



2011•2016



Plan ESTRATÉGICO

**de seguridad
de pacientes**

del Servicio Extremeño de Salud

2011
2016



Plan
ESTRATÉGICO
de seguridad
de pacientes
del Servicio Extremeño de Salud

Edita:

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia
Servicio Extremeño de Salud

Coordinador:

Leopoldo Elvira Peña

Autores/as:

M^a Fernanda Bernal Rodríguez
Leopoldo Elvira Peña
Asunción Escudero Soriano
Eladio Garrote Sastre
Carmen Gómez González
Raquel Rodríguez Llanos
Beatriz Rodríguez Pérez
Alejandra Tiburcio Domínguez
José Julio Valentín Delgado
Isabel Vasco González
Beatriz Vázquez Domínguez

Colaboradores/as:

Susana Batres Gómez
Javier Berrocoso López
Rafael Menas Miranda

I.S.B.N.:

978-84-96958-84-5

Dép. Legal:

CC-000797-2011

Diseño y Maquetación:

RC&Media - Cáceres

Impresión:

Imprenta Moreno - Montijo



Plan
ESTRATÉGICO
de seguridad
de pacientes
del Servicio Extremeño de Salud

Índice



PRESENTACIÓN	8
1. INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL	10
1.1 IDEAS CLAVE EN SEGURIDAD DE PACIENTES	
1.2 METODOLOGÍA	
1.3 MARCO CONCEPTUAL	
1.4 MARCO NORMATIVO	
1.5 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL PLAN ESTRATÉGICO	
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	24
2.1 ESTUDIOS DE EVENTOS ADVERSOS EN ESPAÑA	
2.2 ESTUDIO DE EVENTOS ADVERSOS EN EXTREMADURA	
2.3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN “DAFO” DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	
2.4 ENTORNO DEMOGRÁFICO Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
2.5 INICIATIVAS DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD EN SEGURIDAD DE PACIENTES	
3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS: OBJETIVOS, ACTUACIONES E INDICADORES	40

ESTRATEGIA 1: LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN Y CULTURA DE SEGURIDAD

- 3.1 LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN Y CULTURA
 - 3.1.1 *Estructura organizativa para la seguridad de pacientes*
 - 3.1.2 *Cultura de seguridad de pacientes*
 - 3.1.3 *Fomento de la participación profesional y liderazgo local*
 - 3.1.4 *Sistemas de información sanitaria y seguridad de pacientes*
 - 3.1.5 *Indicadores de seguridad de pacientes*
 - 3.1.6 *Observatorio de seguridad de pacientes del Servicio Extremeño de Salud*
 - 3.1.7 *Participación ciudadana*
 - 3.1.8 *Formación*
 - 3.1.9 *Investigación e innovación*

ESTRATEGIA 2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DE PACIENTES

- 3.2 SISTEMAS DE APRENDIZAJE Y CAMBIO
 - 3.2.1 *Mapas de riesgos*
 - 3.2.2 *Análisis de riesgos e incidentes*
 - 3.2.3 *Sistemas de notificación*
 - 3.2.4 *Análisis de otras fuentes de información*

3.3 IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS EN SEGURIDAD

3.3.1 Estándares e indicadores de seguridad

3.3.2 Manuales de prácticas seguras

3.3.3 Protocolos de gestión de riesgos

3.3.4 Alertas en seguridad de pacientes

3.3.5 Puntos críticos en procesos operativos y prácticas seguras

- Barreras arquitectónicas, señalización y seguridad estructural
- Identificación inequívoca de pacientes
- Comunicación
- Uso seguro de medicamentos
- Infección asociada a la asistencia sanitaria
- Transfusiones y hemoderivados
- Seguridad en la práctica quirúrgica
- Riesgo de caídas y accidentes
- Úlceras por presión
- Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar
- Contención mecánica
- Seguridad en salud mental
- Desnutrición y deshidratación
- Extubaciones no planificadas
- Continuidad asistencial
- Valoración de pacientes con traumatismo en situación de urgencia
- Prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías
- Mejora de la seguridad en la atención al embarazo, el parto y el puerperio
- Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear
- Rehabilitación y Fisioterapia
- Alergias asociadas al látex

4. IMPLANTACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN.....72

4.1 IMPLANTACIÓN DEL PLAN

4.2 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

5. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS.....76

5.1 METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS

5.2 RESULTADOS. PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS PRIORIZADAS

6. BIBLIOGRAFÍA.....80

7. ANEXOS.....86

- 7.1 TAXONOMÍA BÁSICA SOBRE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS
SANITARIOS
- 7.2 LISTADO DE ABREVIATURAS UTILIZADAS
- 7.3 TABLA DE PRIORIZACIÓN GRUPAL
- 7.4 PARTICIPANTES

Presentación

El sistema sanitario público de Extremadura ha alcanzado un alto nivel de desarrollo. Este progreso se ha conseguido con el esfuerzo de todos aquellos que hemos tenido el honor de participar en una empresa de éxito colectivo sin precedentes en nuestra comunidad autónoma.

El mérito es de todos y de todas. Ninguno de los agentes que participan en cada eslabón de la salud y la enfermedad ha quedado fuera: ciudadanía, pacientes, profesionales, sociedades científicas, agentes sociales, administración, etc.

Este desarrollo no es sinónimo de perfección; de hecho, somos perfectos en nuestra complejidad e imperfectos en la simplicidad de la organización. El volumen de actividad sanitaria es muy alto y nuestros resultados en términos de calidad y satisfacción son buenos, aunque siempre puedan ser mejorados.

El Servicio Extremeño de Salud está diseñado para priorizar la accesibilidad como un componente esencial de un modelo sanitario centrado en el paciente. Y estamos trabajando en otra dimensión de la equidad y de la calidad que no necesita grandes infraestructuras: hacer bien aquello que es correcto hacer en cada momento, engarzando el concepto de asistencia sanitaria con el de seguridad.

Los proyectos que, junto al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se han llevado a cabo en nuestros centros sanitarios, han divulgado e interiorizado el concepto de seguridad de pacientes en la organización.

La implantación de prácticas seguras requiere establecer un Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes, documento que hoy presento y que deriva del Plan Estratégico del SES 2009-12. El trabajo que ahora culmina, o mejor, que hoy empieza para no terminar nunca, debe revisarse cada día, en cada acto sanitario. Nada más justo y equitativo que el hecho de que el colectivo de pacientes se sienta seguro en cada uno de los actos sanitarios. Hagamos lo que hagamos en nuestros centros sanitarios, debemos hacerlo pensando en la seguridad de los pacientes.

Toda actividad sanitaria conlleva el riesgo de un suceso adverso, algunos inevitables pero otros muchos evitables si los procedimientos asistenciales se basan en prácticas seguras. El impacto de los sucesos adversos, tanto en términos económicos como de salud y satisfacción, es muy alto. No obstante, tenemos pocos datos del que, a mi juicio, es el coste más importante: la pérdida de confianza de los usuarios en el servicio sanitario público. Si nuestra aspiración es conseguir y mantener un sistema de salud altamente valorado, no podemos correr riesgo de quebrar esta confianza.

Uno de los conceptos que sustentan este Plan se basa en una noción básica: la capacidad de aprender de los errores. Se necesita un cambio cultural -ya iniciado- que favorezca la notificación y el análisis de los sucesos adversos. Notificación que conlleva el valor añadido de la imprescindible participación de los profesionales.

Presentamos una hoja de ruta para el SES que aporta una perspectiva multidisciplinar, de largo recorrido, ambiciosa por su objetivo, dinámica porque nuestras acciones estarán constantemente revisándose y permanente porque siempre debe haber una estrategia clara sobre seguridad de pacientes.

Las personas que trabajaron e introdujeron este concepto en las organizaciones sanitarias lo hicieron desde la generosidad, para evitar daños innecesarios a las personas que ya sufren, y con la humildad de mirar hacia dentro para hacer mejor lo que sabemos hacer bien. En mi caso, a la primera persona que oí hablar de este concepto fue a Manolo Pajuelo. Los que hemos tenido la suerte de trabajar con él percibimos claramente otra forma de ver que los pacientes son lo más importante de nuestro trabajo, desde la generosidad y la ambición de mejorar para lograr un trato más equitativo y justo para los pacientes.

Este Plan se lo debemos a él: supo que la seguridad de pacientes era un componente de la calidad que podía romperse para siempre. Este Plan no podía haberse completado sin Vicente Alonso, Leopoldo Elvira y Mercedes Fraile, quienes han sabido dinamizar a un magnífico grupo de profesionales sanitarios del SES para consensuar una estrategia común y aplicable al conjunto de la organización sanitaria y a los planes operativos de cada Área de Salud.

D. Ceciliano Franco Rubio
Director Gerente. Servicio Extremeño de Salud

1. Introducción y marco conceptual



1.1 IDEAS CLAVE EN SEGURIDAD DE PACIENTES

- La seguridad de pacientes, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para pacientes y sus familias, que desean sentir seguridad y confianza en los cuidados sanitarios recibidos, como para gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.
- Los efectos no deseados ligados a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. Los daños que pueden ser ocasionados a pacientes en el ámbito asistencial, y el coste que éstos suponen, son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud, así como diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.
- Se acepta universalmente que el principio *primum non nocere* es aún pertinente, puesto que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja y entraña más riesgos potenciales.
- La seguridad de pacientes se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos (EA), ya que en la misma se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. La preocupación por la seguridad en la atención de pacientes ha de ser uno de los aspectos esenciales en cualquier organización sanitaria que quiera ofrecer una atención de calidad, ya que la seguridad es una de las dimensiones clave de ésta, un componente básico que tiene que ser considerado de forma transversal.
- El Sistema Nacional de Salud (SNS) español no es ajeno al interés por mejorar la seguridad de pacientes que reciben atención en los centros sanitarios. De ahí que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad haya situado la seguridad de pacientes en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Esta prioridad tiene reflejo en la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el SNS, que plantea la promoción de acciones de mejora en tres áreas: cultura e información sobre seguridad de pacientes, desarrollo de sistemas de información sobre eventos adversos y promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales.
- Hablar de seguridad de pacientes es abordar el proceso por el cual una organización proporciona atención y cuidados seguros. Implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarse de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, e implantar buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de pacientes y favorecidas por una adecuada organización asistencial.

1.2 METODOLOGÍA

- **Proceso de elaboración.** La **Comisión Central de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud (SES)**, constituida en el año 2009, en consonancia con los objetivos del Plan Estratégico del SES determina la creación de una **Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes** con el objetivo, entre otros, de diseñar un **Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes**. Esta Subcomisión está constituida por representantes de los Servicios Centrales del SES y de sus distintas Gerencias de Área, con conocimientos y experiencia en planificación sanitaria así como en seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Apoyándose en el análisis de situación existente, en la experiencia en gestión de seguridad de pacientes en las distintas áreas sanitarias, en bibliografía actualizada sobre la materia, utilizando una metodología basada en el análisis, la discusión grupal y la participación del máximo número de agentes implicados, la Subcomisión de Gestión de Seguridad lleva a cabo la elaboración del presente Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes.
- **Metodología de trabajo.** La **Subcomisión de Gestión de Seguridad** se establece como grupo de trabajo nominal que, a partir de un análisis de situación, elabora un documento borrador donde se proponen líneas estratégicas generales, objetivos, actuaciones concretas e indicadores de seguimiento. Así mismo, la **Subcomisión de Difusión, Cultura e Investigación en Seguridad de Pacientes** realiza aportaciones en dos ámbitos: elementos para enriquecer el análisis de situación y sugerencias en las materias en las que es competente. El documento se presenta a la **Comisión Central** para su revisión. Este documento revisado se somete a la consideración de asociaciones profesionales, asociaciones de usuarios y expertos externos a través del **Consejo Científico Asesor del SSPE** y del **Consejo Regional de Salud** para que realicen las sugerencias que consideren oportuna. El grupo nominal estudia las aportaciones y las integra en un documento de consenso que se presenta a la Comisión Central de Seguridad de Pacientes para su evaluación, modificaciones y aprobación final.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

- **La seguridad de pacientes y la gestión del riesgo como reto del sistema sanitario.** Desde finales de la década de los 90 las organizaciones sanitarias comenzaron a prestar especial atención a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales, así como a la identificación de incidentes, efectos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora. Las personas usuarias de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos pero a la vez más complejos y fragmentarios. A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales. Todos estos factores determinan la presencia inevitable de un riesgo en la práctica asistencial que las organizaciones sanitarias tienen el reto de minimizar.
- **La seguridad como dimensión de la calidad.** La seguridad es un elemento clave y prioritario de la calidad asistencial. Los errores y eventos adversos implican un déficit en la calidad de la atención y redundan en perjuicios para usuarios/as y profesionales, además de aumentar los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la propia organización la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora. La seguridad es una tarea del conjunto de la organización que en última instancia es gestionada por los equipos multidisciplinares que trabajan en los dispositivos sanitarios. La cohesión del equipo y la capacidad de liderazgo local son las piezas claves en la prevención de riesgos y en la reducción de las secuelas de los potenciales incidentes. Los equipos pueden aplicar herramientas que les permitan conocer los factores y situaciones de riesgo (mapas de riesgos) y participar en el establecimiento de estrategias de intervención en seguridad. Por otra parte, los esfuerzos de la organización sanitaria para crear estructuras dirigidas a la mejora continua de la calidad, la incorporación de modelos de acreditación y calidad, la implantación de gestión por procesos y los principios del gobierno clínico procuran favorecer las mejores prácticas, disminuir su variabilidad y mejorar la efectividad y la eficiencia de los procedimientos. De esta manera se está trabajando en seguridad, al prevenir y disminuir la incidencia de errores y eventos adversos derivados de la asistencia.
- **La cultura de la seguridad de pacientes en las organizaciones sanitarias, evolución de la asistencia y perfiles de usuarios/as.** Los cambios producidos en la sociedad repercuten de forma directa en los sistemas sanitarios. En un corto periodo de tiempo se han producido cambios importantes: incremento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad, aumento de las enfermedades crónicas y decremento de las infectocontagiosas, incremento del nivel cultural y económico de la población, mejor y mayor acceso a la información y al conocimiento, mayor cobertura y mejor acceso a la asistencia sanitaria junto a un notable avance científico con repercusión a nivel tecnológico. Todos estos cambios se traducen en una serie de consecuencias en el entorno sanitario:
 - aumento de la complejidad asistencial
 - incremento de la incertidumbre en la práctica clínica

- diversificación de las profesiones sanitarias y súper-especialización de profesionales, que llevan aparejado una falta de visión global de las necesidades de los pacientes
- aparición de asociaciones de pacientes
- incremento de los conflictos de intereses
- disponibilidad de una mayor oferta de prestaciones sanitarias

En épocas anteriores, las asimetrías de relación y conocimiento entre personal sanitario y pacientes establecían el papel que cada uno de ellos desempeñaba como sujeto activo o agente pasivo. Se trataba de una relación paternalista donde los errores o efectos adversos que pudieran producirse eran percibidos por pacientes y familias como un “tributo” a pagar por la asistencia sanitaria recibida. Por influencia de la doctrina y la legislación sobre los derechos de pacientes se está consolidando una nueva orientación en la relación entre profesionales sanitarios y usuarios/as, fundamentalmente debida a un cambio del papel de estos últimos. Así, se encuentran en la actualidad pacientes más informados, con un mayor grado de formación, de concienciación y de sensibilización ante la enfermedad, la asistencia sanitaria y los tratamientos.

La salud es una demanda de la ciudadanía que desea acceder al mejor nivel posible de calidad de vida en relación con su salud y que exige fiabilidad y seguridad en la asistencia sanitaria. Demandan su derecho a convertirse en actores de la asistencia que se les preste en materia sanitaria, lo que implica la necesidad de adoptar un papel de corresponsabilidad en dicha asistencia. Aunque la reacción inicial de los sistemas sanitarios ante este nuevo rol fue de resistencia, actualmente existe un reconocimiento del papel clave de los pacientes para garantizar su propia seguridad, ayudando al profesional de la salud a llegar a un diagnóstico preciso y tomando parte en las decisiones de tratamiento. Los sistemas sanitarios, históricamente centrados en la dimensión de eficiencia técnica y productividad, sitúan actualmente la efectividad y seguridad de las prácticas clínicas, es decir, la calidad de la asistencia sanitaria, como una de sus máximas prioridades, especialmente desde que diversos estudios evidenciaran las graves consecuencias, tanto económicas directas e indirectas como personales, que ocasiona la falta de seguridad.

Por último, introducir la cultura del análisis y gestión del riesgo se complica algo más al no existir una taxonomía completamente consensuada que nos permita hablar un mismo idioma internacional. En este sentido, tanto la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations (JCAHO) tienen entre sus objetivos actuales la creación de una Taxonomía común que pueda ser utilizada por todos los países. En los anexos se puede consultar un glosario de términos y definiciones aclaratorios.

- **Magnitud y coste de los Efectos Adversos.** En la actualidad existen múltiples estudios sobre la frecuencia de efectos adversos, la mayoría relacionados con procesos de hospitalización. No obstante hay que tener en cuenta que muchos efectos adversos acontecen en otros dispositivos sanitarios, recursos sociosanitarios comunitarios, domicilio, etc.
 - La **incidencia** hace referencia al número de pacientes que sufren un efecto adverso en el periodo de estudio (durante el proceso asistencial, hospitalización, etc.). Esta incidencia, para estudios realizados en hospitales de todo el mundo

occidental es del 10% (4 - 16%). Las diferencias son atribuibles a distintas metodologías y falta de una taxonomía común. En el estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización), el 9,3% (8,9 - 11,5%) de los pacientes que acuden al hospital presentan un efecto adverso como consecuencia de la atención sanitaria. Se calcula que el 50% de estos efectos adversos pueden prevenirse.

- La **densidad de incidencia** se define como el número de nuevos casos de efectos adversos por día de hospitalización y varían entre el 1,41 por cada 100 pacientes-día de estancia y 0,73 por cada 100 pacientes-día si sólo se consideran los moderados o graves.
- La **prevalencia** se define como aquel efecto adverso que está presente en el momento del estudio, en fase de tratamiento o de secuela, independientemente de cuándo tuvo su origen. La prevalencia de efectos adversos en un día dado se estima en torno al 6-7%.
- Los estudios epidemiológicos colectivos que indagan sobre los **factores de riesgo** de padecer un efecto adverso ofrecen resultados poco concluyentes. La edad y la comorbilidad parecen factores de riesgo, pero el más claro está asociado al tipo de asistencia que se recibe. Por tanto, el riesgo aumenta en pacientes vulnerables que reciben cuidados asistenciales complejos.

Para más información sobre epidemiología de efectos adversos en España nos remitimos a los estudios ENEAS y APEAS (Estudio sobre la seguridad de pacientes en atención primaria de salud):

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>

La falta de seguridad y los efectos adversos implican, además del sufrimiento personal de quienes los padecen y sus familiares, importantes costes económicos derivados del incremento de estancias hospitalarias, el aumento de la mortalidad, la disminución de la capacidad funcional de pacientes y la pérdida de años de vida ajustados por calidad. Este "coste de la no seguridad" ha quedado reflejado en múltiples estudios y en documentos del propio Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CostesNoSeguridadPacientes.pdf

Un impacto con importantes consecuencias es la percepción social de la falta de seguridad y la pérdida de confianza que genera en el sistema y sus profesionales, como muestra los resultados de la encuesta del Eurobarómetro publicada en abril de 2010 bajo el título de "Special Eurobarometer 327: Patient safety and quality of healthcare".

- **Antecedentes de iniciativas internacionales en seguridad de pacientes.** Aunque la seguridad haya sido tradicionalmente considerada una más de las dimensiones de la calidad asistencial, la focalización de la seguridad de pacientes como objetivo prioritario de las organizaciones sanitarias arranca con el informe "To Err is Human" (1999) del Instituto de Medicina norteamericano (IOM). Este informe y los inmediatamente posteriores mostraron la gravedad del problema, su impacto y la necesidad de implementar estrategias para mejorar la seguridad y minimizar los riesgos inherentes a las prácticas sanitarias. En el año 2000 se publica "An organisation with a memory", del National Health System (NHS) británico, que pone en marcha estrategias de seguridad

en el Reino Unido. A partir de este momento otras iniciativas internacionales han tenido lugar, entre las que destacamos las siguientes (en la Tabla 1 se recogen los vínculos web):

- **OMS.** En el año 2004 la Asamblea de la OMS apoya la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP), procurando liderar una estrategia de seguridad a nivel mundial. Algunos de los programas desarrollados han sido “El Reto Global por la Seguridad del Paciente”, “Pacientes por la seguridad del Paciente”, sistemas de notificación y aprendizaje, taxonomía, soluciones de seguridad en colaboración con la JCAHO (“Nueve soluciones para la seguridad del paciente”), diseminación de buenas prácticas (“Seguridad en Acción”), entre otros.
- **Instituto Nacional de la Salud Británico.** A través de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente desarrolló el proyecto “Seven Steps”, los 7 pasos claves para conseguir organizaciones sanitarias más seguras.
- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.** Destaca el proyecto iniciado en 2001 sobre Indicadores de Calidad Asistencial.
- **Consejo de Europa.** A través del Comité Europeo de Sanidad establece una serie de recomendaciones sobre seguridad de pacientes desde el año 2006 e informes sobre la seguridad de medicamentos y la prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria.
- **Comisión Europea.** El Working Patient Safety Group, con representantes de los 27 estados miembros así como con la colaboración de organizaciones internacionales, tiene como misión establecer recomendaciones para el desarrollo de estrategias en seguridad. Ha creado The European Network for Patient Safety (EUNetPaS), una red europea en seguridad de pacientes.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Colabora con la OMS y coordina el estudio epidemiológico de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Iberoamérica (IBEAS) sobre eventos adversos.

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente	http://www.who.int/patientsafety/en
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	http://www.oecd.org/
Consejo de Europa. Comité Europeo de Sanidad	http://wcd.coe.int/
Comisión Europea	http://ec.europa.eu/ http://www.eunetpas.eu
Organización Panamericana de la Salud	http://www.paho.org

ORGANIZACIONES NACIONALES (con excepción de las iniciativas españolas que se recogen en la Tabla 2)	
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	http://www.safetyandquality.gov.au
Agency for Healthcare Research & Quality (USA)	http://www.ahrq.gov/
Joint Commission International (USA)	http://www.jointcommissioninternational.org/Quality-and-Safety-Risk-Areas/
National Patient Safety Foundation (USA)	http://www.npsf.org/
Institute for Safe Medication Practices	http://www.ismp.org/
Canadian Patient Safety Institute (Canada)	http://www.patientsafetyinstitute.ca/
The National Patient Safety Agency (UK)	http://www.npsa.nhs.uk
Clinical Safety Research Unit (UK)	http://www.cpssq.org/Research/Units/Biosurgery%20and%20Surgical%20Technology/csru.html

- La Estrategia 8 del **Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud** (2010) hace referencia a: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. La estrategia se desglosa en 6 grandes objetivos, que llevan aparejados propuestas de proyectos específicos:
 1. *Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.*
 2. *Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.*
 3. *Implantar prácticas seguras en el SNS*
 4. *Promover la investigación en seguridad de los pacientes.*
 5. *Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes*
 6. *Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales*
- La **Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud**¹ ha destacado determinadas áreas de intervención a corto plazo:
 - Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios.

- Incentivar actividades de mejora de seguridad con participación de profesionales.
- Incorporar indicadores sobre seguridad.
- Fomentar sesiones críticas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos.
- Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes.
- Formación de grupos de análisis de problemas de seguridad en cada centro.
- Financiar e incentivar la formación en seguridad del personal sanitario.

En la Tabla 2 se muestran los vínculos a las páginas Web más destacadas en materia de seguridad de pacientes de ámbito nacional, que permiten la consulta de múltiples recursos en la red.

Tabla 2. Páginas web españolas en materia de seguridad de pacientes

Agencia de Calidad del SNS: excelencia clínica y seguridad del paciente	http://www.msc.es/profesionales/excelencia
Página de Seguridad del Paciente	http://www.seguridaddelpaciente.es/
Blog del Plan de Calidad para el SNS Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	http://blog.plandecalidadsns.es/
Tutoriales de seguridad de pacientes Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/tutoriales.html
Fundación Avedis Donabedian	http://www.fadq.org/
Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos	http://www.ismp-espana.org/
Proyecto IDEA	http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/

- **Otras iniciativas relacionadas con seguridad de pacientes**
 - “Declaración de Lisboa sobre los derechos de los pacientes”. Asamblea Médica Mundial, 1995.
 - “Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina”. Consejo de Europa, 4 de abril de 1997.
 - “Calidad de la atención: seguridad del paciente”. Informe de la Secretaria de la OMS, diciembre 2001.
 - “Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad de pacientes”. Comisión Europea, abril 2005.

1.4 MARCO NORMATIVO

- Desde el Plan de Salud de Extremadura se propugna consolidar los distintos proyectos de seguridad de pacientes llevados a cabo por el SES, en el marco de las políticas de calidad del SNS y consensuados en el seno del Consejo Interterritorial del SNS. Se propone un abordaje planificado a fin de que, en las diferentes actuaciones sanitarias, se tenga presente dónde pueden existir deficiencias para establecer medidas correctoras que disminuyan las probabilidades de que esos efectos ocurran. El presente **Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes** está destinado a abordar este complejo problema, y desarrolla líneas de actuación con el fin de prevenir, detectar y disminuir los efectos adversos que pueden aparecer en el transcurso de la atención sanitaria. Se promoverán acciones de mejora en relación con la información sobre seguridad de pacientes (tanto en el ámbito profesional como entre los ciudadanos), el desarrollo de sistemas de información sobre efectos adversos y la promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales. Estas actuaciones están enmarcadas en el contexto normativo existente.
- **Ámbito regional:**
 - a. La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, configuró el modelo organizativo de la sanidad pública de la Comunidad Autónoma, creando el Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE), con capacidad de asegurar la continuidad de la atención sanitaria en sus dos niveles de atención (atención primaria y especializada), y promoviendo la efectiva aproximación de los servicios a la población. Conforme enuncia esta Ley, corresponde a la Consejería con competencias en sanidad la elaboración del Plan de Salud de Extremadura y la planificación normativa y estratégica en materia sanitaria de la Comunidad Autónoma. Es en este marco normativo donde se integra la elaboración y desarrollo del Plan Estratégico de Seguridad de Paciente.
 - b. El Decreto 4/2003, de 14 de enero, regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
 - c. La Ley 1/2005 de 24 de junio de Tiempos de Respuesta en la Atención Sanitaria Especializada del SSPE, determina plazos máximos de respuesta para evitar demoras de la atención que puedan ocasionar un daño en las personas usuarias. El Decreto 132/2006 del 11 de julio reduce los tiempos de espera en determinadas especialidades en la atención sanitaria especializada.
 - d. La Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura (CAE), garantiza el derecho a la protección de la salud, con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e intimidad, y el principio de autonomía de la voluntad de pacientes. Todo ello en un marco que potencie la participación activa de la ciudadanía, profesionales e instituciones sanitarias.
 - e. El Plan Marco de Calidad del SSPE (2006), representa la voluntad de la Junta de Extremadura de velar por una atención sanitaria de calidad contrastada, tanto para centros, servicios y establecimientos públicos como privados, que se concreta en un modelo de calidad que complementa al actual sistema legal establecido en cuanto a los requisitos de autorización. Tomando como

referencia el citado Plan Marco de Calidad, el SSPE materializará su compromiso de servicio a la ciudadanía promoviendo la estrategia de la calidad total, de manera que ésta impregne transversalmente a toda la organización. El Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

- f. El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE 2007-2013, recoge el derecho de pacientes a ser atendidos en un medio que garantice la intimidad, dignidad y seguridad de las personas. Reconoce la seguridad y la confianza como unas de las dimensiones de la humanización.
- g. El Plan de Salud de Extremadura 2009-2012 realiza una apuesta por profundizar en la consolidación del modelo organizativo alcanzado, en la innovación, en la gestión eficiente del conocimiento y en la calidad de los servicios sanitarios. Se trata de conseguir un sistema sanitario capaz de garantizar una atención sanitaria de mayor calidad, equitativa, participativa, segura, ágil y coste-efectiva para toda la población.
- h. Ley 7/2011 de 23 de marzo de Salud Pública de Extremadura, que en el Capítulo IV del Título IV hace referencia a la seguridad de pacientes. El Artículo 38, referente a planes y actuaciones de seguridad del paciente, recoge que los centros, establecimientos y servicios sanitarios de la CAE elaborarán planes donde se contengan actuaciones encaminadas a promover la cultura de la seguridad de pacientes. Estos planes serán comunicados a la Consejería competente en materia de sanidad y formarán parte de la garantía de calidad dentro del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Extremadura.

- **Ámbito nacional:**

- a. La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud.
- b. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a toda la población española, orientando el sistema sanitario a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y al acceso igualitario a las prestaciones sanitarias, con amplia participación ciudadana, promoviendo la rehabilitación y reinserción social.
- c. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ofrece en este terreno, las mismas garantías a toda la ciudadanía del Estado.
- d. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la participación activa de éste en la

reducción de las desigualdades en salud.

- e. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, recoge en su artículo 27 la integración del principio de igualdad en la política de salud y la perspectiva de género.
- f. Según recogen los objetivos generales del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, es necesario adecuar las políticas públicas, y entre ellas las políticas en salud, a las nuevas necesidades que origina la presencia de inmigrantes.

1.5 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL PLAN ESTRATÉGICO

Misión.

Implantar una estrategia integral para la gestión de riesgos sanitarios que dé como resultado la mejora de la seguridad de pacientes y un aumento y consolidación de su confianza en el SSPE. Esta estrategia está basada en:

- Desarrollar una cultura de seguridad en el conjunto de los servicios sanitarios y la población.
- Potenciar el liderazgo de los equipos y las personas.
- Integrar en la práctica clínica la gestión de los riesgos asociados a la asistencia.
- Obtener, analizar y difundir información periódica y sistemática.
- Promover medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.
- Mejorar la comunicación y participación de pacientes y profesionales.

Visión.

El Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes será un referente en el desarrollo y aplicación de los conocimientos científicos y la metodología de calidad y seguridad más avanzadas. Pretende aglutinar y apoyar los esfuerzos de profesionales, gestores y administración para conseguir la mejora de la seguridad clínica, contando con la efectiva implicación de la ciudadanía.

Valores.

Los principales valores del Plan responden a su misión y visión. Estos valores deben constituir rasgos culturales propios del sistema sanitario, impregnando el pensamiento y la conducta profesional de todas las personas que forman parte de la organización. Podrían resumirse en equidad, participación, calidad, universalidad, eficiencia y compromiso de garantía y seguridad de la atención sanitaria.

2. Análisis de la situación



2.1 ESTUDIOS DE EVENTOS ADVERSOS EN ESPAÑA

- I. El estudio **EPINE** (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) se realiza anualmente desde 1990, de forma voluntaria, en más de 250 hospitales españoles y sobre 62.000 pacientes. Se trata del sistema más extendido y utilizado para la vigilancia de la infección nosocomial en España, propiciando una notable sensibilización sobre la importancia de su prevención. Permite conocer la situación de cada hospital y la evolución de las infecciones nosocomiales. Los resultados de los últimos años sitúan la prevalencia de la infección nosocomial en torno al 7%, cifra similar a la de hospitales europeos en los que se realiza una adecuada vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.

- II. La publicación del primer **Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización** (Estudio ENEAS 2005) supone un paso importante en el establecimiento de una cultura en seguridad de pacientes mediante el conocimiento de los efectos no deseados que se producen en los procesos de atención sanitaria. En el **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de 2006**, de la Agencia de Calidad del SNS, se contempla como una medida la difusión de los resultados del primer Estudio Nacional de Efectos Adversos. Los principales hallazgos del ENEAS indican que:
 - Un 8,4% de pacientes que han ingresado en los hospitales españoles presenta algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria. Esta cifra aumenta al 9,3% si se incluyen todos los efectos relacionados con la asistencia sanitaria.

 - Las tres causas principales de efectos adversos en los hospitales están relacionadas con el uso de los medicamentos (37,4%), con las infecciones hospitalarias (25,3%) y con la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%), en particular si requieren anestesia.

 - El 42,8% de los efectos adversos se consideraron evitables.

Es destacable de este estudio, quinto en cuanto a importancia en el mundo, y el tercero de su género que se realiza en Europa, el que muestre que la ocurrencia de efectos adversos en los hospitales del SNS se sitúa en cifras similares a las de aquellos países que han realizado estudios similares (Francia, Reino Unido, Canadá, Australia) y señala dónde se encuentran las mayores oportunidades de mejora: efectos adversos por medicamentos, infecciones hospitalarias y efectos relacionados con la anestesia y la cirugía.

- III. El estudio **APEAS**, publicado en 2008, tiene como objetivo principal mejorar el conocimiento en relación con la seguridad de pacientes en atención primaria, por medio de una aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los EA y al análisis de las características de pacientes y de la asistencia recibida que se asocian a la aparición de EA evitables. La prevalencia de EA fue de un 11,18%, de los cuales el 54% se consideraron

leves. Los principales factores causales del EA estaban relacionados en el 48,2% de los casos con la medicación, en el 25,7% con los cuidados y en el 24,6% con la comunicación. El 70% de los EA se consideraron evitables. El estudio concluye que, si bien a la vista de los resultados la práctica sanitaria en atención primaria es relativamente segura, la prevención de los EA se perfila como una estrategia prioritaria dado el alto porcentaje de evitabilidad de los mismos.

IV. Análisis de la cultura sobre seguridad de pacientes en el ámbito hospitalario del SNS español (2008). Es un estudio de la Agencia de Calidad del SNS desarrollado en colaboración con la Universidad de Murcia en el que se utilizó una encuesta adaptada originaria de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos. El estudio se llevó a cabo en una muestra aleatoria de 24 hospitales con la realización de un mínimo de 100 encuestas por hospital para medir la cultura de seguridad de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y permitir monitorizar su evolución. Entre los resultados destacan las siguientes debilidades: dotación de personal, trabajo en equipo entre unidades/servicios, percepción de seguridad, y apoyo de la gerencia en la seguridad de pacientes. Como propuestas de intervención se mencionan, entre otras:

- Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir.
- Tratar los temas de seguridad de pacientes como un problema de equipo, no individual.
- Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos.
- Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios.
- Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia.

V. Otros estudios de ámbito nacional relacionados con la seguridad de pacientes, promovidos por la Agencia de Calidad del SNS:

- Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y valoración preliminar (2009):

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf

- Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico (2009):

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

- Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ENVIN_UCI_08.pdf

- Incidentes y efectos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 (2009):
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SYREC.pdf>
- Detección y cuantificación de alérgenos del látex en productos sanitarios:
<http://www.alergialatex.com/pdf/publicaciones/P0000003.pdf>
- Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2008):
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>
- Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente (2008):
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
- Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (2008):
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/practicas_seguras_medicamentos_alto_riesgo.pdf
- Seguridad clínica de los pacientes en los Servicios de urgencias (2007):
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEMES_SP_en_Urgencias.pdf

2.2. ESTUDIO DE EVENTOS ADVERSOS EN EXTREMADURA

2.2.1. INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN LOS HOSPITALES DE EXTREMADURA (DATOS 2006)

Los siguientes indicadores han sido extraídos de un estudio llevado a cabo en los hospitales de la CAE con datos de actividad del año 2006.

Tabla 3. Indicadores de seguridad de pacientes en los Hospitales de Extremadura (SES 2008)

Resultados de Extremadura Año 2006				
Porcentaje de cambio respecto al valor de referencia ¹	Indicadores	CC	CCX1.000 EXTR 06	ESP ¹
-14%	Complicación de la anestesia	4	0,11	0,13
-10%	Éxito en GRD de baja mortalidad	77	2,27	2,51
-19%	Úlcera de decúbito	219	5,18	6,43
30%	Recuperaciones fallidas	484	313,07	241,34
14%	Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante procedimiento	5	0,05	0,05
-9%	Neumotórax iatrogénico	37	0,49	0,54
-43%	Infecciones después de determinados cuidados médicos	74	0,88	1,54
31%	Fractura postoperatoria de cadera	3	0,15	0,11
11%	Hemorragia o hematoma postoperatoria	136	4,39	3,97
-100%	Trastornos fisiológicos y metabólicos postoperatorios	0	0,00	0,05
-54%	Insuficiencia respiratoria postoperatoria	11	0,61	1,33
-20%	Embolismos pulmonares o trombosis venosas profundas postoperatorias	59	1,90	2,36
6%	Sepsis postoperatorias	15	2,11	1,99
64%	Dehiscencias postoperatorias de las suturas quirúrgicas	47	6,51	3,96
-14%	Punciones o laceraciones accidentales	130	1,58	1,83
-100%	Reacciones adversas a transfusiones	0	0,00	0,00
		CC	EXTR 06	ESP ¹
-53%	Traumatismo en neonatos	8	3,13	6,71
13%	Traumatismos obstétricos de 4o grado en partos vaginales instrumentales	24	21,80	19,31
13%	Traumatismos obstétricos de 3r y 4o grado en partos vaginales instrumentales	29	26,34	23,36
126%	Traumatismos obstétricos de 3r y 4o grado en partos vaginales no instrumentales	67	11,31	5,00
99%	Traumatismos obstétricos de 3r y 4o grado en partos vaginales no instrumentales	73	12,32	6,19
-69%	Traumatismos obstétricos de 4o grado en cesáreas	3	1,11	3,58
-70%	Traumatismos obstétricos de 3r y 4o grado en cesáreas	3	1,11	3,75

¹ Valor del indicador para el global de hospitalizaciones de España en el 2005. CC: casos con presencia de complicación; CCx1000: casos con CC por cada 1000 hospitalizaciones

- En el Informe de este estudio se sugiere monitorizar los indicadores de seguridad de pacientes que aparecen desviados y revisar los que aparecen con resultados valorables desde el punto de vista numérico. A nivel hospitalario destacan:
 - Recuperaciones fallidas.
 - Dehiscencias postoperatorias de suturas.
 - Hemorragias o hematomas postoperatorios.
 - Traumatismos obstétricos, especialmente en partos vaginales no instrumentales.
- Se recomienda valorar las diferencias en la exhaustividad de la codificación entre hospitales y las pautas de codificación existentes.

2.2.2. CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA DE EXTREMADURA

- Desde la Comisión de Seguridad Clínica del Área de Salud de Llerena-Zafra se procedió en el año 2009 a analizar la cultura sobre seguridad de pacientes de profesionales sanitarios del Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Para ello, se realizó un estudio cuyos objetivos eran describir la frecuencia de actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad de pacientes en profesionales sanitarios del complejo hospitalario e identificar las fortalezas y debilidades (según los criterios de la AHRQ) respecto a la seguridad de pacientes. Se utilizó un cuestionario autoadministrado sobre seguridad de pacientes, adaptado al entorno de quienes se encuestaba (versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture).
- Teniendo en cuenta las limitaciones de este tipo de estudios de opinión, entre los resultados que se obtuvieron cabe destacar:
 - o La tasa de respuesta global fue del 42,11%. Los servicios con mayor representación de encuestas recibidas fueron Medicina Interna, Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos, Cirugía y Urgencias.
 - o El 41% de los que indicaron su categoría profesional eran enfermeros/as, el 26,3% profesional técnico de cuidados auxiliares de enfermería y el 17,3% médicos/as. El 90,6% refieren tener contacto con pacientes y el 97% refieren trabajar más 20 horas/semana.
 - o La calificación media del clima de seguridad fue de 7,56 (escala de 0-10).
 - o El 86,7% no habían notificado por escrito ningún evento relacionado con la seguridad de pacientes en el último año. Sin embargo, en el conjunto de la dimensión “frecuencia de eventos adversos notificados”, un 56% refería notificar incidentes “casi siempre/siempre”.
 - o Como fortaleza global se identificó la dimensión “trabajo en equipo en la unidad/servicio” y como debilidad global, la “dotación de personal”.
 - o La dimensión con menor porcentaje de respuestas positivas fue el “apoyo de la gerencia a la seguridad de pacientes” si bien no llega a ser una debilidad según los criterios propuestos por la AHRQ.

- o Por último, las oportunidades de mejora que se percibieron tienen que ver con la dotación de personal, el ritmo de trabajo que puede afectar a la seguridad de pacientes y una actitud más proactiva por parte de la gerencia/dirección del hospital a la seguridad de pacientes.
- o Los resultados fueron similares a los obtenidos por el Ministerio para hospitales de las mismas características.

2.3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN “DAFO” DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

En el contexto del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes se analiza la organización sanitaria tanto interna como externamente, con el objetivo de tener una visión global previa a la formulación e implantación de estrategias. Se utiliza la metodología DAFO para determinar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del sistema sanitario público de Extremadura.

La situación interna se compone de dos factores controlables: fortalezas y debilidades, mientras que la situación externa se compone de dos factores no controlables: oportunidades y amenazas. En la tabla se muestran dichos factores en orden de relevancia.

ANÁLISIS INTERNO	
DEBILIDADES	FORTALEZAS
Insuficiente cultura de seguridad entre profesionales	Programa de uso racional del medicamento Existencia de procedimientos de unidosis
Falta de adecuación de recursos humanos a las necesidades sanitarias	Existencia de planes de cuidados de enfermería
Ausencia de plan estratégico de seguridad de pacientes	Sistemas de información sanitaria
Insuficiente comunicación y trabajo en equipo	Existencia de identificación inequívoca de pacientes
Sistemas de contratación que no se ajustan a necesidades	Modelo de Calidad y Acreditación de la Consejería de Sanidad y Dependencia
Ausencia de sistemas de notificación de eventos adversos y de mapas de riesgo	Creación de responsables de coordinación de calidad / seguridad de pacientes en las Áreas
Déficit de investigación en seguridad de pacientes	Estructura organizativa central en seguridad de pacientes
Insuficiente conocimiento de la epidemiología de eventos adversos en la CAE	Gerencia única, iniciativas de formación en las Áreas junto a una motivación y sensibilización crecientes
Insuficiente implantación de sistemas de alerta de seguridad y de protocolos de prácticas seguras	Protocolización de prácticas seguras
Análisis insuficiente de reclamaciones a nivel central	Presencia de indicadores de seguridad en contratos de gestión
Ausencia de unificación de equipamiento sanitario	Implantación de políticas de seguridad en la higiene de las manos
Insuficiente implicación y liderazgo desde la organización sanitaria	Existencia del EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España)
Escasa promoción, por parte de la organización y profesionales, de la participación de la ciudadanía en sus procesos asistenciales	Encuestas de satisfacción de pacientes

ANÁLISIS EXTERNO

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Asistencia sanitaria sometida a discontinuidad de cuidados	Iniciativas internacionales en seguridad de pacientes
Complejidad creciente de la tecnología sanitaria	Existencia de alertas de seguridad de medicamentos y productos sanitarios
Variabilidad de la práctica clínica	Existencia de programa de prescripción asistida de medicamentos en hospitales
Barreras de comunicación idiomática (profesionales o pacientes)	Plan de calidad y Seguridad del SNS
Insuficiente regulación y normativa específicas en establecimientos sanitarios	Análisis de reclamaciones patrimoniales
Ausencia de criterios de envasado e identificación de material sanitario	Aumento de la implicación y participación de usuarios/as en su seguridad
Expectativas irracionales sobre el resultado de las tecnologías sanitarias por parte del usuario/a	Asociaciones de pacientes por la seguridad

2.4 ENTORNO DEMOGRÁFICO Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

2.4.1 POBLACIÓN

Tabla 4. Población en Extremadura (1996-2008)

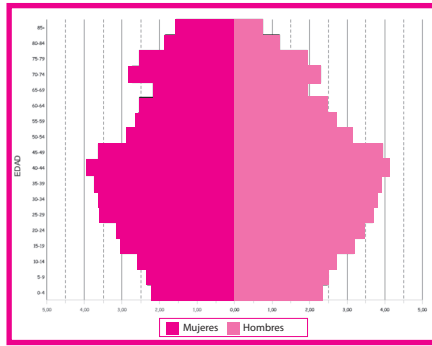
	POBLACIÓN EN EXTREMADURA (1996-2008)								
	EXTREMADURA			BADAJOZ			CÁCERES		
	varones	mujeres	Total	varones	mujeres	Total	varones	mujeres	Total
2008	546.192	551.552	1.097.744	340.243	345.003	685.246	205.949	206.549	412.498
2007	541.692	548.298	1.089.990	336.211	342.248	678.459	205.481	206.050	411.531
2006	540.352	546.021	1.086.373	333.759	339.715	673.474	206.593	206.306	412.899
2005	539.225	544.654	1.083.879	332.481	338.818	671.299	206.744	205.836	412.580
2004	534.704	540.582	1.075.286	328.519	335.377	663.896	206.185	205.205	411.390
2003	533.891	540.013	1.073.904	327.802	335.340	663.142	206.089	204.673	410.762
2002	533.539	539.511	1.073.050	327.691	335.117	662.808	205.848	204.394	410.242
2001	533.622	539.759	1.073.381	328.427	335.824	664.251	205.195	203.935	409.130
2000	531.144	538.276	1.069.420	327.198	334.676	661.874	203.946	203.600	407.546
1999	533.506	540.068	1.073.574	328.541	336.084	664.625	204.965	203.984	408.949
1998	530.994	538.425	1.069.419	328.160	335.643	663.803	202.834	202.782	405.616
1996	530.500	539.744	1.070.244	324.765	332.083	656.848	205.735	207.661	413.396

Fuente: Información estadística de hospitales: Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internamiento. Consulta interactiva del SNS. <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Defaul.aspx>

La población en Extremadura ha experimentado un ligero incremento en los últimos 12 años, pasando de 1.070.244 a 1.097.744 habitantes (de 530.500 a 546.192 varones, y de 539.744 a 551.552 mujeres). Las proyecciones a 10 años apuntan a un descenso lento y progresivo de la población hasta un número aproximado de 1.070.000 habitantes para el año 2019.

2.4.2 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE EXTREMADURA 2008

Figura 1. Pirámide de población extremeña en 2008 (Instituto de Estadística de Extremadura, 2009)



El envejecimiento progresivo de la población relacionado con el aumento de la esperanza de vida incrementará los factores de riesgos y la vulnerabilidad a padecer EA

2.4.3 TABLAS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- En la serie de figuras siguientes se muestra el incremento de actividad asistencial en la Comunidad Autónoma de Extremadura durante los últimos 11 años, dato relevante a la hora de establecer estrategias de seguridad de pacientes en un contexto de actividad sanitaria creciente, tanto en número de intervenciones como en la complejidad de las mismas.

Figura 2. Tasa de consultas totales (1997-2008)

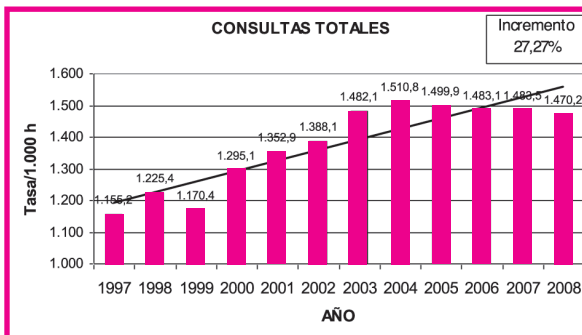


Figura 3. Tasa de urgencias (1997-2008)

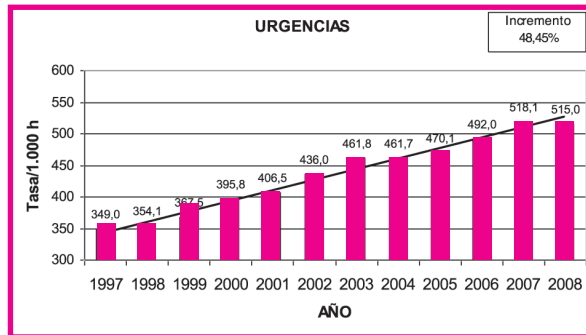


Figura 4. Tasa de pacientes ingresados (1997-2008)

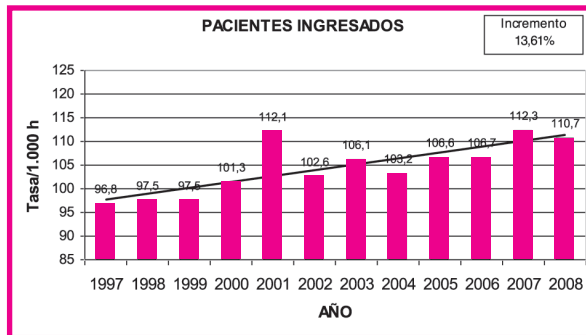


Figura 5. Tasa de actos quirúrgicos (1997-2008)

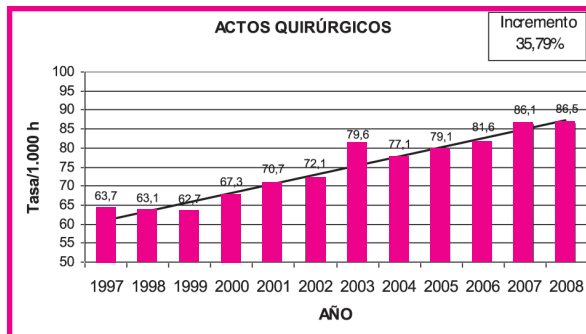


Figura 6. Tasa de actos quirúrgicos con hospitalización (1997-2008)

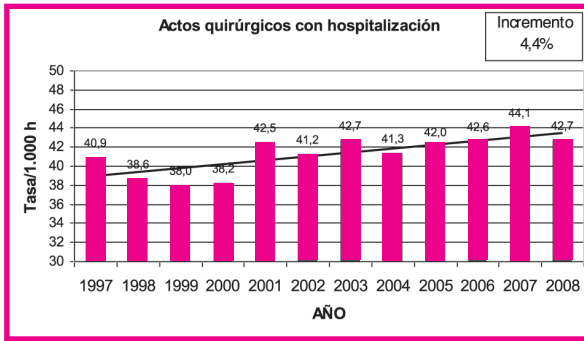
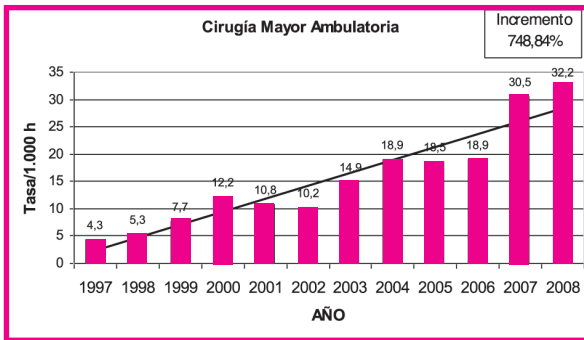


Figura 7. Tasa de cirugía mayor ambulatoria (1997-2008)



Fuente de los datos de los gráficos: Información estadística de hospitales. Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internamiento. Consulta interactiva del SNS.

<http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Default.aspx>

2.5. INICIATIVAS DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD EN SEGURIDAD DE PACIENTES

- En el año 2009 el SES constituyó la Comisión Central de Seguridad de Pacientes.

COMISIÓN CENTRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Composición	Funciones
Director/a General de Asistencia Sanitaria Director/a General de Planificación, Formación y Calidad Representante de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Representante de la Dirección General de Salud Pública Coordinador/a General del SES Coordinador/a de la Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes. Coordinador/a de la Subcomisión de Difusión, Cultura e Investigación en Seguridad de Pacientes. Coordinador/a de Seguridad de Pacientes de cada Área 1 Directivo/a de cada Área de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la difusión de la cultura de seguridad • Analizar la implantación de los programas de seguridad • Aprobar la financiación de las actividades y programas de seguridad en los centros • Conocer la situación del SES en cuanto a efectos adversos en Hospitales y Atención Primaria • Favorecer la notificación de efectos adversos e incidentes • Difundir las mejores prácticas en Seguridad de Pacientes • Promulgar la formación en Seguridad de Pacientes • Transmitir proyectos de Seguridad de Pacientes a la sociedad • Mejorar la información y comunicación de todo lo relacionado con Seguridad de Pacientes • Aprobar, difundir y evaluar el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES • Priorizar y coordinar proyectos financiados por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad • Desarrollo de Foros para consensuar prácticas clínicas seguras

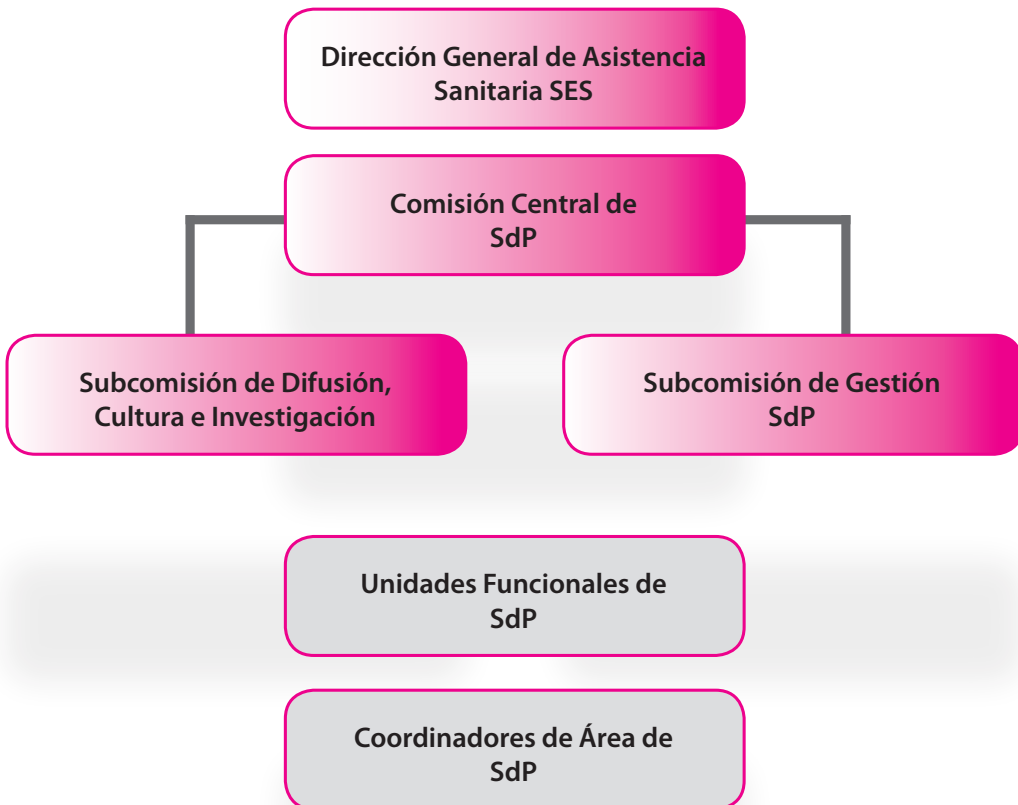
- Se crearon, a su vez, dos Subcomisiones compuestas por representantes de los servicios centrales del SES y de cada una de las Áreas de Salud de Extremadura:
 - La Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes.
 - La Subcomisión de Difusión, Cultura e Investigación en Seguridad de Pacientes.

SUBCOMISIÓN DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES	
Composición	Funciones
Coordinador/a de Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes Técnico/a Experto/a en Seguridad de Pacientes de la Dirección General de Asistencia sanitaria del SES 4 Coordinadores/as de Seguridad de Pacientes de Área 4 profesionales de diferentes Áreas de Salud, con formación en seguridad de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES • Analizar los riesgos comunes • Elaborar el Mapa de Riesgos del SES • Priorizar los riesgos más frecuentes e importantes • Rediseñar procesos críticos en seguridad de pacientes

SUBCOMISIÓN DE GESTIÓN DE DIFUSIÓN, CULTURA E INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES	
Composición	Funciones
Coordinador/a de Subcomisión de Difusión, Cultura e Investigación en Seguridad de Pacientes Técnico/a Experto/a en Seguridad de Pacientes de la Dirección General de Asistencia sanitaria del SES 4 Coordinadores/as Seguridad de Pacientes de Área 4 profesionales de diferentes Áreas de salud, con formación en seguridad de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la cultura de la seguridad en el SSPE • Fomentar y facilitar formación en seguridad de pacientes • Difundir buenas prácticas en seguridad de pacientes • Transmitir la cultura de seguridad a la organización • Desarrollar un trabajo de investigación similar al ENEAS en el primer año y otro similar en AP en el segundo año • Fomentar iniciativas en el campo de la investigación en seguridad de pacientes

- Para facilitar la operatividad de las medidas orientadas a mejorar la Seguridad de Pacientes, desde el SES se ha promovido la creación de la figura de Coordinador/a de Área de Seguridad de Pacientes, así como de Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes en todas las Áreas de Salud.

Figura 8. Estructura organizativa de la Seguridad de Pacientes en el SES



- Desde cada Área de Salud se desarrollan programas específicos de seguridad de pacientes en diferente grado de ejecución, en ámbitos tales como:
 - Identificación inequívoca de pacientes
 - Higiene de las manos en los centros sanitarios
 - Apoyo al paciente polimedicado
 - Notificación de eventos adversos
 - Prevención de caídas en los centros sanitarios
 - Prevención de úlceras por presión
 - Prevención de la infección ligada a la asistencia sanitaria

3. Líneas estratégicas: Objetivos, Actuaciones e Indicadores



ESTRATEGIA 1:**LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN Y CULTURA DE SEGURIDAD**

Para una correcta implementación del Plan Estratégico es necesario un sólido liderazgo y el compromiso de la dirección y de los miembros de la organización para la ejecución efectiva de las estrategias, por lo que es imprescindible la alineación y el consenso. Debe existir una cultura organizacional que impulse el cambio, y esto supone un adecuado ajuste de los valores, la cultura, el liderazgo, los procesos y la estructura organizativa.

3.1 LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN Y CULTURA**3.1.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES**

La estructura organizativa a nivel de Servicios Centrales del SES estará constituida por la Comisión Central de Seguridad del Paciente, unidad funcional del SES dependiente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, en donde, como órgano ejecutivo y planificador, se establecerán las prioridades estratégicas en materia de seguridad de pacientes.

OBJETIVOS

- Establecer la gestión de riesgos como objetivo institucional para mejorar la seguridad de pacientes.
- Potenciar la difusión de la cultura de seguridad, la investigación y la formación.
- Afianzar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la gestión de riesgos como dimensión esencial de la calidad.
- Establecer el liderazgo como factor fundamental para abordar la seguridad de pacientes.

A su vez, la Comisión Central de Seguridad de Pacientes del SES se estructurará en dos Subcomisiones a través de las cuales realizará las actividades para alcanzar sus objetivos.

Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes.**ACTUACIONES**

- Elaborar el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES.
- Elaborar el Mapa de Riesgos del SSPE.
- Fomentar la creación del Observatorio de Seguridad de Pacientes del SES.

Subcomisión de Difusión, Cultura e Investigación en Seguridad de Pacientes.

ACTUACIONES

- Realizar un estudio regional de efectos adversos en centros hospitalarios de la comunidad.
- Establecer un plan de formación y difusión de la cultura de seguridad y gestión de riesgos para profesionales en colaboración con la Dirección General con competencias en Formación, para su inclusión en el Programa Formativo de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- Liderar la difusión de la cultura de seguridad a profesionales y usuarios del SES a través del fomento de buenas prácticas y recomendaciones a la población para mejorar la seguridad.

A otro nivel organizativo más descentralizado se nombrarán **Coordinadores/as de Área de Seguridad de Pacientes** y se constituirán **Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes** en cada Área de Salud y dependiente de éstas.

Coordinadores de Área de Seguridad de Pacientes.

ACTUACIÓN

- Organizar, gestionar y coordinar las Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes ubicadas en cada Área.

INDICADOR

- Existencia de un Coordinador/a de Seguridad de Pacientes en cada Área de Salud.

Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes.

El modelo de gestión de la seguridad de pacientes en los centros estará orientado a la creación y/o consolidación de las Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes de cada Área de Salud, que funcionarán como órgano asesor y consultor para el equipo directivo, con carácter transversal en su relación con el resto de las Comisiones Clínicas existentes. Incluirán en su ámbito de trabajo todos los niveles asistenciales y estructuras de apoyo del área. Tendrán un carácter operativo y realizarán su labor junto a los Coordinadores/as de Seguridad de Pacientes de cada Área de Salud.

OBJETIVOS

- Analizar y evaluar la situación de los centros en cuanto a seguridad de pacientes.
- Difundir la cultura de seguridad y la investigación.
- Detectar necesidades formativas y de investigación respecto a la gestión de riesgos y seguridad clínica.
- Implantar planes de seguridad en los centros, servicios y unidades.
- Practicar una evaluación y seguimiento de los planes de seguridad.
- Favorecer la notificación de efectos adversos.

ACTUACIONES

- Realizar mapas de riesgos de los centros.
- Detectar y priorizar las necesidades de las diferentes unidades respecto a la seguridad de pacientes.
- Fijar los objetivos en materia de seguridad con cada unidad, servicio o centro.
- Diseñar y aplicar los planes de seguridad permitiendo la cohesión entre los diferentes planes existentes.
- Difundir las buenas prácticas entre profesionales de los centros.
- Incorporar los objetivos de seguridad de pacientes a los contratos de gestión.

INDICADOR

- Constitución de Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes en cada Área.

3.1.2 CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Desarrollar una cultura de seguridad de pacientes es esencial para minimizar errores y efectos adversos; evaluarla permite identificar fortalezas y debilidades y diseñar estrategias de mejora. Se trata de tomar conciencia de que pueden cometerse errores, de ser capaces de identificarlos, de aprender de ellos y de actuar para mejorar la seguridad de las prácticas asistenciales. La cultura de seguridad debe ser abierta e imparcial y estar basada en un enfoque orientado al sistema, ya que los fallos en seguridad no están sólo ligados a la persona sino también al sistema en el que se trabaja. Analizar los fallos sistémicos ayuda a aprender lecciones y prevenir la recurrencia de los EA y tendrá un impacto positivo sobre el funcionamiento de la organización.

OBJETIVO

- Fomentar y difundir la cultura de seguridad entre profesionales, usuarios/as y personas que cuidan de pacientes.

ACTUACIONES

- Difundir las buenas prácticas a través del Observatorio de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud.
- Fomentar la actualización permanente de conocimientos de profesionales en materia de seguridad de pacientes.
- Adoptar medidas para mejorar la notificación interna de los efectos adversos y la discusión de los errores.
- Realizar un análisis de situación sobre la cultura de seguridad en la organización sanitaria.

INDICADORES

- Número de actividades realizadas para la difusión de buenas prácticas en seguridad de pacientes.

- Porcentaje de profesionales que reciben formación continua en materia de seguridad de pacientes por Área de Salud.
- Número de medidas puestas en marcha para mejorar la notificación interna de efectos adversos.
- Existencia de un informe sobre cultura de seguridad realizado a partir de encuestas a profesionales y pacientes.

3.1.3 FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN PROFESIONAL Y LIDERAZGO LOCAL

La participación de profesionales y el liderazgo son factores fundamentales para propiciar un adecuado abordaje de la Seguridad de Pacientes en cada ámbito del Sistema Sanitario Público. En este sentido, Asociaciones de Profesionales y Sociedades Científicas subscribieron en 2006 una Declaración por la Seguridad de Pacientes en la que se comprometen a apoyar políticas y estrategias en materia de seguridad, tanto a nivel del Sistema Nacional de Salud como de las Comunidades Autónomas, y a facilitar y promover acciones orientadas a la mejora del conocimiento y a la reducción de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

El liderazgo local es un elemento clave para la incorporación de la seguridad en las prácticas clínicas. El perfil del líder será el de una persona motivada, con capacidad de compromiso, experiencia en la organización, autoridad para decidir y asegurar recursos, experto en gestión de riesgos, valorado y respetado, formador, capaz de fomentar una cultura abierta y justa, de potenciar la comunicación de eventos, tratarlos de forma imparcial y aprender de ellos, proponiendo posibilidades de mejora.

OBJETIVO

- Apoyar la participación profesional y el liderazgo local.

ACTUACIONES

- Promover la elaboración por parte de las Áreas de Salud de planes operativos anuales de seguridad de pacientes, basados en el presente Plan Estratégico, en los que haya una directa implicación profesional.
- Designar líderes en Seguridad de Pacientes para cada unidad asistencial, en el contexto de la creación de Unidades Funcionales y de Coordinadores/as de Seguridad de Pacientes en cada Área de Salud.
- Coordinar la aplicación, cohesión y evaluación de los Planes de Seguridad.
- Realizar reuniones de seguimiento y revisiones periódicas del Plan haciendo partícipes a las profesiones involucradas.
- Incorporar indicadores de seguridad en los acuerdos de gestión acordados con los profesionales.

INDICADORES

- Número de profesionales con implicación en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de pacientes en cada Área de Salud.

- Número de profesionales con implicación en la elaboración de planes operativos de seguridad de pacientes.
- Porcentaje de indicadores de seguridad en los acuerdos de gestión acordados con profesionales.
- Existencia de un sistema de reconocimiento para profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes.

3.1.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y SEGURIDAD DE PACIENTES

Los sistemas de información son herramientas que tienen como objetivo primordial mejorar la seguridad de pacientes aprendiendo de los errores e incidentes a través de su recopilación, análisis, evaluación y propuestas de mejora. Es necesario disponer de un sistema de información integrado que, a partir de una colección de datos estructurada, recopile, elabore y distribuya la información como clave fundamental para poder llevar a cabo la planificación, la gestión, la toma de decisiones o la investigación en seguridad.

OBJETIVOS

- Obtener y evaluar información relevante con el objetivo de mejorar la seguridad de pacientes en la organización sanitaria.
- Desarrollar y mantener un sistema de notificación de incidentes en seguridad de pacientes.

ACTUACIONES

- Análisis de las fuentes de información sobre la presencia de efectos adversos o incidentes de seguridad de pacientes:
 - o Informe de autopsias.
 - o Análisis de documentación clínica.
 - o Reclamaciones y demandas de usuarios/as.
 - o Observación directa.
 - o Análisis de datos administrativos.
 - o Sistemas de notificación de efectos adversos.
 - o Partes o informes establecidos en los centros, en relación con la asistencia prestada.
- Análisis de datos en seguridad de pacientes a través de los sistemas de información sanitaria:
 - o Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
 - o Registro de infecciones nosocomiales.
 - o Hemovigilancia.
 - o Farmacovigilancia.

- o Otros.
- Creación de un sistema de notificación y registro de incidentes y EA que abarque todos los niveles y áreas de prestación, con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo, abierto para pacientes y sus familias, que facilite el análisis de las causas que originan errores y sea útil para la prevención y el aprendizaje.
- Desarrollo de proyectos en el área de las tecnologías que permitan a profesionales registrar y compartir información sobre pacientes de forma fácil, práctica y rápida, así como servir de soporte de comunicación e información entre niveles asistenciales para prevenir posibles EA.
- Análisis de las notificaciones para detectar áreas de mejora.

INDICADORES

- Existencia de estudio de EA en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Existencia de un sistema de notificación y registro de incidentes y EA.

3.1.5 INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Los indicadores se establecerán con la finalidad de identificar y evaluar los problemas y las situaciones susceptibles de mejora, y controlar el efecto de las intervenciones que se realicen. Los indicadores estarán incluidos en Cuadros de Mando Integrales, tanto en cada Área de Salud como a nivel regional.

OBJETIVO

- Establecer y evaluar indicadores de seguridad en el SSPE.

ACTUACIONES

- Seleccionar indicadores en áreas clave en la Seguridad de Pacientes:
 - o Barreras arquitectónicas, señalización y seguridad estructural.
 - o Identificación inequívoca de pacientes.
 - o Comunicación.
 - o Uso seguro de medicamentos.
 - o Infección asociada a la asistencia sanitaria.
 - o Transfusiones y hemoderivados.
 - o Seguridad en la práctica quirúrgica.
 - o Riesgo de caídas y accidentes.
 - o Úlceras por presión.
 - o Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar.
 - o Contención mecánica.
 - o Seguridad en salud mental.

- o Desnutrición y deshidratación.
 - o Extubaciones no planificadas.
 - o Continuidad asistencial.
 - o Valoración de pacientes con traumatismo en situación de urgencia.
 - o Prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías.
 - o Mejora de la seguridad en la atención al embarazo, el parto y el puerperio.
 - o Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear.
 - o Rehabilitación y Fisioterapia.
 - o Alergia asociada al látex.
- Usar los indicadores de seguridad de pacientes como herramienta para identificar y priorizar las acciones de mejora en materia de seguridad.
 - Realizar evaluaciones periódicas de los indicadores de seguridad de pacientes.
 - Fomentar la inclusión de indicadores de seguridad de pacientes en los contratos de gestión.

INDICADORES

- Establecimiento y evaluación de indicadores en áreas clave de Seguridad de Pacientes en ámbitos hospitalario y ambulatorio.
- Existencia de indicadores de seguridad de pacientes en los Contratos de Gestión tanto en ámbitos hospitalario y ambulatorio.

3.1.6 OBSERVATORIO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DEL SES

El Observatorio de Seguridad de Pacientes del SES se constituirá como órgano consultivo y de asesoramiento en materia de gestión de riesgos. Debe estar orientado a compartir experiencias, facilitar la formación, crear cultura de seguridad y prevenir situaciones que supongan un riesgo en el ámbito asistencial.

OBJETIVO

- Recoger e integrar información sobre seguridad de pacientes para su difusión en la organización sanitaria y facilitar la evaluación y seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes.

ACTUACIONES

- Recoger e integrar la información procedente de cada una de las áreas sanitarias. Los informes serán presentados a la Comisión Central de Seguridad de Pacientes así como a profesionales del SSPE.
- Difundir la cultura de seguridad para profesionales, usuarios/as y personas que cuidan a pacientes.
- Difundir buenas prácticas integrando información actualizada y elaborando alertas

propias.

- Integrar la información en seguridad de pacientes para ofrecerla a profesionales y a la población en general.
- Facilitar el seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes.
- Crear una página web o dominio de internet que ofrezca todos los contenidos y actividades del Observatorio.

INDICADOR

- Existencia del Observatorio de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud.

3.1.7 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Diferentes Asociaciones de Pacientes y Consumidores suscribieron en 2007 una Declaración por la Seguridad de Pacientes en la que defienden su derecho a implicarse en la seguridad para conseguir una mayor calidad en la atención sanitaria, aportando su esfuerzo, honestidad, transparencia y participación. La Agencia Nacional de Calidad del SNS pretende potenciar este aspecto mediante el fomento del debate público sobre el error sanitario, desarrollando campañas de publicidad, información y sensibilización ciudadana sobre riesgos sanitarios y seguridad clínica y estableciendo sistemas de participación de pacientes o las asociaciones que los representan en la gestión del riesgo. Se trata de motivar e involucrar a pacientes como miembros activos en los diferentes aspectos de la sanidad al objeto de mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante:

- Identificación precoz de riesgos y problemas por parte de pacientes.
- Aporte de ideas que puedan suponer mejoras.

OBJETIVO

- Hacer partícipes a usuarios/as en las cuestiones de seguridad de pacientes.

ACTUACIONES

- Establecer cauces de relación con las asociaciones de pacientes, creando vías de comunicación y participación, así como realizando actividades conjuntas.
- Involucrar a pacientes para que tomen parte activa en la mejora de la seguridad de los procesos asistenciales mediante las siguientes líneas de actuación:
 - o Involucrar a pacientes y familiares como parte de un equipo multidisciplinar para ayudar a mejorar, cambiar y diseñar los servicios.
 - o Recoger aportaciones de asociaciones y representantes de pacientes para elaborar el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos.
 - o Diseñar y llevar a cabo un programa formativo dirigido a pacientes y usuarios/as, contando con la colaboración de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes.

- o Fomentar la creación de una Escuela de Pacientes.
- o Informar a pacientes sobre procedimientos, exámenes o intervenciones quirúrgicas que se le proponen, para que participe en la toma de decisiones.
- o Asegurar la correcta aplicación del Consentimiento Informado.
- o Proporcionar a pacientes un informe o documento actualizado que incluya aspectos relacionados con sus problemas de salud y tratamientos prescritos.
- o Establecer encuestas de satisfacción vinculadas a los procesos operativos clave.

INDICADORES

- Número de guías de información para pacientes y familiares que impliquen la participación de los mismos en los cuidados de salud.
- Existencia de memoria anual del análisis de quejas, reclamaciones y demandas patrimoniales presentadas por pacientes, familiares o asociaciones.
- Existencia de un programa formativo dirigido a pacientes y usuarios/as.
- Existencia de encuestas de satisfacción relacionadas con procesos operativos claves.

3.1.8 FORMACIÓN

La prevención y reducción de los incidentes en la asistencia sanitaria requiere de todos los perfiles profesionales sanitarios capacidad de analizar procesos de decisión y de hacer frente a situaciones problemáticas que pudieran surgir en las actividades diarias. Los programas de estudios y formación de profesionales deben incluir conocimientos básicos para la toma de decisiones clínicas basadas en la prevención de riesgos. La formación debe ampliar la cultura de seguridad en la atención sanitaria, alentar un cambio de actitudes y contribuir a disminuir la incidencia de eventos adversos.

La **Subcomisión de Difusión, Cultura e Investigación en Seguridad de Pacientes** tendría un papel fundamental en la formación de los profesionales. Como áreas prioritarias de formación cabe destacar las siguientes:

1. Talleres de sensibilización, a nivel de Área de Salud, dirigidos a todos los colectivos profesionales que formen parte del proceso e influyan en la seguridad de pacientes.
2. Actividades para la concienciación y sensibilización sobre seguridad de pacientes dirigidas a profesionales de la gestión y responsables económicos de las unidades.
3. Cursos a nivel regional sobre higiene de las manos.

4. Propuestas bianuales específicas de formación en Seguridad de Pacientes.

OBJETIVOS

- Potenciar la formación de profesionales sanitarios en el ámbito de seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios.
- Promover la formación de pacientes a través de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes.

ACTUACIONES

- Elaborar y poner en marcha un plan de formación que permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes en aspectos relacionados con la seguridad de pacientes y la gestión de riesgos.
- Incorporar contenidos referidos a la seguridad en los estudios pregrado y en la formación postgrado de profesionales sanitarios.
- Incluir aspectos de seguridad de pacientes en la formación continuada.
- Establecer mecanismos específicos de formación para los siguientes perfiles profesionales:
 - o Integrantes de comisiones de seguridad
 - o Responsables de centros, servicios y unidades clínicas
 - o Profesionales pertenecientes a unidades con mayor nº de factores de riesgo identificados relacionados con la seguridad de pacientes.
 - o Profesionales de Equipos de Emergencia Móviles.
 - o Personal de mantenimiento de equipos e instalaciones.
 - o Farmacéuticos/as y otros profesionales con implicación en la prevención de eventos adversos relacionados con el uso y administración de medicamentos.
 - o Profesionales con implicación en la prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Incorporar el plan formativo al programa de la Escuela de Ciencias de la Salud, de Extremadura.
- Establecer acuerdos con Sociedades Científicas y Universidades.
- Diseñar y llevar a cabo un programa formativo dirigido a pacientes y usuarios/as, contando con la colaboración de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes.

INDICADORES

- Existencia de plan formativo en seguridad de paciente dirigido a profesionales.
- Existencia de un programa formativo dirigido a pacientes y usuarios/as, contando con la colaboración de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes.

3.1.9 INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

La investigación en materia de seguridad de pacientes es un componente esencial para la elaboración y aplicación de una política de seguridad eficaz. Deberá impulsarse en todos los ámbitos de la atención para conocer la incidencia, prevalencia y causas de los eventos adversos y poder desarrollar soluciones apropiadas. La Subcomisión de Difusión, Cultura e Investigación debe establecer las líneas prioritarias así como coordinar los esfuerzos de investigación en seguridad de pacientes y definir indicadores específicos.

OBJETIVO

- Impulsar la investigación en materia de seguridad de pacientes.

ACTUACIONES

- Coordinar y desarrollar líneas de investigación con enfoques multidisciplinares: investigación básica, epidemiológica, clínica y de gestión.
- Colaborar con las Universidades de la Comunidad Autónoma, Sociedades Científicas y proyectos nacionales e internacionales, para potenciar la investigación en seguridad de pacientes.
- Incluir en los programas de investigación estudios que mejoren el conocimiento sobre:
 - o Magnitud e impacto de efectos adversos así como las herramientas de valoración.
 - o Factores humanos implicados en los EA.
 - o Incidentes ocurridos en el proceso de comunicación entre profesionales y entre profesionales y pacientes.
 - o Evaluación de efectividad de las intervenciones para la mejora de la seguridad.
 - o Factores de riesgo de aquellos/as pacientes con mayor probabilidad de sufrir un efecto adverso.

INDICADOR

- Número de líneas de investigación multidisciplinares en materia de seguridad de pacientes.

ESTRATEGIA 2.**SISTEMAS DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DE PACIENTES**

La existencia de riesgos asociados a los elementos de la acción sanitaria, presentes en forma de variable en el colectivo de pacientes, junto con la posibilidad de producirse errores en sistemas asistenciales complejos, hace necesaria una adecuada gestión de los riesgos. Esto implica un compromiso por parte de profesionales asistenciales y gerentes para adoptar una actitud orientada al uso de metodologías que permitan identificar los problemas y causas que los originan, con el fin de desarrollar estrategias que los prevengan o que reduzcan su repetición.

3.2 APRENDIZAJE Y CAMBIO

Históricamente los errores del sistema sanitario han sido analizados de forma retrospectiva a través de los comités de mortalidad y el análisis de reclamaciones. Hoy en día, la frecuencia y la distribución del riesgo asistencial puede estimarse por estudios retrospectivos, transversales y prospectivos, como el análisis de la cascada causal y los fallos latentes, los mapas que exponen el conjunto de riesgos potenciales y los estudios epidemiológicos que permiten caracterizar el daño e identificar las circunstancias que le confiere carácter evitable. De ahí la importancia que adquieren los sistemas de aprendizaje para potenciar y favorecer la cultura de cambio en el conjunto del entorno asistencial.

3.2.1 MAPA DE RIESGOS**OBJETIVO**

- Diseñar un Mapa de Riesgos Potenciales en cada centro, servicio o establecimiento del SSPE.

ACTUACIONES

- Definir servicios o unidades de alto riesgo en la organización sanitaria.
- Definir pacientes con alto riesgo de sufrir eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria y/o con su vulnerabilidad (edad, patología, estado cognitivo).
- Definir procedimientos diagnósticos y terapéuticos que presenten alto riesgo de eventos adversos.
- Definir prácticas habituales potencialmente inseguras, relacionadas con la asistencia sanitaria.

INDICADOR

- Porcentaje de centros, servicios o establecimientos del SSPE que cuenten con un Mapa de Riesgos.

3.2.2 ANÁLISIS DE RIESGO E INCIDENTES**OBJETIVOS**

- Identificar y evaluar de forma proactiva los potenciales fallos de los procesos asistenciales, a través de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).
- Investigar de forma sistemática el entorno y las causas subyacentes de los EA ocurridos, especialmente los sucesos centinela, mediante un Análisis de Causa-Raíz (ACR).

ACTUACIONES

- Constituir un Equipo de Análisis Multidisciplinar en el contexto de las Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes de cada Área, en los que sus miembros sean expertos en los procesos a analizar y se encuentren implicados en los mismos y en los que se incluya un asesor en la metodología AMFE y ACR.
- Valorar la probabilidad de ocurrencia del fallo, la severidad del efecto y la capacidad de detectar el fallo antes de que provoque el efecto.
- Detectar sucesos centinelas e incidentes ocurridos sobre los que realizar el ACR.
- Realizar un informe final donde se recoja el incidente, sus consecuencias, la investigación, los resultados y las recomendaciones con el Plan de Acción.

INDICADORES

- Existencia de un Equipo de Análisis Multidisciplinar en cada Unidad Funcional de Seguridad del Paciente de Área.
- Existencia en cada Área de Salud de una memoria anual de Análisis de Riesgo que contemple un plan de contingencias.
- Porcentaje de actuaciones llevadas a cabo de las contempladas en el plan de contingencias.

3.2.3 SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN**OBJETIVO**

- Disponer de un Sistema de notificación y registro de eventos adversos e incidentes, de ámbito regional.

ACTUACIONES

- Implantar un Sistema de notificación y registro de eventos adversos e incidentes, accesible para cada Área de salud.
- Crear un Sistema de notificación y registro de eventos adversos e incidentes regional, que se nutra de las aportaciones de los sistemas de notificación de cada Área.

INDICADORES

- Existencia de un Sistema de notificación y registro de eventos adversos e incidentes accesible para cada Área de salud.
- Existencia de un Sistema de notificación y registro de eventos adversos e incidentes regional.

3.2.4 ANÁLISIS DE OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

OBJETIVO

- Establecer un Sistema de Análisis de otras fuentes de información, incluyendo Sistemas de Alertas cuya detección obligue a valorar un posible EA subyacente (reclamaciones patrimoniales, quejas, encuestas de satisfacción y otras fuentes).

ACTUACIONES

- Establecer una Metodología de Análisis de las fuentes de información susceptibles de contener información relevante para la gestión de riesgos y seguridad de pacientes.
- Definición y monitorización de Indicadores de Alerta en Seguridad en las diversas áreas asistenciales.

INDICADORES

- Existencia de un Sistema de Análisis de fuentes de información.
- Existencia de un Sistema de Alertas específico para cada fuente de información a analizar.

3.3 IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

Los sistemas sanitarios tienden a ser cada vez más complejos. Este incremento de la complejidad conlleva inevitablemente un aumento de los riesgos a los que está sometido el colectivo de pacientes. Teniendo en cuenta esta realidad, es prioritario que los sistemas sanitarios desarrollen estrategias de prevención de eventos adversos, de forma especial en aquellos procesos considerados de mayor riesgo sanitario. La traducción del conocimiento en soluciones prácticas es el fundamento último de la implantación de las estrategias de seguridad.

3.3.1 ESTÁNDARES E INDICADORES DE SEGURIDAD

OBJETIVO

- Disponer de una serie de indicadores clave para la seguridad de pacientes comunes a todos los centros sanitarios de la región.

ACTUACIONES

- Definir una serie de indicadores clave, de estructura, proceso y resultado, para la seguridad de pacientes, determinando la periodicidad de evaluación y revisión de los indicadores por cada Área de Salud.

INDICADOR

- Existencia de un documento de indicadores clave para la seguridad de pacientes comunes a todos los centros sanitarios de la región.

3.3.2 MANUALES DE PRÁCTICAS SEGURAS

OBJETIVO

- Elaborar una serie de documentos guía basados en la evidencia científica disponible que orienten las actuaciones (mejoras en los procesos y actividades) de profesionales para asegurar que usuarios/as del SES reciben un servicio de calidad, adaptado a sus necesidades y expectativas, y dirigido a la minimización de los riesgos asistenciales.

ACTUACIÓN

- Diseñar e implantar manuales de prácticas seguras relacionados con la seguridad de pacientes.

INDICADOR

- Número de manuales de prácticas seguras diseñados e implantados.

3.3.3 PROTOCOLO DE GESTIÓN DE RIESGOS

OBJETIVO

- Elaborar un protocolo que facilite la organización e implementación de los procedimientos relacionados con la gestión de riesgos sanitarios, así como su evaluación y seguimiento.

ACTUACIÓN

- Diseñar e implantar un protocolo de gestión de riesgos sanitarios común a toda la organización sanitaria.

INDICADOR

- Existencia de un protocolo de gestión de riesgos sanitario común a toda la organización sanitaria.

3.3.4 ALERTAS EN SEGURIDAD DE PACIENTES

OBJETIVO

- Disponer de una herramienta (plataforma informática) que permita la rápida y eficiente difusión entre profesionales sanitarios y pacientes del SES, de las alertas en seguridad de pacientes originadas a nivel regional, nacional e internacional.

ACTUACIÓN

- Diseñar e implantar una plataforma informática destinada a intercambiar información en torno a la seguridad de pacientes.

INDICADOR

- Existencia de una plataforma de difusión y comunicación en seguridad de pacientes.

3.3.5 PUNTOS CRÍTICOS EN PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS

I. Barreras arquitectónicas, señalización y seguridad estructural

OBJETIVOS

- Establecer los mecanismos necesarios para identificar, evaluar y eliminar las barreras arquitectónicas presentes en los centros sanitarios del SES.

ACTUACIONES

- Elaborar y difundir una guía de identificación y corrección de barreras arquitectónicas en centros sanitarios, donde se especifiquen los requerimientos básicos de los centros en remodelación o de nueva construcción.
- Realizar un mantenimiento, evaluación y actualización continua del Programa de

señalización para los centros sanitarios del SES, incluida la señalización en vías públicas.

INDICADORES

- Existencia de la guía de identificación y corrección de barreras arquitectónicas de los centros sanitarios.
- Existencia de la evaluación del Programa de señalización para los centros sanitarios del SES.

II. Identificación inequívoca de pacientes

OBJETIVO

- Estandarizar y unificar los procedimientos que aseguren la inequívoca identificación de pacientes atendidos en el SES, así como la comunicación e identificación de determinados factores de riesgo intrínsecos de los mismos.

ACTUACIÓN

- Crear un protocolo unificado de identificación de pacientes y sus factores de riesgo intrínsecos.
- Crear un protocolo unificado de identificación de neonatos/as.

INDICADORES

- Existencia de un protocolo unificado de identificación de pacientes y sus factores de riesgo intrínsecos.
- Existencia de un protocolo unificado de identificación de neonatos/as.

III. Comunicación

OBJETIVO

- Favorecer la comunicación bidireccional entre los diferentes niveles asistenciales estandarizando y unificando los distintos mecanismos de comunicación inter e intraniveles, lo que permitiría minimizar el riesgo de confusión durante la transmisión de información entre profesionales y entre éstos y pacientes. Es necesario favorecer la comunicación entre las diferentes Gerencias de Área de Salud y entre las organizaciones y/o personas que están prestando atención en paralelo a un/a mismo/a paciente (personas cuidadoras formales y no formales).

ACTUACIONES

- Estandarizar la comunicación entre el personal de un mismo servicio/unidad durante el cambio de turno y entre diferentes unidades que atienden a un/a mismo/a paciente, a través de la identificación de los datos necesarios para asegurar una adecuada continuidad asistencial.
- Creación de un sistema de comunicación mediante sistemas informáticos que posibilite la adecuada continuidad asistencial y de cuidados de forma bidireccional entre el nivel de atención primaria y el de especializada.

- Elaboración y puesta en marcha de un protocolo de transferencia de pacientes entre unidades y servicios hospitalarios y entre niveles asistenciales, que asegure una adecuada continuidad en la atención a pacientes.
- Estandarización del uso de abreviaturas, siglas y símbolos.
- Incorporar programas de formación continuada sobre estrategias específicas de comunicación efectiva.

INDICADORES

- Existencia de un protocolo de transferencia de pacientes entre unidades y servicios hospitalarios y entre niveles asistenciales.
- Existencia de un sistema de comunicación mediante sistemas informáticos.
- Existencia de un programa de formación continuada sobre estrategias específicas de comunicación efectiva.

IV. Uso seguro de medicamentos

OBJETIVO

- Potenciar el uso seguro de los medicamentos en todos los niveles asistenciales a través de la prevención de los errores en los procesos de prescripción, dispensación, preparación, conservación y administración de los mismos, prestando especial consideración a los medicamentos de alto riesgo y antimicrobianos, así como al uso en niños y pacientes polimedicados.

ACTUACIONES

En el ámbito de la Atención Hospitalaria:

- Disponer de un sistema de prescripción electrónica asistida para todos los hospitales del SES mediante un programa informático que cuente con una serie de ayudas como soporte a la decisión clínica, así como con sistemas de alerta.
- Elaborar tablas de dosificación, ritmo y frecuencia estándar de administración de medicamentos según edad y peso de pacientes.
- Diseñar e implantar procedimientos normalizados de trabajo para el manejo de los medicamentos en las unidades hospitalarias, que incluyan medidas tales como identificación inequívoca de pacientes, doble chequeo en el cálculo de la dosis y velocidad de administración de los medicamentos intravenosos de riesgo.
- Implicar a los servicios de farmacia hospitalarios en la conciliación del tratamiento de pacientes (clarificación de las discrepancias entre la medicación habitual y los cambios en las transiciones asistenciales) así como en el diseño y puesta en marcha de un programa de información de medicamentos para los pacientes al alta hospitalaria y en consultas externas.
- Implicar y promover la participación activa de pacientes y a las personas cuidadoras para aumentar la seguridad en el uso de la medicación.
- Utilizar un sistema eficiente y seguro de distribución de medicamentos basado en la dispensación por dosis unitarias para su administración en pacientes hospitalizados. En las unidades clínicas en las que no sea posible dicho sistema de distribución

(quirófanos, urgencias, UCI, etc.), implantar armarios robotizados de dispensación.

- Favorecer el uso en los servicios de farmacia hospitalaria de sistemas semiautomáticos de preparación de carros de dispensación por dosis unitarias a las unidades de hospitalización.
- Identificar y listar todos los medicamentos de alto riesgo disponibles en cada unidad/ servicio de los centros asistenciales, limitando las presentaciones de diferentes concentraciones, dosis y volúmenes de un mismo fármaco.
- Revisar periódicamente los medicamentos de alto riesgo incluidos en la Guía Fármaco-terapéutica, identificando etiquetados similares de fármacos distintos.
- Elaborar guías y protocolos sobre el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Establecer medidas de prevención y control de resistencia a antimicrobianos.
- Establecer medidas de control de almacenamiento y caducidades.

En el ámbito de la Atención Ambulatoria y Emergencias

- Implantar el Programa de Apoyo a Pacientes Polimedicados en los centros de atención primaria del SES, con especial atención a la cumplimentación terapéutica, adherencia y conciliación del tratamiento.
- Evaluar y calificar las novedades terapéuticas a través de la Oficina de Evaluación de Medicamentos.
- Monitorizar indicadores de prescripción de determinados grupos de fármacos como sistema de seguimiento del uso adecuado y seguro de los mismos.
- Realizar un análisis del uso de medicamentos de alto riesgo en las Unidades Medicalizadas de Emergencias.
- Elaborar una Guía de Uso Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo en las Unidades Medicalizadas de Emergencias.

En centros, servicios y establecimientos de todos los niveles asistenciales

- Implantar sistemas de envasado, etiquetado y revisión de caducidades correctos.
- Impulsar la prescripción por principio activo.
- Colaborar con el Centro Regional de Farmacovigilancia en los programas de detección y notificación de los efectos adversos de los medicamentos, fomentando el uso de la Tarjeta Amarilla.
- Implantar sistemas internos de detección de errores de medicación y promover su notificación.
- Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica.

INDICADORES

- Existencia de un sistema de prescripción electrónica asistida para todos los hospitales del SES.
- Existencia de procedimientos normalizados de trabajo para el manejo de los medicamentos en las unidades hospitalarias.

- Existencia de tablas de dosificación y ritmo y frecuencia de administración estándar según edad y peso de pacientes.
- Existencia de programas de información de medicamentos para pacientes al alta hospitalaria y en consultas externas.
- Existencia de procedimientos de implicación y de promoción de la participación activa de pacientes y personas cuidadoras en el uso seguro de la medicación.
- Existencia de sistemas de distribución de medicamentos basados en la dispensación por dosis unitarias para su administración en pacientes que estén hospitalizados.
- Existencia de al menos una experiencia piloto de sistemas semiautomáticos de preparación de carros de dispensación por dosis unitarias a las unidades de hospitalización.
- Existencia de protocolos de uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Existencia de listado de los medicamentos de alto riesgo disponibles en cada unidad/servicio de los centros asistenciales.
- Existencia de medidas de prevención y control de resistencia a antimicrobianos.
- Memoria de evaluación del Programa de Apoyo a Pacientes Polimedicados en los centros de atención primaria del SES.
- Memoria de evaluación y calificación de novedades terapéuticas por la Oficina de Evaluación del Medicamento.
- Existencia en atención primaria de un sistema de monitorización de indicadores de prescripción.
- Existencia y evaluación de un sistema de envasado, etiquetado y revisión de caducidades correcto.
- Número de actividades orientadas a impulsar la prescripción por principio activo.
- Existencia de un sistema de notificación voluntaria de incidentes relacionados con la medicación.
- Existencia de un análisis del uso de medicamentos de alto riesgo en las Unidades Medicalizadas de Emergencias.
- Existencia de una Guía de Uso Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo en las Unidades Medicalizadas de Emergencias.

V. Infección asociada a la asistencia sanitaria

OBJETIVO

- Disponer de protocolos adecuadamente implantados y evaluados periódicamente para la prevención, diagnóstico y tratamiento de Infecciones Nosocomiales en los centros sanitarios del SES.

ACTUACIONES

- Desarrollar un Plan Regional de Higiene de las manos.
- Prevenir bacteriemias asociadas a la inserción de catéteres venosos centrales en

Unidades de Cuidados Intensivos y en otras unidades asistenciales.

- Prevenir la neumonía nosocomial asociada al uso de ventilación mecánica.
- Prevenir infecciones urinarias asociadas a catéteres.
- Prevenir infecciones en heridas quirúrgicas.
- Promocionar medidas de precaución estándar y basadas en la transmisión de infecciones.
- Prevenir infecciones en atención primaria de salud.
- Desarrollar un Plan de vigilancia de incidencia, control y registro de Infecciones Nosocomiales centralizado, en el que participen todos los centros sanitarios del SES.
- Desarrollar un protocolo de trazabilidad del proceso de esterilización.

INDICADORES

Asepsia e higiene de las manos.

- Existencia de campañas de promoción de los 5 momentos de la higiene de manos de la OMS en todos los centros sanitarios del SES.
- Existencia de actuaciones de formación y difusión de técnicas de higiene, desinfección y/o descontaminación de las manos.
- Existencia de dispensadores de soluciones de base alcohólica accesibles para profesionales y familiares en todos los centros sanitarios del SES.

Prevención de la neumonía asociada al uso de ventilación mecánica.

- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de protocolos, guías y recomendaciones para el cuidado de pacientes con ventilación mecánica.
- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de actuaciones formativas específicas dirigidas a profesionales que atienden a pacientes con riesgo de padecer Neumonía asociada al uso de ventilación mecánica.

Prevención de bacteriemia asociada a la inserción de catéter venoso central.

- Existencia de un protocolo del SES para la prevención de bacteriemia asociada a la inserción de catéter venoso central a través del proyecto Bacteriemia Zero en las UCI y otras unidades asistenciales.
- Implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES, a través de la Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes, de un protocolo para la prevención de bacteriemia asociada a la inserción de catéter venoso central a través del proyecto Bacteriemia Zero en las UCI y otras unidades asistenciales.

Prevención de infecciones urinarias asociadas a catéteres.

- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de protocolos, guías y recomendaciones para la correcta indicación, cuidados y retirada del cateterismo vesical.
- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de cursos formativos, dirigidos a profesionales sanitarios, de cuidados higiénicos en el mantenimiento de la asepsia del sondaje urinario.

Infecciones en heridas quirúrgicas.

- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de protocolos con las recomendaciones de higiene quirúrgica adecuada y de identificación de pacientes con riesgo de posible infección.
- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de un protocolo unificado de profilaxis antibiótica en intervenciones quirúrgicas.
- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de protocolos relacionados con la circulación de las personas en el área quirúrgica.
- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de protocolos relacionados con procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material quirúrgico.
- Existencia e implantación en las Gerencias de Áreas de Salud del SES de protocolos para los cuidados postoperatorios, hospitalarios y ambulatorios de la herida quirúrgica.

Promoción de medidas de precaución estándar y basadas en la transmisión.

- Existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de actuaciones de formación y difusión.
- Existencia de protocolo de proceso de esterilización.

VI. Transfusiones y hemoderivados

OBJETIVO

- Disponer de un protocolo unificado de seguridad transfusional con el objetivo de minimizar los riesgos sanitarios asociados a todas las fases del proceso de uso de transfusiones y hemoderivados.

ACTUACIÓN

- Diseñar e implantar un protocolo de seguridad transfusional en el SES.

INDICADOR

- Existencia e implantación del protocolo de seguridad transfusional del SES.

VII. Seguridad en la práctica quirúrgica

OBJETIVO

- Mejorar la seguridad en la práctica quirúrgica. Para ello se dispondrá de un documento normalizado de bioseguridad ambiental y circulación de personas dentro de las áreas quirúrgicas, además de una lista de verificación del proceso quirúrgico y un protocolo unificado de profilaxis antibiótica. Los protocolos estarán basados en la última evidencia científica disponible y en las recomendaciones de la campaña "La cirugía segura salva vidas" de la OMS.

ACTUACIONES

- Diseñar e implantar:

- Documento normalizado de bioseguridad ambiental.
- Lista de verificación del proceso quirúrgico.
- Protocolo unificado de profilaxis antibiótica.

INDICADORES

- Existencia de documento normalizado de bioseguridad ambiental dentro de las áreas quirúrgicas.
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con la lista de verificación del proceso quirúrgico correctamente cumplimentada.
- Existencia e implantación de protocolo unificado de profilaxis antibiótica en el proceso quirúrgico.

VIII. Riesgo de caídas y accidentes

OBJETIVO

- Estandarizar y unificar las medidas encaminadas a prevenir las caídas de pacientes tanto en los centros sanitarios como en el ámbito comunitario.

ACTUACIONES

- Elaborar un protocolo unificado de prevención de caídas en los centros sanitarios.
- Diseñar e implantar un plan de intervención de prevención de caídas en el ámbito comunitario.

INDICADORES

- Existencia de un protocolo unificado de prevención de caídas en los centros sanitarios.
- Existencia de un plan de intervención de prevención de caídas en el ámbito comunitario.

IX. Úlceras por presión

OBJETIVO

- Disponer de una guía de actuación basada en la última evidencia científica disponible sobre prevención, detección, tratamiento y evaluación de las úlceras por presión.

ACTUACIONES

- Diseñar e implantar una guía clínica de úlceras por presión en centros, servicios y establecimientos sanitarios del SES.

INDICADORES

- Existencia e implantación de la guía clínica de úlceras por presión en todos los centros sanitarios de la región.

X. Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar

OBJETIVO

- Disponer de una guía de actuación basada en la última evidencia científica disponible sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar.

ACTUACIONES

- Elaborar y difundir un protocolo de prevención, identificación y tratamiento de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar.

INDICADORES

- Existencia e implantación en todos los centros sanitarios de la región de la guía clínica de prevención, identificación y tratamiento de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar.

XI. Contención mecánica

OBJETIVO

- Contar con un protocolo adecuadamente implantado y evaluado periódicamente para la indicación, realización y supervisión de la contención mecánica de pacientes en las unidades hospitalarias y en los procedimientos de traslados que así lo requieran

ACTUACIONES

- Elaborar, difundir, implantar y evaluar un protocolo para la indicación, realización y supervisión de la contención mecánica.

INDICADORES

- Existencia e implementación evaluada de un protocolo de contención mecánica en las unidades de hospitalización.

XII. Seguridad en salud mental

OBJETIVO

- Contar con medidas estructurales, funcionales y de procedimientos asistenciales que garanticen la seguridad de pacientes en los dispositivos de la red de salud mental (especialmente en las unidades de hospitalización).

ACTUACIONES

- Elementos estructurales:** Elaborar un plan de seguridad estructural para los dispositivos de salud mental, especialmente las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas (UHP). Dichas Unidades estarán diseñadas estructuralmente de manera que se garantice un máximo de seguridad de usuarios/as y se minimice el riesgo de aparición de EA derivados de autolesiones, intentos de suicidio, agresiones a terceros, abandonos de la unidad, accidentes y caídas, etc.
- Elementos funcionales y procedimientos asistenciales:**

- o *Contención mecánica.* Unificar, implantar y evaluar periódicamente un protocolo para la indicación, realización y supervisión de la contención mecánica de pacientes de las UHP.
- o *Prevención del suicidio.* Unificar, implantar y evaluar periódicamente un protocolo para la prevención del suicidio y autolesiones en pacientes de riesgo de las UHP.
- o *Prevención de comportamiento agresivo.* Unificar, implantar y evaluar periódicamente un protocolo para la prevención del comportamiento heteroagresivo en pacientes de riesgo de las UHP.
- o *Prevención de abandonos no programados de la Unidad.* Unificar, implantar y evaluar periódicamente un protocolo para la prevención de conductas de fuga en pacientes de riesgo de las UHP.
- o *Prevención de comportamiento sexualmente inapropiado.* Unificar, implantar y evaluar periódicamente un protocolo para la prevención del comportamiento sexualmente inapropiado en pacientes de riesgo de las UHP.
- o *Procedimientos generales.* Implantar en las UHP y otros dispositivos de salud mental procedimientos de seguridad de carácter general: identificación inequívoca de pacientes, uso seguro de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, etc.

INDICADORES

- a. **Elementos estructurales:** existencia de un plan de prevención de riesgos estructurales para las UHP y otros dispositivos de salud mental.
- b. **Elementos funcionales y procedimientos asistenciales:**
 - o *Contención mecánica.* Existencia e implantación de un protocolo para la indicación, realización y supervisión de la contención mecánica de pacientes.
 - o *Prevención del suicidio.* Existencia e implantación de un protocolo para la prevención del suicidio y autolesiones en pacientes de riesgo.
 - o *Prevención de comportamiento agresivo.* Existencia e implantación de un protocolo para la prevención del comportamiento heteroagresivo en pacientes de riesgo.
 - o *Prevención de abandonos no programados de la Unidad.* Existencia e implantación de un protocolo para la prevención de conductas de fuga en pacientes de riesgo.
 - o *Prevención de comportamiento sexualmente inapropiado.* Existencia e implantación de un protocolo para la prevención del comportamiento sexualmente inapropiado en pacientes de riesgo.
 - o *Procedimientos generales.* Existencia e implantación de procedimientos de seguridad de carácter general.

XIII. Desnutrición y deshidratación

OBJETIVO

- Prevenir y abordar precozmente la desnutrición y la deshidratación de pacientes en riesgo de alteración nutricional e hidroelectrolítica. Para ello se pondrá en marcha un protocolo de intervención nutricional e hidroelectrolítica destinado a pacientes que están ingresados y no ingresados en riesgo de alteración nutricional.

ACTUACIONES

- Elaborar y difundir un programa de intervención nutricional.
- Elaborar y difundir un protocolo de manejo del estado hidroelectrolítico en pacientes de riesgo.

INDICADORES

- Existencia e implantación en todos los centros sanitarios del programa de intervención nutricional.
- Existencia e implantación en todos los centros sanitarios de un protocolo de manejo del estado hidroelectrolítico.

XIV. Extubaciones no planificadas

OBJETIVO

- Puesta en marcha de un protocolo de intervención en las extubaciones no planificadas.

ACTUACIONES

- Elaborar y difundir un programa de intervención en las extubaciones no planificadas.

INDICADORES

- Existencia e implantación en todos los centros sanitarios de un programa de intervención en las extubaciones no planificadas.

XV. Continuidad asistencial

OBJETIVO

- Mejorar la continuidad, integración y coordinación entre niveles asistenciales de manera que se minimicen los riesgos derivados de la discontinuidad de los procesos asistenciales. Para ello, los usuarios/as se situarán en todo momento en el centro del sistema sanitario independientemente de donde se realice la atención.

ACTUACIONES

- Elaborar y difundir un programa para mejorar la continuidad asistencial entre niveles asistenciales que al menos incluya:
- Mejorar la participación de profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada en las comisiones y órganos de participación de cada Área de Salud para mejorar así la atención centrada en pacientes y evaluar los puntos críticos de mejora de la continuidad asistencial.

- Garantizar la existencia de un informe de alta médica y de un informe de cuidados de enfermería al alta, para mejorar la continuación y conciliación de tratamientos y cuidados entre ambos niveles.
- Garantizar la disponibilidad de ambos informes de forma inmediata para profesionales de atención primaria a través de historia electrónica compartida.
- Establecer un circuito ágil de comunicación entre profesionales de primaria y especializada.

INDICADOR

- Existencia e implantación de un programa de continuidad asistencial entre niveles asistenciales.

XVI. Valoración de pacientes con traumatismo en situación de urgencia

OBJETIVO

- Disminuir las muertes potencialmente evitables por traumatismos en situaciones de urgencia vital, procediendo a la evaluación de los accidentados mediante una actuación temprana, protocolizada y coordinada.

ACTUACIONES

- Definir los aspectos fundamentales y la metodología de evaluación de pacientes con traumatismo potencialmente grave.
- Definir aspectos organizativos en la atención de urgencias, con adjudicación de responsabilidades por facultativos/as.
- Establecer prioridades de actuación según los algoritmos definidos de soporte vital avanzado.
- Establecer un protocolo o vía clínica, con un reconocimiento sistemático, que permita verificar la realización de actividades previstas.
- Definir actuaciones de coordinación entre dispositivos asistenciales y determinar cuál es la situación actual de la atención a los traumatismos en los diferentes dispositivos sanitarios.
- Formación práctica a profesionales sanitarios relacionados con la atención de pacientes con traumatismo en situación de urgencia.

INDICADORES

- Existencia en todos los servicios de urgencia de un protocolo o vía clínica implantada que permita valorar el riesgo de politraumatismos.
- Existencia de protocolos de coordinación entre dispositivos asistenciales para el abordaje de pacientes con politraumatismos.
- Número de actividades de formación específicas realizadas.

XVII. Prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías

OBJETIVO

- Introducir las medidas necesarias para evitar, debida a cuestiones de diseño, conexiones incorrectas de catéteres y otras vías, lo que podría ser causa de administración de medicamentos o líquidos a través de vías no deseadas, con posible resultado de EA graves y muerte.

ACTIVIDADES

- Implantar en todos los servicios y establecimientos sanitarios procedimientos normalizados relacionados con:
- Manipulación de vías y catéteres por profesionales capacitados.
- Etiquetado identificativo de catéteres de alto riesgo.
- Protocolización -incluyendo listas de verificación- de todos los procesos y actividades, así como comprobación de vías desde el origen hasta el puerto de conexión antes de la administración de medicamentos, soluciones, etc.
- Estandarizar la verificación por turnos y cambios de servicio.
- Adquirir catéteres y tubos con diseños específicos para la mejora de la seguridad.
- Evaluar el riesgo de los materiales existentes.
- Codificar tubos y conexiones.
- Capacitación y formación del personal sobre prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías.

INDICADORES

- Existencia de catéteres y equipamientos, cuyo diseño, etiquetado y color no permita errores de conexión.
- Existencia de lista de verificación de todos los procesos y actividades implicados en la conexión de catéteres y otras vías.
- Número de procedimientos y actividades implantados sobre prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías.
- Número de actividades de formación realizadas sobre prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías.

XVIII. Mejora de la seguridad en la atención al embarazo, el parto y el puerperio

OBJETIVOS

- Introducir medidas para prevenir la morbimortalidad neonatal y maternal durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio.
- Impulsar la Estrategia de atención al parto normal del SNS, incrementando la humanización de la atención y mejorando la calidez de la atención y la participación y protagonismo de la mujer en su proceso del parto, sin descuidar los aspectos de seguridad clínica.

ACTUACIONES

- Elaborar e implantar de forma consensuada entre Atención Primaria y Atención Especializada, el Protocolo Regional de Seguimiento Maternal y Control Fetal durante el proceso de embarazo.
- Elaborar un protocolo de cribado y manejo de la diabetes e hipertensión arterial en gestantes.
- Elaborar un protocolo de actuación en el proceso del parto basado en las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS, en el que prime la humanización del trato y la participación de la mujer.
- Elaborar un protocolo de prevención de la hemorragia posparto.
- Elaborar un protocolo para la prevención de traumatismos obstétricos durante el parto vaginal instrumental y no instrumental, así como en cesáreas.
- Identificar a la criatura mediante una técnica inequívoca fiable, segura y estandarizada y verificar la identificación madre-hijo/a al alta.
- Promover el establecimiento de un protocolo consensuado entre profesionales para la atención al desarrollo del/de la neonato/a prematuro/a con la máxima participación posible de la familia.

INDICADORES

- Existencia del Protocolo Regional de Seguimiento Maternal y Control Fetal durante el embarazo.
- Existencia del Protocolo de cribado y manejo de la diabetes e hipertensión arterial en gestantes.
- Existencia de un protocolo de actuación en el proceso del parto basado en las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS, en el que prime la humanización del trato y la participación de la mujer.
- Disminución de la tasa de traumatismo neonatal (nº de traumatismos neonatales en cualquier campo diagnóstico niños/as nacidos/as con vida).
- Disminución de la tasa de traumatismo obstétrico en parto vaginal, instrumental y no instrumental.
- Disminución de la tasa de traumatismo obstétrico en parto por cesárea.
- Disminución de la tasa de sucesos centinela (muerte materna o morbilidad grave asociada al parto o alumbramiento/nº total de partos o alumbramientos).
- Existencia de un protocolo para la prevención de traumatismos obstétricos durante el parto vaginal instrumental y no instrumental, así como en cesáreas.
- Existencia de un procedimiento estandarizado para la identificación de la criatura y la identificación madre-hijo/a al alta.
- Existencia de un protocolo para la atención al desarrollo del neonato/a prematuro/a.

XIX. Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear

OBJETIVO

- Los centros asistenciales que por sus prestaciones así lo requieran contarán con un Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica, en el que se incluyan las medidas fundamentales y las recomendaciones relativas a la protección radiológica de profesionales y de pacientes sometidos a exámenes y tratamientos médicos.

ACTUACIONES

- Potenciar la formación continuada en materia de protección radiológica de todo el personal que trabaja en las instalaciones de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.
- Diseñar, difundir, implantar y evaluar un Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica.
- Elaborar una Guía de recomendaciones de protección a pacientes en procedimientos radiológicos y de medicina nuclear.
- Establecer principios de protección radiológica y medidas fundamentales de control y prevención de la radiación, especialmente en población infanto-juvenil y durante el embarazo y lactancia.
- Establecer criterios de calidad y seguridad en Radioterapia para asegurar la optimización del tratamiento y protección radiológica de pacientes.
- Establecer un sistema de control de dosis de radiación recibida por cada paciente en su historia clínica.

INDICADORES

- Porcentaje de Servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear que han realizado al menos un curso bianual de formación continuada en materia de protección radiológica.
- Existencia e implementación evaluada del Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica.
- Existencia de una Guía de recomendaciones de protección a pacientes en procedimientos radiológicos y de medicina nuclear.
- Existencia de un sistema de control y prevención de la radiación, especialmente en población infanto-juvenil y durante el embarazo y lactancia.
- Existencia de criterios de calidad y seguridad en Radioterapia para asegurar la optimización del tratamiento de Radioterapia y protección radiológica de pacientes.
- Existencia en su historia clínica de un sistema de control de dosis de radiación recibida por cada paciente.

XX. Rehabilitación y Fisioterapia

OBJETIVO

- Disponer de un protocolo unificado de seguridad de pacientes con el objetivo de minimizar los riesgos sanitarios asociados a los procesos de Rehabilitación y Fisioterapia.

ACTUACIONES

- Diseñar e implantar un protocolo unificado de seguridad de pacientes en Rehabilitación y Fisioterapia.

INDICADORES

- Existencia de un protocolo unificado de seguridad de pacientes en Rehabilitación y Fisioterapia.

XXI. Alergias asociadas al látex

OBJETIVO

- Asegurar la identificación de pacientes con alergias asociadas al látex para aplicar protocolos específicos de actuación que permitan minimizar daños a pacientes.

ACTUACIONES

- Establecer sistemas de identificación y registro de alergia asociada al látex.
- Diseñar e implantar procedimientos de actuación relacionados con el uso de material o productos sanitarios libres de látex.

INDICADOR

- Existencia de procedimientos de actuación relacionados con el uso de material y productos sanitarios libres de látex.

4. Implantación, evaluación y seguimiento del plan



4.1 IMPLANTACIÓN DEL PLAN

- Una vez elaborado, revisado y aprobado el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES, el esfuerzo debe dirigirse hacia la puesta en marcha y desarrollo de las líneas estratégicas en él descritos, mediante la ejecución de las actuaciones planteadas, para así alcanzar los objetivos propuestos.
- Se toma como punto de partida la edición y difusión del Plan a todos los agentes, tanto gestores como profesionales asistenciales, implicados en su implantación, seguimiento y evaluación, al objeto de conseguir el mayor grado posible de involucración y participación de los mismos durante todo el proceso.
- Es preciso desagrupar los diferentes procesos que configuran las dos grandes líneas estratégicas incluidas en el Plan, ya que el ritmo de implantación de cada uno de ellos difiere entre sí. Algunas de las actuaciones propuestas pueden ser instauradas de manera inmediata mientras que otras requieren apoyarse en actuaciones desarrolladas previamente.
- Previo al inicio del proceso de implantación, el grupo de expertos de la Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes ha establecido unas recomendaciones consensuadas de priorización de las actuaciones propuestas. La priorización se ha limitado a las actuaciones relacionadas con los puntos críticos de procesos operativos y prácticas seguras, en función del impacto y la factibilidad de las mismas.
- Para garantizar la implantación local se procederá a la elaboración y desarrollo de **Planes Operativos Anuales de Seguridad de Pacientes en cada Gerencia de Área de Salud**. En ellos se reflejarán los objetivos e indicadores a conseguir por cada centro asistencial, de manera que se establezcan las bases para la ordenada ejecución y el correcto seguimiento y evaluación del Plan. De ese modo, podrán definirse con mayor precisión los resultados esperados, los indicadores de proceso y de logro y sus fuentes de verificación, lo que permitirá el acercamiento y la adecuación de la implantación del Plan Estratégico a la realidad sanitaria.
- Se crean la figura de **Coordinador de Seguridad de Pacientes de Área** y las **Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes de Área**, para facilitar la operatividad de las medidas planteadas.
- A la **Comisión Central de Seguridad de Pacientes** se le atribuye la función de dinamizar y analizar la implantación del Plan Estratégico. De manera análoga, las Unidades Funcionales de cada Área se encargan del despliegue de la implantación de los Planes Operativos Anuales de las Gerencias, detectando y priorizando las necesidades de los diferentes centros.
- Como figura intermedia en la estructura orgánica que interviene en el proceso de implantación cabe destacar al **Observatorio de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud**. Este órgano se propone como entidad abierta a la recepción de información relacionada con la seguridad de pacientes desde cada una de las Gerencias y Unidades Funcionales de Área. El Observatorio elevará a la Comisión Central el Informe de Análisis de Situación pertinente, emitido tras el procesamiento de la información recibida.

4.2 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- El seguimiento de las actuaciones definidas y la evaluación del nivel de consecución de los objetivos, a través de los indicadores propuestos, constituyen elementos esenciales para lograr la implantación del Plan Estratégico. Ello contribuirá, de forma paralela, a la toma de decisiones en cuanto a la actualización del Plan y a las modificaciones futuras del mismo.
- La monitorización del Plan Estratégico se hará a través de la evaluación de los indicadores definidos en el mismo, contemplados en un **Cuadro de Mandos Integral** que permitirá realizar un seguimiento tanto a nivel del SES como de cada Área de Salud. El proceso de medición y evaluación de objetivos forma parte de un modelo de gestión y seguimiento global del Plan Estratégico llevado a cabo por la Comisión Central de Seguridad de Pacientes.
- La medición de objetivos a través de indicadores permite ser utilizada como herramienta de evaluación en los **contratos de gestión** anuales de cada una de las gerencias. Esto supone un compromiso adquirido hacia la consecución del objetivo fundamental de la Estrategia de Seguridad del Paciente: la prestación de una asistencia sanitaria segura y de calidad en el SES.

5. Priorización de procesos operativos y prácticas seguras



5.1 METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS

- Se eligen como objeto de priorización los procesos operativos y prácticas seguras debido a su implicación directa en la asistencia sanitaria y al hecho de contar con mayor sustento en la evidencia clínica. Ambos suponen actuaciones de implantación a corto plazo con un alto nivel de impacto en la seguridad de pacientes.
- La priorización de los procesos operativos y prácticas seguras propuestos en el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES se ha llevado a cabo a través de las siguientes fases:
 1. Consenso previo de los miembros de la Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes sobre la metodología de priorización a seguir.
 2. Selección y definición detallada de los criterios de priorización propuestos.
 3. Determinación de los valores de ponderación para cada criterio de priorización.
 4. Elaboración de una parrilla de priorización de los procesos operativos y prácticas seguras, utilizada como herramienta de trabajo individual y grupal.
 5. Presentación de documentación bibliográfica como apoyo a las decisiones.
 6. Complimentación individual por los miembros de la Subcomisión de la parrilla de priorización, puntuando cada criterio de priorización entre 1 y 5, correspondiendo esta última cifra al nivel máximo de valoración de ese criterio.
 7. Debate y aclaración de discrepancias entre los resultados individuales para eliminar, entre otras, diferencias en las interpretaciones de la definición de los criterios.
 8. Aplicación a la parrilla de priorización grupal de la ponderación establecida para cada criterio.
 9. Elaboración del listado de procesos operativos y prácticas seguras priorizadas a partir de los resultados de la parrilla de priorización grupal ponderada.
- Los criterios de priorización utilizados han sido los siguientes:
 1. **Aporta un valor añadido a la población.** Este criterio queda definido por las necesidades objetivas de la población y la expectativa de la ciudadanía.
 2. **Valor estratégico para la organización y sus profesionales.** Está determinado por si es parte de los objetivos del SES y SNS, si supone una mejora en la práctica diaria de profesionales y por su influencia en la satisfacción en los resultados de su trabajo.
 3. **Magnitud o volumen de personas afectadas.** En este criterio se tiene en cuenta la prevalencia del EA y la implicación de un número importante de profesionales.
 4. **Impacto en la población.** Este componente puede apoyarse para su evaluación en datos como la gravedad del EA que se produce si no se aplica la práctica segura correspondiente, la letalidad, secuelas, discapacidad, mortalidad

prematura evitable y los costes ocasionados.

5. **Factibilidad.** Este criterio se describe por un grupo de factores que permiten determinar si las acciones son aplicables. Estos factores son:
 - o Pertinencia, entendiéndola como adecuación al momento, oportunidad de implantación.
 - o Factibilidad económica.
 - o Disponibilidad de recursos estructurales, organizativos, humanos, técnicos, etc., necesarios para su elaboración, difusión, implantación y seguimiento.
 - o Aceptabilidad.
 - o Elaborado o en desarrollo por alguna gerencia de área.
 6. **Variabilidad en la práctica clínica.** Valorar si la implantación de un proceso operativo o práctica segura supondría una reducción en la variabilidad de la práctica clínica, reduciendo con ello la posibilidad de errores y eventos adversos.
- Valores de ponderación establecidos:
 - o Valor Añadido: (10/100).
 - o Valor Estratégico: (15/100).
 - o Volumen de personas: (20/100).
 - o Impacto en la población: (20/100).
 - o Factibilidad: (25/100).
 - o Variabilidad: (10/100).

5.2 RESULTADOS. PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS PRIORIZADAS

- En el desarrollo de la priorización de procesos operativos y prácticas seguras incluidas en el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES, se han obtenido los resultados reflejados en la tabla siguiente.

Tabla 5. Resultado de la priorización de procesos operativos/prácticas seguras

PROCESO OPERATIVO/PRÁCTICA SEGURA	PONDERACIÓN
Infección asociada a la asistencia sanitaria	86.0
Uso seguro de medicamentos	85.8
Identificación inequívoca de pacientes	84.1
Seguridad en la práctica quirúrgica	81.7
Comunicación	81.6
Atención al embarazo, parto y puerperio	80.1
Continuidad asistencial	80.1
Úlceras por presión	77.7
Transfusiones y hemoderivados	77.2
Errores en la conexión de catéteres y otras vías	76.3
TVP y embolismo pulmonar	75.2
Desnutrición y deshidratación	73.8
Riesgo de caídas y accidentes	73.3
Valoración de traumatismos en Emergencia	71.4
Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear	70.6
Contención mecánica	69.8
Seguridad en salud mental	69.3
Extubaciones no planificadas	63.0
Seguridad estructural y arquitectónica	58.0

- En el caso de los procesos operativos y prácticas seguras que han obtenido las mismas puntuaciones en la ponderación, se ha seguido como método de priorización la mayor puntuación obtenida en el criterio de factibilidad.
- En el Anexo 7.3. se muestra la tabla de priorización grupal de forma detallada por criterios de priorización.

6. Bibliografía



Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? AnSist Sanit Navar. 2003;26(2):195-209. Disponible en:

http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n2/pdf/02%C2%BFpueden%20evitarse%20los%20%E2%80%A6_.pdf

Aibar C, Aranaz J, García J A, Martín A, Martínez E, Recio M. Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo. Seguridad del Paciente - Ministerio de Sanidad y Política Social. Tutoriales en línea. Disponible en:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C2/entrada.swf>

Aibar C, Aranaz J. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. Tutoriales en línea. Disponible en:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C1/index.html>

Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

Aranaz J, Vitaller J. De la gestión de riesgos a la seguridad del paciente. RevCalidAsist. 2007;22(6):270-1

BEUC, the European Consumers' Organisation. Impatient for safety. March 2008. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/r-194.pdf

Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), enero 2009.

Committee of the EU. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000. Disponible en:

http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/57_quality/57_quality_eng-2000.pdf

Domínguez A, Otero MJ. Prevención de los errores de medicación. El Médico Interactivo. Diario Electrónico de la sanidad; 892; 10 Enero 2003. Disponible en:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Lacasa C, Humet C y Cot R. Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. 1º Ed. ISBN: 84-931903-0-6.

Estrategia en seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2005. Disponible en:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>

Estudio ENEAS. Estudio Nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2006. Disponible en:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2007. Disponible en:

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/nivelNacINCLASNS_Diciembre2007.pdf

Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf

Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente. Disponible en:

http://www.who.int/entity/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_overview_es.pdf

Instituto Nacional de Estadística. Disponible en:

<http://www.ine.es>

Martinez FJ, Ruiz Ortega, JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Madrid: Díaz de Santos, 2001.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Taxonomy of medication errors, 1998. Disponible en:

<http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>

Organisation for Economic Co-operation and Development. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers. Oct-2004. Disponible en:

<http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf#search=%22Selecting%20Indicators%20for%20Patient%20Safety%20at%20the%20Health%20Systems%20Level%20in%20OECD%20Countries%22>.

Organización Mundial de la Salud, The Joint Commission . Soluciones para la seguridad del paciente. 2007. Disponible en:

<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>

Peiró Moreno S. Algunas reflexiones sobre la organización de la información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. RevAdmSanit. 2006;4(1):81-94. Disponible en:

http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13088827&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=145&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fchero=261v4n1a13088827pdf001.pdf

Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2006. Disponible en:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>

Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Disponible en:

<http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

Prácticas para mejorar la seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Dependencia. Madrid 2007.

Programa de apoyo al paciente polimedcado del SES. Disponible en:

<http://www.areasaludplasencia.es/3/35/pdf/86/Primaria/PGP0045.pdf>

Quiñones C. Conciliación del tratamiento farmacológico. Formación continuada para farmacéuticos de hospital. ISBN 978-84-88904-23-9. 2009; 97-115.

Servicio de Análisis y Estadística. Dirección General de Coordinación Económica de la Vicepresidencia Segunda y Consejería de Economía, Comercio e Innovación. Disponible en:

<http://www.estadisticaextremadura.com>

Kathryn L. Hahn. The "Top 10" drug errors and how to prevent them. Disponible en:

<http://cme.medscape.com/viewarticle/556487>

World Health Organization. Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions. volume 1, solution 3. May 2007. Disponible en:

<http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>

World Health Organization. Global Priorities for Patient Safety Research. Better knowledge for safer care. 2009. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf

7. Anexos



7.1 TAXONOMÍA BÁSICA SOBRE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

- La necesidad de un lenguaje universal respecto a la seguridad de pacientes ha motivado que desde la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente hasta otras organizaciones como la Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations (JCAHO), se encuentran entre sus objetivos actuales la creación de una taxonomía común que pueda ser utilizada por todos los países. En la actualidad, ésta se halla aún en fase de elaboración por parte de la OMS debido a problemas surgidos en la adaptación de los términos a los distintos idiomas, por lo que el significado de los mismos puede diferir de un interlocutor a otro.
- La **seguridad de pacientes** se define como la ausencia, para pacientes, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. También es denominada como seguridad clínica e implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables. Ello supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. La seguridad surge de la interacción de todos los elementos del sistema y no reside en una determinada persona, dispositivo o departamento.
- El **riesgo asistencial** incluye cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca el EA relacionado con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para pacientes.
- A continuación se expone un **glosario de términos y definiciones** algunos recogidos de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes (CISP) de la OMS, de enero 2009 y otros de la Norma UNE-EN ISO 9000:2005, a la espera de un futuro y próximo consenso en una taxonomía universal respecto a la seguridad de pacientes y la gestión de riesgos:
 - **Agente:** sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.
 - **Análisis del riesgo:** es un instrumento sistemático de recogida, registro y evaluación de la información sobre los riesgos, orientado a establecer posiciones o acciones preventivas como respuestas a un riesgo identificado.
 - **Atención sanitaria:** servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
 - **Comunicación del riesgo:** intercambio de información acerca del riesgo entre los directivos de una organización y otros grupos de interés.
 - **Circunstancia:** cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.

- **Consecuencias:** el resultado de un evento.
 - **NOTA:** en el contexto de la seguridad, las consecuencias son siempre negativas.
- **Control del riesgo:** acciones dirigidas a la implementación de las decisiones derivadas de la gestión de riesgos.
- **Criterios para la evaluación del riesgo:** términos de referencia mediante los cuales se valora la importancia del riesgo.
- **Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
- **Error:** es una desviación de la práctica aceptada como correcta, independientemente del efecto que produzca en pacientes.
- **Error de comisión:** causados por realizar acciones innecesarias, o por realizar de forma incorrecta actuaciones útiles o indicadas.
- **Error de omisión:** causados por la omisión de acciones necesarias.
- **Error de medicación:** fallo por acción u omisión en el proceso de tratamiento con medicamentos que ocasiona o puede ocasionar un daño a pacientes.
- **Estimación del riesgo:** proceso utilizado para asignar valores a la probabilidad y consecuencias de un riesgo.
- **Evaluación del riesgo:** proceso de comparación del riesgo estimado frente a los criterios establecidos, para la determinación de la importancia del riesgo.
- **Evento:** incidente que le ocurre a un/a paciente o le atañe.
- **Evento adverso:** incidente que produce daño a pacientes. Suceso no deseado e imprevisto, como consecuencia de la atención sanitaria, que tiene consecuencias negativas, perdurables o no, para pacientes o la propia institución sanitaria.
 - **NOTA:** suele referirse como Efecto Adverso a la lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial, más que por la condición médica o enfermedad subyacente de pacientes.

- **Evento centinela:** suceso imprevisto que causa, o tiene riesgo de causar, la muerte o graves daños físicos o psicológicos.
 - **NOTA:** su ocurrencia sirve de “alarma” y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar una respuesta para controlar la aparición de nuevos casos.
- **Factor contribuyente:** circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.
- **Gestión de riesgo:** conjunto de actividades coordinadas destinadas a prevenir y controlar el riesgo en una organización.
- **Grado de daño:** intensidad y duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.
- **Grupo de interés:** cualquier individuo, grupo u organización que puede afectar, ser afectado o percibir que es afectada por un riesgo.
- **Identificación del riesgo:** proceso para descubrir, listar y caracterizar elementos del riesgo.
- **Incidente:** acontecimiento o situación imprevista o inesperada que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños ni pérdidas a pacientes, pero que en otras circunstancias podría haberlo producido.
 - **NOTA:** el incidente sin daño se conoce como casi-error.
 - **NOTA:** el incidente con daño se conoce como evento adverso.
- **Minimización del riesgo:** Medidas adoptadas para reducir el daño. Conjunto de acciones que se desarrollan para reducir la probabilidad de que ocurra un daño o su nivel de gravedad.
- **Notificación:** acción de transmitir, comunicar o dar noticias de un evento.
- **Probabilidad de ocurrencia:** posibilidad de que pueda ocurrir un evento.
 - **NOTA:** se suele clasificar como: raro/ improbable/ moderado/ probable/ casi cierto.

- **Procedimiento:** forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Proceso:** conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades efectuadas.
- **Retención del riesgo:** asumir las pérdidas ocasionadas por un determinado riesgo.
- **Riesgo:** probabilidad de que se produzca un incidente.
- **Riesgo residual:** riesgo que permanece después de que se han tomado las medidas de tratamiento del riesgo.
- **Riesgo tolerable:** riesgo aceptable dentro de un contexto específico basado en los valores admitidos por la sociedad.
- **Seguridad de pacientes:** ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial, asociado a la atención sanitaria.
- **Sistema de gestión de riesgo:** conjunto de procesos de los que se dota la organización para la gestión de riesgos.
- **Sistema de notificación:** procesos y tecnologías implicadas en la estandarización de la comunicación de EA o incidentes u otros riesgos.
- **Suceso:** ocurrencia de un conjunto particular de circunstancias.
- **Tratamiento del riesgo:** proceso para seleccionar e implementar las medidas dirigidas a reducir o evitar un riesgo.
- **Valoración del riesgo:** proceso global que integra el análisis y la evaluación del riesgo.

Otros términos relacionados.

- **Negligencia:** error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar profesionales cualificados. Puede causar o no daño.
- **Malpraxis:** deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño a pacientes. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias.
- **Gestión de riesgos:** conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un suceso adverso que afecte a personas, instalaciones, recursos económicos o al prestigio de la institución y sus profesionales. La gestión de cualquier tipo de riesgo se realiza a través de las fases de identificación del riesgo, análisis del mismo y elaboración de planes de control.
- **Indicadores de seguridad de pacientes:** conjunto de datos, preferentemente cuantitativos, que proporcionan información sobre la estructura, el funcionamiento y los resultados de los servicios sanitarios, con el fin de facilitar la toma de decisiones en la gestión de los servicios sanitarios. Un buen indicador debe reunir una serie de cualidades tales como utilidad, facilidad de obtención e interpretación, validez para medir lo que realmente pretende, capacidad discriminante, comparabilidad y reproducibilidad.

7.2 LISTADO DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACR: Análisis de Causa-Raíz.

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality.

AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos.

AMSP: Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente.

APEAS: Estudio sobre la Seguridad del Paciente en Atención Primaria.

CAE: Comunidad Autónoma de Extremadura.

CISP: Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

EA: Eventos Adversos.

ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.

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

EUNetPaS: The European Network for Patient Safety.

IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica.

IOM: Instituto de Medicina norteamericano.

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

NHS: National Health System británico

OIM: Oficina de Información del Medicamento.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SES: Servicio Extremeño de Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SSPE: Sistema Sanitario Público de Extremadura.

TEP: Tromboembolismo Pulmonar.

TVP: Trombosis Venosa Profunda.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UHP: Unidades de Hospitalización Psiquiátricas.

7.3 TABLA DE PRIORIZACIÓN GRUPAL

TABLA DE PRIORIZACIÓN GRUPAL. PUNTAJACIÓN TOTAL DE CADA PROCESO OPERATIVO Y PRÁCTICA SEGURA. PUNTAJACIÓN POR CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN.													
Criterios de Priorización	Proceso Operativo y Prácticas Seguras	Seguridad estructural y arquitectónica	Identificación inequívoca de pacientes	Comunicación	Uso seguro de medicamentos	Infección asociada a la asistencia sanitaria	Transfusiones y hemoderivados	Seguridad en la práctica quirúrgica	Riesgo de caídas y accidentes	Úlceras por presión	TVP y embolismo pulmonar		
		Aporta un valor añadido a la población	7,8	9,1	8,9	8,4	7,8	8,0	6,9	7,1	6,2		
		Valor estratégico para la organización y sus profesionales	13,0	12,7	14,0	13,7	12,0	13,3	11,3	12,0	10,7		
		Magnitud o volumen de personas afectadas	13,8	18,2	17,3	18,2	16,4	11,1	13,8	13,3	13,3	12,9	
		Impacto en la población	10,7	14,2	16,9	17,8	18,2	17,8	18,2	16,0	15,6	16,9	
		Factibilidad	11,1	22,2	16,7	17,8	20,6	20,6	19,4	18,9	21,7	20,6	
		Variabilidad en la práctica clínica	4,0	8,7	8,9	9,1	8,7	8,0	8,9	6,9	8,0	8,0	
		TOTAL PUNTAJACIÓN	58,0	84,1	81,6	85,8	86,0	77,2	81,7	73,3	77,7	75,2	
	Criterios de Priorización	Proceso Operativo y Prácticas Seguras	Contención mecánica	Seguridad en salud mental	Desnutrición y deshidratación	Extubaciones no planificadas	Continuidad asistencial	Valoración de traumatismos en Emergencia	Errores en la conexión de catéteres y otras vías	Atención al embarazo, parto y puerperio	Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina nuclear		
			Aporta un valor añadido a la población	5,6	6,4	6,9	4,7	9,3	7,8	7,1	8,7	5,6	
		Valor estratégico para la organización y sus profesionales	10,0	11,7	10,3	10,0	13,0	11,3	12,0	12,3	11,0		
		Magnitud o volumen de personas afectadas	12,0	12,4	13,3	8,4	18,2	12,0	13,8	13,8	14,7		
		Impacto en la población	13,3	14,7	16,0	15,6	14,7	16,9	17,3	17,3	14,2		
		Factibilidad	21,1	17,2	19,4	17,2	16,7	16,1	18,3	20,0	17,8		
		Variabilidad en la práctica clínica	7,8	6,9	7,8	7,1	8,2	7,3	7,8	8,0	7,3		
		TOTAL PUNTAJACIÓN	69,8	69,3	73,8	63,0	80,1	71,4	76,3	80,1	70,6		

7.4 PARTICIPANTES

COORDINADOR

Leopoldo Elvira Peña	Subdirector de Salud Mental y Programas Asistenciales. Coordinador de la Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes. Servicio Extremeño de Salud
-----------------------------	--

AUTORES

M^a Fernanda Bernal Rodríguez	Supervisora de Traumatología Hospital Don Benito-Villanueva. Área de Don Benito-Villanueva
--	---

Leopoldo Elvira Peña	Subdirector de Salud Mental y Programas Asistenciales. Coordinador de la Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes. Servicio Extremeño de Salud
-----------------------------	--

Asunción Escudero Soriano	Subdirectora Médica Atención Especializada Hospital de Mérida. Área de Mérida
----------------------------------	--

Eladio Garrote Sastre	Director Médico Asistencial de Atención Especializada Hospital "Ciudad de Coria". Área de Coria
------------------------------	--

Carmen Gómez González	FEA Medicina Preventiva y Salud Pública Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara. Área de Cáceres
------------------------------	--

Raquel Rodríguez Llanos	Subdirectora Enfermería Atención Especializada. Área de Salud de Cáceres
--------------------------------	---

Beatriz Rodríguez Pérez	Enfermera Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales Servicio Extremeño de Salud
--------------------------------	---

Alejandra Tiburcio Domínguez	Supervisora Gral. de Atención Continuada. Hospital de Zafra. Área de Zafra-Llerena
-------------------------------------	---

José Julio Valentín Delgado	Director de Recursos Humanos Gerencia de Área de Salud de Plasencia
------------------------------------	--

Isabel Vasco González	Coordinadora de Seguridad de Área Hospital de Mérida. Área de Mérida
------------------------------	---

Beatriz Vázquez Domínguez	FEA Farmacia Hospitalaria Hospital Don Benito-Villanueva. Área de Don Benito-Villanueva
----------------------------------	--

COLABORADORES

Susana Batres Gómez	Coordinadora de Calidad del Área de Badajoz Hospital Universitario Infanta Cristina. Área de Badajoz
----------------------------	---

Javier Berrocoso López	Coordinador Técnico de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales Servicio Extremeño de Salud. Servicio Extremeño de Salud
-------------------------------	---

Rafael Menas Miranda	Supervisor de área de Calidad Hospital de Llerena – Zafra. Área de Llerena - Zafra
-----------------------------	---

2011
2016



Plan
ESTRATÉGICO
de seguridad
de pacientes
del Servicio Extremeño de Salud

Plan ESTRATÉGICO

de seguridad
de pacientes

del Servicio Extremeño de Salud

2011•2016

