplimiento de las evidencias en seguridad del paciente⁶ [acción 18].

- Elaboración de un **videojuego para higiene de manos** dirigido a los profesionales sanitarios para mejorarla. La aplicación recrea diferentes situaciones de la práctica asistencial en la que los profesionales deben realizar higiene de las manos, implicando de manera interactiva al profesional en el correcto uso de esta técnica. Más de 35.000 usuarios han utilizado el videojuego desde su creación [acción 22].
- 16.522 profesionales han finalizado el **Itinerario Formativo en Seguridad del Paciente** promovido por la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, 407 el Itinerario específico para Atención primaria y 43 el de Urgencias y Emergencias^a [acción 24].
- Se ha incluido la etiqueta “seguridad del paciente” en el proceso de **acreditación de la formación**. Durante 2011-2017 se han acreditado 2.303 actividades formativas que abordan la seguridad del paciente al completo o en alguna de sus partes. Esto ha supuesto unas 120.000 horas de formación para más de 275.000 profesionales.
- Desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se han elaborado 8 **recomendaciones de calidad** teniendo en cuenta como fuente de información las evaluaciones realizadas en la certificación de centros, unidades y profesionales e identificando las áreas de mejora comunes⁶ [acción 27].
 - Seguridad quirúrgica (2017)
 - Uso seguro de la medicación en residencias de mayores (2015)
 - Traspaso de pacientes (2015)
 - Análisis de la causa raíz en los incidentes de seguridad (2012)
 - Mejora de la higiene de manos (2012)
 - Identificación inequívoca de pacientes (2012)
 - Evaluación del dolor en los pacientes (2011)
 - Promoción de la seguridad en la práctica clínica (2011)

- En 2012, la Agencia de Calidad, en colaboración con la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial y la Universidad de Cádiz, desarrollaron un proyecto de investigación en el que colaboraron más de 100 profesionales del SSPA. Fruto del estudio se publicaron dos libros con **recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sanitarios y sociosanitarios**^{9,10} [acción 27].

Meta 2.2. Liderazgo activo en seguridad del paciente

- Los **Contratos Programas y los Acuerdos de gestión** incorporan compromisos explícitos en seguridad del paciente: autoevaluación de la Estrategia de Seguridad, notificación y gestión de incidentes, higiene de manos, listados de verificación quirúrgica, mejoras en la comunicación, comisiones de seguridad [acción 35].
- El 84,8% de los hospitales y el 60% de los distritos dispusieron de forma operativa, durante el año 2016, de **unidades de gestión de riesgo, comisiones de seguridad** o similares con miembros y funciones definidas⁷ [acción 36].
- Durante el año 2017 se realizó una actualización del **manual de estándares de certificación para unidades de Gestión Clínica** añadiendo, eliminando o modificando definiciones, propósitos o elementos evaluables, con ayuda de un comité técnico asesor. En la actualidad se dispone de 14 Manuales de certificación de centros y unidades sanitarias y 4 Manuales de certificación para servicios sociales. El 100% de los sanitarios y casi la totalidad de servicios sociales incorporan estándares relacionados con la seguridad del paciente o la gestión de los riesgos sanitarios [acción 38].
- Se ha diseñado e implantado, desde el Observatorio para la seguridad del paciente, de una herramienta para la planificación y **autoevaluación de la seguridad del paciente en las unidades del SSPA** [acción 39].

- Se ha potenciado la utilización del **Sistema de notificación y gestión de incidentes en seguridad de la Consejería de Salud**. En la actualidad, más del 60% de las unidades asistenciales cuentan en el sistema con un gestor local que recibe las notificaciones realizadas en su unidad. A nivel de organizaciones, el 60% de los hospitales y el 95% de los distritos utilizan el sistema autonómico en exclusividad o en combinación con uno propio¹¹ [acción 41].
- Se han promovido los reconocimientos mediante **distintivos** al trabajo realizado por los centros y unidades en 3 prácticas seguras: mejora de la higiene de manos (Distintivo Manos seguras), implantación de listados de verificación de seguridad quirúrgica (Distintivos Prácticas seguras en cirugía y mejoras en la atención a pacientes con dolor (Distintivo Centros contra el dolor) [acción 43].

Meta 3.1. Redes cooperativas de seguridad del paciente

- Se incorpora a la Red de centros la práctica segura relacionada con **mejoras en la atención a pacientes con dolor** y se desarrolla una herramienta para su evaluación a petición del Plan andaluz de atención a personas con dolor [acción 47 y 49]. Reconocida como Buena Práctica por el MSSSI en la convocatoria de 2017.
- Se evalúan e incorporan en la red de centros y unidades con prácticas seguras **recursos de utilidad e interés en seguridad del paciente** realizados por los centros, unidades y profesionales. En la actualidad hay 66 recursos compartidos [acción 48].
- Se difunde a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente la Red de centros y unidades con prácticas seguras a todos los centros y profesionales [acción 50].
- Se incorporan dentro de la web del SAS un espacio donde se recogen la relación de centros y unidades del SSPA que han sido reconocidas por el trabajo desarrollado

mediante un distintivo (Manos seguras, Cirugía segura o Centros contra el dolor) otorgado por el Observatorio para la Seguridad del Paciente (<http://www.sas.junta-andalucia.es/distintivos/default.asp>) [acción 51].

- Se difunde a través de las **redes sociales del Observatorio para la Seguridad del Paciente** información de interés y actualidad a nivel regional, nacional e internacional relacionado con la seguridad del paciente y la gestión de riesgos (figura 11) [acción 53].
- La Consejería de Salud, el Observatorio para la Seguridad del paciente y algunos centros se incorporan dentro de entornos nacionales e internacionales relacionados con la salud y la seguridad del paciente (PaSQ, OMS, proyectos de investigación...) [acción 54]. Respecto a la participación en la "Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial" (PaSQ) destacar:
 - Se presentaron 25 prácticas seguras por parte de profesionales, publicándose tras la evaluación europea, 11 buenas prácticas en la Web del proyecto (<http://www.pasq.eu/Wiki/PatientSafetyandQualityofCareGoodPractices.aspx>)
 - Se seleccionaron a nivel europeo 4 prácticas para mejorar y compartir las acciones a implementar: conciliación de la medicación, mejora de la seguridad quirúrgica mediante la introducción de listas de verificación (*checklists*), intervención multimodal para aumentar el cumplimiento de la higiene de las manos y la escala pediátrica de alerta temprana.
 - La participación de los centros de Andalucía (13 Hospitales, 6 Áreas de Gestión Sanitaria, 4 Agencias públicas sanitarias, 2 Distritos de Atención Primaria y 4 Centros Sociosanitarios) fue muy elevada con respecto a la participación nacional (tabla 3).

- Se premió entre las 12 mejores buenas prácticas a nivel nacional la práctica “Conciliación de medicación en centros sociosanitarios” desarrollada por el Distrito Sanitario Granada –Metropolitano.
 - En cuanto a la contribución en la “Escala de alerta temprana en pediatría” ha supuesto el inicio de un trabajo para la extensión de ésta como práctica segura para el SSPA, pendiente de los resultados obtenidos y la experiencia acumulada.
- Se abre la Red de centros y unidades a cualquier organización pública o privada, nacional o internacional, que quiera desarrollar e implantar alguna práctica segura incluida (hospitales, clínicas, centros sociosanitarios, universidades...) [acción 55]
 - Dentro de la red de cuidados de Andalucía y como parte de un acuerdo entre la Estrategia de Cuidados de Andalucía y la Estrategia para la Seguridad del Paciente, desde el SSPA se han desarrollado diferentes manuales con recomendaciones de buenas prácticas denominadas “**GUIAS FASE**” [acción 56].

Figura 11. Seguidores e impresiones en redes sociales

 <p>Twitter: @practicaseguras 10.512 seguidores (77% España) 48.4 mil impresiones mensuales</p>	 <p>Youtube: practicasseguras 431 suscriptores, 160.040 visualizaciones</p>
 <p>Facebook: @seguridaddelpaciente 5.158 seguidores (62% Latinoamérica, 35,5% España) 18.5 mil impresiones mensuales</p>	 <p>Slideshare: observatorioseguridad 103 seguidores 298.602 visualizaciones</p>

Tabla 3. Comunidades y centros participantes en el PaSQ

Prácticas seguras	CCAA participantes	Centros SNS	Centros SSPA
Conciliación de la medicación	9	52	23
Listados de verificación de seguridad quirúrgica	7	27	14
Higiene de manos	5	25	11
Escala pediátrica de alerta temprana	3	12	8

Meta 3.2. Asistencia directa al paciente

- Se coordinan las acciones de la Estrategia para la Seguridad del Paciente con los desarrollos de los **Planes integrales y Estrategias de la Consejería de Salud** [acción 66].
- El Observatorio para la Seguridad del Paciente diseña **“Listeo”**, una aplicación móvil que facilita al paciente tener en un listado personalizado de recomendaciones a verificar ante una intervención quirúrgica a la que se va a someter [acción 79].
- El Observatorio desarrolla y difunde **“Pregunta por tu salud”**, una aplicación que permite al paciente elaborar listados con las preguntas a realizar al profesional sanitario en su próxima consulta [acción 80].
- Todos los hospitales del SSPA aplican las **dosis unitarias para la dispensación de medicamentos**. En el año 2008, el porcentaje de camas con sistema de dispensación por dosis unitaria (SDU) en los hospitales del SAS era del 58%, en la actualidad es del 84% (mediana = 95,8%) [acción 92].

- Algunos hospitales han acompañado los SDU de **procedimientos normalizados de trabajo** que garantizan el uso seguro de medicamentos en todo el proceso: prescripción, conservación, preparación y administración [acción 93].
- Se han incorporado diferentes herramientas para los profesionales de ayuda a la toma de decisiones y alertas en los sistemas de prescripción y dispensación para facilitar la detección de posibles eventos adversos relacionados con el uso de fármacos. [acción 94].

Meta 3.3. Infraestructuras, dispositivos y equipos médicos

- Anualmente, los centros asistenciales llevan a cabo actualizaciones del **Plan de autoprotección** en la medida que es preceptivo, elaboran planes para los centros de nueva creación y se llevan a cabo **simulacros** [acción 100 y 101].
- En las unidades de prevención de riesgos laborales se proporciona formación sobre **riesgos en el puesto de trabajo** y medidas específicas a todos los profesionales de la unidad y servicios para dar cumplimiento al artículo 19 de la ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales [acción 108].

Meta 3.4. Evaluación de resultados y mejora continua

- En el **modulo de explotación del Observatorio** se gestiona la información facilitada por los centros y unidades en relación al desarrollo e implantación de la acciones de la Estrategia para la Seguridad del Paciente y se pone a disposición de los/las profesionales del SSPA los resultados [acción 120].

1.4. LO QUE QUEDA POR HACER

A continuación se reflejan aquellas acciones de la Estrategia a desarrollar y a mejorar a nivel de mesogestión (centros) y macrogestión (Consejería de Salud y organismos adscritos) en función de las metas donde se incluyen.

Meta 1.1. Participación corresponsable de la persona en su seguridad

- Difundir la estrategia de Seguridad del Paciente a la Ciudadanía [acción 1].
- Mapas de competencias y catálogos de buenas prácticas para pacientes y cuidadores [acción 2].
- Desarrollar un Itinerario formativo en Seguridad para la Ciudadanía [acción 5].
- Extender la incorporación de la seguridad del paciente en las Comisiones de participación ciudadana [acción 7].
- Inclusión de elementos sobre seguridad del paciente en los contenidos de consultas para la ciudadanía de Salud Responde [acción 10].

Meta 2.1. Mejora de competencias en seguridad del paciente

- Mapa competencial en seguridad del paciente [acción 17].
- Inclusión en la Biblioteca Virtual del SSPA del área temática Seguridad del Paciente [acción 26].

Meta 2.2. Liderazgo activo en seguridad del paciente

- Normas específicas realizadas por la Consejería de Salud para la mejora de la gestión de los incidentes en seguridad [acción 33].
- Distintivo Compromisos con la seguridad del paciente para profesionales [acción 43].
- Definición de líneas de investigación prioritarias en seguridad del paciente en el SSPA [acción 44].
- Implementar modelos de transferencia de resultados a la práctica clínica de los proyectos de investigación [acción 46].

Meta 3.1. Redes cooperativas de seguridad del paciente

- Priorización de nuevas prácticas seguras por la Consejería para ser incorporadas a la Red de centros del Observatorio [acción 47].
- Incorporación en la Red de centros de experiencias con impacto en seguridad del paciente realizadas en los centros o unidades [acción 48].
- Herramientas para la evaluación de las nuevas prácticas seguras [acción 49].
- Comunidad de práctica en seguridad del paciente dentro de un espacio virtual de formación [acción 52].
- Desarrollo de acuerdos entre el Observatorio para la Seguridad del Paciente con otras organizaciones afines [acción 56].

Meta 3.2. Asistencia directa al paciente

- Herramientas de gestión del SSPA que abordan la prevención de riesgos, la detección de incidentes y la medición de criterios y estándares de seguridad [acción 57].

Meta 3.3. Infraestructuras, dispositivos y equipos médicos

- Plan de comunicación en protección de incendios en los centros [acción 99].
- Plan de mantenimiento de instalaciones y edificios con identificación de riesgos en seguridad [acción 102].
- Cláusulas de seguridad del paciente en los contratos de mantenimiento, reformas e instalaciones de los centros [acción 103].
- Protocolos normalizados de trabajo para la gestión de materiales peligrosos [acción 104] que incluya un plan de gestión de riesgos de esos materiales [acción 106].
- Información a los usuarios sobre riesgos para la salud relacionados con la asistencia sanitaria (radiaciones, materiales peligrosos...) [acción 105].
- Protocolo normalizado de trabajo para la gestión del transporte y almacenaje de los materiales peligrosos [acción 107].
- Revisión y adecuación a la norma vigente de los contratos de gestión de materiales y residuos peligrosos [acción 109].
- Autoevaluación de los requisitos de seguridad para la gestión de materiales peligrosos [acción 110].
- Gestión de incidentes de seguridad en relación con materiales peligrosos [acción 111].
- Plan de mantenimiento del equipamiento vinculado a los riesgos para la seguridad del paciente [acción 112].
- Criterios de seguridad entre los requisitos de compra del equipamiento [acción 113].

Meta 3.4. Evaluación de resultados y mejora continua

Formación específica a los profesionales en materia de prevención de riesgos relacionados con infraestructuras, dispositivos y equipos en función de su perfil competencial y necesidades individuales [acción 115].

Formación acreditada al 100% de los profesionales en identificación de riesgos, notificación de incidencias, gestión de materiales y residuos peligrosos y utilización correcta de los equipos de protección [acción 116].

Grupos provinciales de seguridad.

Benchmarking de resultados en seguridad del paciente con instituciones nacionales e internacionales [acción 121].

(2)

2. Proyectos estratégicos

La Estrategia para la seguridad del paciente (2011-2014)³ incluye una serie de proyectos estratégicos prioritarios para la Consejería de Salud (tabla 4). Estos proyectos abarcan, entre otros aspectos, la formación, como base de la cultura de seguridad, la participación activa de la ciudadanía y las oportunidades del trabajo en red para compartir conocimiento y buenas prácticas, junto con un paquete de actuaciones específicas preventivas y organizativas centradas en dos prácticas seguras: Uso seguro de la medicación y prevención de infecciones. El último proyecto orienta hacia la evaluación del grado de desarrollo e implantación de los objetivos y acciones incluidas en la Estrategia.

Tabla 4. Proyectos estratégicos incluidos en la Estrategia

Proyecto 1	Itinerario formativo en Seguridad del Paciente
Proyecto 2	Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente
Proyecto 3	Uso Seguro de Medicamentos
Proyecto 4	Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
Proyecto 5	Red de centros y unidades con prácticas seguras
Proyecto 6	Modelo de evaluación de la Estrategia de Seguridad

A continuación se muestran las acciones incluidas en dichos proyectos y sobre las que se tratará en este capítulo:

PROYECTO 1

Itinerario Formativo en Seguridad del Paciente

- 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 online del itinerario formativo en seguridad del 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. Implantar el programa y establecer el plan de seguimiento.

PROYECTO 2

Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente

- Elaborar un Plan de Formación específico en Seguridad del Paciente dirigido a la ciudadanía: programa formativo y planes de actuación para la ciudadanía.
- 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

- 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)

- Potenciar el desarrollo del Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en hospitales y atención primaria, incorporando el ámbito sociosanitario, y definiendo actuaciones normalizadas y adaptadas para aquellos procesos relacionados con las IRAS.
- 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.

- 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 (socio-sanitario, 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

El Proyecto 6 no incluye acciones concretas, se desarrolla a través de un objetivo general, Evaluar el grado de implantación y desarrollo de la ESP de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y 5 objetivos específicos.

2.1. OBJETIVO

Describir el trabajo desarrollado en cada uno de los proyectos estratégicos para dar respuesta a las actuaciones incluidas en cada caso.

2.2. METODOLOGÍA

Se ha recabado información de cada uno de los organismos adscritos y direcciones implicadas (Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía incluyendo planes y programas específicos.

2.3. RESULTADOS

a. Itinerario formativo en Seguridad del Paciente (*Spif*)

En el año 2010, la Dirección de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía y la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) desarrollaron un programa formativo en seguridad del paciente dirigido los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), contemplado como uno de los proyectos estratégicos recogidos en la Estrategia. SPif, siglas de Itinerarios Formativos para la Seguridad del Paciente empezó a impartirse a principios de 2011. Su propósito era que los profesionales del SSPA, independientemente de su especialidad o nivel de responsabilidad, se formaran en seguridad del paciente y sensibilizar y concienciar a todos para crear cultura de seguridad en la atención sanitaria. En 2014 y 2015 se abrieron dos nuevos itinerarios específicos: uno para profesionales de atención primaria, y otro, para profesionales de servicios de urgencias y emergencias. Todos se acreditaron por la ACSA.

La principal referencia externa para este programa fue *The National Patient Safety Education Framework for Australia*¹² y, más tarde, se incorporó el *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*¹³. En estas referencias se describe la construcción de un marco de competencias y un curriculum multiprofesional en seguridad del paciente.

Para hacer la formación accesible al mayor número de profesionales se utilizó el formato virtual con apoyo tutorial y técnico. La tabla 5 muestra la distribución de profesionales que han finalizado el itinerario formativo.

El programa se configuró en forma de itinerarios, para adaptarse al perfil profesional de los participantes, acorde con sus responsabilidades y puestos de trabajo. Para cada itinerario se diferenciaban dos niveles: básico y avanzado. Se establecieron cuatro itinerarios formativos:

- El **itinerario 1**, dirigido a profesionales no sanitarios que prestan servicios de apoyo o soporte (técnicos, mantenimiento, celadores, limpieza, administrativos, ...)
- El **itinerario 2**, para profesionales sanitarios con relación directa con el paciente y personal médico en formación.
- El **itinerario 3**, orientado a profesionales con responsabilidad en gestión de equipos y mandos intermedios (dirección de UGC, supervisores,...)
- El **itinerario 4**, dirigido a directivos de cualquier nivel en las organizaciones.

Todos los itinerarios incorporan una valoración de conocimientos inicial y un test final; además de para cada unidad. La plataforma es la misma para el SPif y para los itinerarios específicos. Se diseñó para el autoaprendizaje, integrando las evaluaciones y da paso a nuevos contenidos en función de los resultados.

La metodología docente planteada permitía al alumno acceder a distintos recursos didácticos y asegurar la participación interactuando en aquellos temas que le son de mayor interés. En todo momento recibe retroalimentación y controla su progreso en las competencias definidas.

Los contenidos se distribuían en 61 unidades didácticas que se agrupaban en 10 capítulos:

1. Conceptos generales.
2. Identificación y prevención de riesgos.
3. Manejo de eventos adversos y “casi ocurrencias”.
4. Gestión de edificación, instalaciones y equipamiento.
5. Uso de la evidencia y la información.
6. Trabajar seguro.
7. Seguridad del medicamento I.
8. Seguridad del medicamento II.
9. Elementos clave para la seguridad del paciente.
10. Consideraciones para la seguridad del paciente en ámbitos específicos.

Tabla 5. Nº de profesionales que han finalizado el SPif por año e itinerario

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Itinerario 1 (Básico)	207	171	622	429	91	60	1580
Itinerario 2 (Básico)	235	373	1232	1240	384	204	3668
Itinerario 2 (Avanzado)	436	851	2251	4527	1872	305	10242
Itinerario 3 (Básico)	29	18	36	40	6	2	131
Itinerario 3 (Avanzado)	39	82	136	415	55	13	740
Itinerario 4 (Básico)	3	5	6	8	3	1	26
Itinerario 4 (Avanzado)	22	26	31	36	12	8	135
Total	971	1526	4314	6695	2423	593	16522

Alcance de la formación

- Se han matriculado 17.922 profesionales, finalizando el programa 16.522 profesionales del SSPA, de los cuales 5.405 han hecho el itinerario básico y 11.117 el avanzado.
- Por ámbito de trabajo, la distribución de profesionales ha sido: atención hospitalaria (N=8.718), Áreas de Gestión Sanitaria (N=6.307), atención primaria (N=1.123), Empresas Públicas de Emergencias Sanitarias (N=4) y otros centros no sanitarios del SSPA (N=370).

b. Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente

Muchas de los objetivos establecidos para la Red Andaluza de Ciudadanos/as Formadores en Seguridad del Paciente han sido desarrollados por la Escuela de Pacientes (EPP)¹⁴. Es un proyecto de la Consejería de Salud. Aborda la formación de pacientes, entre pacientes y con la participación de profesionales. Iniciada en julio de 2008, se gestiona y dirige desde la EASP.

La Escuela de Pacientes surgió con un enfoque de **red de formación** constituida por aulas temáticas referidas a procesos de enfermedad concretos. Para cada aula se elaboran **materiales** formativos e informativos que actúan como recursos didácticos de los talleres. Estos materiales contienen la evidencia científica sobre el proceso, así como estrategias y recursos para la elaboración y cumplimiento del plan de autocuidados. La Escuela colabora y participa con los diferentes planes y estrategias del SSPA, siendo un elemento facilitador y complementario en la educación terapéutica. Las experiencias internacionales avalan este proyecto y muestran que la formación de pacientes mejora s diferentes aspectos de la atención y la calidad de vida de los mismos.

Los resultados obtenidos en cuanto a la Seguridad del Paciente en la EPP:

- Existen contenidos y un espacio específico sobre Seguridad del Paciente con recursos formativos e informativos. La **formación de formadores** contempla aspectos de seguridad del paciente en su perfil.
- La metodología está basada en la formación entre iguales, formación de formadores, talleres presenciales, e-learning, y uso de herramientas como espacios de información y formación virtuales, redes sociales y apps para apoyar las buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.
- La Escuela mantiene una **estrategia de evaluación** de resultados que valora el impacto de la formación mediante valoraciones pre-post. Además se evalúa la satisfacción de las personas participantes con las diferentes actividades de las que forman parte¹⁶.
- La promoción de la salud, la prevención, la comunicación, el autocuidado y el uso seguro de medicamentos son **contenidos transversales** en la formación.
- Existe un capítulo específico en las aulas sobre **uso seguro de la medicación**, para promover el manejo adecuado por los pacientes de los tratamientos farmacológicos mediante estrategias basadas en la evidencia científica y experiencias de pacientes.

Desde su puesta en marcha, más de 10.500 personas han participado en las actividades de la Escuela de Pacientes, 8.000 personas han participado en los 500 cursos de formación, a lo largo de las más de 200 sedes repartidas por toda Andalucía, gracias a una red de 650 pacientes formadores. Más de 150 UGCs han puesto en marcha talleres de formación de la Escuela de Pacientes en el marco del Plan de Participación ciudadana de sus centros. Actualmente existen 23 aulas temáticas diferentes, en las que se combina la formación presencial y online y se cuenta con 4 apps de apoyo a diferentes procesos.

c. Uso Seguro de Medicamentos

En este proyecto se pretendía desarrollar e implementar, desde la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, herramientas y procedimientos que minimizaran los problemas relacionados con la seguridad en el uso de medicamentos.

Las actuaciones impulsadas desde el Servicio Andaluz de Salud, a través de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones Sanitarias, a la seguridad del paciente se resumen en:

- ➔ Desarrollo e implantación de sistemas de ayuda a la prescripción relacionados con la seguridad del paciente entre los que se destacan:
 - La actualización en 2014 de interacciones en DIRAYA, 700 nuevas interacciones relacionadas con antitrombóticos por ser uno de los tratamientos más frecuentes implicados en los ingresos hospitalarios.
 - La inclusión en 2017 de iconos informativos de seguridad en Receta XXI, para todos los medicamentos que un paciente se le prescriba. Los iconos incluidos son:
 - **ICONO ALERTA DE SEGURIDAD DE LA AEMPS.** Medicamentos con Notas de Seguridad publicadas por la AEMPS desde 2013. Al clicar en el enlace se abre la Nota de seguridad de la AEMPS. Se recuerda que esta información no sustituye a otros sistemas de alertas o notificaciones.
 - **ICONO TERATOGENIA:** El sistema informa de los posibles efectos de los fármacos pertenecientes a los grupos terapéuticos identificados como teratógenos. El icono se muestra en diferentes colores y diferente información a modo de *tooltip* según la clasificación de la FDA.

- **ICONO CONDUCCIÓN:** Identifica los medicamentos que pueden reducir la capacidad de conducir o manejar maquinaria peligrosa incorporando símbolo o pictograma de advertencia según RD 1345/2007.
 - **ICONO TRIÁNGULO NEGRO INVERTIDO:** Medicamentos sometidos a seguimiento adicional de su seguridad según directiva 2010/84/UE y reglamento 1235/2010 del Parlamento europeo y del Consejo. El icono incorpora un enlace a la Nota informativa de la AEMPS para profesionales sanitarios. Estos medicamentos son prioritarios para la notificación de sospechas de reacciones adversas.
 - **ICONO PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT:** Selección de medicamentos que prolongan el intervalo QT y están claramente asociados a un riesgo conocido de provocar *Torsade de Pointes*, incluso bajo las condiciones recomendadas de uso. Construido a partir de la fuente: CredibleMeds: QTDrugs Lists. Disponible en: <http://www.crediblemeds.org>.
- Implantación del Sistema de dispensación por dosis unitaria en los hospitales. En el año 2008, el porcentaje de camas con sistema de dispensación por dosis unitaria (SDU) en los hospitales del SAS era del 58% y el de camas con sistemas de prescripción electrónica, del 12%. Desde entonces, a través de objetivos fijados en los contratos-programa, se ha impulsado la incorporación de estos sistemas de prescripción intrahospitalaria, dado que confieren una mayor seguridad en el uso de medicamentos, disminuyendo errores de medicación, especialmente en las fases de transcripción y administración. En la actualidad, el porcentaje global de camas con SDU es del 84%, estando implantado, en diferentes grados, en todos los hospitales (mediana = 95,8%).
- Extensión del Sistema de prescripción electrónica a consultas externas y servicios de urgencias:

- En cuanto a la prescripción electrónica, la media de hospitales es del 84%, y, a excepción de un centro, en el que se está implantando ahora la aplicación corporativa, el resto, dispone de algún sistema de este modelo de prescripción (mediana = 91,6%). El objetivo para el 2018 es continuar con esta implementación, con el horizonte de alcanzar el 100% en todos los centros hospitalarios.
- Se están desarrollando acciones formativas en todas las consultas externas y servicios de urgencia de los Hospitales, las Agencias Sanitarias y el Consorcio San Juan de Dios para extenderlo a la mayor brevedad.
- Se han implementado procedimientos normalizados de trabajo sobre revisión de la medicación en pacientes polimedicados y/o pluripatológicos.
 - Elaboración de la “Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en Atención Primaria”, coordinada por el Servicio de Promoción de URM y disponible en la página web del Observatorio de Seguridad. Herramienta de ayuda a la implantación de procedimientos sistematizados de revisión de medicación, centrandó la actividad en las necesidades de los pacientes mayores y en los problemas de mayor frecuencia. Su objetivo es maximizar la efectividad de esta actividad, garantizar la optimización de los tratamientos en las personas mayores y su seguridad y minimizar la variabilidad en la práctica clínica.
 - Desde el 2011 se impulsan actividades de revisión de pacientes con potenciales problemas de prescripción relacionados con la seguridad sean polimedicados o no, incluyendo objetivos en contrato programa. Los problemas concretos para revisar se pueden clasificar en varios bloques. A continuación, se exponen algunos ejemplos de problemas se han trabajado durante el periodo 2011-2017 (tabla 6).
 - Impulso de la publicación de documentación de ayuda para la revisión de pacientes, mediante la propuesta de temáticas relacionado con revisión de

pacientes a través de CADIME y su Boletín Terapéutico Andaluz: BTA Detección de medicación inapropiada en personas mayores: criterios STOPP (2012) y BTA Revisión de Pacientes para evitar problemas de seguridad (2017).

- En los años 2013 y 2014, se han elaborado Fichas de revisión de la seguridad de medicamentos particularmente con medicamentos de reciente comercialización de los grupos terapéuticos: antidiabéticos, anticoagulantes y anticolinérgicos inhalados para la EPOC. Disponibles en la web del Observatorio para la Seguridad del Paciente.

Tabla 6. Ejemplos de problemas de prescripción abordados

A. Errores de prescripción

Dosis prescrita superior a dosis máxima recomendada. Centrado en fármacos antidiabéticos, dado que se encuentran entre los grupos de medicamentos que más frecuentemente están implicados en ingresos hospitalarios por efectos adversos (hipoglucemias)

Duplicidad/redundancia terapéutica

- Prescripciones activas de 2 principios activos de los subgrupos terapéuticos siguientes: Estatinas, inhibidores de la bomba de protones, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, IECAs, antagonistas del receptor angiotensina tipo II (ARA II), anticoagulantes orales.
- Prescripciones activas de 2 inhaladores de los subgrupos terapéuticos siguientes: 2 Inhaladores agonistas adrenérgicos de acción larga (LABA), 2 LABA/CI (corticoides inhalados) , 2 LABA/LAMA (Inhaladores antagonistas de los receptores muscarínicos de acción larga), 2 CI, 2 LAMA.
- Prescripciones activas de 1 inhalador de cada uno de los siguientes subgrupos: LABA y LABA/CI, LABA y LABA/LAMA, LABA/CI y CI, LABA/LAMA y LAMA.

Duplicidad durante tiempo superior al determinado.

- Prescripción concomitante de 2 AINE durante más de 2 meses.
- Prescripción concomitante de 2 benzodiazepinas durante más de 2 meses añadiendo ciertos filtros (con vida media similar (acción corta/larga) o en pacientes que no tienen prescripciones activas de otros psicofármacos (antipsicóticos, antidepresivos, antidecencia)).

Tabla 6. Ejemplos de problemas de prescripción abordados

B. Potenciales problemas de seguridad: Pacientes con prescripciones de fármacos que, en combinación, según evidencia científica o recomendaciones de ficha técnica, pueden resultar en un balance beneficio/riesgo desfavorable:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):

- Prescripción concomitante de un AINE + diurético + IECA/ ARA II (triple terapia Whammy).
- Prescripción concomitante de un AINE y un antiagregante plaquetario o un anticoagulante oral.

Sistema renina-angiotensina: Prescripción concomitante de un IECA y un ARA II.

Prevención de fracturas: Prescripción de un medicamento para la prevención de fracturas y una benzodiazepina de acción larga (considerando que las benzodiazepinas aumentan el riesgo de caídas, especialmente las de acción larga)

Asociaciones contraindicadas según ficha técnica.

C.- Medicamentos inapropiados en pacientes mayores o en pacientes con determinada condición clínica: un medicamento se considera inapropiado cuando el riesgo de provocar efectos adversos es superior al beneficio esperado, especialmente cuando existen otras alternativas más seguras y/o eficaces. En pacientes mayores se asocian con aumento de reacciones adversas y mayor tasa de morbilidad y hospitalización.

Glibenclamida en mayores de 65 años

Digoxina a dosis alta en mayores de 65 años

Fluoxetina en mayores de 65 años

d. Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria

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 infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), como una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los/las pacientes y que en su mayoría son prevenibles.

Las IRAS son inherentes a la asistencia sanitaria, entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan en hospitales del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones (OMS, 2016). El ECDC estima que las IRAS afectan a 1 de cada 20 pacientes hospitalizados, (1 de cada 25 según CDC, 2016) es decir, 4,1 millones de pacientes al año en la Unión Europea y se calcula que cerca de 37.000 muertes son consecuencia directa de dichas infecciones.

En España la prevalencia de infección nosocomial se sitúa en torno al 9% (similar a la Europea), siendo *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomona aeruginosa* los agentes causales más frecuentes (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. EPINE, 2015). Aproximadamente el 80% de las IRAS se engloban en: infecciones urinarias, infecciones del tracto respiratorio inferior, infecciones del sitio quirúrgico y bacteriemias primarias e infecciones asociadas a catéteres vasculares.

En Andalucía, en el año 2001, se inició el **Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales (PVCIN) del SAS**, con la participación de distintas Sociedades Científicas, constituyendo la Comisión Asesora del SSPA. El Plan definió un sistema común mínimo para la vigilancia de la infección nosocomial. Hasta el año 2013 se trabajó en:

- Prevalencia global de infección
- Estudios de la incidencia de Infecciones nosocomiales en unidades de cuidados intensivos
- Incidencia de infecciones en área quirúrgica
- Incidencia de infecciones por microorganismos de especial interés o multiresistentes
- Estudio resistencia antimicrobiana
- Estudio de la calidad y exhaustividad de la información

El 1 de enero de 2014 comenzó a funcionar el **Programa Integral de Prevención y Control de Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de antimicrobianos (PIRASOA)**¹⁷, sustituyendo al PVCIN, con los siguientes objetivos:

- Reducir la incidencia de las IRAS hasta alcanzar el nivel de los países europeos con mejores indicadores.
- Optimizar el uso de antimicrobianos hasta alcanzar el nivel de los países europeos con mejores indicadores.

Por otro lado cabe mencionar el **Programa de Seguridad del Paciente en las Unidades de cuidados críticos:**

En el año 2009 se inició, dentro de la Estrategia de Seguridad del SSPA de Andalucía, una línea de trabajo en las Unidades de Cuidados Críticos, a través de los proyectos promovidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

En primer lugar se presentó el proyecto denominado **Bacteriemia Zero** para reducir las bacteriemias relacionadas con el uso de catéteres venosos centrales a desarrollar por las Comunidades Autónomas, fruto de un acuerdo de colaboración del Ministerio con la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes (OMS) y el apoyo de las sociedades de cuidados intensivos, El proyecto incluía dos ramas complementarias e igualmente importantes para llevar a cabo a nivel de las UCI: una intervención estandarizada de inserción y manejo de catéteres y un Plan de Seguridad Integral que promoviera la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las UCI. El objetivo de este proyecto era reducir la tasa de bacteriemias asociadas a CVC en las UCI de los hospitales españoles a menos de 4 episodios de bacteriemia por mil días de CVC, lo que supone reducir un 40% la tasa media de las UCI de todo el SNS de los años anteriores y secundariamente crear una red de UCI que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y promover cultura de seguridad. Andalucía se adhiere con la participación de todas sus UCIs. El proyecto tenía una duración inicial de 18 meses, con la intencionalidad de mantenerse en la actividad diaria de la Unidades.

Posteriormente, en el año 2011, siguiendo en la línea del anterior y para el abordaje de otro de los problemas más frecuentes en las UCIs, se inicia el **Proyecto Neumonía Zero** de prevención

de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica (NAV) en las UCI. El proyecto se basa en una intervención estandarizada mediante la aplicación de un paquete de medidas básicas (de obligado cumplimiento) y otro de medidas específicas (altamente recomendables) para prevenir las neumonías asociadas a ventilación mecánica y un Plan de Seguridad Integral. El objetivo final era reducir la tasa media estatal de la densidad de incidencia (DI) de la NAV a menos de 9 episodios de NAV por 1.000 días de ventilación mecánica, que representa una reducción del 40% respecto a la tasa media de los años 2000-2008 de las UCI españolas y una reducción del 25% con respecto a la de los años 2009-2010. En esta ocasión se estableció la voluntariedad de la adhesión al proyecto, y al que se sumaron la mayoría de las Unidades del SSPA.

Para la coordinación de los proyectos se constituyeron equipos autonómicos compuestos por intensivistas, preventivistas, enfermeras y otros profesionales. Posteriormente, los indicadores de estos proyectos, Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, se incluyeron dentro de los indicadores del Programa PIRASOA.

A finales del año 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad presenta un nuevo proyecto para la prevención del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos denominado **Proyecto Resistencia Zero** (RZERO) que como en los anteriores establece una serie de recomendaciones junto con un plan integral de seguridad, para promover un uso apropiado de los antimicrobianos para prevenir las resistencias. El objetivo principal se establece en reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI y su periodo de aplicación del 1 de abril de 2014 al 30 de junio de 2016.

En Andalucía el proyecto RZERO se dispuso bajo el paraguas del Programa PIRASOA, ya que muchas de las recomendaciones del proyecto, aunque solo estuviera dirigida a las UCIs estaban incluidas dentro de este programa para todas las Unidades.

Además de los resultados obtenidos por la implementación de estos proyectos en los centros (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero) se han realizado numerosas actuaciones para la prevención, control y seguimiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, impulsadas tanto desde el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Salud Laboral perteneciente a la Secretaría General de Salud Pública, como desde el propio PIRASOA. Entre ellas cabe destacar:

- ✓ **Actuaciones realizadas desde el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Salud Laboral:**
 - Incorporación de los casos de IRAS en la normativa sobre Declaración EDO¹⁸. Los hospitales de Andalucía declararon al Sistema Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) las alertas epidemiológicas identificadas como “brotes/cluster de infección nosocomial”, siendo 258 el número total de alertas por IRAS declaradas desde 2003 hasta 2015. Además desde la Orden de 12 de noviembre de 2015 que establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria, se incorporan al listado de EDO Ordinaria las Infecciones Nosocomiales por: *Staphylococo aureus* meticilin resistente, Enterobacterias multirresistentes productora de betalactamasas de espectro extendido, *Acinetobacter Baumannii* multirresistente. Y en el listado de EDO Urgente las producidas por: Enterobacterias productoras de carbapenemasa, *Acinetobacter Baumannii* pan-resistentes, Otros microorganismos reemergentes o inusuales y Aspergilosis cuando se sospeche origen nosocomial.
 - Elaboración de Protocolos de intervención por profesionales expertos incorporando elementos formativos y de mejora de la calidad.
 - Creación de una Red profesional para fomentar y facilitar el intercambio de información sobre IRAS, y de esta forma favorecer la actividad de grupos de trabajo, foros de debate y resolución de dudas en la implantación del Plan Nacional de IRAS y en la práctica diaria.

- Introducción de recursos de benchmarking en la publicación periódica de Boletines Epidemiológicos para Profesionales.
 - Elaboración de un documento base para difundir las mejores prácticas en Centros Residenciales. Asimismo, se ha impartido un curso formativo sobre “Recomendaciones para la prevención de la transmisión de microorganismos multirresistentes durante la atención a residentes colonizados/infectados”, dirigido a profesionales de Centros Residenciales y Centros de Salud de Atención Primaria. En 2017 se formaron 1150 alumnos, 950 de centros residenciales.
 - Establecimiento de una coordinación efectiva entre atención especializada y atención Primaria, liderada por las Delegaciones Territoriales para la transferencia de pacientes colonizados a Centros Residenciales.
 - Desarrollo de un sistema de alertas y comunicación rápida denominado HAM (Health Alert Monitoring), vinculado a la Historia Digital DIRAYA. Este sistema comunica al Sistema de Vigilancia el ingreso hospitalario de pacientes colonizados/infectados por gérmenes MMR y de esta forma poder adoptar precozmente las medidas preventivas necesarias durante el ingreso, previamente a traslados interhospitalarios o ante altas hacia centros residenciales.
- ✓ **Actuaciones desarrolladas desde el programa PIRASOA:**
- Formación a dos niveles, a nivel central (a través de la plataforma de IAVANTE) y a nivel local, a través de los equipos locales de IRAS de cada centro. Los equipos locales de IRAS de cada centro incorporan una línea específica de formación en prevención y control de IRAS realizado de manera práctica, adaptado a su ámbito de trabajo. Las actividades de formación se han englobado en cursos con el formato **Massive Online Open Course** (MOOC), con un total de 6979 participantes (PROA básico, PROA

infecciones graves, Control de infección, PROA y control de infección en bacterias multirresistentes (para el 2018)) además de 79841 asesorías clínicas y 13 reuniones y encuentros provinciales.

- Actualización de las guías locales de tratamiento antimicrobiano.
- Seguimiento de indicadores, retroalimentación y benchmarking de los mismos. Se incluyen 76 indicadores relacionados con las IRAS, 12 de ellos con periodicidad anual y 64 trimestralmente. Los informes están disponibles en la página web del programa (<http://pirasoa.iavante.es>).
- Incorporación en los Acuerdos de gestión de un objetivo anual sobre IRAS .

✓ Principales resultados sobre los programas de seguridad en las UCIs

En la tabla 7 se presenta la evolución de la prevalencia de pacientes con bacteriemia relacionada con catéter venoso central, neumonía asociada a ventilación mecánica e infección asociada a sonda vesical en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales del SSPA, así como la densidad de incidencia (nº de infecciones * 1000 días de utilización), utilizando como fuente de datos algunos de los indicadores recogidos en el Programa PIRASOA.

De los resultados de la implementación de las recomendaciones internacionales en cuanto a la seguridad en las Unidades de Cuidados Críticos hay que destacar la consecución del objetivo de disminución de la tasa de infección, el beneficio económico por la disminución en tratamientos y días de hospitalización, y sobretodo y lo más importante, la disminución del sufrimiento de las personas que esto supone, y un cambio de la cultura de seguridad en la atención de los pacientes críticos en las UCIs.

Tabla 7. Prevalencia de pacientes con infecciones y densidad de incidencia en UCIs adultos

	2014	2015	2016	2017
Incidencia de pacientes con Bacteriemia relacionada con catéter venoso central	3,44	1,52	2,24	2,38
Densidad de incidencia de Bacteriemia relacionada con catéter venoso central	2,94	2,23	2,99	3,11
Incidencia de pacientes con Neumonía asociada a ventilación mecánica	7,62	7,26	6,86	6,03
Densidad de incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica	9,34	7,91	8,47	8,79
Incidencia de pacientes con Infección urinaria asociada a sonda vesical	1,39	1,66	1,49	1,39
Densidad de incidencia de Infección urinaria asociada a sonda vesical	1,95	2,73	2,36	2,04

Fuente: Programa PIRASOA

e. Red de Centros y Unidades con Prácticas Seguras

El quinto proyecto estratégico se basa en la creación de una Red de centros y unidades con prácticas seguras orientado a “aprender de los aciertos” dentro del Observatorio para la Seguridad del Paciente²⁰. Esta red tiene una doble finalidad; promover la implantación en los centros y unidades de determinadas prácticas seguras y crear un espacio colaborativo en el que profesionales, unidades y centros generen, compartan e intercambien recursos relacionados con la seguridad del paciente.

Para el primer objetivo los centros y unidades disponen de varias aplicaciones. Tres de ellas permiten, tras un proceso de evaluación externa, reconocer mediante un distintivo el trabajo desarrollado para implantar una determinada práctica segura: mejora de la higiene de manos (**Distintivo Manos seguras**), listados de verificación de seguridad quirúrgica (**Distintivo Prácticas seguras en cirugía**) y atención al paciente con dolor (**Distintivo Centros contra el dolor**). Otra facilita la gestión y aprendizaje de los riesgos e incidentes notificados (Sistema de notificación y gestión de incidentes de seguridad) y la última permite realizar una autoevaluación de las actuaciones incluidas en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA. De estas dos últimas, se habla más detalladamente en otros apartados.

Respecto al segundo objetivo, la Red proporciona a los profesionales, unidades y centros de una herramienta y un espacio para poder compartir e intercambiar recursos de interés y utilidad para el desarrollo, implantación y evaluación de prácticas seguras. Cada uno de los recursos compartidos se evalúa antes de difundirlos teniendo en cuenta unos criterios establecidos, entre los que se encuentran la utilidad o la evidencia científica que los soportan.

A continuación, se realizará un descriptivo del trabajo desarrollado en la Red de centros para el periodo 2011-2017 para dar cumplimiento a las actuaciones propuestas en la Estrategia.

► **Reconocimientos al desarrollo e implantación de prácticas seguras. Distintivos**

En la actualidad 1.193 centros o unidades sanitarias del SSPA están dados de alta en alguna de las herramientas disponibles para la facilitar la gestión de prácticas seguras y riesgos sanitarios (tabla 8). Esto se traduce en que prácticamente la totalidad de los centros y unidades participan en alguna práctica segura. El número de usuarios de las aplicaciones, entre responsables de proyectos en los centros/unidades y colaboradores, asciende a más de 4.000 profesionales.

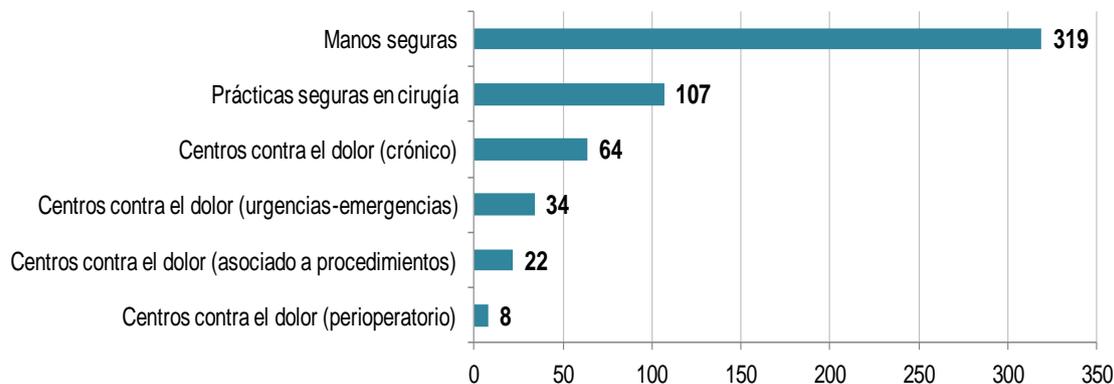
Tabla 8. Número de centros y unidades participantes del SSPA

	Número de centros y unidades participantes						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Manos seguras	431	481	563	546	553	561	566
Prácticas seguras en cirugía	64	113	241	307	306	321	330
Centros contra el dolor (crónico)	-	30	298	298	321	326	356
Centros contra el dolor (urgencias-emergencias)	-	20	121	122	132	133	137
Centros contra el dolor (asociado a procedimientos)	-	14	117	107	112	107	113
Centros contra el dolor (perioperatorio)	-	14	83	87	100	98	104
Notificación y gestión de incidentes			589	721	690	726	807
Autoevaluación de la ESP	279	420	979	1012	1039	1039	1064

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Se han otorgado un total de **554 distintivos** a centros y unidades como reconocimiento a la implantación de prácticas seguras: higiene de manos, listados de verificación de seguridad quirúrgica y mejoras de la atención a pacientes con dolor (figura 12). De estos, se han reconocido a **114 mentores** por demostrar en la evaluación un elevado porcentaje de cumplimiento con respecto a las recomendaciones incluidas en cada práctica segura a implantar. Igualmente se destaca que, hasta diciembre de 2017, más de 1500 proyectos han pasado por el proceso de evaluación externa para analizar el trabajo desarrollado.

Figura 12. Número de unidades y centros con distintivo del SSPA



Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

► Recursos compartidos en Red

Por otro lado, el espacio destinado a compartir e intercambiar información cuenta con **66 recursos** de utilidad e interés en seguridad del paciente para centros, profesionales y ciudadanos. La mayoría están centrados en tres prácticas seguras: prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, prácticas seguras en cirugía y notificación y gestión de riesgos. Todos los recursos se encuentran disponibles para su descarga en abierto (bit.ly/SegPac_enRed).

El tipo de recurso compartido suele estar relacionado con la información (folletos, cartelería, recomendaciones, manuales, protocolos, guías...), con la formación (presentaciones, cuestionarios...) o con la evaluación (procedimientos, herramientas, plantillas, checklist, auditorías...). Algunos de ellos están dirigidos a pacientes.

Estos recursos, conocimientos y experiencias en seguridad compartidos por los centros y unidades han servido de referencia, ejemplo o guía a otros en el desarrollo, implantación y evaluación de prácticas seguras.

Figura 13. Herramienta y espacio para compartir recursos en el Observatorio para la SP

The screenshot shows the 'RED DE CENTROS Y UNIDADES' web application. The top navigation bar includes 'Presentación', 'Iniciativas', 'Participar', 'Compartir', 'Recursos', and 'Mapa de la red'. The 'Recursos' tab is active. Below the navigation is a search bar and a 'Listado de recursos' section. The 'Listado de recursos' section displays a list of shared resources, each with a title, a brief description, the center name, the application, and a date. Each resource entry has a 'Ver recurso' button and a 'Descargar recurso' button.

Nombre del recurso	Centro	Aplicación	Fecha
Procedimiento para solicitar estudios analíticos	Laboratorios [Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga]	Identificación inequívoca	10/02/2017
Procedimiento para la administración segura de Metotrexato	Santa Rosa [Edificio de Atención Primaria Córdoba]	Uso seguro del medicamento	07/02/2017
Información sobre prevención de caídas en hospital/domicilio	Medicina Interna (intercentros) [Hospital Regional Universitario de Málaga, Hospital Virgen de la Victoria]	Cuidados seguros a los pacientes	07/02/2016
BACRA: herramienta web para evitar incidentes de seguridad	Centro salud Hospital Provincial Pla (Departamento salud Alicante Sant Joan) y Universidad Miguel Hernández	Notificación y gestión de riesgos	20/12/2016
Mapa de Riesgos para la seguridad del paciente	Prevención, Promoción y Vigilancia De La Salud (Intermédica) AGS Nordeste Granada, AGS Sur de Granada, CHU Granada, IUSP Granada, IUSP Melisopolitana de Granada	Notificación y gestión de riesgos	20/12/2016

(3)

3. Indicadores para la Seguridad del Paciente

El establecimiento de indicadores de seguridad del paciente y su monitorización, es fundamental para detectar, analizar, comprender y evaluar posibles problemas de seguridad con el fin de establecer actuaciones de mejora que permitan controlar y minimizar riesgos innecesarios. En Andalucía, anualmente, además de otros indicadores mencionados en otros capítulos, se recogen los datos de los Indicadores de Seguridad del Paciente entre el Sistema Nacional de Salud (SNS) y las diferentes comunidades autónomas^{7,8}.

Los indicadores de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud se consensuaron en el año 2011 dentro del Comité Técnico de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, compuesto por los referentes de seguridad del paciente de cada una de las comunidades autónomas. Estos indicadores tienen por objetivo medir el grado de implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y establecer mejoras en las políticas sanitarias. Para ello, monitorizan

el trabajo desarrollado por los hospitales y áreas de atención primaria sobre cinco prácticas seguras: gestión de riesgos, identificación de pacientes, seguridad quirúrgica, uso seguro de la medicación e higiene de las manos^{7,8}.

Si bien durante el periodo 2011-2014 se han venido recogiendo la totalidad de los indicadores, en el año 2015 el Ministerio opta por solicitar a las comunidades autónomas sólo los indicadores relacionados con la higiene de las manos debido a encontrarse en fase de terminación de la publicación de la estrategia nacional y pendientes de consensuar nuevamente los indicadores de resultados de seguridad con las CCAA. No obstante, en Andalucía se decidió manteniendo la recogida de la información de todos los indicadores de seguridad, e incluir algún otro indicador, a fin de conocer de forma más detallada el grado de implantación de algunas prácticas seguras en nuestra comunidad.

3.1. OBJETIVO

Analizar la evolución en Andalucía de los indicadores sobre la seguridad de los pacientes consensuados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3.2. METODOLOGÍA

Los indicadores de seguridad del paciente del SNS en Andalucía, se obtienen mediante la cumplimentación anual de cuestionarios dirigidos a todos los centros hospitalarios y distritos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La información que se presenta es un resumen de los datos aportados por los centros con los datos anuales desde 2011-2016⁷.

Los datos mostrados corresponden a respuestas del cuestionario lo que podría suponer una limitación. No obstante, el cuestionario incluye preguntas abiertas donde es necesario describir las actuaciones realizadas, e incluso aportar documentación que justifique su respuesta (memorias, protocolos, procedimientos...) por lo que el efecto limitante se encuentra mitigado.

3.3. RESULTADOS

En primer lugar, señalar la participación anual de la totalidad de las áreas de gestión sanitaria, hospitales, distritos de atención primaria y agencias sanitarias públicas, que conforman el SSPA, en la cumplimentación de los cuestionarios para la obtención de los datos de los indicadores de seguridad del paciente, así como la riqueza de las respuestas aportadas en las preguntas abiertas. Con respecto a los datos recogidos correspondientes al 2016 destacan:

- El 100% de los hospitales y distritos disponen de un sistema de notificación y gestión de incidentes de tipo general accesible para los profesionales. La mayoría utiliza el sistema autonómico (alojado en el Observatorio para la seguridad del paciente) mientras que algunos utilizan un sistema propio.
- El 84,8% de los hospitales (n=39) y el 60% de los distritos (n=15) han contado con comisiones de seguridad o de gestión de riesgos con miembros, funciones, objetivos y actividades bien definidas durante el 2016.
- Todos los hospitales disponen de algún protocolo con los procedimientos y circuitos a implementar para garantizar la identificación inequívoca de los pacientes. El sistema de identificación más utilizado es la pulsera con al menos dos identificadores

inequívocos: nombre y apellidos, NUSHA y fecha de nacimiento. En la mayoría de los hospitales la pulsera está implantada en el área de hospitalización, urgencias y área quirúrgica.

- El 80,4% de los hospitales (n=37) disponen de protocolos para el desarrollo e implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) para cirugía programada. Según los centros, el 97,3% de los pacientes intervenidos de cirugía programada en 2016 se les aplica el LVSQ. No obstante, sólo en el 86,8% de los casos se cumplimentó el LVSQ de forma correcta.
- En cuanto a los indicadores de uso seguro de la medicación, el 58,7% de hospitales (n=27) cuenta con protocolos actualizados en los últimos cinco años para el manejo de todos los medicamentos de alto riesgo existentes en los centros, el 78,2% (n=36) con protocolos para la implementación de la conciliación de la medicación al ingreso y al alta y el 63% también durante las transiciones. Solo en el 23,9% de los centros han autoevaluado el sistema de utilización de los medicamentos en el hospital en los últimos dos años utilizando el cuestionario validado por el *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP).
- En relación con los indicadores de higiene de las manos, destacar que el 100% de las camas de las unidades de cuidados intensivos y el 97,8% del resto de las camas hospitalarias disponen de productos de base alcohólica (PBA) en el punto de atención al paciente y que solo el 88,8% de las unidades de atención primaria disponen de PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria. El consumo medio de PBA en hospitalización es ligeramente superior a la media nacional (32,63 litros por 100 pacientes frente a 30,2) mientras que en atención primaria está muy por debajo (18,4 litros por cada 1000 consultas frente 44,4). Por último, señalar que sólo en el 47,7%

de las ocasiones donde se ha observado las acciones de higiene de manos, estas se han realizado correctamente con PBA.

Como se aprecia en las siguientes tablas (tablas 9 y 10), la mayoría de los indicadores permanecen estables o varían ligeramente con respecto al año anterior, a excepción de los relacionados con la formación de la higiene de las manos.

Estas pequeñas variaciones suponen sólo una diferencia de 1-2 hospitales o distritos que realizaran o no durante el 2016 la buena práctica solicitada en el indicador.

La comparación de los datos de Andalucía con respecto a los datos medios a nivel nacional se debe realizar con precaución, ya que se desconoce el porcentaje de participación de hospitales y áreas de atención primaria a nivel nacional.

Igualmente, también hay que tener presente que desde el 2014 sólo se recogen a nivel nacional los datos relativos a indicadores de la higiene de manos. No obstante, y teniendo en cuenta estas apreciaciones, la mayoría de los indicadores presentan en Andalucía porcentajes superiores a la media de los obtenidos a nivel nacional, exceptuando los relacionados con la formación y con la observación directa de la higiene de las manos y del uso de productos de base alcohólica.

Tabla 9. Indicadores de Seguridad del Paciente del SNS 2011-2016.

	Porcentaje						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	SNS 2014
Hospitales con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	100	97,8	95,7	97,9	100	100	86,6
UGC de atención primaria con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	93,7	78,8	92	94,4	100	100	51,6
Hospitales con comisión de seguridad	95,4	91,3	82,9	93,6	93,3	84,8	91
Distritos de atención primaria con comisión de seguridad	78,1	60,6	68	68	68	60	NS
Hospitales con protocolo de identificación de pacientes	100	100	100	100	100	95,6	87,3
Hospitales con listado de verificación de seguridad quirúrgica	100	100	100	100	100	80,4	83,8
Pacientes intervenidos a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica	79,8	77	86,9	94,8	93,86	97,5	69,4
Hospitales con protocolo para medicamentos de alto riesgo	65,9	73,9	48,9	55,3	62,2	58,7	66,7
Hospitales con protocolo para conciliar la medicación al alta	40,9	43,5	78,7	87,2	88,8	78,3	59,5
Hospitales con autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos	37,5	NS	31,9	25,5	15,5	23,9	24,8

Fuente: Informe de resultados. Indicadores de seguridad del paciente. Andalucía 2016. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017

Tabla 10. Indicadores de Seguridad del Paciente del SNS (Higiene de manos) 2011-2016

	Porcentaje						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	SNS 2016
Camas con PBA en la habitación	99,1	99,5	99,1	99,8	99,8	99,4	91,4*
Camas UCI con PBA en punto de atención al paciente	NS	98,7	100	100	100	100	96,9
Camas con PBA en punto de atención al paciente	92,5	97,9	96,1	98,1	98,9	97,8	77,1
UGC de atención primaria con PBA de bolsillo	93,8	98,8	93,3	92,3	94,8	88,8	77,4*
Hospitales con formación sobre la HM	100	97,8	91,5	97,9	84,4	80,4	89,8*
UGC de atención primaria con formación en HM	92,1	85,4	89,9	88,6	50,7	28,4	49,7*
Hospitales con formación sobre los 5 momentos de la HM	100	97,8	89,4	97,9	84,4	NS	80*
Hospitales con observación directa de cumplimiento de la HM	64,4	54,4	72,3	63,8	64,4	78,3	61,7*
Observaciones de la HM adecuadas	NS	NS	NS	NS	NS	61,5	67,4
Observaciones del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2)	NS	NS	NS	NS	NS	47,8	60,6
Hospitales con cuestionario de autoevaluación de la HM	80	50	59,6	72,3	53,3	56,5	59,1*
Consumo de PBA en hospitalización	19,3	20,4	21,7	18,9	25,61	32,63	30,2
Consumo de PBA en atención primaria	20,2	14,8	13,7	15,4	15,7	18,4	44,4

NS: No solicitado HM: Higiene de manos PBA: producto de base alcohólica *Datos del SNS de 2015
Fuente: Informe de resultados. Indicadores de seguridad del paciente. Andalucía 2016.

(4)

4. Seguridad del paciente en los manuales de certificación de centros y profesionales

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) tiene entre sus objetivos la mejora de la calidad de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales, buscando siempre la excelencia en la atención a la salud y el bienestar social y favoreciendo la cultura de la mejora continua. Para ello, se erige como entidad certificadora de la calidad de las organizaciones, así como de sus profesionales, de la formación que estos reciben y de las páginas web de contenidos sanitarios²⁰.

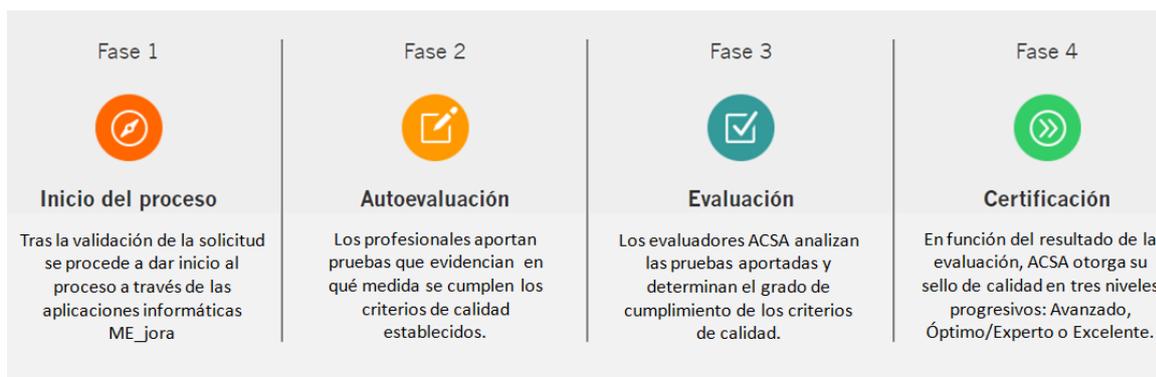
La **certificación de la ACSA** es un reconocimiento público a la calidad de los servicios que prestan los profesionales y las organizaciones del sector salud y social, mediante el cumplimiento de los requisitos establecidos en diferentes programas para impulsar una atención sanitaria y social que responda cada vez mejor a las necesidades de los ciudadanos. Cada programa se elabora contando con profesionales expertos del sistema sanitario y de los servicios sociales a través de Comités Técnicos Asesores.

Todos los programas de certificación comparten la misma estructura y contemplan, desde cada una de sus perspectivas, las mismas áreas clave para la gestión de la calidad. Se articulan en bloques que

se corresponden con distintas dimensiones de la calidad en torno a las que se agrupan los contenidos de los diferentes programas. A su vez, cada bloque está constituido por uno o más criterios según las áreas temáticas de los patrones de referencia que lo constituyen (estándares, competencias, etc.).

La certificación es el resultado de un proceso que incluye una autoevaluación por parte de los implicados y una evaluación externa, en la que evaluadores cualificados valoran las pruebas aportadas y garantizan que un servicio se ajusta a los estándares de calidad definidos para él o el cumplimiento de las buenas prácticas en el desempeño profesional. Se trata de un proceso dinámico y continuo, que se desarrolla a lo largo de cuatro fases consecutivas (figura 14).

Figura 14. Fases del proceso de certificación



La seguridad del paciente es un aspecto clave tanto dentro de los manuales de certificación de la calidad de los centros sanitarios y sociales, como de los manuales de certificación de las competencias profesionales. En la actualidad se dispone de **14 Manuales de certificación de centros y unidades sanitarias** y **4 Manuales de certificación para servicios sociales**, y en el 100% de los sanitarios y casi la totalidad de servicios sociales se incorporan estándares relacionados con la

seguridad del paciente. En concreto, el manual de certificación más utilizado, el de unidades de gestión clínica (ME 5 1_06), presenta hasta 14 estándares relacionados con la seguridad del paciente.

De igual forma, el 100% de los Manuales de certificación de competencias profesionales incluyen evidencias relacionadas con la seguridad del paciente. En total, existen 83 manuales que incorporan hasta 96 evidencias diferentes: 6 evidencias se consideran transversales por lo que se incluyen en casi todos los manuales, 10 evidencias son comunes a uno o más grupos troncales de manuales (ej.: manuales del ámbito quirúrgico) y 80 evidencias son específicas y están presentes sólo en algunos manuales. Las evidencias transversales a todos los manuales son las siguientes:

- **Identificación** inequívoca de pacientes.
- Información proporcionada durante el **traspaso de pacientes** que permita una adecuada continuidad asistencial e impida originar daños al paciente.
- Registro de la existencia o ausencia de **alergias a medicamentos**, sustancias o materiales empleados en la atención sanitaria en, al menos, el 90% de los pacientes atendidos.
- Intervenciones para asegurar la **conciliación** de la medicación en los pacientes atendidos.
- Seguimiento de las recomendaciones sobre la **higiene de manos**.
- **Análisis de un incidente** de seguridad surgido en el desarrollo de su actividad en los últimos 24 meses.

4.1. OBJETIVOS

Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares relacionados con la seguridad del paciente incluidos en los manuales de certificación de unidades de gestión clínica y de las evidencias sobre seguridad del paciente de los manuales de competencias profesionales.

4.2. METODOLOGÍA

Para evaluar este objetivo se utilizará como fuente los datos aportados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía referidos al periodo 2011-2017⁷. El nivel de cumplimiento de los estándares y evidencias se realizará sobre los proyectos evaluados.

4.3. RESULTADOS

► Estándares de seguridad del paciente en los manuales de certificación de centros y unidades sanitarias

En el periodo 2011-2017 se han certificado 608 unidades de gestión clínica. A continuación se presentan los porcentajes de cumplimiento y la evolución de los estándares relacionados con la seguridad del paciente presentes en el **Manual de unidades de gestión clínica (ME 5 1_06)**.

Como puede apreciarse en la tabla 11 se observa un incremento del cumplimiento en la mayoría de los estándares de seguridad. Respecto a los obligatorios cabe destacar que los estándares relacionados con la incorporación de **buenas prácticas para prevenir incidentes (10.07)**, la definición e implantación de un cuadro de mandos para monitorizar los **indicadores de seguridad** y calidad (11.1) y la **notificación** de riesgos y acontecimientos adversos (10.09), presentan una media de cumplimiento por encima del 85% en los tres últimos años.

Por el contrario, los estándares obligatorios referidos a la gestión del **equipamiento electromédico (08.02)**, a las condiciones de **conservación y almacenamiento** de los productos sanitarios y medicamentos (08.06), a la **adecuación** de la prescripción en pacientes de riesgos (10.12) y a la **identificación de los riesgos** para la seguridad en la unidad, son los que muestran una media de cumplimiento inferior al 50%.

Tabla 11. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de seguridad presentes en el manual de certificación de UGC (ME 5 1_06)

Código y definición del estándar	Grupo	2011 N=86	2012 N=74	2013 N=59	2014 N=87	2015 N=94	2016 N=95	2017 N=85
04.05_00. La UGC realiza una gestión adecuada de los riesgos para la seguridad del paciente definidos en los procesos asistenciales integrados	III	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1	2,4
06.08_01. La Dirección de la Unidad ha definido un plan centrado en la seguridad del paciente. (Estándar II Imprescindible)	II	10,5	10,8	5,1	11,5	6,4	6,3	12,9
08.01_01. Se han definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar que la UGC dispone del espacio, medios y recursos necesarios para la realización de su actividad bajo condiciones de seguridad.	I-O	38,4	48,6	57,6	52,9	53,2	62,1	57,6
08.02_01. La UGC asume en la gestión del equipamiento electromédico y las actuaciones necesarias para garantizar su uso seguro, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de sus equipos y formación de profesionales.	I-O	26,7	43,2	52,5	43,7	40,4	40,0	44,7
08.03_01. La Unidad de Gestión Clínica garantiza el cumplimiento del plan de mantenimiento correspondiente al equipamiento que utiliza, conociendo y registrando las actuaciones realizadas, así como los resultados obtenidos.	I	18,6	13,5	8,5	9,2	19,1	7,4	12,9
08.06_01. Está implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de los productos sanitarios y medicamentos.	I-O	41,9	41,9	33,9	33,3	42,6	40,0	43,5

Tabla 11. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de seguridad presentes en el manual de certificación de UGC (ME 5 1_06)

Código y definición del estándar	Grupo	2011 N=86	2012 N=74	2013 N=59	2014 N=87	2015 N=94	2016 N=95	2017 N=85
10.06_00. En la UGC se identifican los riesgos para la seguridad del paciente	I-O	65,1	64,9	61,0	55,2	46,8	52,6	50,6
10.07_00. La UGC incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.	I-O	98,8	95,9	96,6	98,9	98,9	100,0	98,8
10.08_01. La UGC tiene establecido un procedimiento seguro de identificación de las personas para aplicarlo antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo potencial o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados.	I-O	94,2	90,5	88,1	77,0	80,9	82,1	92,9
10.09_01. La UGC notifica los riesgos y acontecimientos adversos.	I-O	81,4	75,7	88,1	95,4	92,6	92,6	94,1
10.10_01. La UGC analiza los acontecimientos adversos y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición.	I	57,0	44,6	57,6	60,9	59,6	66,3	83,5
10.11_01. La UGC fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	I-O	87,2	77,0	81,4	75,9	78,7	66,3	81,2
10.12_01. La UGC dispone de información sobre adecuación de la prescripción en grupos de pacientes de riesgo, incorporando las recomendaciones a su práctica clínica.	I	40,7	24,3	49,2	43,7	46,8	40,0	50,6
11.01_00. Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores de calidad y seguridad.	I-O	95,3	97,3	93,2	97,7	97,9	95,8	96,5

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

En abril de 2017 se realizó una actualización de este manual de estándares añadiendo, eliminando o modificando definiciones, propósitos o elementos evaluables, y reforzando los aspectos relacionados con la seguridad del paciente y de la información clínica²¹. Para ello, se contó con la colaboración de un comité técnico asesor formado por destacados expertos que desempeñan su labor profesional en diferentes unidades de gestión clínica y de sociedades científicas.

En la tabla 12, se presentan los porcentajes de cumplimiento de los estándares relacionados con la seguridad del paciente del nuevo Manual de certificación de unidades de gestión clínica ME 5 1_07 y su equivalencia, en el caso de que exista, con la versión anterior.

Como puede apreciarse, en el nuevo manual se han incorporado nuevas líneas de trabajo respecto a la seguridad del paciente como la historia clínica electrónica (09.02), sistemas de información (09.04) y estrategias de actuación ante eventos adversos graves (10.11). Su objetivo es, además de resultar más útil a los profesionales, garantizar que se inicien líneas de trabajo en las unidades de gestión clínica con vistas a aumentar la seguridad del paciente con el uso de historia clínica electrónica y mejorar la atención a los pacientes, profesionales y organización implicados en eventos adversos graves.

Destacar que, al igual que pasaba con el antiguo manual, todos los estándares obligatorios tienen una media de cumplimiento alto a excepción de las condiciones de conservación y almacenamiento de medicamentos. Por el contrario, los estándares relacionados con la identificación de riesgos en la unidad y con la adecuación de los tratamientos farmacológicos han aumentado su cumplimiento medio por encima de un 70% frente al 50% que tenían con el manual anterior.

Tabla 12. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de seguridad presentes en el nuevo manual de certificación de unidades de gestión clínica (ME 5 1_07)

Código y definición del estándar	Grupo	Equivalencia ME 5 1_06	2017 N=28
05.06_00. La UGC realiza un abordaje específico del dolor	I	Nuevo	56,1
06.07_01. La Dirección de la UGC ha elaborado un plan de calidad y seguridad del paciente.	II	06.08_01	17,1
06.08_01. La Dirección de la UGC evalúa su plan de calidad y seguridad del paciente e implanta acciones de mejora.	II	06.08_01	2,4
08.01_01. Se han definido y se aplican las actuaciones necesarias para conocer, registrar y controlar las condiciones de seguridad del espacio e instalaciones con los que cuenta la UGC para la realización de su actividad.	I	08.01_01	14,6
08.02_02. La UGC ha definido y aplica las actuaciones necesarias para garantizar la utilización segura del equipamiento electromédico , mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de revisión y funcionamiento de sus equipos y la formación de sus profesionales.	I	08.02_01 08.03_01	17,1
09.02_01. Los profesionales de la UGC reciben formación sobre el uso de la historia clínica electrónica .	I	Nuevo	41,5
09.04_01. La UGC evalúa los sistemas de información que utiliza para aumentar su seguridad.	II	Nuevo	0,0
10.03_02. En la UGC se identifican los riesgos para la seguridad del paciente.	I-O	10.06_01	80,5
10.04_00. La UGC incorpora buenas prácticas para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.	I-O	Nuevo	90,2
10.05_01. La UGC incorpora otras buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.	I	10.07_00	80,5
10.06_02. La UGC tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas y de las muestras para pruebas diagnósticas.	I-O	10.08_01	56,1
10.07_02. Está implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de los productos sanitarios y medicamentos.	I-O	08.06_01	34,1

Tabla 12. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de seguridad presentes en el nuevo manual de certificación de unidades de gestión clínica (ME 5 1_07)

Código y definición del estándar	Grupo	Equivalencia ME 5 1_06	2017 N=28
10.08_02. La UGC fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	I-O	10.11_01	73,2
10.09_02. La UGC garantiza la necesidad y adecuación de los tratamientos farmacológicos , de una manera especial en pacientes de riesgo.	I	10.12_01	75,6
10.10_02. La UGC notifica los riesgos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente, los analiza y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición.	I-O	10.09_01 10.10_01	70,7
10.11_00. La UGC desarrolla estrategias de actuación ante eventos adversos graves .	II	Nuevo	14,6
11.08_00. La UGC evalúa periódicamente el cumplimiento de los indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente e incorpora mejoras.	II	Nuevo	14,6

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

► Evidencias sobre seguridad en los manuales de certificación de competencias profesionales

Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2015 y marzo de 2017, los profesionales han finalizado un total de **631 proyectos de acreditación**, utilizando 64 de los manuales de competencias de la versión más actualizada (v 3.0). A continuación se presentan datos sobre las evidencias que un mayor número de profesionales han aportado en sus proyectos de acreditación (N), así como el porcentaje de cumplimiento (%).

Como puede apreciarse en la tabla 13, las evidencias que son transversales a todos los manuales son las que han sido aportadas por un mayor número de profesionales en sus proyectos de certificación de competencias. Igualmente se muestra que el nivel de cumplimiento de estas evidencias es superior al 80%.

Entre las evidencias con un nivel de cumplimiento del 100% por parte de los profesionales certificados se encuentran las relacionadas con el registro de alergias, la cumplimentación de los listados de verificación quirúrgica, la valoración del riesgo de úlceras por presión, la identificación de paciente-indicación ante una intervención quirúrgica o la realización de profilaxis antibiótica preoperatoria o profilaxis antitrombótica.

Con el fin de resaltar el papel de la seguridad del paciente en el proceso de certificación de competencias profesionales, desde hace años se incluye en todos los informes de resultados de cada profesional un apartado con el cumplimiento de las evidencias en seguridad del paciente.

Tabla 13. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de seguridad presentes en el nuevo manual de certificación de unidades de gestión clínica (ME 5 1_07)

Evidencia	Número	Porcentaje
Seguimiento de las recomendaciones sobre la higiene de manos .	622	88,6
Identificación inequívoca de pacientes.	584	98,6
Registro de la existencia o ausencia de alergias a medicamentos, sustancias o materiales empleados en la atención sanitaria en, al menos, el 90% de los pacientes atendidos.	559	100,0
Análisis de un incidente de seguridad surgido en el desarrollo de su actividad en los últimos 24 meses.	383	83,8
Información proporcionada durante el traspaso de pacientes que permita una adecuada continuidad asistencial e impida originar daños al paciente.	376	96,5
Intervenciones para asegurar la conciliación de la medicación en los	269	86,2

Tabla 13. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de seguridad presentes en el nuevo manual de certificación de unidades de gestión clínica (ME 5 1_07)

Evidencia	Número	Porcentaje
pacientes atendidos.		
Intervenciones para uso seguro y prevención de riesgos potenciales de los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico.	211	97,2
Buenas prácticas en el uso seguro del medicamento .	151	82,1
Realización de intervenciones ante " riesgo de lesión " y/o " riesgo de infección " en los pacientes atendidos.	144	87,5
Cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en, al menos, el 85% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.	102	100,0
Valoración mediante escalas del riesgo de padecer úlceras por presión (Emina, Norton, Braden, etc.) e intervención si es precisa en, al menos, el 80% de los pacientes atendidos.	93	100,0
Identificación de los pacientes en quirófano, comprobación de la indicación quirúrgica y, en los casos de intervención sobre órganos dobles, constatación de la lateralidad del procedimiento en, al menos, el 95% de los pacientes intervenidos.	66	100,0
Realización de profilaxis antibiótica preoperatoria con prácticas avaladas por evidencia científica en, al menos, el 80% de los pacientes intervenidos.	60	100,0
Mantenimiento del material y comprobación del correcto funcionamiento del equipamiento y dispositivos necesarios para prestar una adecuada atención.	55	40,0
Mejoría objetiva de la situación inicial NOC en los siguientes diagnósticos: Ansiedad. Temor. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Deterioro de la integridad cutánea. Conocimientos deficientes. Riesgo de lesión perioperatoria. Riesgo de estreñimiento. Deterioro del patrón de sueño. Gestión ineficaz de la propia salud. Incumplimiento del tratamiento prescrito.	51	66,7
Realización de profilaxis antitrombótica con prácticas avaladas por evidencia científica en, al menos, el 90% de los casos en los que esté indicada.	48	100,0

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

(5)

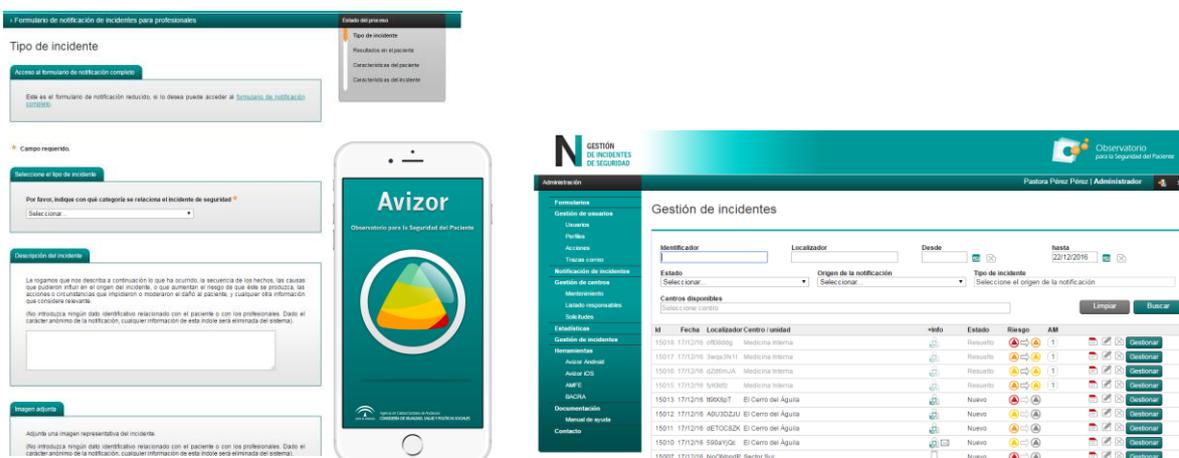
5. Sistema autonómico de notificación y gestión de incidentes de seguridad

El Sistema Autonómico de Notificación y Gestión de Incidentes (SNGI), alojado en el Observatorio para la Seguridad del Paciente, se puso en marcha en el año 2008¹¹. El sistema es voluntario, anónimo, confidencial, dirigido a profesionales y ciudadanos y permite una gestión a nivel local de los incidentes notificados. El uso de este sistema no es obligatorio dentro de la comunidad.

A lo largo de estos años se han introducido mejoras en el sistema fruto de las sugerencias realizadas por los notificadores o gestores de incidentes a nivel local. Algunas de estas nuevas funcionalidades son: notificación de ciudadanos (2013), obligatoriedad de asignación de incidentes a un centro/unidad (noviembre de 2015), simplificación del proceso de gestión del

incidente (diciembre de 2016) o sistema de triaje que permite enviar algunos incidentes a grupos de expertos a nivel regional para su estudio e incorporación de acciones de mejora generalizables a todo el SSPA: vacunas, medicamentos, tecnologías sanitarias, identificación, cirugía (marzo de 2017), etc.

Figura 15. Formulario de notificación y herramienta de gestión



Fuente: Observatorio para la Seguridad del Paciente

No obstante, la mejora más valorada ha sido a puesta en marcha en abril de 2015 de la posibilidad de notificar a través de la aplicación móvil AVIZOR (figura 16). Las razones son la agilidad y rapidez en la notificación, ya que permite geolocalizar el centro o unidad asistencial

(no hay que buscarlo), permite la descripción por voz (no hay que escribir), captura imágenes (no hay que dar tantos detalles) e incluso, para el caso de los incidentes relacionados con la medicación, al incluir el código nacional del medicamento involucrado, se genera automáticamente toda la información asociada a este (principio/s activos, dosis, forma de administración...), ya que está conectada con la base de datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Figura 16. Aplicación móvil para la notificación de riesgos e incidentes (AVIZOR)



Fuente: Observatorio para la Seguridad del Paciente

5.1. OBJETIVO

Describir la evolución del Sistema Autonómico de Notificación y Gestión de Incidentes (SNGI), alojado en el Observatorio para la Seguridad del Paciente.

5.2. METODOLOGÍA

Se realizará un descriptivo sobre los incidentes notificados y de la gestión realizada para el periodo de estudio 2011-2017¹¹. Se describirá la tipología de centros y unidades que utilizan el Sistema de notificación autonómico, así como la evolución de los incidentes notificados y la tipología de dichos incidentes.

5.3. RESULTADOS

A 1 de enero de 2018, el sistema es utilizado por **904 centros o unidades** (figura 17).

Cada centro o unidad tiene al menos una persona dada de alta que recibe las notificaciones realizadas por profesionales de su centro o unidad y gestiona los incidentes a nivel local.

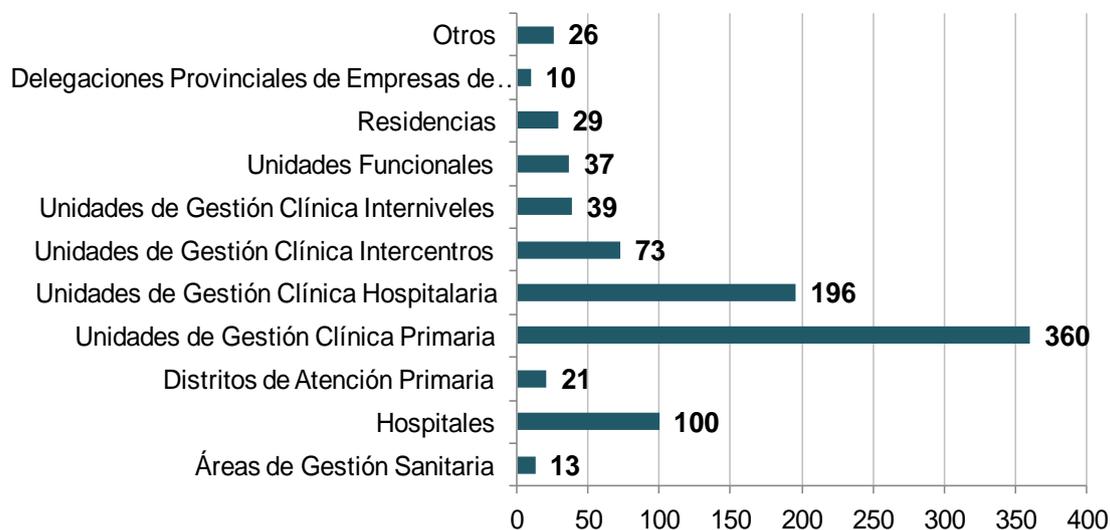
Todos los hospitales, distritos, áreas de gestión sanitaria y agencias sanitarias tienen al menos un gestor de incidentes a nivel de organización. Este gestor recibe las notificaciones realizadas tanto a su organización como a los centros y unidades que dependen de ella.

Aproximadamente el **60% de las unidades asistenciales** cuentan con al menos un gestor que recibe las notificaciones realizadas a su unidad. En total hay **1410 gestores locales**.

En el periodo 2011-2017 se han recibido un total de **16.616 notificaciones** vía *online*, el 25,3% en el último año (figura 18). Los ciudadanos notificaron un total de 684 incidentes.

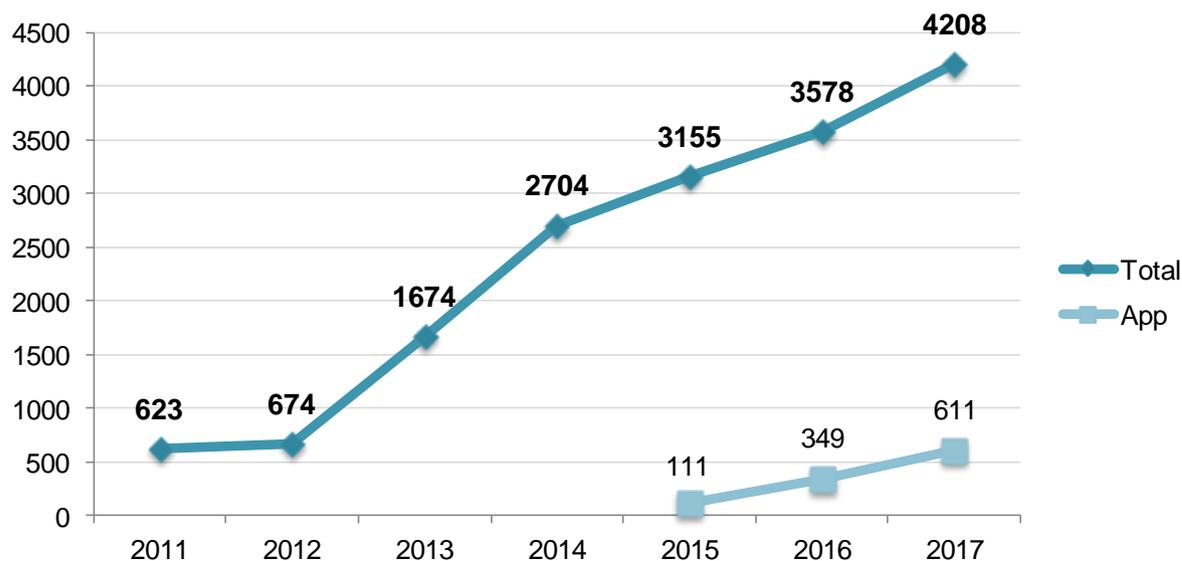
En 2017 se reportaron una media de **11,5 incidentes/diarios** y el 14,5% se realizó a través de la aplicación móvil, que ya ha tenido aproximadamente 1900 descargas.

Figura 17. Tipología de centros y unidades que utilizan el SNGI



Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

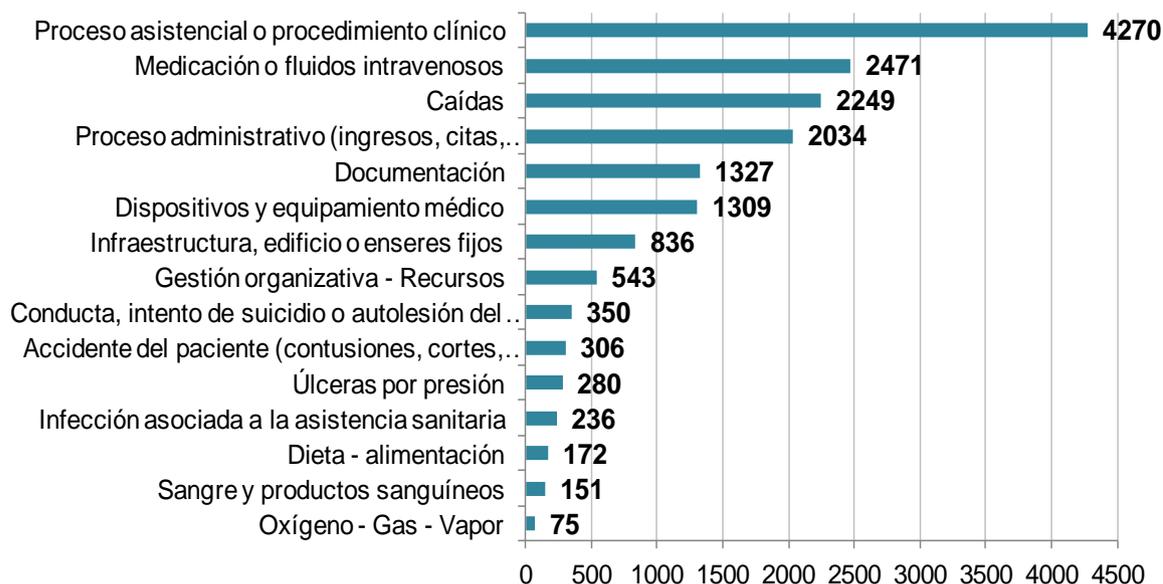
Figura 18. Evolución de las notificaciones realizadas en el SNGI



Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Los incidentes más frecuentes están relacionados con el proceso asistencial, con la medicación, con las caídas y con los procesos administrativos (figura 19). Aproximadamente el 50% de los incidentes no provocaron daño al paciente y el 25% ocasionaron un daño leve. No obstante, según los notificantes, casi el 40% de los incidentes se considera que poseen un nivel de riesgo alto/extremo teniendo en cuenta la gravedad de los daños si llegaran al paciente o la probabilidad de que volviesen a ocurrir.

Figura 19. Tipología de incidentes notificados en el SNGI



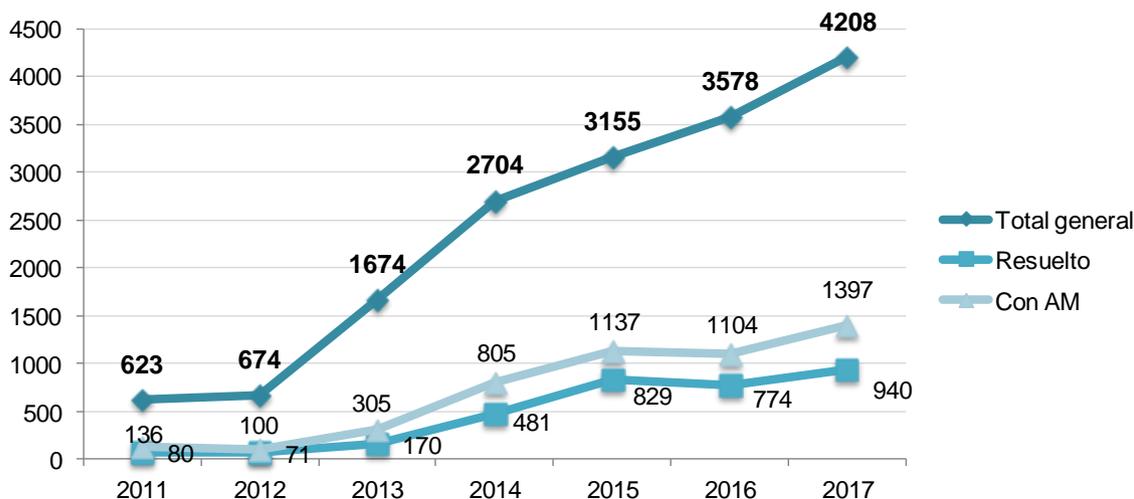
Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Prácticamente ningún incidente se queda sin asignar a una unidad por parte del notificante. En la actualidad hay responsables de gestionar los incidentes en aproximadamente el 95% de las unidades donde se notifican los incidentes. No obstante, como se ha comentado anteriormente, en el 5% restante siempre hay un gestor a nivel del centro u organización para que ningún incidente se quede sin analizar.

En cuanto a la gestión sólo en el 20,1% de los incidentes queda registrado que se resuelvan totalmente dentro de la aplicación. No obstante, hay registradas **5.742 acciones de mejora**. En el 30% de los incidentes notificados se han incorporado acciones de mejora (figura 20). Estas acciones se pueden compartir con otros centros para facilitar el aprendizaje.

En el último año también se ha mejorado en la web la forma de incorporar y buscar acciones de mejoras compartidas. Por ejemplo, recientemente se ha añadido una capa intermedia de **“gestión por expertos”**, que permite a equipos profesionales especializados en alguna temática conocer los incidentes relacionados con su ámbito que se están produciendo en cada momento.

Figura 20. Evolución de gestión de los incidentes en el SNGI



Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Así, los incidentes relacionados con la medicación se comparten, de forma automatizada y a tiempo real con el Centro Andaluz de Farmacovigilancia (701 incidentes), capaz de dar una respuesta muy elaborada, llegando a la AEMPS, a Farmaindustria y sumando esa información a las redes europeas; los incidentes relacionados con vacunas se trabajan en el seno de la Comisión Asesora de Vacunaciones de Andalucía (68 incidentes); los relacionados con las Tecnologías de la Información Sanitaria, se comparten con el Servicio de Coordinación de Sistemas de Información del Servicio Andaluz de Salud (85 incidentes) o los que afectan a pacientes a su paso por el quirófano se comunican al grupo de expertos de seguridad quirúrgica de la comunidad (49 incidentes). Esto permite dar una respuesta a nivel de todo el SSPA.

Por último, el Observatorio dispone de un registro de comentarios y sugerencias con respecto al Sistema de notificación y gestión de incidentes que se valoran para ir implementando con vistas a facilitar el uso del sistema tanto de la parte de notificación como de gestión.

(6)

6. Percepción de la seguridad del paciente por los agentes implicados

Para complementar la perspectiva de la situación de la seguridad del paciente en Andalucía se incorpora este capítulo que contempla el punto de vista de diferentes actores implicados explorando **opiniones, expectativas y posicionamiento de la ciudadanía, de los profesionales sanitarios y liderazgo del SSPA relacionadas con la seguridad del paciente.**

Con el propósito de conocer opiniones y posicionamiento relacionados con el desarrollo de la ESP, desde profesionales sanitarios y liderazgo del SSPA, se ha recogido información de este colectivo sobre:

- Resultados de la evaluación del Plan de Calidad de Calidad del Sistema sanitario Público de Andalucía 2010-2014 por profesionales del SSPA, incluyendo valoraciones y propuestas de mejora sobre aspectos específicos de seguridad del paciente²².
- Barreras para el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, así como de propuestas de avance y mejora de este enfoque, realizadas por cargos intermedios y puestos directivos de la organización. Las barreras se han entendido como elementos

de carácter político, organizativo, de recursos, programático, procedimental, etc. que dificultan la difusión y consolidación de la cultura de seguridad en el conjunto de la organización sanitaria.

Como aproximación a la opinión de la **ciudadanía** en relación con la seguridad del paciente, se han explorado proyectos e iniciativas que pudieran de alguna forma aportar ideas en este ámbito. No ha sido posible encontrar mucha información referente a actividades relacionadas con la ciudadanía en cuanto a la seguridad del paciente. Sin embargo, si hay una consideración manifiesta del importante papel de la ciudadanía en las políticas públicas sanitarias en Andalucía que entienden la participación ciudadana como una pieza clave de la gobernanza en salud^{23,24} y han desarrollado herramientas concretas en este sentido, como el plan de actuación en el área de participación ciudadana del SAS²⁵.

6.1. OBJETIVOS

Obtener información relacionada con la seguridad del paciente desde la perspectiva de los agentes implicados:

- Identificar valoraciones y propuestas en relación a la seguridad del paciente, realizadas por profesionales del SSPA en su evaluación del Plan de Calidad.
- Analizar barreras identificadas por el personal directivo y profesionales de las Unidades de Gestión Clínica (UGC).
- Identificar propuestas de mejora realizadas por personal directivo.
- Conocer el punto de vista de la ciudadanía en aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

6.2. METODOLOGÍA

Para recoger información sobre la perspectiva de los profesionales:

- ✓ Se han identificado elementos de valoración y propuestas de mejora en el informe de evaluación del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014, realizadas por los profesionales.
- ✓ Se recogió la opinión sobre barreras para el avance en la cultura de seguridad, a través de un cuestionario²⁶ elaborado *ad hoc* y remitido a cargos intermedios y personal directivo de diferentes niveles de la organización sanitaria (UGC, Distritos, Hospitales, Áreas de Gestión Sanitaria, Agencias Sanitarias y EPES). Cada participante debía puntuar de 0 a 10 según su grado de acuerdo con cada afirmación. El cuestionario fue facilitado a todas los profesionales asistentes a los encuentros provinciales llevados a cabo por la Dirección de la Estrategia de Seguridad del Paciente durante los meses de mayo y junio de 2017 y a aquellos directivos/as que participaron en el taller-panel de expertos²⁷ realizado en la Escuela Andaluza de Salud Pública el día 9 de junio de 2017. Además, en este taller se trabajaron, propuestas de mejora. Los resultados se recogieron en un informe técnico para orientar el desarrollo de la nueva Estrategia para la seguridad del paciente.

Para recoger información desde la perspectiva de la ciudadanía:

- ✓ Se han localizado resultados vinculados con la seguridad del paciente en un taller realizado en 2015 por la Escuela Andaluza de Salud Pública con pacientes, familiares y representantes de asociaciones²⁸. Su objetivo fue valorar los logros del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014, relacionados con la ciudadanía. Se planteó la organización de tres grupos compuestos por miembros de diversas

asociaciones de Andalucía que representan a la mayoría de colectivos de personas que tienen contacto con los servicios de salud, así como ciudadanos y ciudadanas que, cumpliendo determinados perfiles, no pertenecieran a ninguna asociación. Tras los contactos establecidos respondieron afirmativamente a esta convocatoria un total de 42 personas representantes de 26 asociaciones y de 5 provincias de Andalucía.

- ✓ Se han examinado los resultados de un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2011, sobre la perspectiva de la ciudadanía sobre la seguridad del paciente. El trabajo de campo de este estudio estuvo a cargo de la Escuela Andaluza de Salud Pública y se desarrolló en varias comunidades autónomas, incluyendo Andalucía²⁹.

6.4. RESULTADOS

► Valoraciones y propuestas de mejora de profesionales en la Evaluación del III Plan de Calidad.

En el informe de evaluación del Plan de Calidad por los profesionales puede identificarse elementos explícitos relacionados con la seguridad del paciente, concretamente los siguientes:

- La cultura de seguridad es una acción estratégica relevante que los profesionales perciben que ha tenido un avance importante en los años de desarrollo del Plan, considerando que se ha incorporado en la práctica de los equipos.
- Las características de confort y seguridad de los espacios donde se presta la asistencia tienen una valoración diferente según la percepción de los responsables que las consideran positivas, o de los profesionales de base que tienen una opinión negativa.

En cuanto a propuestas de mejora sugeridas por los profesionales en el informe, podrían identificarse muchas transversales que tendrían, sin duda, impacto sobre la seguridad del paciente. Entre ellas, cabe destacar las propuestas de mejora en relación a la formación de directivos y directores de las UGC, el impulso y mejora de las Tecnologías de la información y comunicación, la mejora en la comunicación entre profesionales y paciente, la potenciación de la formación, información y comunicación con la ciudadanía, la mejora de la transparencia y la información sobre resultados, el impulso al modelo de gestión clínica, el fomento de la investigación aplicada, el desarrollo de mecanismos para difundir y compartir conocimiento, la recomendación de basar la práctica clínica en la evidencia, el impulso de la acreditación y otras.

En los siguientes párrafos se destacan aquellas propuestas explícitas referidas a la seguridad del paciente dentro de los diferentes espacios del Plan de Calidad:

1. **Espacio Ciudadanía - Las personas y su diversidad.** Mejorar la corresponsabilidad de los ciudadanos.
 - Concienciar sobre los excesos de medicación.
 - Talleres de pacientes con patologías prevalentes para mejorar el autocuidado y la corresponsabilidad.
2. **Espacio Ciudadanía - Respuesta integral.** Mejorar la implicación de los pacientes en una atención segura.
 - Impulsar mejoras en la información a pacientes.
 - Potenciando la seguridad como un derecho.
 - Información a pacientes de los puntos críticos de seguridad de su proceso, utilizando medios disponibles (TICs, etc.).

- Formación de los pacientes en materia de seguridad:
 - Creando escuelas de seguridad de pacientes.
 - Potenciando la transparencia de resultados en la seguridad de pacientes.
 - Potenciando la participación de los ciudadanos en su seguridad:
 - Creando comisiones de seguridad en las UGC con participación de pacientes.
 - Implicando a la familia en el proceso en domicilio.
- 3. **Espacio Ciudadanía - Participación y Corresponsabilidad.** Mejorar la transparencia y la información sobre resultados de la atención sanitaria a la ciudadanía.
 - Hacer accesible a la ciudadanía, a través de portales web, los indicadores de resultados (de calidad sanitaria, seguridad, mortalidad, etc.) de cada una de las unidades y centros del SSPA.
- 4. **Espacio Compartido - Valores compartidos.** Incrementar la corresponsabilidad de los ciudadanos en la utilización de recursos del SSPA.
 - Involucrar a los profesionales para proveer de más y mejores recomendaciones a los pacientes para evitar cancelaciones innecesarias y mejorar la seguridad del paciente.
- 5. **Espacio Compartido - Valores compartidos.** Propiciar el desarrollo de espacios asistenciales saludables, confortables, cálidos y seguros para las personas afectadas, sus familias o personas cuidadoras que le acompañen
 - Mejorar los servicios de mantenimiento, renovar los equipos obsoletos y aumentar la inversión en estructuras físicas para garantizar la seguridad.

- Enseñar a los pacientes, en colaboración con el tejido asociativo, los puntos críticos para su seguridad.
- Mejorar la claridad de las recomendaciones e indicaciones sobre seguridad adaptándolas a los ciudadanos.

► Barreras en el desarrollo de la ESP desde la perspectiva de profesionales y liderazgo: resultados de cuestionario.

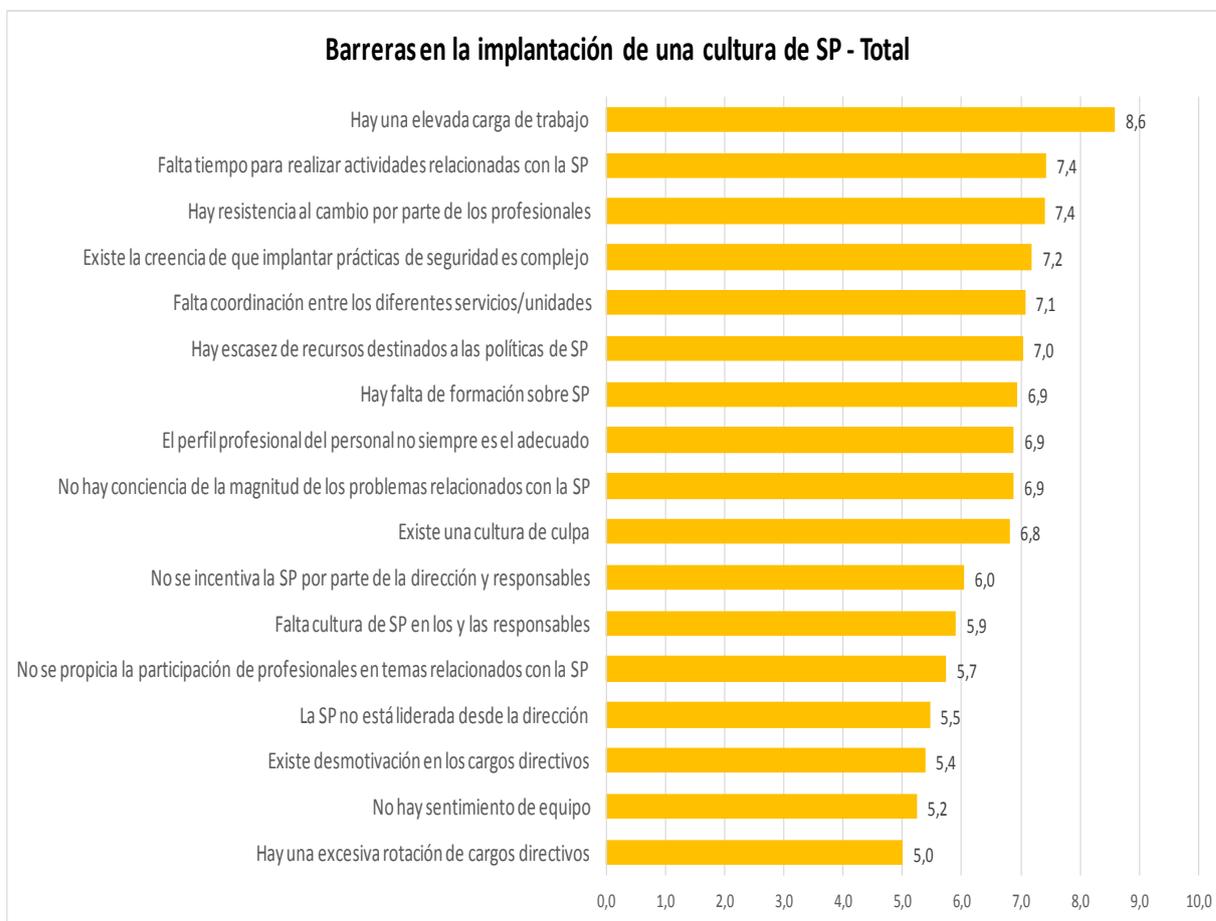
En el análisis de resultados que se presenta a continuación, se recoge la percepción sobre la presencia de diferentes barreras que, desde la perspectiva de profesionales y liderazgo a nivel de profesionales y personal directivo del SSPA, dificultan el desarrollo de la cultura de Seguridad del Paciente. El cuestionario de barreras fue cumplimentado por 581 profesionales.

En primer lugar, se presentan los datos que muestran los resultados globales del cuestionario referido y posteriormente, se describen los resultados específicos según ámbito de trabajo y perfil profesional.

Como se puede observar en el figura 21, la principal barrera detectada por el total de personas que han respondido el cuestionario es la **elevada carga de trabajo**, con una puntuación media de 8,6. Además, otras barreras identificadas con una puntuación alta (superior a 7) han sido:

- Falta tiempo para realizar actividades relacionadas con la SP.
- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales.
- Existe la creencia de que implantar prácticas de seguridad es complejo.
- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades.

Figura 21. Barreras identificadas para la implantación de la cultura de seguridad para el total de encuestados



Fuente: Resultados del cuestionario sobre barreras. Informe de resultados. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017. Documento técnico sin publicar.

Las barreras identificadas por el conjunto de los encuestados, han sido analizadas en relación a su perfil profesional (medicina, enfermería, farmacia y otros). La figura 22 muestra esta distribución de opiniones.

Las barreras detectadas por el grupo de profesionales de la **medicina** con puntuaciones superiores a 7 son:

- Hay una elevada carga de trabajo.
- Falta tiempo para realizar actividades relacionadas con la SP.
- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales.
- Existe la creencia de que implantar prácticas de seguridad es complejo.
- Hay escasez de recursos destinados a las políticas de SP.
- El perfil profesional del personal no siempre es el adecuado.
- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades
- Hay falta de formación sobre SP.

En el grupo de profesionales **de enfermería**, han valorado las siguientes barreras:

- Hay una elevada carga de trabajo.
- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales.

Los profesionales de profesionales de **farmacia** han considerado prioritarias las siguientes barreras:

- Hay una elevada carga de trabajo.
- Hay escasez de recursos destinados a las políticas de SP.
- Falta tiempo para realizar actividades relacionadas con la SP.
- Existe una cultura de culpa.

Figura 22. Barreras identificadas para la implantación de la cultura de seguridad por el conjunto de encuestados, según perfil profesional

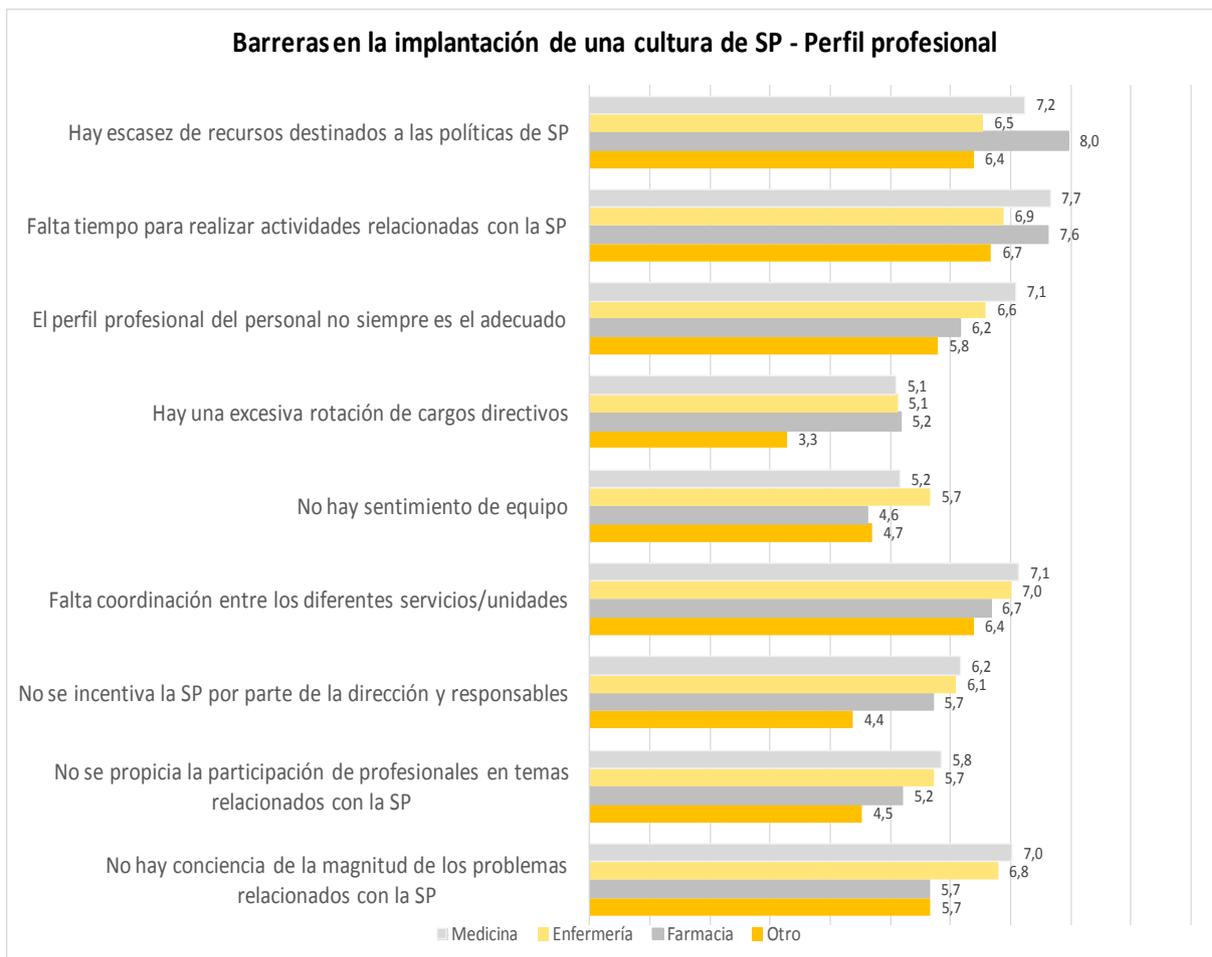


Figura 22. Barreras identificadas para la implantación de la cultura de seguridad por el conjunto de encuestados, según perfil profesional (continuación)



Fuente: Resultados del cuestionario sobre barreras. Informe de resultados. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública: 2017. Documento técnico sin publicar.

En el grupo compuesto por profesionales de **otros** perfiles sólo hay una barrera con una puntuación media superior a 7, que se corresponde con la barrera principal, según la opinión de todos los profesionales: **la elevada carga de trabajo**.

Si se analizan las 5 primeras barreras, además de la anterior, en todos los perfiles aparece “Falta tiempo para realizar actividades relacionadas con la SP”.

Considerando estas 5 primeras barreras, se puede observar coincidencias en 3 de los 4 grupos las barreras:

- Hay escasez de recursos destinados a las políticas de SP (no aparece en enfermería).
- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales (no aparece en farmacia).
- Existe la creencia de que implantar prácticas de seguridad es complejo (no aparece en otros).

En el análisis de resultados por ámbito de trabajo, se observan diferencias entre la percepción del personal directivo de UGC, Distritos, Hospitales, Áreas de Gestión Sanitaria, Agencias Sanitarias y EPES (figura 23).

La barrera en la que hay menor diferencia de valoración entre los distintos grupos es “No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP”, cuyas puntuaciones medias varían entre 7,0 (para direcciones de UGC) y 7,9 (para direcciones de AGS). Por otro lado, la barrera con mayor discrepancias es “Falta tiempo para realizar actividades relacionadas con la SP”, que varía entre una puntuación media de 4,1 para las direcciones de hospitales y de 7,8 para las direcciones de UGC.

Figura 23. Barreras identificadas por personal directivo para la implantación de la cultura de seguridad, según ámbito de trabajo

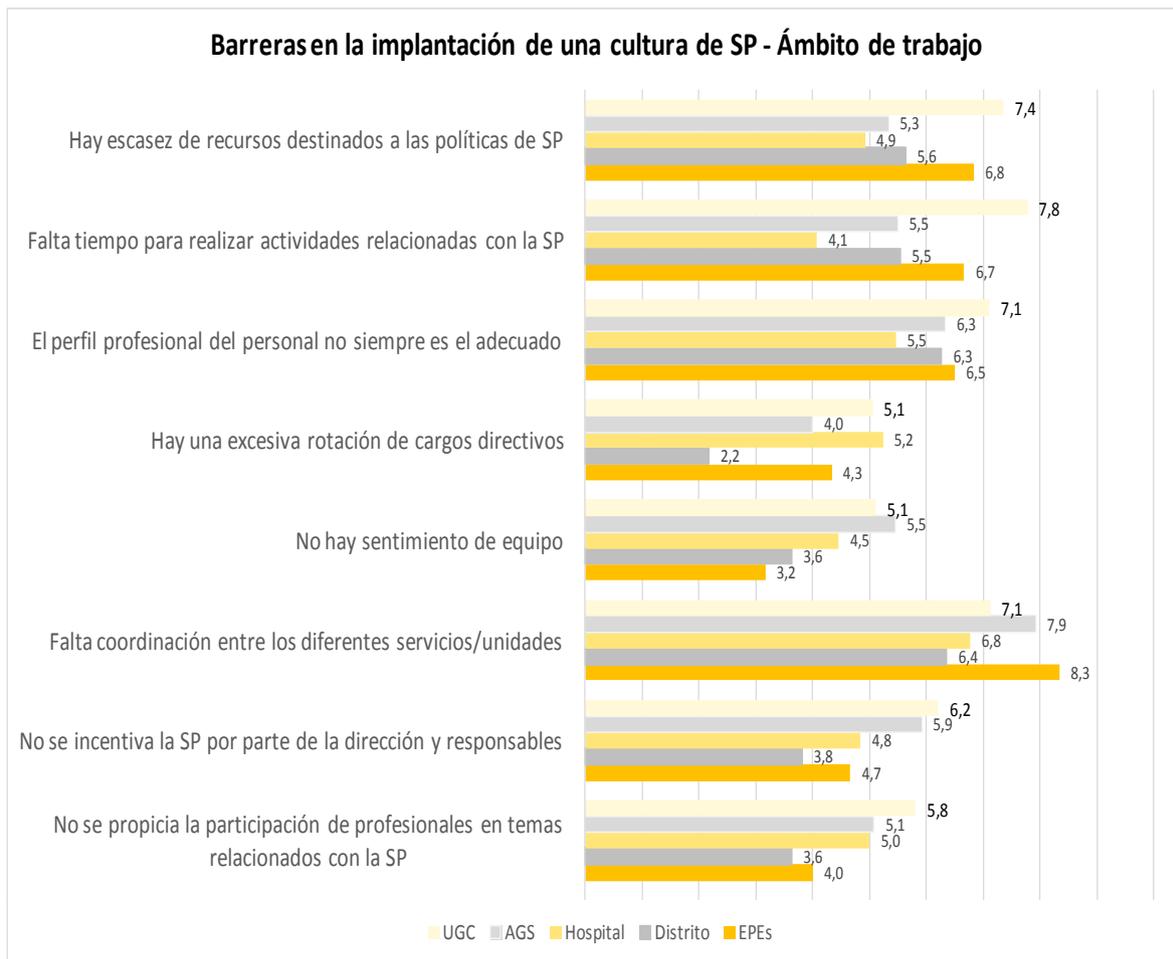
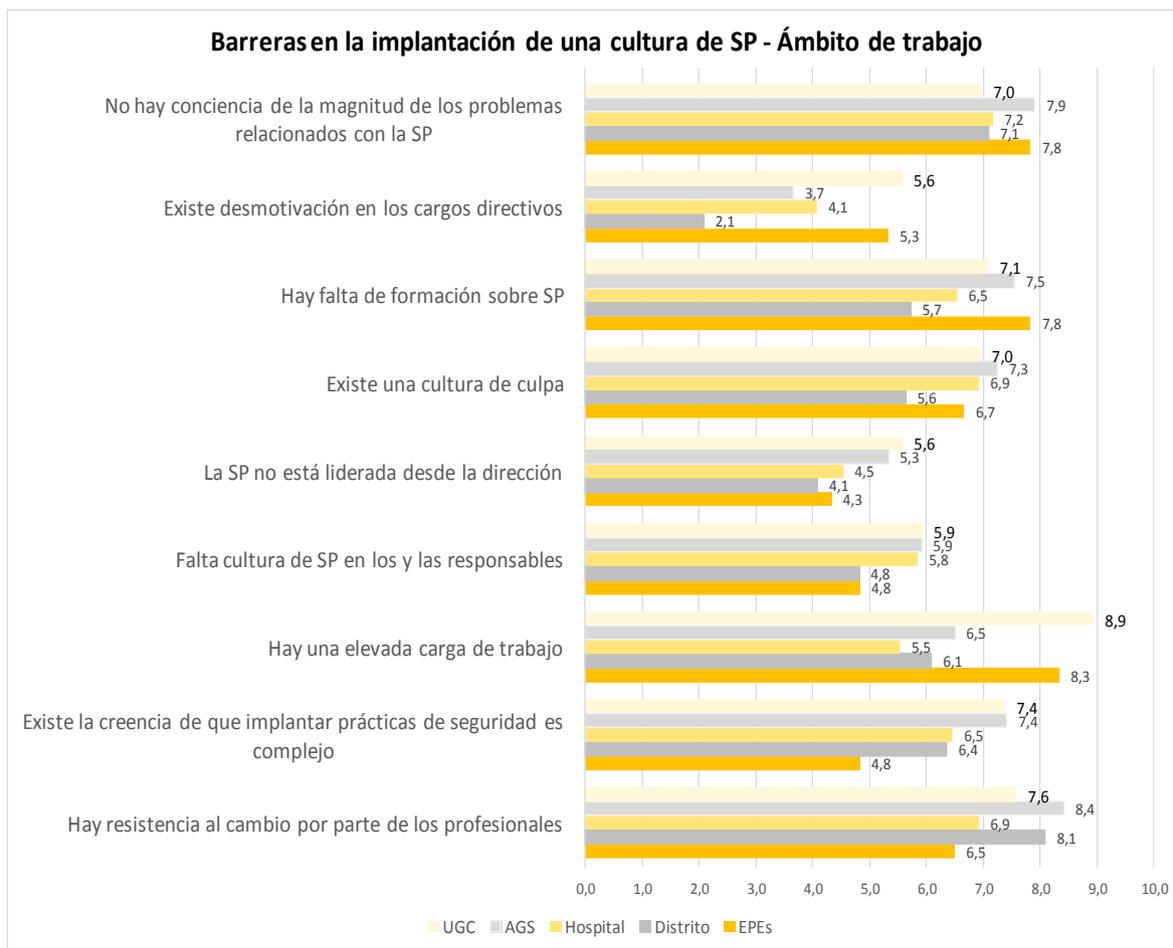


Figura 23. Barreras identificadas por personal directivo para la implantación de la cultura de seguridad, según ámbito de trabajo (continuación)



Fuente: Resultados del cuestionario sobre barreras. Informe de resultados. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública: 2017. Documento técnico sin publicar.

Las **direcciones de las UGC** han puntuado por encima de 7 las siguientes barreras:

- Hay una elevada carga de trabajo.
- Falta tiempo para realizar actividades relacionadas con la SP.
- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales.
- Existe la creencia de que implantar prácticas de seguridad es complejo.
- Hay escasez de recursos destinados a las políticas de SP.
- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades.
- El perfil profesional del personal no siempre es el adecuado.
- Hay falta de formación sobre SP.

Las principales barreras (aquellas con puntuación superior a 7) encontradas por las **direcciones-gerencias de las Áreas de Gestión Sanitaria** son:

- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales.
- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades.
- No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP.
- Hay falta de formación sobre SP.
- Existe la creencia de que implantar prácticas de seguridad es complejo.
- Existe una cultura de culpa.

Para las **gerencias de los Hospitales y Agencias Sanitarias**, la única barrera que ha obtenido una puntuación media superior a 7 ha sido la **falta de conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP**.

En los distritos de Atención Primaria, la principal barrera detectada ha sido que **‘Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales’**. Además, consideran una barrera

importante la falta de conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la Seguridad del Paciente.

Las principales barreras encontradas en el grupo de **EPES** son:

- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades.
- Hay una elevada carga de trabajo.
- No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP.
- Hay falta de formación sobre SP.

Tratando de analizar la **opinión coincidente** entre los grupos de los profesionales directivos de uno u otro ámbito, se observa que en las 6 primeras barreras (más puntuadas), todos los grupos coinciden en solo un elemento: **“Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades”**.

Si el análisis se centra en las 5 barreras principales, coinciden las siguientes barreras en 4 de los 5 grupos considerados:

- ➔ Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades (no aparece en UGC).
- ➔ No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP (no aparece en UGC).
- ➔ Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales (no aparece en EPES).

► Propuestas de mejora realizadas por el personal directivo

Este apartado recoge acciones de mejora propuestas por las 52 direcciones gerenciales participantes en el taller de junio de 2017. Estas propuestas se enfocan a facilitar la difusión y consolidación de la cultura de seguridad del paciente en el sistema sanitario público. El abordaje metodológico se basó en técnicas de debate entre expertos, consenso y priorización. En base a los resultados del cuestionario sobre barreras identificadas para cada uno de los ámbitos, cada asistente al taller identificó 2 acciones de mejora concretas en su nivel asistencia que se compartieron en el grupo. Finalmente, se hizo una priorización de las acciones surgidas en cada grupo, en base a los criterios de importancia (impacto de cada acción en la mejora de la cultura de Seguridad del Paciente) y factibilidad (entendida como las posibilidades de abordaje con los recursos existentes).

A continuación se muestran los resultados específicos para cada ámbito de trabajo. Se incluyen solo las 3 áreas de mejora propuestas que han obtenido mayor puntuación (seleccionadas entre las que lograron una importancia igual o superior a la mediana y una factibilidad igual o superior a la mediana (tabla 14).

Tabla 14. Áreas de mejora con mayor puntuación

Acciones de mejora	Importancia	Factibilidad
Direcciones de Área de Gestión Sanitaria		
Difundir resultados SP (transparencia)	11	9
Informar riesgos de medicamentos, campañas informativas a los ciudadanos ("más no es mejor")	9	8
Simplificar objetivos y burocracia	7	4

Tabla 14. Áreas de mejora con mayor puntuación

Acciones de mejora	Importancia	Factibilidad
Direcciones de Atención Hospitalaria (AH) y Agencias Públicas Sanitarias (APS)		
Entornos digitales. Contenido en aspectos de seguridad en historia clínica para continuidad, cambio turno, atención...	8	5
Discurso de seguridad en la comunicación desde gerencia	7	6
Formación específica de todos los cargos (Requisito en el perfil)	6	8
Direcciones de Distritos de Atención Primaria		
Registro de incidentes de Seguridad del Paciente (común intercentros de AP) y dar a conocer éste registro a profesionales	9	6
Utilización de las TIC (móvil) para el conocimiento y registro de incidentes, así como para la ciudadanía (pautas, dosificación etc.)	6	4
Página de seguridad del observatorio (sencilla, que facilite la declaración de incidentes y que ofrezca retroalimentación)	5	7
Direcciones de Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPEs)		
Simplificar los sistemas de notificación, tanto el proceso como la herramienta.	10	11
Recibir un <i>feedback</i> rápido de la notificación	8	8
Identificar una persona referente de los responsables o referentes	7	7

Fuente: Taller para personal directivo: seguridad del paciente. Informe de resultados. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017. Documento técnico sin publicar.

► Opiniones de la ciudadanía

En las dos fuentes de información utilizadas, la ciudadanía aportó propuestas sobre **acciones de mejora relacionadas con la seguridad del paciente**. La ciudadanía propone como áreas de mejora:

- ✓ La **comunicación e información**. Solicitan información clara sobre el diagnóstico y tratamiento. Destacan la figura de una persona de referencia, que aúne toda la información sobre la enfermedad y que coordine la actuación de los distintos profesionales y servicios.
- ✓ La **coordinación**. Ven necesario una continuidad asistencial. Para ello proponen una atención basada en protocolos. La coordinación tiene una mayor relevancia en el caso de personas pluripatológicas, con enfermedades crónicas. Es necesaria la coordinación entre todos los agentes implicados en la salud (colegio, centro sanitario, trabajo social, etc.), especialmente en zonas marginales.
- ✓ La **formación a profesionales**. La ciudadanía expone la necesidad de formarlos en temas relacionados con seguridad del paciente, en trato, comunicación con pacientes, en las patologías menos frecuentes,...
- ✓ La **formación a la ciudadanía** en temas relacionados con la seguridad del paciente. Destacan las iniciativas formativas realizadas con pacientes formadores, ya que existen experiencias que han dado muy buenos resultados.
- ✓ La **participación ciudadana**. Consideran necesario fomentar la participación en los centros sanitarios, así como dar a conocer el papel de las asociaciones a profesionales sanitarios.
- ✓ La **notificación de incidentes**. Proponen fomentar la **recogida sistemática de información sobre eventos adversos** por parte de las asociaciones.
- ✓ **Uso de las TIC**. Facilitar en las TIC la incorporación de información sanitaria de manera inmediata y permitiendo la atención no presencial en las consultas.

(7)

7. Cultura de Seguridad del Paciente

Se define la cultura de seguridad de una organización como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento de los profesionales, a nivel individual o colectivo, que determinan el estilo, la competencia y el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en una organización³⁰. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por ser capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación³¹. Según las recomendaciones del *National Quality Forum* la cultura sobre seguridad se considera una práctica esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición es necesaria como para diseñar actividades que la mejoren³².

La promoción de la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales ha sido siempre un objetivo prioritario dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Por ello, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha desarrollado durante los últimos años

distintos proyectos para adaptar y validar los cuestionarios desarrollados por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*³³ para medir la cultura de seguridad tanto para la atención hospitalaria como para la atención primaria, así como para evaluar la percepción que tienen los profesionales del sistema nacional de salud en estos ámbitos^{34,35}.

El objetivo de estos cuestionarios es sensibilizar a los profesionales, diagnosticar y evaluar la cultura de seguridad en una organización, identificar fortalezas y oportunidades de mejora, examinar las tendencias del cambio de cultura y evaluar el impacto cultural de iniciativas puestas en marcha.

7.1. OBJETIVO

Analizar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con el propósito de identificar fortalezas y debilidades.

7.3. METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo. Los cuestionarios utilizados son las versiones de los cuestionarios *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)* y *Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* adaptados y validados al español por el Ministerio de Sanidad. Las encuestas van dirigidas a todo el personal del SSPA que esté vinculado al ámbito hospitalario o de atención primaria (a fecha de mayo de 2017). La recogida de la información se ha realizado desde mayo a diciembre 2017.

La **encuesta de ámbito hospitalario** proporciona información sobre la percepción de los profesionales sobre 12 dimensiones de cultura de seguridad del paciente que engloban un total de 42 ítems, además de mostrar un indicador de la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otro sobre la existencia de un procedimiento de registro de incidentes y otro de número de eventos notificados en el último año.

La **encuesta de atención primaria** está compuesta por 57 ítems repartidos en 12 dimensiones de cultura de seguridad del paciente. Además, incluye otros ítems de percepción global del encuestado sobre la calidad y la seguridad del paciente (tabla 15).

Con los resultados en cada cuestionario, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Las frecuencias relativas de cada ítem se calculan teniendo en cuenta la reclasificación de la tabla 16. Al haber ítems formulados en negativo, se invierte la escala para que lo positivo sea siempre lo valorado como lo bueno. También se calculan los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones sumando el número de respuestas por categoría de los ítems que la componen y dividiendo por el número de respuestas totales para los ítems de dicha dimensión. Se denominan **fortalezas** a aquellos ítems en los que el porcentaje positivo es superior al 75%, mientras que se identifican como **oportunidades de mejora** aquellos en los que el porcentaje negativo se encuentra por encima de 50%.

Tabla 15. Dimensiones de los cuestionarios de atención hospitalaria y atención primaria y número de ítems incluidos

Cuestionario de atención hospitalaria (nº ítems)	Cuestionario de atención primaria (nº ítems)
Frecuencia incidentes reportados (3)	Aspectos relacionados con seguridad y calidad (12)
Percepción general de seguridad (4)	Intercambio de información con otros dispositivos (4)
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (4)	Trabajo en equipo (4)
Aprendizaje organizacional. Mejora continua (3)	Presión asistencial y ritmo de trabajo (4)
Trabajo en equipo en la unidad (4)	Formación de personal (6)
Franqueza en la comunicación (3)	Procedimientos y estandarización (5)
Feed-back y comunicación sobre errores (3)	Comunicación abierta entre el personal (4)
Respuesta no punitiva a los errores (3)	Comunicación acerca de los errores (6)
Dotación de personal (4)	Seguimiento de la atención al paciente (4)
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente (3)	Apoyo de la dirección (4)
Trabajo en equipo entre unidades (4)	Aprendizaje organizacional (3)
Problemas en cambios de turno y transiciones (4)	Percepción general de la seguridad y de la calidad (4)

Tabla 16. Clasificación de frecuencias relativas a cada ítems o dimensión

Negativo		Neutro	Positivo	Claramente positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	
Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	1 o 2 veces en los últimos 12 meses	Ninguna en los últimos 12 meses
Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente	

Para evaluar este objetivo se ha utilizado como fuente de información el análisis realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública y el informe preliminar elaborado por ella³⁶.

7.4. RESULTADOS

► Perfil de los encuestados

Se han obtenido un total de 22091 encuestas a fecha de diciembre de 2017 siendo un 64% encuestas de ámbito hospitalario y el resto de primaria. El perfil de los profesionales que han respondido la encuesta es un 63% de mujeres, el 36% entre 50-60 años, un 10% de profesionales en formación, un 85% realizan una actividad asistencial, el 90% son profesionales

sanitarios (42% de medicina, 54% de enfermería y 4% de otras especialidades), el 69% de los encuestados llevan más de 6 años trabajando en el mismo centro sanitario y la mayoría trabaja en turno de mañana.

► Cuestionario de atención hospitalaria

Se han registrado 14091 encuestas a fecha de diciembre de 2017. El perfil de los profesionales que han contestado la encuesta es un 72% de mujeres, un 12% de profesionales en formación, más del 86% realizan una actividad asistencial, el 93% son profesionales sanitarios (35% de medicina, 59% de enfermería y 6% de otras especialidades), el 73% de los encuestados llevan más de 6 años trabajando en el mismo centro sanitario y la mayoría trabaja en turno de mañana.

Más del 50% de los encuestados califica la seguridad del paciente en su unidad/servicio como muy buena o excelente. El 71% conocen de la existencia de un procedimiento para notificar incidentes y eventos adversos aunque el 62,61% responde que no han realizado ninguna notificación en los últimos 12 meses.

Como se muestra en la tabla 17, sólo destaca como fortaleza la dimensión “Trabajo en equipo en las unidades/servicios” (79,22%). No obstante, en positivo también destaca la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión para promover la seguridad del paciente” (72,66%). Estas dos dimensiones se corresponden con las mejor valoradas en el estudio nacional con porcentajes del 71,8% y 61,8% respectivamente³⁴.

Tabla 17. Distribución de resultados de las dimensiones del cuestionario del ámbito hospitalario

Dimensiones (número de ítems)	% negativo	% neutral	% positivo (% claramente positivo)
Frecuencia incidentes reportados (3 ítems)	20,11	25,35	54,53 (28,11)
Percepción general de seguridad (4)	25,23	21,05	53,72 (13,06)
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (4)	7,73	19,58	72,66 (49,38)
Aprendizaje organizacional. Mejora continua (3)	14,19	17,97	67,85 (19,07)
Trabajo en equipo en la unidad (4)	8,09	12,68	79,22 (32,44)
Franqueza en la comunicación (3)	10,79	23,71	65,49 (31,06)
<i>Feed-back</i> y comunicación sobre errores (3)	13,52	28,97	57,50 (27,92)
Respuesta no punitiva a los errores (3)	29,82	27,23	42,96 (8,62)
Dotación de personal (4)	44,57	20,37	35,06 (9,45)
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente (3)	26,25	26,99	46,76 (11,14)
Trabajo en equipo entre unidades (4)	20,44	27,87	51,68 (9,92)
Problemas en cambios de turno y transiciones (4)	17,36	21,47	61,18 (13,39)

Fuente: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en profesionales del SSPA. Informe de resultados. Abril 2018. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública

En cuanto a ítems sobresalen por su alto porcentaje positivo los siguientes:

- ✓ El personal se apoya mutuamente en esta unidad (82,69%)
- ✓ En esta unidad, el personal se trata con respeto (86,16%)
- ✓ Mi superior considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (77,82%)
- ✓ Cuando se detecta un fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir (77,81%)
- ✓ El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente (76,64%)
- ✓ Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos (75,42%).

A diferencia de lo que ocurre en el estudio nacional³⁴, la dimensión “Dotación de personal” no se identifica en el SSPA como oportunidad de mejora (>50% en resultados negativos) pero si como una debilidad (44,57%).

► Cuestionario de atención primaria

Se han registrado 7982 encuestas a fecha de diciembre de 2017. El perfil de los profesionales que han contestado la encuesta es un 61% de mujeres, un 8% de profesionales en formación, un 81% realizan una actividad asistencial, el 84% son profesionales sanitarios (53% de medicina, 42% de enfermería y 5% de otras especialidades), el 62% de los encuestados llevan más de 6 años trabajando en el mismo centro sanitario y más del 78% trabajan en turno de mañana.

El 80% de los encuestados evaluaron la seguridad del paciente de su centro de salud como positiva (buena, muy bueno o excelente) y el 38,1% como muy positiva (muy bueno o excelente).

Sobre la valoración de la calidad asistencial en su centro (asistencia centrada en el paciente, efectiva, a tiempo, eficiente y equitativa), todas las dimensiones presentan una percepción positiva (muy bueno o excelente) por más del 50% de los encuestados.

Se han identificado 5 dimensiones como fortalezas en atención primaria (tabla 18): “Aspectos relacionados con la seguridad y la calidad” (90,26%), “Intercambio de información con otros dispositivos” (82,41%), “Trabajo en equipo” (79,78), “Aprendizaje organizacional” (78,87%) y “Seguimiento de la atención al paciente” (77,61%). Iguales dimensiones que las evidenciadas en el estudio nacional³⁵. En cuanto a los ítems del cuestionario, son muchos los que han obtenido unos resultados positivos por encima del 75% por parte de los profesionales de atención primaria del SSPA.

La única dimensión identificada como oportunidad de mejora es la relacionada con la “presión asistencial y el ritmo de trabajo” (58,15%) al igual que ocurre en el estudio nacional³⁵.

En todo el cuestionario, hay dos ítems que destacan sobre el resto por su alto porcentaje de resultados negativos:

- ✓ Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro (73,35%)
- ✓ Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente (61,29%)

Tabla 18. Distribución de resultados de las dimensiones del cuestionario de atención primaria

Dimensiones	% negativo	% neutral	% positivo (% claramente positivo)
Aspectos relacionados con la seguridad y calidad (12 ítems)	5,13	4,60	90,26 (75,41)
Intercambio de información con otros dispositivos (4)	8,88	8,70	82,41 (58,13)
Trabajo en equipo (4)	9,19	11,03	79,78 (37,26)
Presión asistencial y ritmo de trabajo (4)	58,15	19,49	22,36 (4,40)
Formación de personal (6)	19,03	18,71	62,26 (18,12)
Procedimientos y estandarización (5)	15,68	18,66	65,66 (17,57)
Comunicación abierta entre el personal (4)	10,78	24,86	64,36 (27,50)
Comunicación acerca de los errores (6)	8,49	20,97	70,54 (36,13)
Seguimiento de la atención al paciente (4)	7,04	15,35	77,61 (36,87)
Apoyo de la dirección (4)	19,64	20,73	59,63 (17,98)
Aprendizaje organizacional (3)	7,39	13,74	78,87 (24,46)
Percepción general de la seguridad y de la calidad (4)	13,30	16,86	69,83 (19,43)

Fuente: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en profesionales del SSPA. Informe de resultados. Abril 2018. Granada: Escuela Andaluza de salud Pública

Con la alta participación (22.091 encuestas) y los resultados obtenidos, se puede afirmar que a nivel general la percepción de la cultura de seguridad del paciente es positiva entre los profesionales del SSPA. Esta percepción positiva es mayor en atención hospitalaria que en atención primaria. No obstante, los profesionales de atención primaria ponen de manifiesto un mayor número de fortalezas frente al ámbito hospitalario. Asimismo, a raíz de los resultados se identifican algunas actuaciones, ya propuestas en los estudios nacionales^{34,35}, que podrían mejorar la cultura de la seguridad del paciente en los hospitales y centros de atención primaria del SSPA:

- Promover la comunicación, discusión y análisis de los riesgos, incidentes o eventos que ocurran y potenciar el aprendizaje colaborativo.
- Fomentar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la dirección/gerencia de los centros.
- Mejorar la dotación y la organización del personal y los ritmos de trabajo a los que se puedan ver sometidos los profesionales.
- Promover la coordinación entre unidades y servicios y la responsabilidad compartida.



Atención al Ciudadano

Síntesis de Resultados

Síntesis de Resultados

La Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA 2011-2014 se desarrolló con un enfoque dirigido al fomento de la participación ciudadana en su seguridad y a la consolidación de las unidades de gestión clínica como modelos de organización e interrelación entre profesionales y pacientes. Igualmente, en ella se enfatizó en el desarrollo del liderazgo profesional y en el fortalecimiento de las prácticas seguras.

En este apartado se muestran para cada una de las 7 metas incluidas en la Estrategia, y para los objetivos propuestos, una síntesis con los principales logros o avances, así como algunas áreas u oportunidades de mejora identificadas tras el análisis de la implementación de la estrategia realizado en los capítulos anteriores.

Como primera premisa, resaltar que la valoración general sobre seguridad del paciente que tienen la mayor parte de los profesionales del SSPA es positiva (buena, muy buena o excelente), tal y como se muestra en las más de 20.000 encuestas recibidas. Esta percepción

resulta mayor en atención hospitalaria que en atención primaria. No obstante, los profesionales de atención primaria ponen de manifiesto un mayor número de fortalezas en cuanto a las dimensiones analizadas en los cuestionarios frente a los de atención hospitalaria (tabla 19)³⁶.

Tabla 19. Resultados del cuestionario de cultura de seguridad

	Cuestionario de atención hospitalaria	Cuestionario de atención primaria
Valoración general sobre seguridad del paciente	<p>Excelente 9,42%</p> <p>Muy bueno 41,04%</p> <p>Bueno 38,63%</p>	<p>Excelente 8,81%</p> <p>Muy bueno 29,29%</p> <p>Bueno 41,32%</p>
Fortalezas	<p>Trabajo en equipo entre unidades</p> <p>Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente</p>	<p>Aspectos relacionados con seguridad y calidad</p> <p>Intercambio de información con otros dispositivos</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Aprendizaje organizacional</p> <p>Seguimiento de la atención al paciente</p>
Oportunidades de mejora	Dotación de personal	Presión asistencial y ritmo de trabajo

Los avances y las oportunidades de mejora para cada una de las metas incluidas en la Estrategia 2011-2014 se describen a continuación.

META

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

1.1

► **Objetivos incluidos**

- Mejorar el conocimiento en seguridad de la ciudadanía facilitando el acceso a la formación.
- Desarrollar nuevos canales de información y participación de la ciudadanía.
- Implicar a la persona en su seguridad, siendo corresponsable con los profesionales en su garantía.

► **Logros o avances**

La seguridad del paciente se establece en nuestra Comunidad como un derecho, tal y como recoge recientemente Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública:

- Artículo 21. Derecho a la seguridad del paciente: “La ciudadanía tendrá derecho a que se establezca una estrategia de seguridad del paciente que tenga por objetivo

la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros y disminuyendo la incidencia de daños accidentales.”

- Artículo 22. Calidad de los servicios: “El SSPA tiene como una de sus prioridades la calidad de los servicios para lo que establecerá sistemas de gestión de la calidad asistencial, con especial interés en la seguridad del paciente.

Otros logros se refieren principalmente a la formación, información y participación de la ciudadanía.

Entre ellos, cabe destacar que más del 50% de las unidades de gestión clínica disponen de documentos de información dirigidos a pacientes ante procesos de alto riesgo y de comisiones de participación donde se han incorporado objetivos de seguridad del paciente y han elaborado procedimientos para dar a conocer a la ciudadanía de las medidas encaminadas a garantizar la seguridad en la prestación sanitaria.

Se han formado a pacientes en aspectos relacionados con la seguridad a través de la Escuela de Pacientes, formación entre iguales y con profesionales. Más de 8000 personas que han recibido esta formación asistiendo a 500 cursos.

Se han desarrollado por el Observatorio para la Seguridad del Paciente y la Escuela de Pacientes varias aplicaciones móviles dirigidas a pacientes y ciudadanos con contenidos relacionados con la mejora de su seguridad (Pregunta por tu salud, RecuerdaMed, Listeo...), así como se ha puesto de disposición de la ciudadanía y profesionales de un catálogo de aplicaciones reconocidas con el distintivo AppSaludable por demostrar su calidad y seguridad.

► Oportunidades de mejora

Aunque la ciudadanía actualmente puede notificar incidentes relacionados con su seguridad al Sistema de notificación de incidentes del SSPA para que puedan ser analizados por las unidades es algo anecdótico, por lo que se hace necesario su extensión y potenciar su despliegue.

Además, entre las oportunidades de mejora detectadas en esta meta se identifican la difusión a la ciudadanía de la Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA, así como la incorporación del paciente en el despliegue de esta estrategia participando activamente en la edición de materiales, desarrollo de procedimientos, prevención de riesgos o difusión de resultados. Igualmente se observan como áreas de mejora el establecimiento de catálogos de buenas prácticas para pacientes y cuidadores o el desarrollo de un itinerario formativo específico para ciudadanía.

Por otro lado, los profesionales proponen, en la evaluación del III Plan de Calidad, la necesidad de mejorar la implicación de los pacientes en su seguridad, impulsando actuaciones relacionadas con la información y formación o con la corresponsabilidad en la utilización de recursos, así como la transparencia sobre los resultados de la atención sanitaria dirigidos a la ciudadanía. Por su parte, la ciudadanía coincide con los profesionales en algunas actuaciones proponiendo mejorar aspectos relacionados con la comunicación e información recibida por parte de los profesionales, la coordinación para garantizar la continuidad asistencial entre niveles y ampliar el uso de las tecnologías de la información y comunicación facilitando la incorporación de información sanitaria de manera inmediata y permitiendo la atención no presencial en las consultas.

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.

2.1

► Objetivos incluidos

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

► Logros o avances

En relación a las competencias en seguridad, la formación, la comunicación y trabajo en equipo en los profesionales, cabe resaltar que todos los mapas de competencias profesionales elaborados incorporan una competencia transversal en seguridad del paciente y todos los manuales de acreditación de competencias profesionales incluyen evidencias relacionadas con la seguridad del paciente.

Uno de los aspectos con mayor desarrollo ha sido la formación, contando con un programa de formación único (itinerarios formativos) con el que se ha logrado extender una formación básica y avanzada en seguridad a 16.500 profesionales. Además la presencia del tema “seguridad del paciente” en formación continuada acreditada que ha sido igualmente relevante: más de 2.300 actividades formativas con contenido de seguridad del paciente que corresponden a 120.000 horas de formación y 275.000 profesionales.

La dimensión trabajo en equipo dentro de la unidad se ha identificado como una fortaleza en los cuestionarios sobre cultura de seguridad en atención hospitalaria y primaria. Estos últimos también han destacado como fortaleza el intercambio de información con otros dispositivos. En cuanto al trabajo desarrollado por las unidades, más del 60% cuentan con algún profesional de la UGC que ha realizado el Itinerario formativo en seguridad del paciente ofertado por la EASP y ha desarrollado protocolos de comunicación en los trasposos o transferencias de pacientes.

► Oportunidades de mejora

Se han identificado como oportunidades de mejora la evaluación de las buenas prácticas en seguridad dentro de los mapas de competencias para reconocer las necesidades formativas de los profesionales y la elaboración de mapas de competencias específicos para responsables o personas que ejerzan su liderazgo en seguridad del paciente. Por otro lado, los directivos proponen la necesidad de formación específica en seguridad de todos los cargos como requisito en el perfil. Igualmente, la falta de coordinación entre las diferentes unidades o servicios se ha señalado como una de las principales barreras para la implantación de una cultura de seguridad por lo que es pertinente seguir trabajando para potenciar la comunicación, colaboración y coordinación entre profesionales, unidades, centros y ámbitos asistenciales.

META

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

2.2

► Objetivos incluidos

- Fomentar una organización transparente en seguridad del paciente, no punitiva, que facilite la comunicación de eventos adversos y desarrolle una política de prevención.
- Incorporar a la toma de decisiones de los directivos los desarrollos de la ESP en sus centros y UGC.
- Promover el desarrollo de líneas de investigación en seguridad del paciente en las UGC, centros e instituciones, que incorporen innovaciones tecnológicas y organizativas.

► Logros o avances

Entre los principales logros con respecto a la notificación y gestión de incidentes, el liderazgo y compromiso dentro de las unidades, centros y organización y la investigación e innovación en seguridad del paciente cabe reseñar que todos los hospitales y distritos de atención primaria disponen de sistemas de notificación y gestión de incidentes de seguridad. La mayoría de los centros utiliza el Sistema de notificación de incidentes del SSPA, alojado en el Observatorio

para la Seguridad del Paciente, en exclusividad o en combinación con uno propio. Todas las organizaciones sanitarias (hospitales y distritos) y más del 60% de las unidades asistenciales cuentan al menos con un gestor a nivel local que recibe las notificaciones realizadas en su unidad y se responsabiliza de gestionarlos.

Durante el periodo 2011-2017 se han recibido más de 16.000 notificaciones en el Sistema de notificación de incidentes del SSPA, casi el 25% de estas en el último año.

La puesta en marcha de la aplicación AVIZOR para la notificación a través de dispositivos móviles de riesgos e incidentes en seguridad, lo que facilita y agiliza la notificación. En 2017, el 14,5% se ha realizado a través de esta vía.

Un alto porcentaje de unidades refiere, y se ha visto demostrado en los procesos de certificación de estas, que tiene implantados procedimientos para la notificación de incidentes y que los analiza de forma sistemática para la implantación de áreas de mejora. Igualmente las unidades comentan que sus directores participan activamente comentando logros alcanzados y acciones de mejora.

Una de las dimensiones mejor valoradas dentro de los cuestionarios de cultura de seguridad está relacionado con el liderazgo por parte de los cargos intermedios ya que un alto porcentaje de profesionales, tanto en atención primaria como hospitalaria, valora positivamente las expectativas y actuaciones de la dirección y supervisión para promover la seguridad del paciente. Igualmente, la dimensión relacionada con el aprendizaje organizacional y la mejora continua obtiene buenos resultados.

Los Contratos Programas y Acuerdos de gestión incorporan compromisos explícitos con la seguridad del paciente. Asimismo, todos los manuales de certificación de unidades y centros incorporan estándares relacionados con la seguridad del paciente. Destacar que en 2017 se ha realizado una actualización del manual dirigido a unidades de gestión clínica donde se han visto reforzados estos aspectos.

► Oportunidades de mejora

Hay que seguir potenciando la notificación y gestión de incidentes de seguridad y la utilización del Sistema de notificación del SSPA para gestionar los riesgos, compartir las acciones de mejora implantadas y contribuir al aprendizaje a nivel organizacional. Algunas acciones de mejora propuestas por los directivos van en este sentido.

Aunque el desarrollo de la cultura de seguridad y su incorporación a la práctica asistencial es valorado positivamente, aún se identifican barreras para su avance por profesionales y directivos: la sobrecarga de trabajo, señalada como la principal barrera para la extensión de la cultura de seguridad del paciente, la falta de conciencia sobre la magnitud de los problemas de seguridad, la resistencia al cambio, la cultura de culpa y el uso y gestión de las notificaciones de eventos (registro, análisis, feed-back, mejora y aprendizaje).

La mayoría de los hospitales y distritos cuentan con unidades de gestión de riesgo, comisiones de seguridad o similares, con miembros y funciones definidas. No obstante, hay que potenciar que estas comisiones o unidades se establezcan y funcionen adecuadamente dentro de todos los centros y unidades. Igualmente, hay que fomentar la elaboración y evaluación de planes de seguridad dentro de las unidades y centros y el establecimiento de indicadores que faciliten el seguimiento. Los líderes o referentes de seguridad tienen que estar perfectamente identificados por la organización y por los profesionales.

Por otro lado, menos del 30% de las unidades refiere disponer de grupos de investigación que estudien aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Por tanto, otra oportunidad de mejora identificada está relacionada con el fomento de líneas de investigación e innovación en seguridad del paciente y la transferencia de resultados a la práctica clínica de los proyectos desarrollados.

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.

3.1

► Objetivos incluidos

- Impulsar una red de centros y unidades que compartan información a tiempo real sobre las prácticas seguras implantadas y las acciones para lograrlo.
- Promover el desarrollo de comunidades de práctica en seguridad del paciente, incorporando el uso de las redes sociales como vehículo de cooperación, intercambio y participación entre profesionales, ciudadanos y gestores.

► Logros o avances

Algunos avances relacionados con el uso de redes de cooperación y colaboración entre profesionales, unidades, centros e instituciones (Red de centros, comunidades de prácticas, redes sociales...) se describen a continuación.

Aproximadamente 1200 centros y unidades sanitarias del SSPA y 147 organizaciones de fuera del sistema forman parte de la Red de centros y unidades que trabajan en la implantación de prácticas seguras en el Observatorio para la seguridad del paciente.

Se han reconocido a un total 554 centros y unidades por el trabajo desarrollado para implantar determinadas prácticas seguras priorizadas por la Consejería. Así, el Observatorio para la Seguridad del Paciente, ha otorgado 319 distintivos Manos seguras (mejora de la higiene de las manos), 107 distintivos Prácticas seguras en cirugía (implantación de listados de verificación de seguridad quirúrgica) y 128 distintivos Centros contra el dolor (mejoras en la atención a pacientes con dolor).

Se han compartido y difundido a través de la Red de centros más de 60 recursos de utilidad e interés, dirigidos a centros, profesionales y ciudadanos, para el desarrollo, implantación y evaluación de prácticas seguras.

Se han utilizado las Redes sociales del Observatorio para la Seguridad del Paciente como vía para compartir y difundir información de interés y actualidad entre profesionales y entidades a nivel regional, nacional e internacional.

► Oportunidades de mejora

Entre las áreas de mejora se identifican la incorporación en la Red de centros, por parte de los centros y unidades, de experiencias que hayan demostrado impacto en seguridad del paciente en cuanto a mejoras de resultados en salud, así como el desarrollo de nuevas herramientas o distintivos que favorezcan y reconozcan la implantación de prácticas seguras.

META

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

3.2

► Objetivos incluidos

- Garantizar el desarrollo e incorporación de elementos de prevención de daño en las políticas, estrategias y procedimientos dirigidos a pacientes, especialmente de alto riesgo.
- Adecuar la organización de la UGC para la prestación de atención segura a la persona, adaptada a sus características, su diversidad y sus necesidades.
- 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.
- Implementar acciones específicas relacionadas con la atención sanitaria segura exenta de infecciones asociadas a la misma, la seguridad en los procesos quirúrgicos, la seguridad del paciente en los laboratorios clínicos y servicios de radiodiagnóstico, la seguridad en el uso de fármacos y la seguridad en las transferencias del paciente.

► Logros o avances

Son muchos los avances logrados en los últimos años relacionados con la prevención de riesgos, la prestación de una atención segura adaptada a la persona, la integración con planes y estrategias y la implementación de prácticas seguras.

Todos los hospitales disponen de protocolos para garantizar la identificación inequívoca de pacientes. El sistema más utilizado es la pulsera que contiene al menos dos identificadores inequívocos. En la mayoría de hospitales está implantado en el área de hospitalización, urgencias y área quirúrgica. Igualmente, la gran mayoría de unidades acreditadas tienen establecidos procedimientos de identificación de pacientes, y de muestras, para aplicarlos antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de potencial riesgo.

Respecto a la Seguridad en el proceso quirúrgico, mencionar que casi todos los hospitales disponen de protocolos para la implantación de los listados de verificación de seguridad quirúrgica en cirugía programada.

En el uso seguro de la medicación hay que comentar que casi el 80% de los hospitales cuenta con protocolos para la implementación de la conciliación de la medicación al ingreso y al alta y el 63% también durante las transiciones. En las unidades se potencia el uso responsable y seguro de los medicamentos. Se han desarrollado e implantado sistemas de ayudas a la prescripción para los profesionales. Implantación del Sistemas de dispensación de dosis unitaria en los hospitales. Implantación del sistema de prescripción electrónica intrahospitalaria. Elaboración de procedimientos y herramientas de ayuda para la revisión de la medicación en personas polimedcadas o pluripatológicas. Impulso de actividades para la revisión de pacientes con potenciales problemas de prescripción.

En cuanto a la prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, el 100% de las camas de las unidades de cuidados intensivos y el 97,8% del resto de las camas hospitalarias

disponen de productos de base alcohólica (PBA) en el punto de atención al paciente. La mayoría de las UGC de atención primaria disponen de PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria. El consumo medio de PBA ha aumentado en los últimos años. En hospitalización es ligeramente superior a la media nacional (32,63 litros por 100 pacientes frente a 30,2) mientras que en atención primaria está muy por debajo (18,4 litros por cada 1000 consultas frente a 44,4). Desarrollo e implantación del Programa Integral de prevención y Control de Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de antimicrobianos (PIRASOA) y de los programas de seguridad del paciente en las unidades de cuidados críticos (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero...).

► Oportunidades de mejora

Hay que mejorar en gestión de riesgos. Definir y actualizar por las unidades y centros los mapas de riesgos incluyendo en ellos los momentos de información al paciente sobre los aspectos relacionados con su seguridad. Monitorizar los puntos críticos de seguridad en los procesos asistenciales y difundir los resultados.

Potenciar la Identificación inequívoca, garantizando la verificación por parte de los profesionales de la identidad del paciente, de su información clínica o de sus pruebas diagnósticas antes de la prestación de la atención.

Es importante asegurar la cumplimentación correcta de los listados de verificación de seguridad quirúrgica por la persona y en el momento adecuado para poder identificar posibles riesgos ante una intervención quirúrgica. En este campo también es necesario potenciar la participación activa de pacientes y familia en el desarrollo del proceso quirúrgico.

En el apartado de la medicación hay que seguir impulsando las actividades dirigidas al manejo de los medicamentos de alto riesgo existentes en los centros, actualizando los protocolos.

También hay que incidir en la importancia de la autoevaluación de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales utilizando el cuestionario validado por el *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP). Desarrollar más herramientas de ayuda para evitar errores de medicación. Extender a consultas externas y urgencias los sistemas de prescripción electrónica. Garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de productos sanitarios y medicamentos y la adecuación de los tratamientos farmacológicos, en especial en pacientes de riesgo. Potenciar la realización de la conciliación y de la revisión de tratamientos a pacientes pluripatológicos, polimedicados y crónicos.

Referente a las actividades orientadas a la prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, hay que potenciar la higiene de manos, en menos del 50% de las ocasiones donde se ha observado las acciones de higiene de manos, estas se han realizado correctamente con PBA. Además hay que consolidar los programas de vigilancia, control y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria puestos en marcha y extenderlos a otros ámbitos de atención.

Es necesario trabajar para disponer de procedimientos de actuación relativos a la inmovilización y restricción de pacientes dirigidos especialmente a los pacientes con riesgo de vulnerabilidad.

En el ámbito de las pruebas diagnósticas, potenciar iniciativas para la prevención, detección y análisis de los riesgos en los laboratorios. Garantizar la seguridad en los procesos de transfusión de sangre y hemoderivados.

Y mejorar la transferencia de los pacientes, asegurando una correcta continuidad asistencial verificando los componentes imprescindibles durante las transferencias. Fomentar la comunicación con los centros sociosanitarios o asociaciones para garantizar la seguridad en las transiciones entre niveles. Registrar en historia clínica y/o informes de cuidados la planificación de los cuidados a realizar por el paciente.

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.

3.3

► Objetivos incluidos

- Promover acciones de prevención y mejora continua en los centros que garanticen la prestación de la atención sanitaria en infraestructuras seguras.
- Garantizar un entorno seguro a pacientes y familiares, mediante el adecuado mantenimiento de las instalaciones del centro sanitario.
- Promover acciones de mejora continua en el centro para garantizar un control adecuado y sistemático de materiales peligrosos.
- Prestar una asistencia sanitaria segura, garantizando el cumplimiento de las características de calidad de todo el equipamiento del centro.
- Actualizar las competencias profesionales para asegurar su participación en la prevención de riesgos asociados con las infraestructuras, los dispositivos clínicos y los equipos médicos.

► Oportunidades de mejora

Aunque se proporciona formación a través de las unidades de prevención de riesgos laborales sobre los riesgos y medidas a establecer dentro de los puestos de trabajo son muchas las actuaciones necesarias a desarrollar para avanzar en la prevención y control de riesgos asociados a dispositivos, equipamientos, infraestructuras, materiales, etc.

Es importante conocer, registrar y controlar las condiciones de seguridad del espacio y las instalaciones para la adecuada y segura realización de la actividad asistencial, llevando un control adecuado y sistemático de materiales peligrosos.

Igualmente, es necesario garantizar la utilización segura del equipamiento electromédico (revisión, funcionamiento, formación, responsabilidades...) y trabajar para incluir cláusulas de seguridad en los contratos de mantenimiento, reforma e instalaciones de los centros.

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.

3.4

► **Objetivos incluidos**

- 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.
- 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.

► **Logros o avances**

Se ha identificado a los responsables o referentes de seguridad de todas las organizaciones que conforman el SSPA (hospitales, distritos, áreas de gestión y agencias públicas) y se ha establecido con ellos mecanismos de comunicación. Estos profesionales han actuado de

transmisores de la información a las unidades asistenciales. Por otro lado, la Estrategia para la Seguridad del Paciente, a través del Observatorio para la Seguridad del paciente, ha desarrollado una herramienta dirigida a las unidades de gestión clínica para que autoevalúen el grado de cumplimiento de las actuaciones incluidas en la Estrategia, permitiendo tener información sobre su desarrollo y prioridades de manera anual.

► Oportunidades de mejora

A pesar de los avances, hay que consolidar una estructura estable que facilite y garantice el desarrollo, implantación y evaluación de actuaciones para reducir, prevenir o controlar los riesgos para la seguridad del paciente en el SSPA.

Bibliografía

1. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006.
2. Caminando hacia la excelencia. II Plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
3. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
4. Análisis de la implementación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2006-2010. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
5. Informe de resultados. Evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente a nivel de unidades de gestión clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2016 Feb. Report No.: IR 2016/1
6. Seguridad del paciente en la ACSA. Contribución a la Estrategia para la Seguridad del Paciente (2011-2014). Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2018 Feb. Report No.: IR 2018/2
7. Informe de resultados. Indicadores de seguridad del paciente. Andalucía 2016. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017. Report No.: IR 2017
8. Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
9. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. Cádiz: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial; 2012
10. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sanitarios. Cádiz: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial; 2012

11. Evolución del Sistema de notificación y gestión de incidentes (2011-2017). Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2018 Feb. Report nº IR 2018/1.
12. MM Walton et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. Qual Saf Health Care. 2006; 15:437-442.
13. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition Geneva: World Health Organization; 2011.
14. Escuela de pacientes [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía. Disponible en: www.escueladepacientes.es
15. Lorig KR, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001;39(11):1217-23
16. Danet A, et al. Chronicity and use of health services: peer education of the School of Patients. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03280.
17. Programa Integral de Prevención y Control de Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de antimicrobianos [internet]. Sevilla: Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud; 2018. Disponible en: <http://www.iavante.es/es/programa-piraso>
18. Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el sistema de vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria
19. Observatorio para la Seguridad del Paciente [internet]. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible en: observatorioseguridaddelpaciente.es

20. Certificación ACSA [internet]. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/certificacion-acsa/>
21. Manual de estándares Unidades de Gestión Clínica ME 5 1_07. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017.
22. Evaluación del Plan de Calidad 2010-2014 del Sistema Sanitario Público de Andalucía: perspectiva de los profesionales. Sevilla: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, 2015.
23. Ley de Salud Pública de Andalucía. Ley 16/2011 de 23 de diciembre. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 255, (31-12-2011).
24. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013
25. Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
26. Resultados del cuestionario sobre barreras. Informe de resultados. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017. Documento técnico sin publicar.
27. Taller para personal directivo: seguridad del paciente. Informe de resultados. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017. Documento técnico sin publicar.
28. Evaluación desde la perspectiva de la ciudadanía del Plan de Calidad del SSPA 2010-2014. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.. Documento técnico sin publicar.
29. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Informe de resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

30. Más que palabras: Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico definitivo. Enero 2009. WHO 2009.
31. La seguridad del paciente en 7 pasos. Agencia Nacional para la Seguridad del paciente. Reino Unido. 2005.
32. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update.: A consensus report. Washington, DC. NQF;2010
33. Surveys on patient Safety Culture / Agency for Healthcare research and quality [internet][consultado abril 2018]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/index.html>
34. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
35. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
36. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en profesionales del SSPA. Informe de resultados. Abril 2018. Granada: Escuela Andaluza de salud Pública; 2018.



JUNTA DE ANDALUCIA