

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Periodo 2025-2035



MINISTERIO
DE SANIDAD

DOCUMENTO APROBADO PENDIENTE DE NIPO



MINISTERIO DE SANIDAD

Paseo del Prado, 18-20, 20014 Madrid.

Pendiente de NIPO

Ministerio de Sanidad

Coordinación técnica y redacción

María del Rosario Fernández García. *Ministerio de Sanidad. Subdirectora General de Calidad Asistencial.*

Nuria Prieto Santos. *Ministerio de Sanidad. Subdirectora Adjunta de Calidad Asistencial. Seguridad del Paciente. Subdirección General de Calidad Asistencial.*

Rebeca Padilla Peinado. *Ministerio de Sanidad. Jefa de Servicio. Seguridad del Paciente. Subdirección General de Calidad Asistencial.*

Itamar Yepes Crespillo. *Ministerio de Sanidad. Técnico Superior de Sanidad. Seguridad del Paciente. Subdirección General de Calidad Asistencial.*

Rocío Montiel Villalonga. *Ministerio de Sanidad. Técnico Superior de Sanidad. Seguridad del paciente. Subdirección General de Calidad Asistencial.*

Comité Institucional y representantes autonómicos en Seguridad del Paciente

Elvira Eva Moreno Campoy. *Andalucía.*

Paloma Trillo López. *Andalucía.*

Mara Til Aliaga. *Aragón.*

Almudena Marco Ibáñez. *Aragón.*

Jesús Vicente García González. *Asturias.*

María Belén Suárez Mier. *Asturias.*

Nuria Bañón Morón. *Canarias.*

Paloma García de Carlos. *Canarias.*

José Luis Teja Barbero. *Cantabria.*

María Oro Fernandez. *Cantabria.*

Clara Oruña Concha. *Cantabria*

Tomás Maté Enríquez. *Castilla y León.*

Montserrat Alcalde Martín. *Castilla y León.*

Esther María Arrieta Cerdán. *Castilla y León.*

Josefa González Pastrana. *Castilla y León.*

Félix Alcázar Casanova. *Castilla-La Mancha.*

Sonia Cercenado Sorando. *Castilla-La Mancha.*

Juan Fernández Martín. *Castilla-La Mancha.*

Glòria Oliva Oliva. *Cataluña.*

Dolors Segura Bisbal. *Cataluña*

Laura Navarro Vila. *Cataluña.*

Roser Bosser Giralt. *Cataluña*

María José Avilés Martínez. *Comunidad Valenciana*.
María José Merino Plaza. *Comunidad Valenciana*.
Manuel García Toro. *Extremadura*.
Isabel Losada Castillo. *Galicia*.
María Dolores Formoso Lavandeira *Galicia*.
María Antonia Blanco Galán. *INGESA. Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla*.
Patricia Vargas Díaz. *INGESA. Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla*.
Julián Domínguez Fernández. *INGESA. Ciudad Autónoma de Ceuta*.
Francisco Javier de la Vega Olías. *INGESA. Ciudad Autónoma de Melilla*.
Layla Aoukhiyad Lebrahimi. *Illes Balears*.
Susana Munuera Arjona. *Illes Balears*.
Ana Isabel Izaguirre. *La Rioja*.
Pilar Sáenz Ortiz. *La Rioja*.
Alberto Pardo Hernández. *Madrid*.
Elena Jiménez García. *Madrid*.
Francisca García Lizana. *Madrid*.
José Eduardo Calle Urra. *Murcia*.
Teresa Ramón Esparza. *Murcia*.
Amaya Jimeno Almazán. *Murcia*.
Aránzazu Elizondo Sotro. *Navarra*.
Maria Luisa Iruretagoyena Sánchez. *País Vasco*.
Amalia Marino Miguel. *País Vasco*.

Sociedades científicas consultadas que han participado en la revisión

Asociación Española contra el Cáncer.
Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.
Asociación Española de Enfermería Pediátrica.
Asociación Española de Enfermería de Prevención y Control de Infecciones.
Asociación Española de Neuropsiquiatría de Profesionales de la Salud.
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.
Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas.
Sociedad Española de Calidad Asistencial.
Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica.
Sociedad Española de Enfermería Oncológica.

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

Sociedad Española de Epidemiología.

Sociedad Española de Física Médica.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia.

Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica.

Sociedad Española de Medicina de Laboratorio.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Sociedad Española de Medicina Interna.

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Sociedad Española de Neonatología.

Sociedad Española de Protección Radiológica.

Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR (Antigua Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes).

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.

Sociedad Española de Reumatología.

Sociedades científicas consultadas

Academia Española de Dermatología y Venereología.

Asociación Española de Bioética y Ética Médica.

Asociación Española de Biopatología Médica.

Asociación Española de Cirujanos.

Asociación de Enfermería Comunitaria.

Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

Asociación Española de Enfermería Quirúrgica.

Asociación Española de Fisioterapeutas.

Asociación Española de Gastroenterología.

Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente.

Asociación Española de Pediatría.

Asociación Española de Perfusionistas.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

Asociación Española de Urología.

Federación de Asociaciones Matronas de España.

Registro Nacional de Fractura de Cadera.

Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.

Sociedad Española de Cardiología.

Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello.

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.

Sociedad Española de Diabetes.

Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia.

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.

Sociedad Española de Farmacia familiar y Comunitaria.

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Sociedad Española de Farmacología Clínica.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Sociedad Española de Inmunología.

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Sociedad Española de Medicina Geriátrica.

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Sociedad Española de Microbiología.

Sociedad Española de Nefrología.

Sociedad Española de Neumología Pediátrica.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Sociedad Española de Neurocirugía.

Sociedad Española de Neurología.

Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo

Sociedad Española de Oftalmología.

Sociedad Española de Oncología Médica.

Sociedad Española de Oncología Radioterápica.

Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Sociedad Española de Patología Digestiva.

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.

Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Sociedad Española de Radiología Médica.

Sociedad Española de Radiología Vascular e Intervencionista.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia

Sociedad Española del Dolor.

Unión Española de Sociedades Científicas y Enfermería

Asociaciones de pacientes

Foro Español de Pacientes.

Plataforma de Organizaciones de Pacientes.

Ministerio de Sanidad

Maria José Sierra Moros. Lucía Pilar García San Miguel. Pilar Gallego Berciano (*Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias*).

Carlos Zurita Zarco. Livia de Rezende Borges (*Comisionado de Salud Mental*).

Paloma Calleja Toledano (*Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria*).

Antonio López Navas. María de los Reyes Castillo Vázquez. Laura Villar Gómara (*Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos. Agencia Española del Medicamento*).

Otros expertos consultados en alguna o varias fases del proceso.

Alberto Vegas Miguel (*apoyo técnico*).

Alicia Falcón Escudero (*grupo de priorización*)

Andoni Lorenzo Garmendia (*encuesta on-line*)

Ángel Hernández (*encuesta online*)

Carlos Aibar Remón (*apoyo técnico como especialista y entrevista semiestructurada y encuesta*)

Cristina Montané (*grupo de priorización*)

Daniel Arnal Velasco (*entrevista semiestructurada*)

Enrique Peiró Callizo (*entrevista semiestructurada*)

Ester Sanz López (*encuesta online*)

Esther Angulo (*apoyo técnico como especialista y encuesta online*)

Esther Cánovas Alcázar (*apoyo técnico*)

Fernando Sierra (*encuesta online*)

Francisco Álvarez Lerma (*encuesta online*)

Francisco Javier Lozano García (*apoyo técnico desde Consejo Asesor de los Programas de Seguridad del Paciente Crítico, Coordinador Científico de Proyecto IQZ y encuesta online*)

Gemma Arrontes (*encuesta online*)

Gonzalo Miguel Adsuar Meseguer (*encuesta online*)

Henar Rebollo Rodrigo (*encuesta online*)

Inés Sánchez Rodríguez (*apoyo técnico*)

Inmaculada Fernández Moreno (*entrevista semiestructurada*)

Irene Bretón Lesmes (*encuesta online*)

Isabel Magallón Pedrera (*encuesta online*)

Isabel Villarreal Salcedo (*encuesta online*)

Isabel Villanueva Delgado. (*apoyo técnico desde el Consejo de Seguridad Nuclear*)

Javier Zarzuela Jiménez (*apoyo técnico desde el Consejo de Seguridad Nuclear*)

Jesús María Aranaz (*Apoyo técnico como especialista y entrevista semiestructurada*)

Joaquim Bañeres Amella (*apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian*)

Joaquín Sáez Peñataro (*encuesta online*)

José Cordero (*encuesta online*)

José Joaquín Mira Solves (*apoyo técnico de la Universidad Miguel Hernández*)

Jose Luis Cebrián Carretero (*encuesta online*)

José Luis Porrero Carro (*encuesta online*)

Jose Manuel Ramirez (*encuesta online*)

Jose Miguel Fernandez Soto (*apoyo técnico como especialista*)

José Miguel Marcos Vidal (*encuesta online*)

José Pardo Masferrer (*apoyo técnico y encuesta online*)

José Urbano García (*encuesta online*)

Joseba Sanmartín Sola (*apoyo técnico de Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT)*)

Juan Antonio Vallejo Casas (*encuesta online*)

Juan Francisco Navarro Gracia (*Coordinador Científico de Proyecto IQZ*)

Julián Alcaraz Martínez (*apoyo técnico*)

Laura Aliga Gutiérrez (*encuesta online*)

Lucía Fernández Ron (*grupo de priorización*)

Luis Concepción Aramendía (*encuesta online*)

Luis Ley Urzaiz (*encuesta online*)

María del Mar Reaño Martos (*encuesta online*)

María Dolores Martín Escalante (*encuesta online*)

María Elena Toribio Díaz (*encuesta online*)

María Jesús Rodríguez (*grupo de priorización*)

María Olga Roca Bergantiños (*entrevista semiestructurada y grupo de priorización*)

María Soledad Montero Alonso. (*apoyo técnico*)

Manuel José Buades Forner (*apoyo técnico*)

María Cruz Martín Delgado (*encuesta online*)

María Cruz Villalpando Guedón (*encuesta online*)

María del Mar Fernández Maíllo (*apoyo técnico del Instituto Avedis Donabedian*)

María Inés Palanca Sánchez (*apoyo técnico del IMSERSO*)

María José Bueno Dominguez (*encuesta online*)

María José Otero López (*apoyo técnico del Instituto del Uso Seguro del Medicamento. ISMP-España*)

María Luisa Ramirez Vera (*apoyo técnico del Consejo de Seguridad Nuclear*)

María Olga Hidalgo Pardo (*encuesta online*)

María Pilar Astier Peña (*apoyo técnico como médico especialista en Atención Primaria y Comunitaria.*)

María Sala Serra (*encuesta online*)

María Sanz Almazán (*encuesta online*)

María Teresa Macías (*encuesta online*)

Mario Castaño (*encuesta online*)

Marta Torres Juan (*encuesta online y grupo de priorización*)

Mercé Beltrán Vilagrasa (*encuesta online*)

Miguel Ruiz Marín (*apoyo técnico como Facultativo especialista en Cirugía General.*)

Mónica Robles (*grupo de priorización*)

Nuria Conde Cuevas (*encuesta online*)

Obdulia Cañadas Moreno (*encuesta online*)

Paula Echeverría Sánchez (*grupo de priorización*)

Pedro Sánchez Godoy (*encuesta online*)

Rafael Cantón (*encuesta online*)

Roberto Alcázar (*encuesta online*)

Roberto Mariano Sánchez Casanueva (*apoyo técnico y encuesta online*)

Rocío Villa Pizarro. (*apoyo técnico*)

Rosa García Díez. (*apoyo técnico desde Consejo Asesor de los Programas de Seguridad del Paciente Crítico y encuesta online*)

Ruth Vera García (*encuesta online*)

Soledad Montero Alonso (*encuesta online*)

Teresa Ramon (*grupo de priorización*)

Tomasa Centella (*encuesta online*)

Verónica García Cernuda (*grupo de priorización*)

Vicente José Belda Torren (*encuesta online*)

Victoriano Soria Aledo (*apoyo técnico como Facultativo especialista en Cirugía General.*)

Yolanda Agra Varela (*coordinación y redacción*)

Yuri Fabila Villán Villán (*encuesta online*)

Índice

1	Presentación	12
2	Nota técnica.....	13
3	Aspectos generales.....	15
4	Líneas estratégicas	54
	LINEA 1: CULTURA DE SEGURIDAD, FACTORES HUMANOS, ORGANIZATIVOS Y FORMACIÓN	54
	LINEA 2: PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS	57
	LINEA 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LOS INCIDENTES	76
	LINEA 4: PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES, FAMILIAS Y CIUDADANOS EN SU SEGURIDAD	79
	LINEA 5: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	82
	LINEA 6: PARTICIPACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL	84
	LÍNEA 7. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS ÁMBITOS ASISTENCIALES	85
5	Evaluación	86
6	Abreviaturas y acrónimos	88
7	Bibliografía	90

1 Presentación

El Ministerio de Sanidad impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde su primera versión desarrollada en 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas y diversos profesionales a través de sus organizaciones.

Los objetivos de esta primera versión se orientaban a promover y mejorar la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a los pacientes y ciudadanos.

Tras 10 años de desarrollo de esta, se elaboró una actualización para el periodo 2015-2020 con el fin de establecer las líneas estratégicas desarrolladas; recoger las recomendaciones internacionales en materia de seguridad del paciente; incorporar los logros y fortalezas alcanzados; proponer objetivos y recomendaciones a partir de las mejores evidencias disponibles así como el desarrollo de un sistema de evaluación consensuado con las Comunidades Autónomas, que permitiría medir de forma estandarizada el alcance de esta actualización.

Tras la evaluación realizada en el año 2021, se comienza a trabajar en esta nueva edición con un horizonte temporal más amplio 2025-2035, que permita desplegar y desarrollar todos los objetivos que se plantean, destacando: reducir al máximo los posibles daños asociados a la atención sanitaria; priorizar la seguridad del paciente en todos los planes de salud como una dimensión transversal de la calidad asistencial e impulsar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

La elaboración de este gran marco de trabajo en el que poder desarrollar todas las acciones que se plantean ha sido posible gracias al trabajo e implicación de los miembros del comité institucional de seguridad del paciente, así como a múltiples profesionales comprometidos con la seguridad del paciente a los que me gustaría agradecer sinceramente su entrega y trabajo.

Esperamos que este documento sea el camino para minimizar los daños relacionados con la asistencia sanitaria, así como a mejorar la calidad y seguridad de todos los pacientes del Sistema Nacional de Salud.

2 Nota técnica

Este documento consta de 7 partes perfectamente diferenciadas:

1. Aspectos generales: abordan la justificación de la estrategia a través del análisis de situación, la metodología empleada para su desarrollo y su finalidad.

- a. Análisis de situación
- b. Metodología
- c. Finalidad de la Estrategia: misión, visión y objetivo general
- d. Población diana
- e. Principios rectores

2. Líneas estratégicas: mantienen los principios básicos de la Estrategia de Seguridad del paciente, incorporando objetivos actualizados y una nueva línea estratégica.

Línea Estratégica 1: Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación.

- Objetivo 1.1. Mejora de la cultura de seguridad en el Sistema Nacional de Salud en todos los ámbitos y niveles.
- Objetivo 1.2 Promover el Liderazgo de los Profesionales en seguridad del paciente.
- Objetivo 1.3 Formación.

Línea estratégica 2: Prácticas clínicas seguras.

- Objetivo 2.1. Promover el uso seguro del medicamento.
- Objetivo 2.2. Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria.
- Objetivo 2.3. Promover la implementación de prácticas seguras en cirugía.
- Objetivo 2.4. Promover la implementación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes.
- Objetivo 2.5. Promover la identificación inequívoca del paciente, muestras y documentación clínica.
- Objetivo 2.6. Promover la comunicación entre profesionales y entre estos con los pacientes.
- Objetivo 2.7. Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de Eventos Adversos graves en los centros sanitarios.
- Objetivo 2.8. Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos médicos-radiológicos y asegurar que se desarrollan Programas integrales de Garantía de Calidad de acuerdo a la legislación vigente.
- Objetivo 2.9 Promover la disminución de prácticas de escaso valor mediante la implantación de recomendaciones de No Hacer.

Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes.

- Objetivo 3.1. Promover la gestión de los riesgos en los centros sanitarios.
- Objetivo 3.2. Promover la implementación y desarrollo de Sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje.

Línea estratégica 4: Participación de pacientes, familias y ciudadanos en su seguridad.

- Objetivo 4.1. Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente.

Línea estratégica 5: Investigación e innovación en seguridad del paciente.

- Objetivo 5.1. Promover la mejora del conocimiento en la prevención del daño asociado con la atención sanitaria

Línea estratégica 6: Participación internacional y nacional.

- Objetivo 6.1. Promover la colaboración internacional en seguridad del paciente.
- Objetivo 6.2 Promover la colaboración nacional en seguridad del paciente.

Línea estratégica 7: Seguridad del Paciente en todos los ámbitos asistenciales.

- Objetivo general 7.1: garantizar la seguridad del paciente en todos los ámbitos

3.Evaluación

4. Abreviaturas y acrónimos

5. Bibliografía

Notas aclaratorias

1. A partir de este momento y hasta el final del texto, el término Comunidades Autónomas (CC.AA.) se utilizará para hacer referencia tanto a las 17 CC.AA. como a las 2 Ciudades Autónomas, Ceuta y Melilla (INGESA).
2. Todas las referencias a cargos, puestos o personas para los que en este documento se utiliza la forma de masculino genérico debe entenderse aplicables, indistintamente, a mujeres y hombres.

3 Aspectos generales

A. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS)* viene desarrollándose, desde 2005, por el Ministerio de Sanidad (MS) en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA) e integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes, a través de sus organizaciones. Actualizada en 2015-2020⁽¹⁾, propone diferentes objetivos y recomendaciones agrupadas en 6 líneas estratégicas (*Figura 1*), basadas en las evidencias disponibles y teniendo en cuenta las directrices internacionales en materia de seguridad del paciente, para minimizar y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria.

Figura 1. Líneas Estratégicas y objetivos “Estrategia para la Seguridad del Paciente del SNS. 2015-2020”.

06 Participación internacional

Promover la participación en foros internacionales de seguridad y trabajar de forma conjunta con organizaciones internacionales que desarrollan acciones relevantes en este ámbito.

05 Investigación en seguridad del paciente

Promover la investigación que mejore el conocimiento sobre el riesgo clínico, la comprensión de factores que contribuyan a la aparición de incidentes, el impacto de los EA sobre el SNS, la identificación de soluciones coste-efectivas, factibles y sostenibles para una atención mas segura.

04 Participación de pacientes y ciudadanos

Basada en sus derechos para la toma de decisiones que le afectan y en su libertad de elección dentro del sistema sanitario. Este cambio de rol del paciente requiere un cambio cultural profesional-paciente enfocado a la toma de decisiones compartidas.



01 Cultura de seguridad

Desarrollo de acciones en seguridad dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, fomentar la información y formación, los cuidados efectivos, entrenar equipos, fomentar el liderazgo y aprender de los incidentes, informando a los profesionales de los resultados.

02 Prácticas Clínicas seguras

Promover el uso seguro del medicamento, prevenir las IAAS y evitar los daños asociados a la cirugía o cuidado de pacientes. Incluyen otras prácticas como la identificación inequívoca de pacientes, comunicación efectiva o el uso seguro de radiaciones ionizantes.

03 Gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes

Identificar y analizar los riesgos asociados a la asistencia sanitaria implantando planes de acción para su prevención, llevando a cabo el análisis de causa-raíz para profundizar en los incidentes.

Implantar sistemas de notificación de incidentes que permitan aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores.

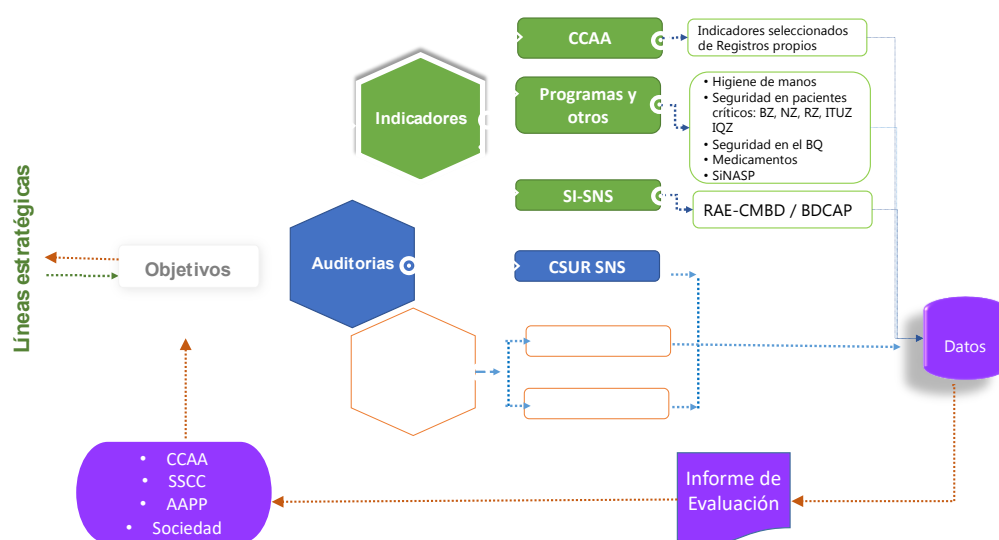
Inicialmente los objetivos se orientaron a promover y mejorar la cultura de seguridad en centros y organizaciones sanitarias, incorporar la gestión de riesgo sanitario, formar a profesionales y pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente, implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos en la materia.

Esta misma Estrategia propone el desarrollo de un sistema de evaluación consensuado con las CC.AA., que permite medir de forma estandarizada los logros y fortalezas alcanzadas en este periodo, teniendo en cuenta no sólo el daño al paciente, aspecto básico de la seguridad del mismo, sino también los riesgos a los que este está sometido a lo largo de toda su experiencia en el sistema sanitario.

Esta evaluación es clave para disponer de información que permita analizar la efectividad de la estrategia, los programas y las acciones para prevenir y minimizar riesgos y daños asociados a la

Con el fin de fomentar la seguridad del paciente en centros sanitarios del SNS, favorecer la transparencia de la información, identificar los éxitos, fomentar el aprendizaje colaborativo y poner de manifiesto las oportunidades de mejora para establecer las nuevas acciones que orienten un nuevo periodo para la Estrategia, se realizó una **evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESP) para el periodo 2015-2020** que ha permitido tener una visión global de los avances logrados hasta el momento y ha facilitado la reflexión y toma de decisiones relativas a la seguridad del paciente en el SNS.

Figura 2. Metodología multifuncional “Manual para la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.



A continuación, con el objetivo de facilitar la comprensión de la información, se exponen las principales conclusiones de este *Informe*, que motivan y justifican el enfoque del nuevo periodo de la Estrategia, agrupando dicha información en las líneas estratégicas definidas en la Estrategia

vigente y la información derivada de auditorías y cuestionarios elaborados *ad hoc* para dicho informe.

EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. Línea estratégica 1: Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación

La **cultura de seguridad del paciente** en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes, poder aprender de los errores y evitar su repetición.

En la mejora de esta cultura es necesario informar y formar a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, comunicar y aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de la evaluación de sus centros, estimulando su participación en las mejoras propuestas.

Esto se consolida en un único objetivo general relacionado con esta línea estratégica: **Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos.**

En el “*Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en el SNS. Periodo 2015-2020*” (3) este objetivo se monitoriza a través de dos indicadores relativos a la existencia, tanto en Centros de Atención Primaria (CAP) como en hospitales, de un **Plan de Seguridad del Paciente** que incluya; un responsable, fecha de vigencia, información anual de actividades, evaluación y plan de difusión.

Estos Planes son herramientas que nos permiten fomentar la cultura de seguridad, facilitando la implicación de los profesionales en la implantación y evaluación de prácticas seguras y en la mejora y promoción de la seguridad del paciente.

En el *Informe* se especifica que el 78.8% de los CAP que han aportado información disponen de dicho Plan y que un 73.9% de los hospitales también. Si los datos se analizan por CC.AA., únicamente 10 poseen Planes de Seguridad del Paciente en el 100% de sus CAP y 8 en el 100% de sus hospitales (*Figura 3*).

A partir de los resultados se establecieron una serie de recomendaciones a distintos niveles; Estatal, Autonómico y a nivel de los propios centros sanitarios (*Tabla 1*).

Por otro lado, en el año 2008, se puso a disposición del público la **página Web de Seguridad del paciente** (<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/>), para promover la cultura y el conocimiento de seguridad entre profesionales y pacientes en cualquier nivel de la atención sanitaria, ofreciendo para ello información, guías y recursos basados en evidencia científica y de interés en la materia. Esta página Web dinámica y permanentemente actualizada permite identificar y difundir buenas prácticas y experiencias sobre la seguridad del paciente.

Destacar también **GuíaSalud** (<https://portal.guiasalud.es/>), un organismo del SNS en el que participan las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad, creada en 2002 como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria. Su misión es potenciar la oferta de recursos, servicios y productos basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisiones tanto de profesionales como de pacientes. Para cumplir esta función elabora, de acuerdo con unos criterios definidos; Guías de Práctica Clínica y Otros Productos Basados en la Evidencia, incluyendo recomendaciones de “No hacer” para abandonar las prácticas clínicas de escaso valor, que no aportan un beneficio claro al paciente o que les supone un riesgo innecesario de sufrir daños.

Figura 3. Número de CC.AA. con Plan de Seguridad en CAP y Hospitales y % total centros con Plan de Seguridad respecto centros evaluados. “Fuente de elaboración propia, Informe de Evaluación de la Estrategia”.

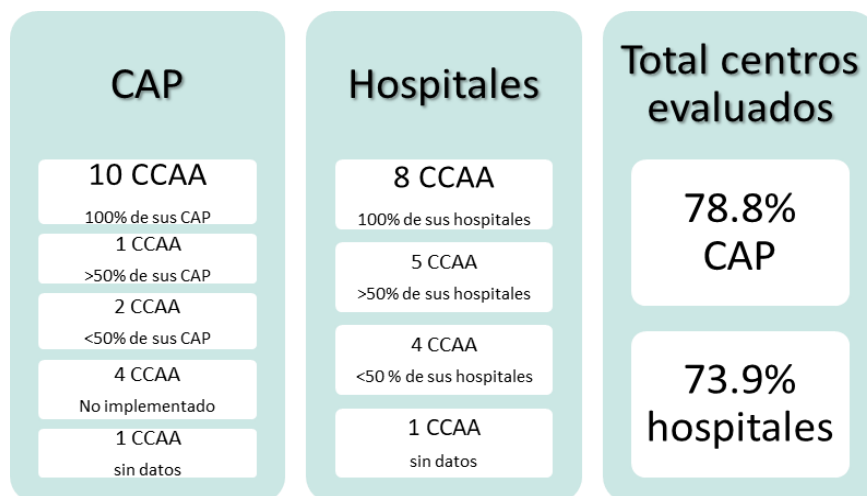


Tabla 1. Recomendaciones L1. “Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

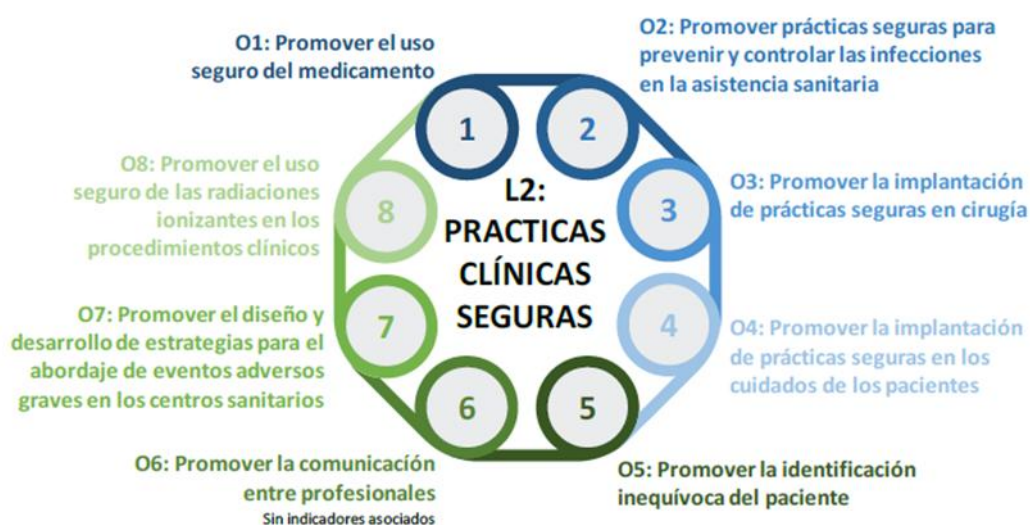
Ministerio de Sanidad	Difundir los resultados de la evaluación de los indicadores de la Estrategia de Seguridad del Paciente, acordados con las CC.AA.
	Desarrollar anualmente una Jornada de Seguridad del Paciente para fomentar la cultura de seguridad y el intercambio de experiencias de las diferentes estrategias, programas y planes desplegados en las CC.AA.
Comunidades Autónomas	Las direcciones asistenciales se comprometerán con la seguridad del paciente, favoreciendo el desarrollo y la implementación de estos planes con los gestores de los centros, evaluando su implementación de forma periódica
	Deberán fomentar trabajo colaborativo entre los centros sanitarios de las CC.AA. para facilitar el intercambio y adopción de prácticas seguras, y valorarán su inclusión en los acuerdos de gestión de los centros sanitarios
Centros sanitarios	Adaptar su entorno y adoptar el plan de seguridad de la CC.AA.
	Nombrar a una persona/ equipo que lidere su desarrollo y evaluación
	Elaborar Informes que deberán difundir a los profesionales para su conocimiento y para implicarlos en el plan y en el establecimiento de iniciativas de mejora

2. Línea estratégica 2: Prácticas clínicas seguras

En esta línea se incluyen prácticas clínicas seguras de efectividad demostrada y recomendadas internacionalmente para prevenir y controlar los factores que con mayor frecuencia se asocian a eventos adversos (EA).

Estas prácticas se desarrollaron en 8 objetivos generales (*Figura 4*) en los que a su vez se detallan objetivos específicos y recomendaciones enfocadas a alcanzarlos.

Figura 4. Objetivos generales L2. “Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020”.



A continuación, de acuerdo con el Informe de Evaluación, destacaremos diferentes aspectos de estos objetivos:

Objetivo general 2.1: promover el uso seguro del medicamento

La **evaluación** de este objetivo se ha dirigido, en acuerdo con las CC.AA., a las áreas sobre las que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda centrar los esfuerzos: las transiciones asistenciales, la polimedicación inapropiada y las situaciones de alto riesgo.

Su **monitorización** se ha llevado a cabo a través de una serie de indicadores sobre la implementación de protocolos relacionados con el uso de medicamentos de alto riesgo (MAR) en hospitales y en pacientes crónicos en atención primaria (AP), la conciliación de la medicación al alta y las prácticas de escaso valor (“No hacer”) en el uso de medicamentos en AP. También se ha tenido en cuenta el cumplimiento, por parte de 77 hospitales, de un cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos validado por la OMS y las notificaciones realizadas por parte de los profesionales al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).

En el *Informe de Evaluación* se expuso la **limitación en la implementación de protocolos para los MAR** (*Figura 5*) y de otras prácticas prioritarias recomendadas para el uso seguro de medicamentos. Las acciones de **mejora en el uso de medicamentos para pacientes crónicos polimedificados eran escasas** (*Figura 6*) y con respecto a la **conciliación de la medicación solo 4 CC.AA.** realizan actuaciones en este ámbito en el 100% de sus hospitales (*Figura 7*).

En relación con las **prácticas “No hacer”** la prescripción de benzodiacepinas para tratar el insomnio en pacientes mayores de 65 años es la más frecuente, y la que podría causar más daño al paciente. Aunque en los últimos años ha disminuido, se sitúa aún en más de un 50%.

El **análisis de los incidentes** sobre medicamentos registrados en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) y en el sistema del ISMP-España muestran que siguen ocurriendo de forma reiterada algunos errores evitables mediante la

implementación de prácticas seguras de uso de medicamentos, incluyendo dotar a los pacientes de una información adecuada.

Este *Informe* estableció una serie de recomendaciones dirigidas al MS, a las CCAA y a los centros sanitarios (*Tabla 2*).

Figura 5. Número de CC. AA por % de CAP y hospitales con protocolos para MAR y % centros con protocolo para MAR respecto al total de centros evaluados. “Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

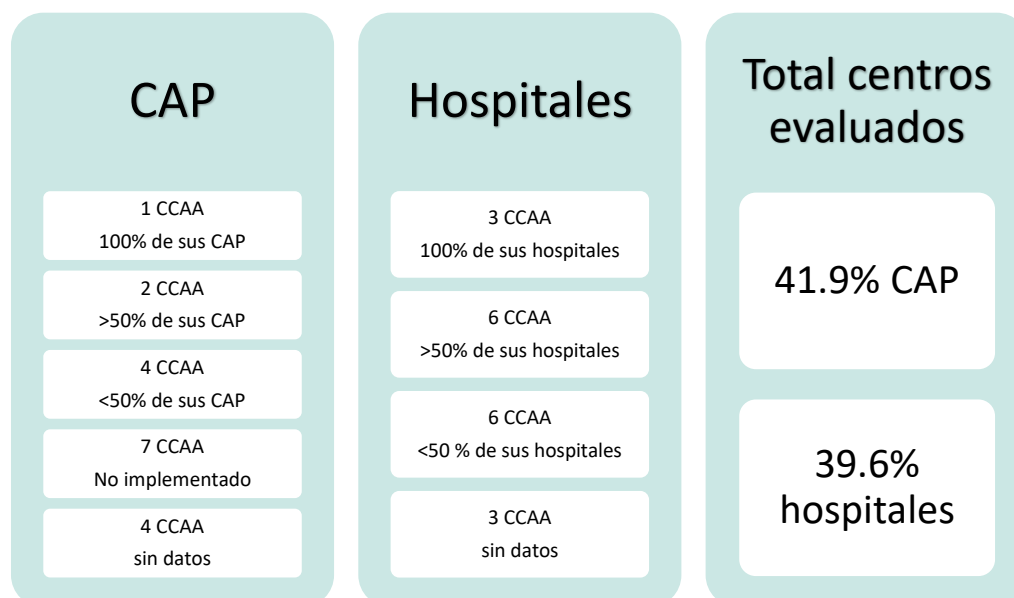


Figura 6. Número de CC.AA. por % hospitales con acciones de mejora en el uso de medicamentos para pacientes crónicos polimedicados y % centros con estas acciones respecto al total de centros evaluados. “Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

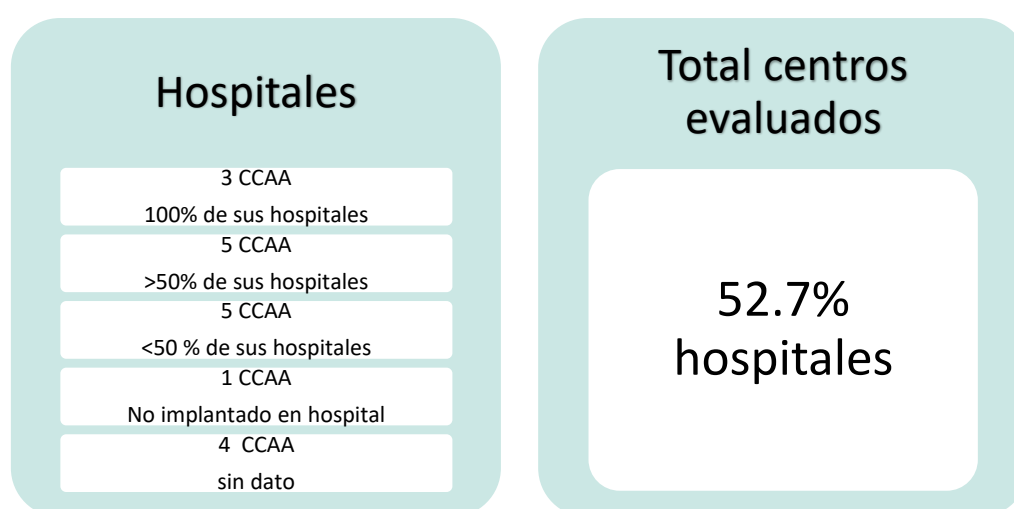


Figura 7. Número de CC.AA. por % hospitales con actuaciones de conciliación al alta y % de centros con estas actuaciones respecto al total de centros evaluados. “Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

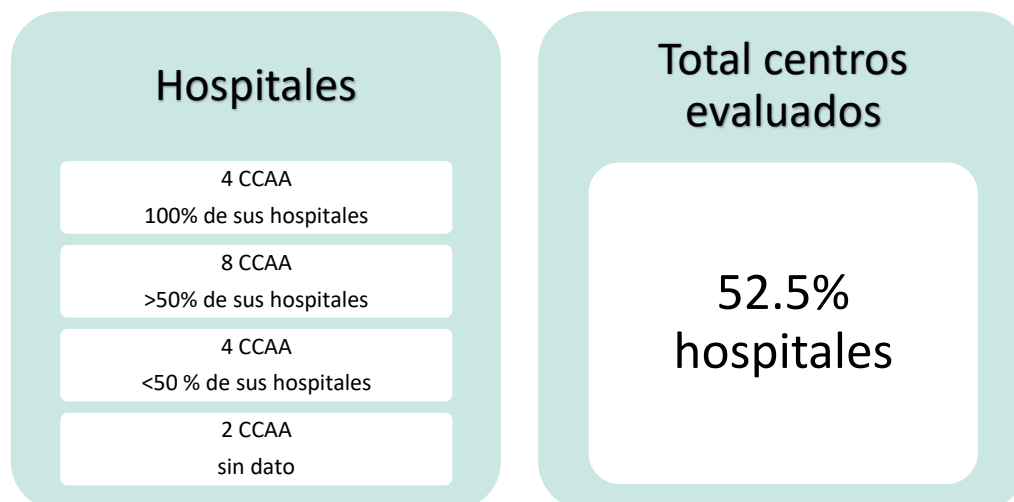


Tabla 2. Recomendaciones L2 O2.1. “Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

Ministerio de Sanidad	Trabajar con las CC.AA. para desarrollar los proyectos de mejora del uso seguro de grupos terapéuticos o MAR, dirigidos particularmente a los pacientes y ámbitos de riesgo
	Trabajar con las CC.AA. para implementar programas multidisciplinares para conciliar la medicación en las transiciones asistenciales
	Desarrollar y consensuar con las CC.AA. recomendaciones para conciliación de la medicación en AP
	Mejorar la visibilidad de las acciones de uso seguro de medicamentos a través de la Pág. Web
	Realizar Jornadas para compartir prácticas seguras
	Evaluación periódica de las acciones acordadas con las CC.AA.
	Desarrollar material informativo y herramientas dirigidas a pacientes y profesionales para difundir y aplicar los “5 Momentos para la seguridad de los medicamentos”
	Mejorar información a profesionales y pacientes sobre riesgos de las prácticas de prescripción de escaso valor
	Promover la notificación de los incidentes por medicamentos a través de los sistemas existentes
	Difundir información con medidas de mejora sobre problemas identificados en sistemas de notificación que sean susceptibles de actuación, por la frecuencia o gravedad de los incidentes registrados
Comunidades Autónomas	Difundir en los centros sanitarios los proyectos, recomendaciones y materiales sobre el uso seguro de los medicamentos
	Identificar un grupo coordinador de CC.AA. que lidere la aplicación y evaluación de proyectos y actuaciones concretas para mejorar el uso seguro de medicamentos
	Implementar proyectos para mejorar la seguridad de grupos terapéuticos o MAR en los centros hospitalarios y de AP

	Potenciar la implementación de programas de conciliación de medicación tanto al alta hospitalaria como en AP
	Consolidar la incorporación de herramientas de tecnología de la información de ayuda a la prescripción y de herramientas para facilitar la conciliación
	Realizar reuniones periódicas con líderes/responsables locales para revisar la implementación de los proyectos y consecución de objetivos
	Realizar informes periódicos sobre resultados de evaluación y medidas de mejora de proyectos/acciones
	Realizar Jornadas para compartir prácticas seguras
	Promover /realizar acciones formativas
	Promover el desarrollo de actuaciones para implicar activamente a los pacientes y cuidadores
	Mejorar la notificación y gestión de incidentes
	Mejorar la transferencia de datos al registro BDCAP (Base de datos de Atención Primaria)
	Promover recomendaciones de “No hacer” en los acuerdos de gestión con centros sanitarios y evaluarlas periódicamente
	Analizar los incidentes registrados para establecer medidas para evitar recurrencia
	Promover autoevaluación/análisis de los riesgos de utilización de medicamentos en centros sanitarios
Centros sanitarios	Identificar a los líderes a nivel del centro que favorezcan la implantación de proyectos/acciones
	Difundir entre los profesionales del centro recomendaciones y prácticas seguras
	Implementar proyectos y acciones priorizadas a nivel autonómico
	Implementar programas multidisciplinares de conciliación de medicación
	Evaluar los proyectos y actuaciones desarrolladas
	Facilitar información a los pacientes y cuidadores y fomentar la cultura de seguridad
	Analizar incidentes por medicamentos, estableciendo acciones de mejora para los más frecuentes

Objetivo general 2.2: promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria (IAAS)

Las IAAS son una de las causas **más prevenibles** de EA graves en pacientes hospitalizados y suponen una **elevada morbilidad e incremento de los costes asistenciales**, por lo que prevenirlas y controlarlas son prioridades para la mejora de la calidad asistencial en los centros sanitarios. La **prevención y el control de las IAAS** se sustentan en una serie de puntos claros: disponer de sistemas de vigilancia robustos que permitan analizar datos adecuados y de calidad, la aplicación de prácticas de evidencia demostrada y el uso prudente y adecuado de los antibióticos.

Los principales tipos de IAAS se relacionan con procedimientos invasivos como son la infección de sitio quirúrgico, la infección urinaria por catéter, la bacteriemia por catéter vascular y la neumonía asociada a ventilación mecánica.

Programas y estrategias multimodales e interdisciplinarios, como el **Programa de Higiene de Manos (HM)** y el **de Seguridad en Pacientes Críticos (PSPC)**, han demostrado su utilidad en la prevención de estas infecciones.

En el *Informe de Evaluación* este objetivo **se monitoriza** a través de distintos indicadores de los dos programas clave; Higiene de Manos y Seguridad de Pacientes Críticos y sus diferentes proyectos (Bacteriemia Zero (BZ), Neumonía Zero (NZ), ITU Zero (ITU-Z) y Resistencia Zero (RZ)).

La OMS considera la **higiene de manos** la medida de mayor importancia para reducir las IAAS y la transmisión de microorganismos multirresistentes. En la vigente *Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS* se señala la HM como una práctica segura, sencilla, barata y eficaz y se indica la necesidad de fomentar la expansión del Programa de HM a todos los centros asistenciales.

La *Evaluación* concluyó que la disponibilidad de **preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)** alcanzaban el 97% a nivel del SNS y 10 CC.AA. señalaron la disponibilidad de estos en el 100% de sus UCI (*Figura 8*). El 80% de los hospitales evaluados declaró disponer de **PBA en el punto de atención del área de hospitalización** (*Figura 9*).

La **adherencia global** a la HM alcanza el 60% y el uso de PBA el 52%. La observación de esta adherencia requiere de formación y recursos que a su vez dependen de la cultura de seguridad y liderazgo de los gestores sanitarios.

Evalutando los **indicadores relativos al Programa de HM** se dedujo que, el programa se encuentra afianzado en el SNS, aunque persiste un amplio margen de mejora.

Es importante señalar en este aspecto que la higiene de manos fue un punto angular para hacer frente a la crisis sanitaria derivada de la pandemia COVID-19, lo cual se debe tener en cuenta al interpretar los datos de 2020.

En relación con el **PSPC**, cabe señalar que los pacientes ingresados en la UCI son los que presentan mayor riesgo de sufrir un EA, dada la complejidad de la asistencia que reciben. Por ello, desde el Ministerio de Sanidad se promueve este programa que incluye una serie de proyectos enfocados a implantar prácticas seguras en UCI: *Proyecto Bacteriemia Zero*, *Proyecto Neumonía Zero*, *Proyecto ITU Zero* y *Proyecto Resistencia Zero*.

Al igual que con la higiene de manos, de todos estos proyectos se evaluaron distintos indicadores, cuya conclusión fue que las tasas relacionadas con la **bacteriemia** (primaria o asociada con el catéter) se mantienen bajas en el tiempo y que las **neumonías asociadas a ventilación mecánica** continúan disminuyendo, al igual que las tasas relacionadas con las infecciones del tracto urinario (**ITU**).

También se determinó que el porcentaje de **pacientes con una o varias bacterias multirresistentes** al ingreso en UCI ha aumentado en los últimos años, sin embargo, han disminuido las infecciones producidas durante su estancia.

Se evidenció que las **UCI participantes en Proyectos Zero** presentan tasas más bajas de infección que aquellas que no. A pesar de la reducción de las tasas de infección por dispositivos médicos en las UCI del SNS, hay que destacar que se apreció una **gran variabilidad** al analizarse por CC.AA.

De la monitorización de este objetivo se extrajeron algunas recomendaciones para distintos niveles de actuación (*Tabla 3*).

Figura 8. Número de CC.AA. por % camas de UCI con PBA y % centros con PBA con respecto al total de centros evaluados. “Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

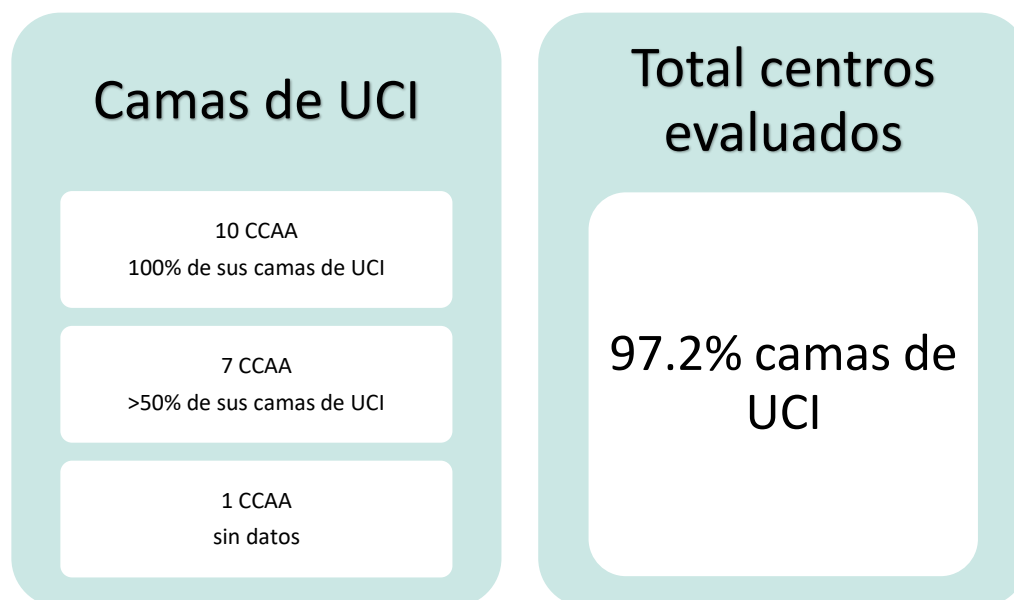


Figura 9. Número de CC.AA. por % camas de hospitalización con PBA y % de centros con PBA respecto total evaluados. “Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

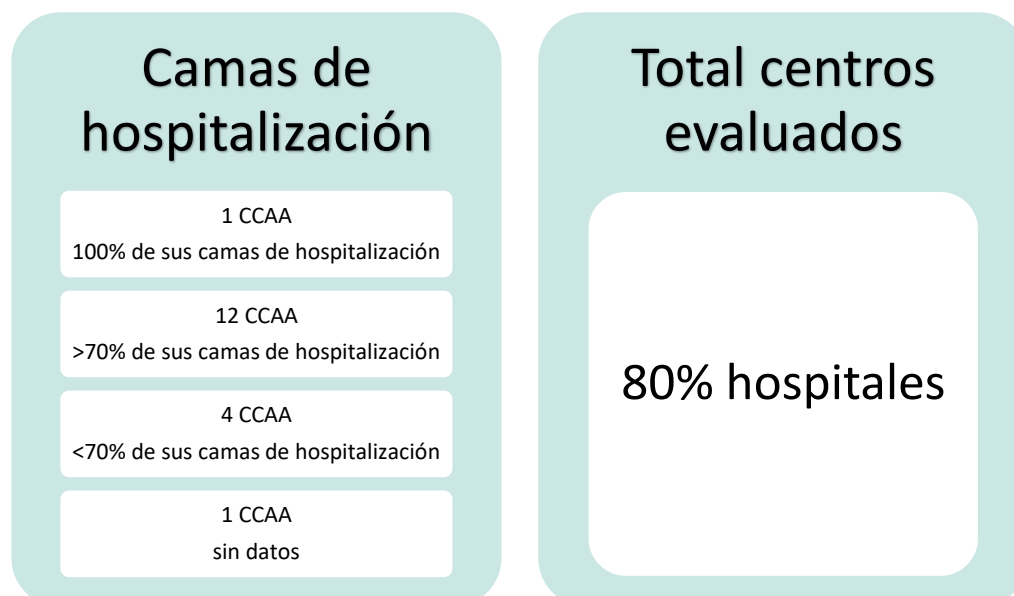


Tabla 3. Recomendaciones L2 O2.2. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Ministerio de Sanidad	Reuniones periódicas con el grupo coordinador nacional del Programa Higiene de Manos
	Revisar con el grupo coordinador los indicadores evaluados
	Analizar con el grupo coordinador la variabilidad entre CC.AA.
	Reforzar Higiene de Manos en todos los programas de seguridad del paciente
	Realizar Jornadas específicas para la mejora de la Higiene de Manos
	Mejorar la coordinación con instituciones para reforzar mensajes de campaña anual de Higiene de Manos
	Mantener/ impulsar la colaboración con la OMS
	Reuniones con el Consejo Asesor del Programa de Seguridad de Pacientes Críticos
	Difundir anualmente los resultados y barreras para la correcta implementación encontradas
	Analizar en profundidad los factores asociados a la variabilidad de las tasas de IAAS en UCI entre CC.AA.
	Trabajar con el PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos) para promover programas para disminuir la resistencia a los antibióticos
	Alinear programas de seguridad para la prevención y control de las IAAS con los programas de vigilancia nacionales de dichas infecciones
Comunidades Autónomas	Coordinar el seguimiento de la estrategia de Higiene de Manos a nivel regional
	Identificar a los responsables del programa de HM a nivel regional y local
	Asegurar la disponibilidad de PBA en puntos de atención de centros sanitarios, especialmente en UCI
	Reuniones periódicas con responsables de los centros sanitarios
	Formar equipos evaluadores de adherencia a la HM en las CCAA
	Reconocer a los centros sanitarios que cumplen con el programa
	Comprometer a los gestores de centros sanitarios con el programa de HM
	Realizar Jornadas de divulgación autonómica de la estrategia y sus resultados.
	Actualizar a los líderes de los programas a nivel de las CCAA.
	Reuniones con los coordinadores del PSPC en las CCAA.
	Reuniones periódicas con los coordinadores PSPC en los hospitales
	Promover la formación del personal sanitario en Proyectos Zero
	Difusión de los resultados en una Jornada anual
Centros sanitarios	Cumplimiento de recomendaciones del Programa de HM
	Registrar adecuadamente los datos e indicadores del programa HM
	Realizar auditorías de cumplimiento de HM
	Establecer las medidas de implementación y evaluación de los proyectos Zero en UCI

	Líderes de cada proyecto Zero difundirán datos de las IAAS de su UCI
	Líderes fomentarán la formación de profesionales

Objetivo general 2.3: promover implantación de prácticas seguras en cirugía

En los países desarrollados la cirugía representa uno de los pilares del tratamiento médico. Sin embargo, no está exenta de complicaciones asociadas.

Las **principales complicaciones** durante un procedimiento quirúrgico están relacionadas con la mala comunicación entre el equipo, errores en la identificación del paciente, el procedimiento o la localización del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento, errores en la medicación especialmente durante la anestesia, pérdidas de sangre superiores a las previstas o el cierre de heridas sin haber retirado del interior del paciente todo material quirúrgico accesorio utilizado, entre otras.

Son necesarias medidas que minimicen estos riesgos, entre ellas, la utilización de un **listado de verificación quirúrgica (LVQ)** y acciones para la **prevención de infecciones relacionadas con la intervención quirúrgica**. Esto requiere estrategias específicas multimodales y multidisciplinarias que incluyan aspectos relacionados con la **mejora de la cultura de la seguridad** en el bloque quirúrgico y la aplicación de **prácticas clínicas seguras** para mejorar la calidad de la atención a pacientes sometidos a cirugía.

Las prácticas seguras en cirugía se incluyen en el **Programa de Seguridad en el Bloque Quirúrgico**, promovido por el Ministerio de Sanidad, que incluye **los proyectos de Cirugía Segura (CS) e Infección Quirúrgica Zero (IQZ)**.

El **Proyecto CS** pretende crear una red colaborativa del bloque quirúrgico, de diferentes especialidades, que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y que compartan herramientas para fomentar la seguridad. Promueve, principalmente, la **utilización del LVQ**, una medida simple, eficiente y con efectividad demostrada para mejorar la seguridad del paciente en el procedimiento quirúrgico, facilitando el cumplimiento de un protocolo universal (paciente, procedimiento y sitio correctos). Este LVQ subraya la mejora de la comunicación y el trabajo en equipo y debería realizarse, al menos, en todas las cirugías programadas.

El **Proyecto de IQZ**, comenzó a aplicarse como proyecto nacional en 2017, y pretende reducir la tasa de infección de sitio quirúrgico en los centros sanitarios donde se aplique y contribuir a su control a nivel del SNS. Se centra en la promoción de una serie de **prácticas preventivas**, agrupadas en un *bundle* de 5 medidas que han demostrado efectividad como la profilaxis antibiótica, la utilización de clorhexidina alcohólica, la eliminación del vello, la normotermia perioperatoria y la normoglucemia perioperatoria.

Este objetivo se evaluó a través de indicadores sobre la implementación de ambos proyectos y de la evolución temporal de diversos indicadores en el SNS obtenidos del Registro de Actividad de Atención Especializada- Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD).

Según los datos aportados por las CC.AA., solo 51 hospitales (el 19.5%) se encontraban adheridos al Proyecto CS. Solo 4 CC.AA. declararon tener adheridos el 100% de sus hospitales al Proyecto CS (*Figura 10*).

Únicamente 5 CC.AA. declararon que todos los profesionales del bloque quirúrgico, de los hospitales que participaron, se **han formado en los contenidos del programa**.

El **LVQ estaba escasamente implantado** en la cirugía programada, solo 1 CC.AA. lo aplicaba a todos los casos. Dada la baja participación de las CC.AA. y la falta de respuestas, este indicador carece de representatividad en el SNS.

Los indicadores sobre las **prácticas preventivas de infección quirúrgica** mostraron una tendencia positiva, excepto el indicador que evaluaba el cumplimiento de la normotermia. Las tasas de infección de sitio quirúrgico evaluados han disminuido, excepto en el bypass aórtico-coronario con solo incisión torácica.

También mostraron disminución las **tasas de reingresos y reintervenciones** registradas en el proyecto IQZ. Por el contrario, los datos de los indicadores obtenidos del RAE-CMBD mostraban una tendencia ascendente en reingresos, esto se debe a que los indicadores no se refieren ni a la misma población ni a los mismos procedimientos quirúrgicos ni periodo de tiempo.

A partir de las conclusiones del *Informe de Evaluación* se elaboraron una serie de recomendaciones que contribuyen a avanzar hacia una cirugía más segura (*Tabla 4*).

Figura 10. Número de CC.AA. por % de adherencia al Proyecto de Cirugía Segura y % centros adheridos respecto centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

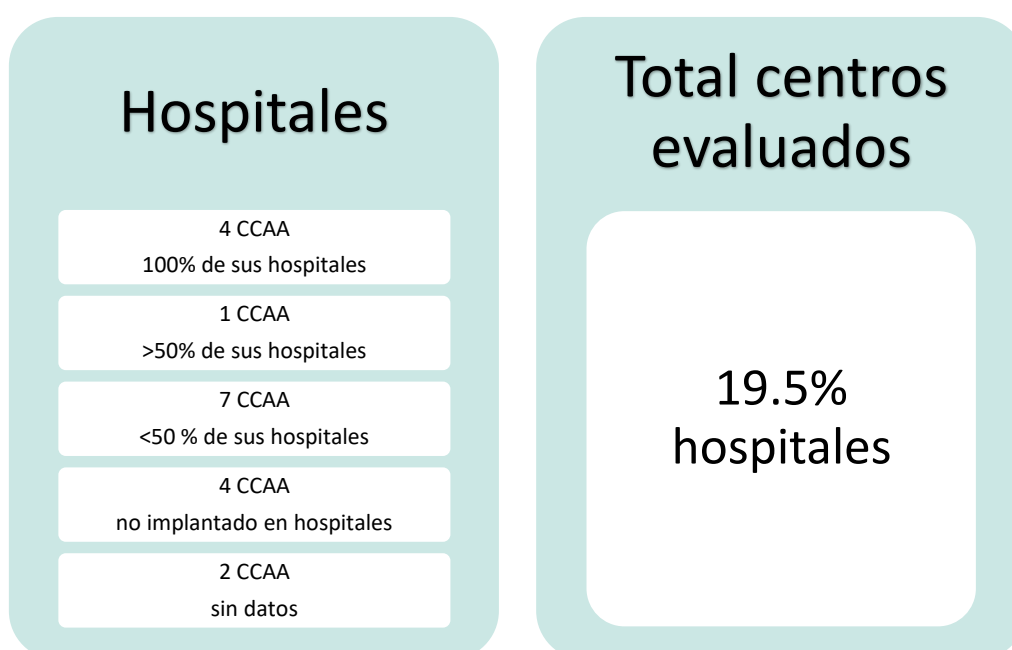


Tabla 4. Recomendaciones L2 O2.3. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Ministerio de Sanidad	Promover las recomendaciones del programa Cirugía Segura y alinearlas con otras acciones del SNS de mejora de la calidad y seguridad.
	Difundir los resultados del programa y barreras encontradas para su implementación a los coordinadores de las CC.AA. y los centros sanitarios para identificar medidas de mejora
	Analizar los factores asociados a la variabilidad de las tasas de infección de sitio quirúrgico en hospitales participantes
	Revisar, valorar y actualizar con los responsables del bloque quirúrgico los indicadores a evaluar
	Revisar con las CC.AA. los indicadores clave del SNS de seguridad del paciente referidos a cirugía y su utilidad en la práctica clínica
Comunidades Autónomas	Actualizar los líderes del programa a nivel de CC.AA.
	Coordinar el despliegue del Programa en el ámbito autonómico
	Promover la adherencia de todos los hospitales de la CC.AA. al Programa
	Establecer reuniones con los coordinadores regionales del Programa para revisar la implementación y las acciones necesarias para alcanzar los objetivos
	Promover la formación del personal sanitario
	Establecer acciones que fomenten compartir prácticas seguras en cirugía entre los hospitales de las CC.AA.
	Garantizar recursos para el control de la infección. Enriquecer la vigilancia de las IAAS a través del programa. Integrar, sistematizar y digitalizar la documentación al efecto en las diferentes historias clínicas electrónicas
	Difusión de los resultados del programa a nivel autonómico
Centros sanitarios	Gerentes y directivos comprometidos con la seguridad del paciente establecerán las medidas necesarias para la implantación, desarrollo y evaluación del Programa
	Los líderes del Programa en cada hospital promoverán la formación de profesionales, la recogida de datos, la difusión de resultados y la propuesta de medidas correctoras
	Incorporación del Programa en los planes de calidad y seguridad del paciente de los centros
	Realizar auditorías internas de cumplimiento del Programa

Objetivo general 2.4: promover la implementación de prácticas seguras en los cuidados

Las prácticas seguras implican la definición de **planes de cuidados individualizados** para los pacientes hospitalizados o en el domicilio que incluyan, entre otras y tras una valoración adecuada, medidas para la prevención de la aparición de lesiones por presión, lesiones y caídas o, en caso de pacientes que lo requieran, medidas de seguridad para la contención física.

Es necesario que se impulsen aquellas prácticas de efectividad demostrada. Todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente deben quedar reflejados en su **historia clínica y en el informe de alta**.

Este objetivo se **monitorizó** a través de indicadores sobre la definición de planes de cuidados en pacientes ingresados, sobre el desarrollo de lesiones por presión en pacientes ingresados más de 48 horas, sobre el número de caídas en pacientes hospitalizados y un indicador relativo a hospitales que cuentan con medidas de contención mecánica.

La mayoría de CC.AA. declararon aplicar un **plan de cuidados a los pacientes ingresados**, no obstante, no todos figuran en los informes al alta hospitalaria. En relación a estos indicadores, existen múltiples fuentes y diversos modos de evaluación que tienen como resultado una variabilidad en los datos, además la ausencia de estos datos en 5 CC.AA. hace que se deban tomar con precaución a nivel del SNS.

Lo mismo ocurre con los datos referidos a las lesiones por presión y las caídas debido a posibles infra registros, las diversas fuentes de datos y modos de medición utilizados, así como a posibles diferencias en la evaluación en diferentes tipos de pacientes.

Solo el 61% de las CC.AA. manifestaron disponer de un **protocolo de uso seguro en contención mecánica**.

A partir de estos datos en el *Informe* se señalaron una serie de recomendaciones para el Ministerio de Sanidad, las CC.AA. y los centros sanitarios (*Tabla 5*).

Tabla 5. Recomendaciones L2 O2.4. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Ministerio de Sanidad	Revisar con las CC.AA. los indicadores evaluados para identificar y seleccionar aquellos que puedan tener fuentes de datos estandarizadas
	Fomentar la formación y desarrollo de productos basados en la evidencia para mejorar cuidados en los pacientes, tanto en hospitalización como en AP.
	Promover los registros sobre cuidados de los pacientes
Comunidades Autónomas	Establecer acciones para mejorar el registro de EA asociados a los cuidados
	Establecer un grupo coordinador multidisciplinar para promover acciones de mejora en los cuidados de los pacientes a todos los niveles asistenciales, con especial énfasis en la prevención de lesiones por presión y caídas
	Establecer mecanismos para prevención de medidas de contención mecánica en pacientes con problemas de salud mental
Centros sanitarios	Gerentes de hospitales y atención primaria establecerán las medidas necesarias para el desarrollo de planes de cuidados individualizados que incluyan prácticas clínicas de efectividad demostrada para prevenir lesiones por presión y caídas
	Identificar líderes de enfermería que promuevan planes de cuidados, su desarrollo y evaluación
	Incluir planes de cuidados en la historia clínica e informe de alta hospitalaria y evaluarlos y actualizarlos periódicamente

Objetivo general 2.5: promover la identificación inequívoca del paciente

Se recomienda la **identificación inequívoca del paciente** para prevenir errores que podrían tener graves consecuencias durante el uso de medicamentos, los procedimientos quirúrgicos, las pruebas diagnósticas y las pruebas invasivas, entre otros. Errores en esta práctica podrían tener importantes consecuencias como la emisión de un diagnóstico erróneo o la administración de medicación a un paciente equivocado.

Es importante garantizar la identificación correcta de los pacientes cuando se les realice cualquier procedimiento, especialmente en los invasivos.

Para la evaluación de este objetivo, las CC.AA. reportaron datos de indicadores relativos a la implementación de **protocolos para: la identificación inequívoca de pacientes hospitalizados**, pacientes que requieren **procedimientos de alto riesgo** y para la identificación y trazabilidad de **muestras biológicas**.

De acuerdo con los resultados, la mayoría de los hospitales cuentan con un protocolo de identificación inequívoca del paciente (*Figura 11*). Los protocolos para la **identificación de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo tienen una implementación baja**, solo 5 CC.AA. manifestaron tenerlos en el 100% de sus hospitales (*Figura 12*).

Los datos relativos a la **trazabilidad de muestras biológicas y su identificación** mostraron los resultados más bajos de esta serie de indicadores (*Figura 13*).

Es importante señalar que los indicadores evaluados miden aspectos estructurales, pero no permiten medir si se aplican recomendaciones específicas de los distintos protocolos para lo que serían necesarios otros indicadores o auditorías concretas.

En base a esto se emitieron recomendaciones para lograr alcanzar el objetivo (*Tabla 6*).

Figura 11. Número de CC.AA. por % hospitales con protocolo identificación inequívoca del paciente y % total respecto centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

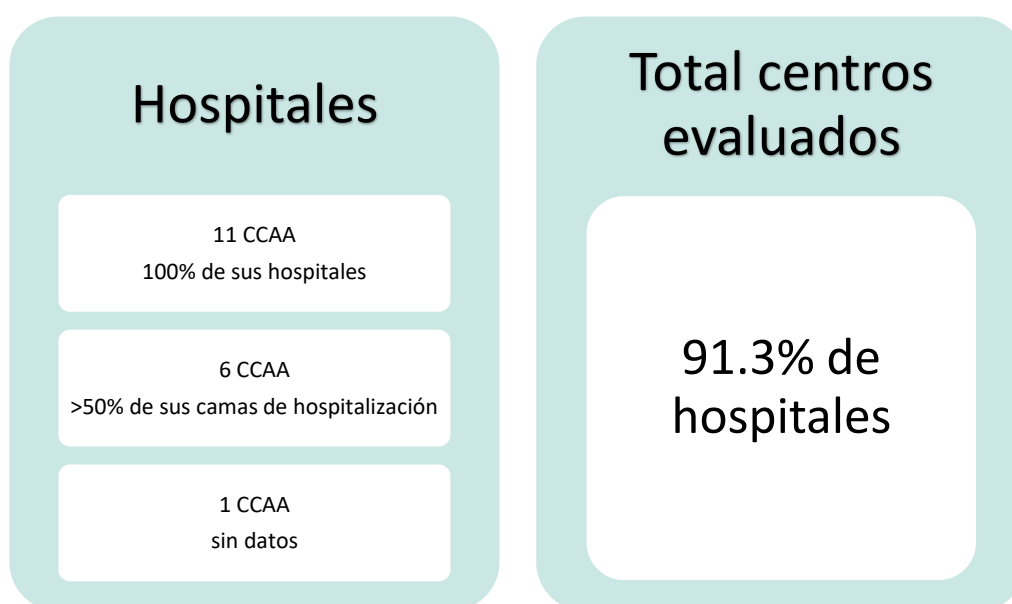


Figura 12. Número de CC.AA. por % hospitales con protocolo identificación inequívoca del paciente para procedimiento de riesgo y % total respecto centros evaluadas. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

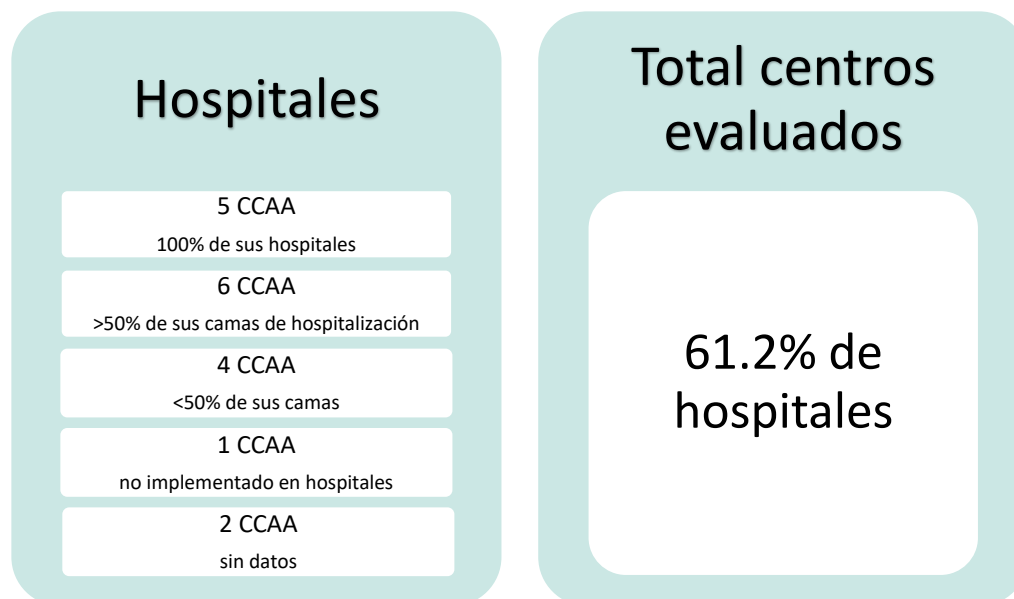


Figura 13. Número de CC.AA. por % hospitales con protocolo identificación y trazabilidad de muestras biológicas y % total respecto centros evaluadas. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

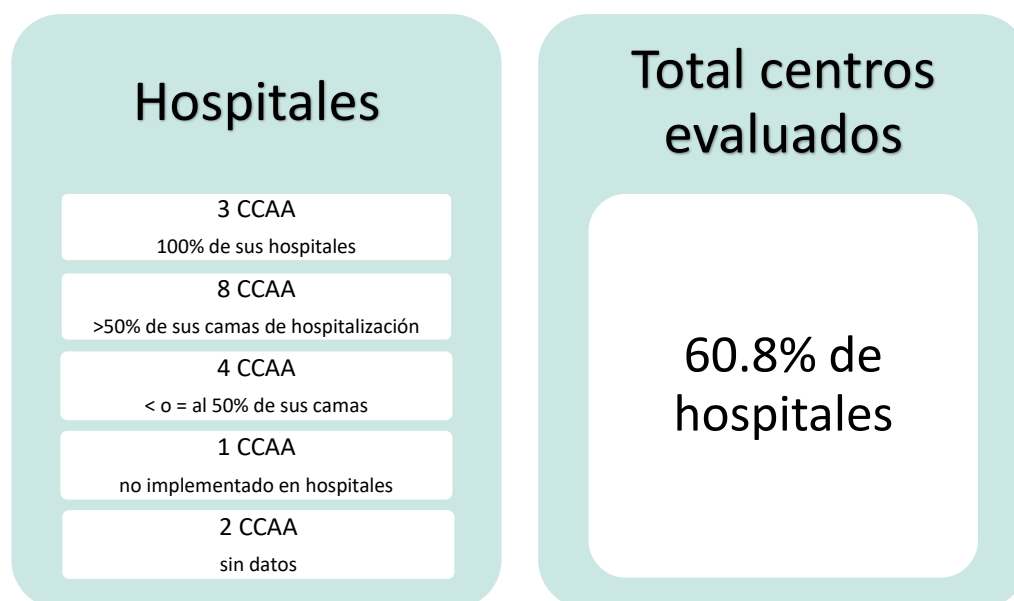


Tabla 6. Recomendaciones L2 O2.5. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Ministerio de Sanidad	Difundir resultados a las CC.AA. de estos indicadores e identificar los más válidos y útiles
	Promover a través de la Red de Escuelas para la Ciudadanía información para implicación de los pacientes en su adecuada identificación
Comunidades Autónomas	Implementar en todos los hospitales de las CC.AA. sistemas estandarizados para identificación inequívoca de pacientes y muestras biológicas

	Fomentar la Evaluación de protocolos aplicados
Centros sanitarios	Desarrollar acciones específicas de formación para profesionales sobre la importancia de la adecuada identificación
	Realizar evaluaciones periódicas del proceso de identificación inequívoca de los pacientes, identificar errores para implantar mejoras en el futuro
	Incorporarlo en planes de calidad y seguridad del paciente

Objetivo general 2.6: promover la comunicación entre profesionales

Durante la atención se debe garantizar que la **información** transmitida entre profesionales sobre la situación clínica del paciente sea **precisa, adecuada y dirigida a la persona correcta**.

La **comunicación**, especialmente durante la transición asistencial, es un elemento clave en la transmisión de información clínica. Los fallos en la comunicación entre profesionales suponen un factor frecuente de eventos centinela, es decir, de sucesos imprevistos que causan graves daños físicos o psíquicos o incluso la muerte; o tienen riesgo de causarlos.

Estandarizar el proceso de comunicación durante la transición asistencial minimiza la variabilidad de los mensajes y favorece la eficacia del proceso, contribuyendo a que todos los profesionales implicados tomen conciencia de la situación del paciente y se reduzcan errores.

En el *Informe de Evaluación* de la Estrategia no se incluyeron datos de indicadores específicamente asociados a este aspecto.

Objetivo general 2.7: promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios

Cuando se producen EA, especialmente los graves, **pacientes y familiares** (víctimas principales) deben ser **apoyados** por las organizaciones sanitarias y recibir la **información adecuada** para comprender las consecuencias, además se deben llevar a cabo las **acciones adecuadas** para responder a sus necesidades.

De la misma forma, los **profesionales sanitarios** (segundas víctimas) implicados en el EA deben contar con **soporte institucional** para poder informar correctamente de lo sucedido y recibir apoyo para su integración en la labor sin secuelas.

Las **organizaciones sanitarias** (tercera víctima) deben intentar mantener o reestablecer el **prestigio** de la organización y la **confianza** de los usuarios en la misma. Deberían adoptar una **actitud proactiva** que se adelante a situaciones conflictivas, contando con protocolos y procedimientos para responder adecuadamente a pacientes y profesionales en EA graves.

En el *Informe* se acordó con las CC.AA. la necesidad de **promover y analizar protocolos** para la gestión adecuada de EA graves que dieran respuesta a las necesidades de pacientes, profesionales e instituciones sanitarias, incluyendo para ello indicadores sobre su implementación en hospitales y CAP cuyos resultados mostraban que era escasa y con amplio margen de mejora (*Figura 14*).

De acuerdo con estos resultados se emitieron diferentes recomendaciones a nivel estatal, autonómico y de los propios centros sanitarios (*Tabla 7*).

Figura 14. Número de CC.AA. por % CAP y hospitales con protocolos de gestión de EA graves y % respecto al total de centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

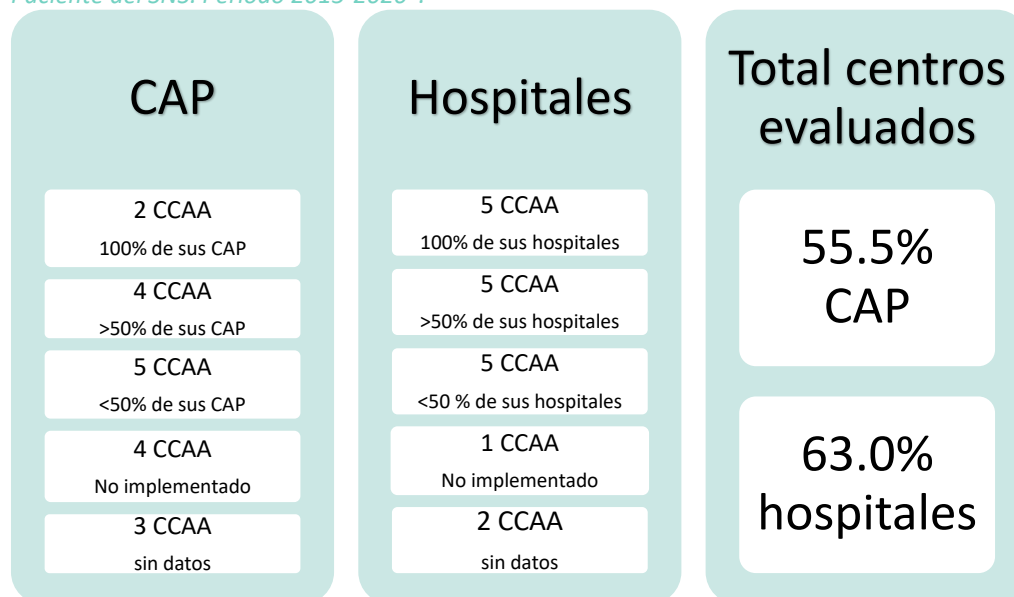


Tabla 7. Recomendaciones L2 O2.7. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Ministerio de Sanidad	Desarrollar un marco con instrucciones e indicaciones claras para gestión de los EA graves en el SNS
	Difundir recomendaciones a los centros sanitarios
	Mejorar las guías para el apoyo a pacientes que han sufrido EA y a las segundas víctimas
	Diseñar plan de acción a corto, medio y largo plazo para impulsar propuesta de reforma legislativa en España sobre seguridad del paciente
	Difundir eventos adversos graves analizados para facilitar el aprendizaje y disminuir su aparición
Comunidades Autónomas	Impulsar el desarrollo de planes para la adecuada gestión de EA graves tanto en AP como hospitalaria
	Establecer acciones de formación sobre aspectos de atención a los pacientes y profesionales implicados en EA graves
Centros sanitarios	Establecer plan de gestión de EA graves con amplia participación de los equipos directivos y profesionales adaptado a circunstancias del centro que contemple actuaciones con pacientes/ familiares afectados y profesionales implicados

Objetivo general 2.8: promover el uso seguro de radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

El avance en las tecnologías en medicina que emplean **radiaciones** ha supuesto mejoras en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, con gran beneficio para los pacientes (radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear). En los últimos años el incremento en su uso ha conducido a que las **exposiciones médicas** supongan la mayor exposición de la población a la radiación artificial.

A pesar de las aplicaciones beneficiosas de las radiaciones ionizantes, a medida que aumenta su uso también lo hacen los posibles peligros para la salud si no se utilizan o dosifican

adecuadamente. La exposición a estas radiaciones puede tener efectos adversos agudos a altas dosis, como quemaduras, y a baja dosis y largo plazo, pueden incrementar la probabilidad de desarrollo de algunos tipos de cáncer.

A nivel internacional, organismos como la OMS o el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), han promovido **Planes de Acción de la Protección Radiológica del Paciente** en el sector sanitario. En la última *Conferencia Internacional de Protección Radiológica del Paciente* se acordaron criterios mínimos, básicos y comunes para la seguridad del paciente en este aspecto.

A nivel nacional el *Convenio Marco entre el Ministerio de Sanidad y el Consejo de Seguridad Nuclear* (CSN) sienta las bases para promover de manera colaborativa el **uso seguro y controlado de radiaciones ionizantes en el SNS**. Las líneas de seguridad del paciente respecto a las radiaciones ionizantes desarrollan lo establecido en la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo sobre Protección Radiológica.

En nuestro marco jurídico encontramos reglamentación específica; el *Real Decreto 601/2019*, de 18 de octubre, sobre la *justificación y optimización del uso de radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas* y *Real Decreto 673/2023*, de 18 de julio, *por el que se establecen los criterios de calidad y seguridad en las unidades asistenciales de Medicina Nuclear*.

Esta normativa refleja los cimientos de la protección del paciente y la toma de conciencia y adecuación del uso de las radiaciones ionizantes.

En el *Informe se evaluó* el uso seguro de estas radiaciones a través de indicadores que recogen información de los hospitales de las CC.AA. centrados en: la formación de profesionales de los Servicios de pediatría sobre la optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación, la elaboración de Mapas de Riesgos de los procesos en la Unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear y la elaboración de un informe anual que recogiera los incidentes de seguridad en dichas Unidades.

En relación con la **formación continuada a profesionales de pediatría** de hospitales, solamente el 25%, de las 16 CC.AA. que aportan datos, realizaron esta formación en más del 50% de sus hospitales con servicios de pediatría (*Figura 15*).

La realización de **Mapas de Riesgo y de informes anuales de incidentes** en las Unidades de Radioterapia o Medicina Nuclear fue baja. 4 CC.AA. realizaron Mapas de Riesgo en el 100% de sus hospitales (*Figura 16*) y 6 emitieron informes anuales (*Figura 17*).

En base a los resultados obtenidos y con objeto de lograr mejoras en este objetivo se establecieron una serie de recomendaciones (*Tabla 18*).

Figura 15. Número de CC.AA. por % hospitales con formación a profesionales de pediatría en optimización de prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante y % respecto al total de centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

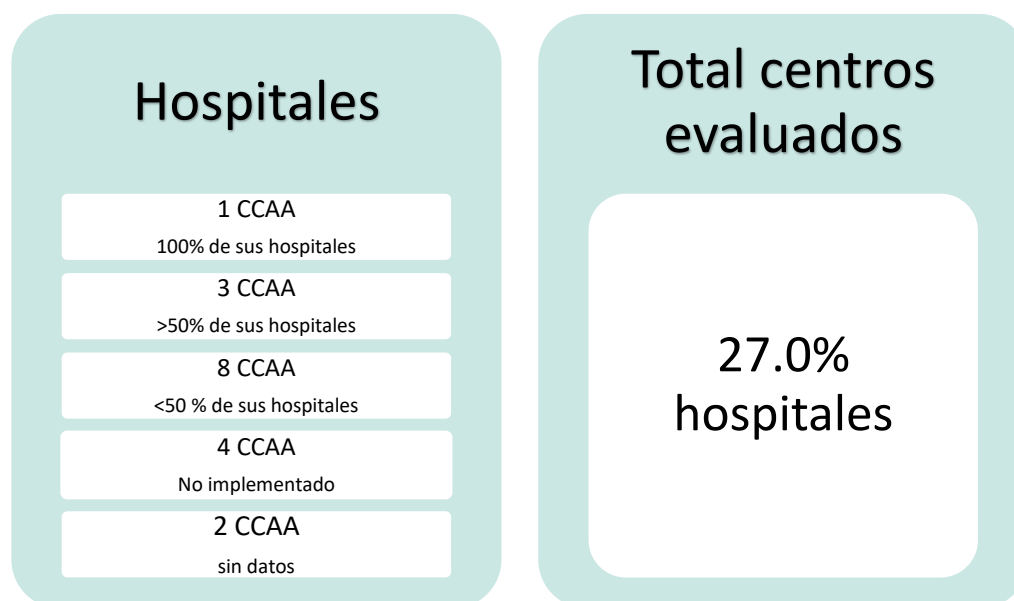


Figura 16. Número de CC.AA. por % hospitales que realizan mapa de riesgo de los procesos de la Unidad de Radioterapia y/o Medicina nuclear y % respecto al total de centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

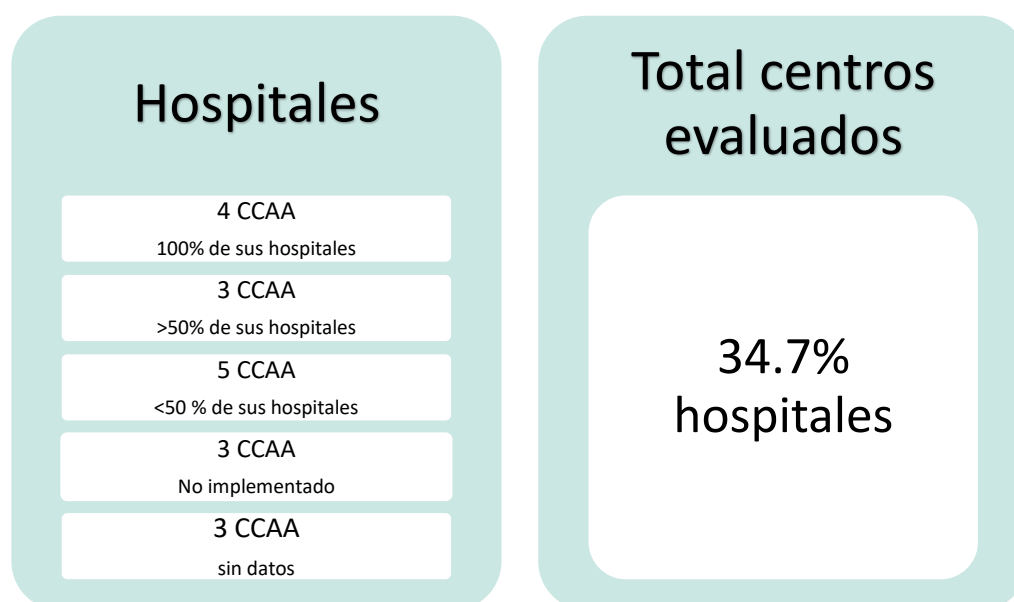


Figura 17. Número de CC.AA. por % hospitales que emiten informes anuales de incidentes de la Unidad de Radioterapia y/o Medicina nuclear y % respecto al total de centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

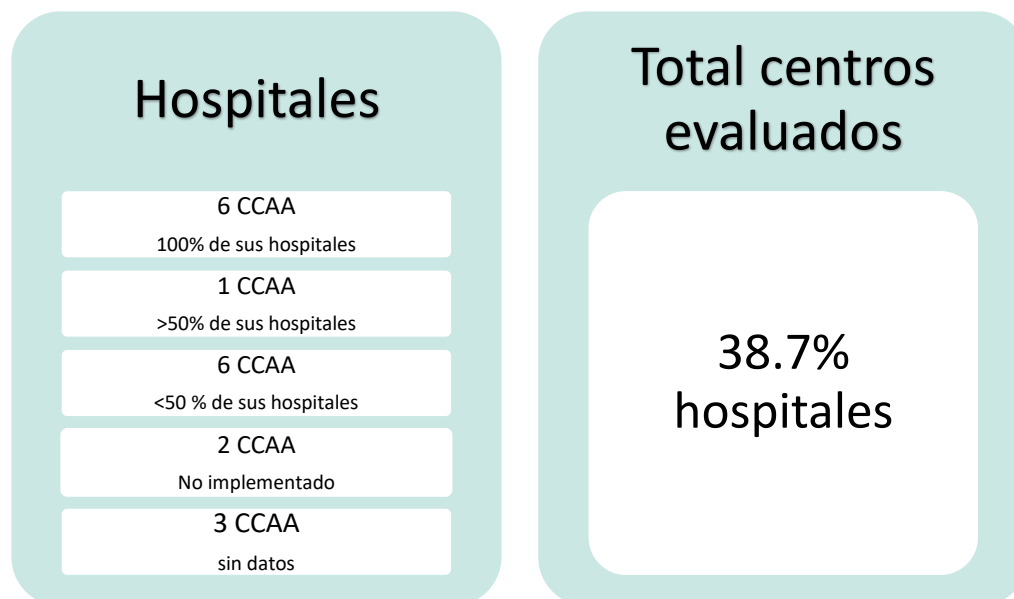


Tabla 8. Recomendaciones L2 O2.8. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Ministerio de Sanidad	Fortalecer la colaboración ente MS y CNS en materia de protección del uso de radiaciones ionizantes con fines médicos
	Difundir a las CC.AA. los incidentes por radiaciones ionizantes registrados en sistemas de notificación de incidentes de seguridad del SNS y recomendaciones para evitar su repetición
	Terminar de trasponer la directiva al marco jurídico nacional
	Programas de Garantía de Calidad en todos aquellos servicios que trabajen con radiaciones ionizantes
	Establecimiento de un grupo de coordinación a nivel del SNS para conocer y establecer recomendaciones e informar sobre programas de garantía de calidad y seguridad en el uso de radiaciones ionizantes con fines médicos
	Identificar y compartir buenas prácticas
	Facilitar la participación española a nivel internacional
Comunidades Autónomas	Asegurar el establecimiento en centros sanitarios de Programas de Garantía de Calidad y Seguridad en radiaciones ionizantes
	Establecer un grupo coordinador para asegurar el seguimiento de las normas establecidas
	Desarrollar acciones para la formación de médicos prescriptores sobre el uso de procedimientos en radiaciones ionizantes
	Promover la evaluación interna y externa de programas de Calidad y Seguridad en los centros sanitarios, incluyendo auditorías clínicas
	Desarrollar acciones para mejorar la información a los prescriptores sobre dosis efectivas recibidas por los pacientes
	Identificar y compartir buenas prácticas

	Fomentar el registro dosimétrico en la documentación clínica del paciente
Centros sanitarios	Programa de Garantía de Calidad y Seguridad de uso médico, elaborado de acuerdo con protocolos nacionales o internacionales
	Establecer una comisión que asegure la implantación y seguimiento del programa
	Garantizar la formación de los profesionales implicados y evaluación de cursos obligatorios a los residentes en ciencias de la salud
	Establecer mecanismos para notificación, gestión, comunicación adecuada de incidentes

3. Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes

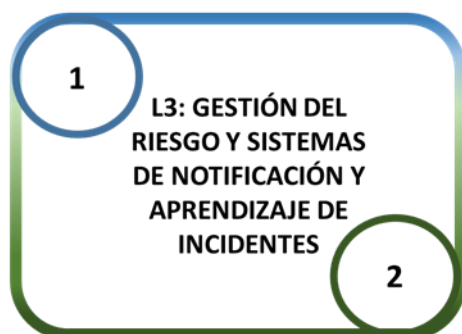
La **gestión del riesgo asociado a la atención sanitaria** permite el estudio de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, el desarrollo de acciones para prevenir su repetición e informar a profesionales de los logros obtenidos.

Los **centros sanitarios** deben desarrollar **estrategias específicas** para la adecuada gestión de los riesgos sanitarios, que incluya la identificación y análisis de los mismos. Se deben desarrollar **sistemas de notificación** que den la oportunidad de compartir información y de aprender de la experiencia a nivel local y de otros para prevenir errores y resolver problemas, contribuyendo a mejorar la seguridad de la atención en los centros.

Estos se enmarcan en dos objetivos generales dentro de la línea estratégica (*Figura 18*).

Figura 18. Objetivos generales L3. “Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020”.

O1: Promover la gestión de riesgos en los centros sanitarios



O2: promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje

Es importante señalar que los profesionales muestran ciertas reservas a notificar incidentes por miedo a posibles consecuencias punitivas, este aspecto influye en la calidad de los sistemas de notificación y en la optimización de la información registrada.

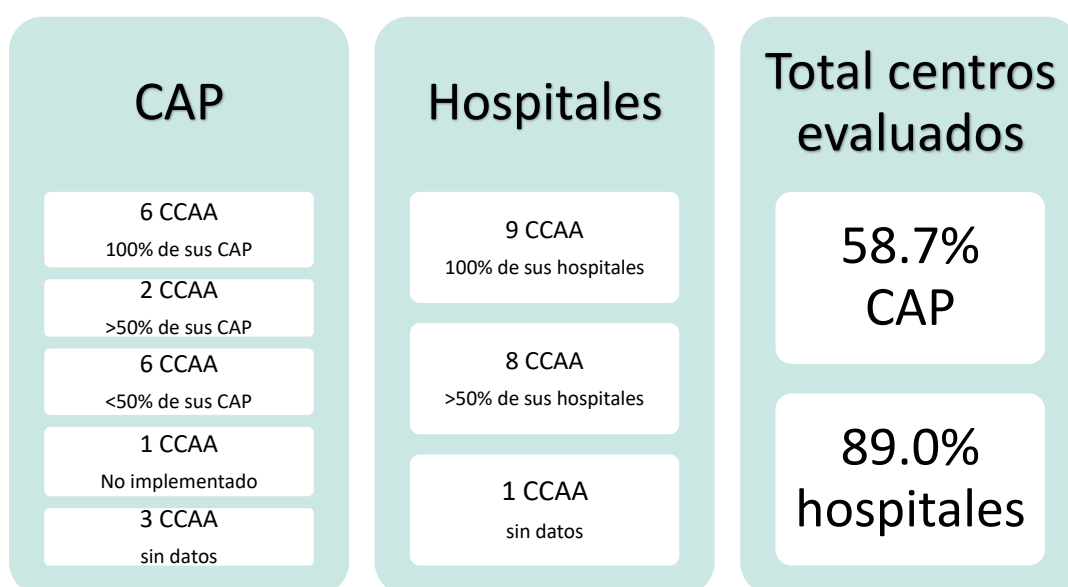
Objetivo general 3.1: promover la gestión de los riesgos en los centros sanitarios

La gestión del riesgo en los centros sanitarios se orienta a **mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones** mediante herramientas que permitan mejorar la identificación de errores, disminuir la probabilidad de los mismos y atenuar sus consecuencias.

Para lograr lo anterior se recomienda poner en marcha **Unidades de Gestión de Riesgo (UGR)**. En la evaluación de este objetivo se tuvieron en cuenta indicadores sobre la identificación de hospitales y CAP que cuentan con estas unidades.

Los resultados mostraron que la disposición de UGR en hospitales era amplia, 17 CC.AA. declararon tenerlas en funcionamiento en más del 50% de sus hospitales. Sin embargo, el nivel de implantación en AP era menor, únicamente 8 CC.AA. contaban con UGR en más del 50% de sus CAP (*Figura 19*).

Figura 19. Número de CC.AA. por % hospitales y CAP que cuentan con UGR y % respecto al total de centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".



Objetivo general 3.2: promover implementación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje

Desde el Ministerio de Sanidad se impulsa la implementación de **sistemas de notificación voluntaria** de incidentes de seguridad. Estos sistemas tienen por objetivo mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, sucesos o problemas que produjeron, o podrían haber producido, daño innecesario a los pacientes. Estos sistemas son herramientas que permiten **prevenir errores**.

El proceso que siguen estos sistemas es estructurado, comienza con la detección del incidente por parte del profesional y termina con la difusión de información a todos los trabajadores de la organización sobre las medidas correctivas. Este proceso está compuesto por 6 fases: detección, notificación, clasificación, análisis y gestión, implementación de mejoras y feedback.

Actualmente, 11 CC.AA. cuentan con el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (**SiNASP**), un sistema promovido por el MS como parte de la *Estrategia de Seguridad*

del Paciente, y el resto de CC.AA. han desarrollado sus **propios sistemas de notificación** (Figura 20).

Figura 20. Mapa de CC.AA. con implementación de SiNASP u otros sistemas de notificación de incidentes. "Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".



El **SiNASP** está disponible para hospitales y CAP y presta especial atención en el **aprendizaje** para la mejora.

El **análisis de los incidentes** notificados a los sistemas de notificación es principalmente local, es decir, se lleva a cabo internamente en el centro en el que ocurrió. Los centros elaboran y difunden internamente **informes periódicos** sobre las notificaciones recibidas, los análisis realizados y las iniciativas de mejora implementadas. Las CC.AA. también desarrollan y difunden **informes de los datos agregados** de las notificaciones recibidas del total de centros de su Comunidad que utilizan el sistema.

En este objetivo general se persigue la **implementación efectiva** de sistemas de notificación de incidentes en todos los hospitales y CAP, así como incentivar su uso, dar feedback a los profesionales y la publicación/difusión de información sobre incidentes de seguridad.

En el *Informe* se **evaluó este objetivo** a través de 25 indicadores que reúnen información de las CC.AA. sobre la disponibilidad de un sistema de notificación de incidentes en hospitales y CAP, la notificación de los mismos y su clasificación considerando si han producido daño al paciente o si están relacionados con medicamentos o con el uso de radiaciones ionizantes. Se tuvieron

en cuenta también indicadores obtenidos a partir de la información del SiNASP sobre el número de las notificaciones y la difusión de las acciones emprendidas.

De acuerdo con los datos se concluyó que todas las CC.AA. disponen de un sistema de notificación de incidentes de seguridad. 15 CC.AA. señalaron tenerlo en el 100% de sus hospitales y 13 CC.AA. en el 100% de sus CAP (*Figura 21*).

El número de **incidentes notificados** a nivel del SNS fue bajo y variable entre CC.AA., siendo más frecuentes aquellos que se **relacionan con los medicamentos**. La gran variabilidad entre autonomías puede deberse a que algunas CC.AA. declaran los incidentes con medicamentos a través de sus sistemas de farmacovigilancia.

De acuerdo con estos datos se establecieron una serie de recomendaciones (*Tabla 9*).

Figura 21. Número de CC.AA. por % hospitales y CAP que cuentan sistemas de notificación de incidentes y % respecto al total de centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

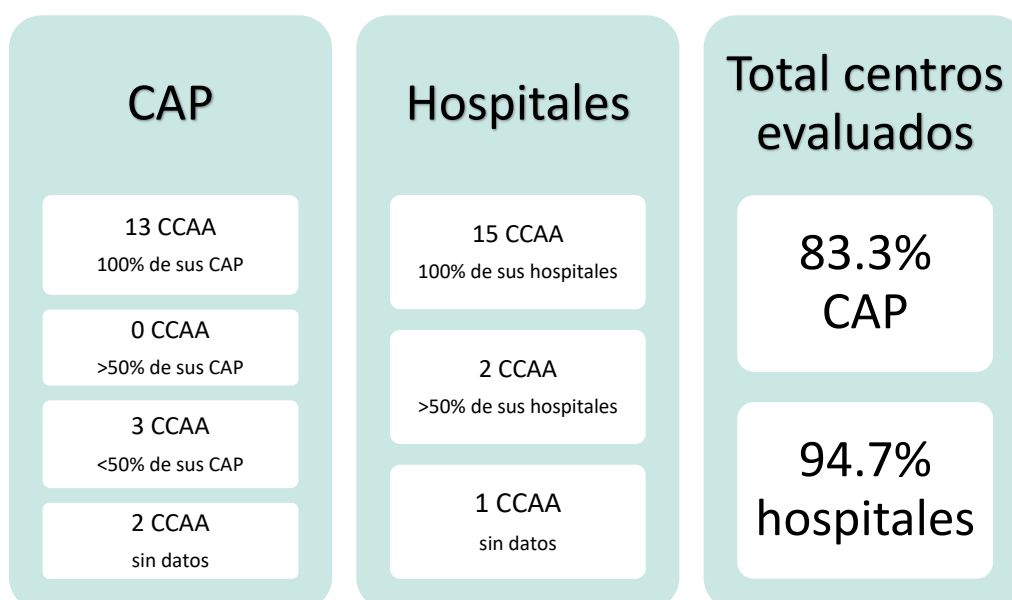


Tabla 9. Recomendaciones L3 O3.2. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Ministerio de Sanidad	Promover el uso de sistemas de notificación de incidentes en el SNS y la unificación del registro de datos
	Promover la formación de residentes de las especialidades sobre sistemas de notificación de seguridad
	Revisar con las CC.AA. los indicadores sobre notificación de incidentes para mejorar la definición y recogida de datos
	Fomentar que se realice ACR (Análisis causa-raíz) en los incidentes que considere el grupo gestor del sistema de notificación
	Fortalecer el desarrollo y adecuado uso del SiNASP en CC.AA. adheridas
	Establecer recomendaciones para el análisis de los EA teniendo en cuenta cuestiones metodológicas y legales

	Promover normativa estatal que proteja a profesionales que notifican y/o analizan los EA
	Implicar a los directivos de AP y hospital en notificar incidentes
	Promover el intercambio de buenas prácticas de notificación y gestión de incidentes
Comunidades Autónomas	Establecer un grupo coordinador para seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas para la gestión de riesgos y del sistema de notificación
	Desarrollar acciones para mejorar la formación de los profesionales sobre la notificación de incidentes
	Identificar y compartir buenas prácticas entre los centros sanitarios acerca de la gestión y notificación
	Informar periódicamente a los profesionales
	Mantener la confidencialidad
	Promover la realización de ACR y recomendaciones para la gestión segura de cara a posibles acciones judiciales
	Implicar a los directivos de AP y Hospital en la notificación
Centros sanitarios	Explicitar el compromiso de gerentes y directivos con el sistema de notificación de incidentes, por medio de feedback e inclusión de indicadores en los acuerdos de gestión con equipos/servicios
	Designar un profesional para coordinar la gestión de los incidentes notificados
	Realizar acciones formativas para profesionales del centro
	Mantener la confidencialidad
	Informar a los profesionales
	Realizar sesiones periódicas para conocer los incidentes notificados, factores asociados y planes de mejora

4. Línea estratégica 4: La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad

La **participación** se basa en los derechos que el individuo, como ciudadano, tiene para tomar parte en las **decisiones** que le afectan y en su **libertad de elección** dentro del sistema sanitario. Esto conlleva, entre otros aspectos, proporcionar al paciente y/o sus cuidadores información sobre su enfermedad que facilite la toma de decisiones y el empleo de planes de acogida, fomentar actividades formativas y establecer protocolos para el acompañamiento de pacientes ingresados.

Sin embargo, aún existen reticencias por parte de gestores y profesionales que dificultan la implicación de los pacientes en la toma de decisiones relativas a su proceso y la participación colectiva de los ciudadanos en las decisiones sanitarias. De la misma forma, existen reticencias culturales por parte de los pacientes a modificar su perfil y su papel en la atención sanitaria. A pesar de ello, **el rol del paciente está cambiando**, estando cada vez más y mejor informados y con mayor deseo de implicarse en su proceso, lo que requiere un cambio cultural importante en la **relación profesional-paciente**, que debe basarse en la toma de **decisiones compartidas**.

En los últimos años, el **empoderamiento y participación** de los pacientes en la asistencia sanitaria y en su propia seguridad ha adquirido un papel muy importante.

Estas acciones específicas se estructuran en el único objetivo general de **promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente**.

En el *Informe* se monitorizó a través de indicadores que recogen datos de las CC.AA. sobre la disposición de un plan de acogida para pacientes en hospitales, sobre las acciones formativas de seguridad del paciente realizadas en los centros sanitarios dirigidas a pacientes e indicadores sobre la disposición de un protocolo de acompañamiento de pacientes.

En relación con el **plan de acogida para pacientes ingresados**, aportaron datos 16 CC.AA., de las cuales únicamente 6 los tenían implantados en el 100% de sus hospitales (*Figura 22*).

Las **acciones de formación para pacientes** se llevan a cabo en la mayoría de CC.AA. tanto en hospitales como en CAP. Sin embargo, únicamente 3 CC.AA. las realizaban en el 100% de sus hospitales y 2 CC.AA. en todos sus CAP (*Figura 23*).

15 CC.AA. aportaron datos sobre la implementación de los **protocolos de acompañamiento de los pacientes**, aunque solo 2 disponían de estos en todos sus hospitales (*Figura 24*).

En base a estos datos, el *Informe de Evaluación*, propone una serie de recomendaciones a nivel del Ministerio de Sanidad, las CC.AA. y los propios centros sanitarios para mejorar la participación individual y colectiva de pacientes y ciudadanos en la atención sanitaria y la seguridad del paciente (*Tabla 10*).

Figura 22. Número de CC.AA. por % hospitales que cuentan con plan de acogida para pacientes ingresados y % respecto al total de centros evaluados. "Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

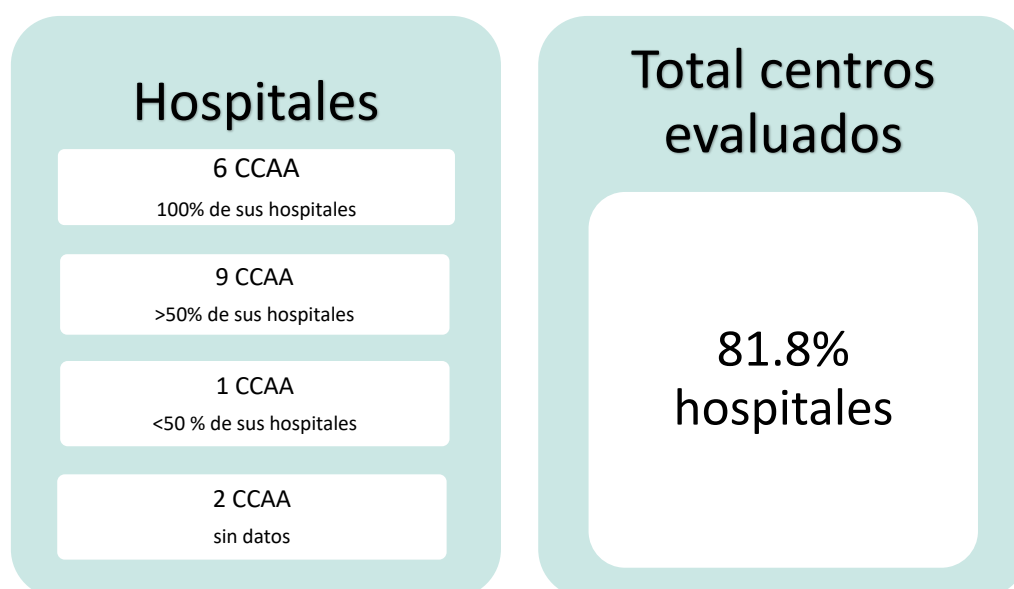


Figura 23. Número de CC.AA. por % hospitales y CAP que cuentan con acciones de formación y % respecto al total de centros evaluados. “Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

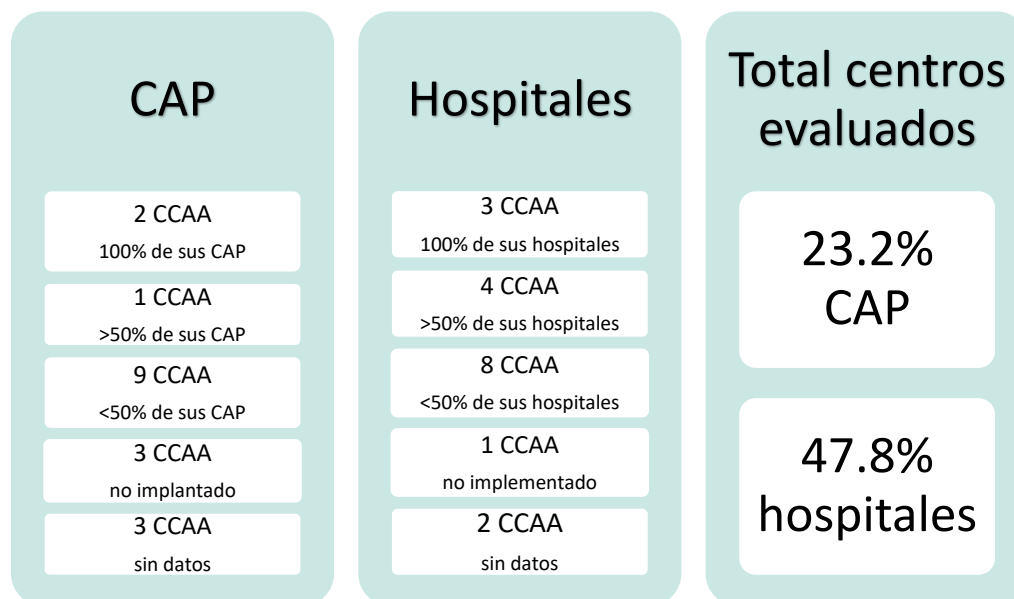


Figura 24. Número de CC.AA. por % hospitales que aportan datos sobre la implementación de los protocolos de acompañamiento de los pacientes. “Fuente propia: Informe Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

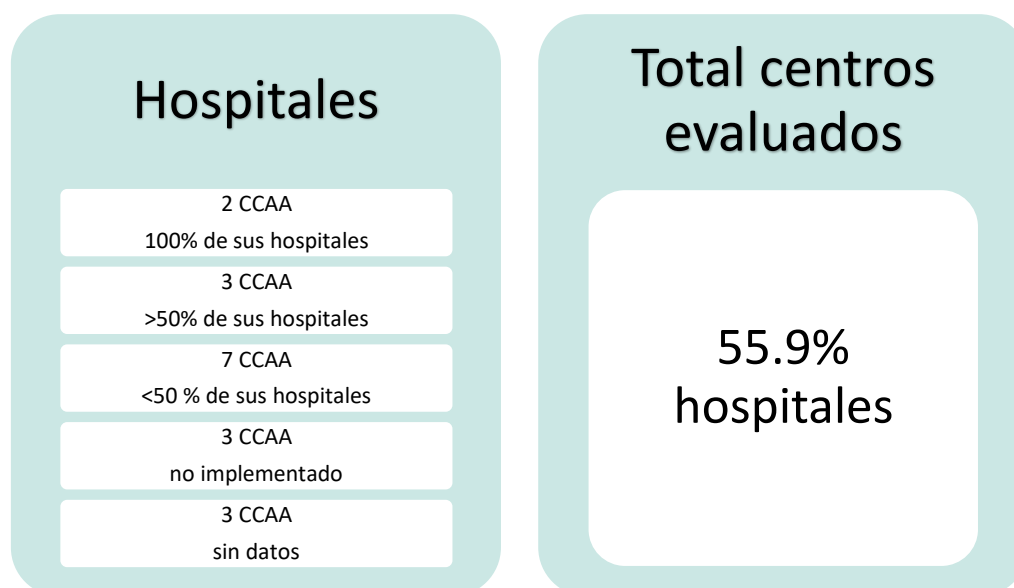


Tabla 10. Recomendaciones L4 O4.1. “Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020”.

Ministerio de Sanidad	Promover la formación de pacientes y familiares sobre seguridad del paciente a través de la Red de Escuelas de Salud para la ciudadanía
	Incorporar la participación activa de las principales asociaciones de pacientes en la Estrategia
Comunidades Autónomas	Establecer, desarrollar y hacer seguimiento de planes de acogida de los pacientes ingresados en los hospitales de la CC.AA.

	Establecer, desarrollar y hacer seguimiento de los planes de acompañamiento de los pacientes ingresados en los hospitales de la CC.AA.
	Promover la adherencia de todos los hospitales de la CC.AA. al Programa
	Fortalecer las Escuelas de Salud para la ciudadanía para promover el empoderamiento de pacientes, familiares y facilitar su participación activa en su proceso de salud
	Fomentar los mecanismos de participación de asociaciones de pacientes en el ámbito autonómico, provincial y local para diseño, seguimiento, medición y comunicación de las actividades de formación e información a pacientes y cuidadores
Centros sanitarios	Garantizar la participación activa de los pacientes en comités de pacientes de los centros o áreas sanitarias, y la de familiares, con objetivo de mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria
	Establecer mecanismos para implantar y seguir un plan de acompañamiento a pacientes ingresados
	Establecer mecanismos de acompañamiento para los pacientes más vulnerables que acuden al hospital de día

5. Línea estratégica 5: Investigación en seguridad del paciente

Las **áreas de investigación en seguridad del paciente** deberían incluir aspectos para mejorar el conocimiento sobre la magnitud y las características del riesgo clínico, la comprensión de factores que contribuyen a la aparición de incidentes, el impacto de EA sobre el sistema sanitario y la identificación de soluciones coste-efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura.

Esto se plantea a través del objetivo general de **promover la mejora del conocimiento en la prevención del daño asociado con la atención sanitaria**.

Los proyectos de investigación en esta materia, promovidos por el MS, pueden encontrarse a través de la página Web de Seguridad del paciente. (<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios>)

En el marco de un convenio establecido entre el MS y la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), el *Informe* analizó los datos relativos a proyectos financiados mediante **convocatorias de ayudas** estatales y europeas, así como los **resultados de los proyectos** de investigación. Para ello, se establecieron indicadores sobre los proyectos solicitados y concedidos de seguridad del paciente a nivel estatal y europeo, su financiación y las patentes solicitadas y concedidas en relación a la seguridad del paciente.

La selección de datos se validó por expertos de forma manual.

A nivel nacional, se concedieron 27 proyectos, sobre seguridad del paciente en el periodo evaluado, con una financiación de 3.848.011,5 euros.

A nivel europeo, se identificaron 13 proyectos, 7 coordinados por España, con un presupuesto total de 49.601.807,17 euros.

6. Línea estratégica 6: Participación internacional

El Ministerio de Sanidad participa activamente en actividades desarrolladas por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Consejo de Europa y la Comisión Europea (CE), a través de programas y grupos técnicos y de definición de políticas de seguridad del paciente.

El único objetivo general de esta línea estratégica es **promover la colaboración internacional en seguridad del paciente**.

Las colaboraciones más relevantes se pueden consultar a través de la página **Web de Seguridad del paciente** (<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/participacionInternacional>) y son:

- **Patient Safety and Quality of Care Working Group:** Grupo técnico de Alto Nivel de la Comisión Europea, operativo entre 2005 y 2016, para coordinar estrategias en seguridad del paciente y la calidad asistencial entre los Estados Miembros (EEMM), creando una red europea de colaboración. Como resultado de su trabajo se destaca la propuesta y colaboración activa en las *“Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las IAAS”*.
- **EUNetPaS (European Network for Patient Safety):** Proyecto desarrollado entre 2008 y 2010 coordinado por la HAS (French National Authority for Health), financiado en el marco del Programa de Salud Pública de la Comisión Europea del 2007. Sus objetivos se centraron en promover la coherencia a nivel de la Unión Europea (UE) a través de compartir conocimiento, experiencias y buenas prácticas promoviendo la cultura de seguridad del paciente, basada en una notificación exenta de acciones punitivas y la educación e información sobre la seguridad del paciente.
- **Red de la Unión Europea para la Seguridad del paciente y la Calidad Asistencial (PaSQ-JA):** Proyecto cofinanciado por la Comisión Europea dentro del Programa de Salud Pública entre 2013 y 2016. Se apoyó en la implementación de las recomendaciones del Consejo sobre seguridad del paciente mediante la cooperación de EE.MM. y las instituciones europeas e internacionales, así como en el fortalecimiento de las mismas en materia de calidad asistencial que incluyan la implicación de los pacientes.
- **Methodology development and impact Assessment in Patient safety education for improving Effectiveness (MAP4E):** Financiado por el Programa Erasmus+ de la UE dentro de la acción *“Cooperation for innovation and the exchange of good practices”* durante 2016 y 2018, con el objetivo de desarrollar una metodología educativa en seguridad del paciente que pueda influir en el trabajo diario de los profesionales permitiéndoles ofrecer una atención sanitaria más segura y basada en buenas prácticas.
- **Programa de Seguridad del Paciente de la OMS:** el Ministerio de Sanidad colabora en distintas áreas, principalmente:
 - Una Atención Limpia es una Atención Segura: apoyando a la implementación de campañas de HM en varios hospitales españoles, siguiendo la estrategia de la OMS. Se elaboró un documento de recomendaciones de higiene de manos que facilitó la implementación de la estrategia multimodal de HM en AP y ambulatoria.
 - Cirugía Segura Salva Vidas: con el compromiso de diferentes sociedades profesionales españolas en el uso de la “Hoja de Control Quirúrgica de la OMS” que forma parte del Reto “Cirugía Segura Salva Vidas”.
 - Investigación por la Seguridad del Paciente.

- Validación lingüística al español de la Clasificación Internacional por la Seguridad del Paciente: cofinanciación y co-gestión del proceso de validación lingüística al español de la International Classification for Patient Safety (ICPS).
- Acción global en Seguridad del Paciente 2021-2030. (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>)
- **Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS)**: proyecto desarrollado en colaboración entre MS con la OMS y la OPS (responsables de salud de México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia) para realizar un estudio de prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en 2010.
- **OCDE**: participando en el grupo de indicadores de calidad de la atención sanitaria (programa Health Care Quality and Outcomes antes conocido como Health Care Quality Indicators (HCQI)). Se ha constituido un subgrupo específico sobre indicadores en seguridad del paciente que permita valorar la comparabilidad entre países de los indicadores utilizados. Este grupo también promueve estudios de validez de indicadores en cada país participante. Desde la página web de Seguridad del paciente pueden consultarse otras publicaciones de la OCDE sobre seguridad del paciente (<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/participacionInternacional/ocde>).

Se debe también destacar en este análisis, no solo las conclusiones ya expuestas sobre las diversas líneas estratégicas vigentes, sino también las conclusiones del *Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del período 2015-2020* en relación a los resultados de **las auditorías a los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) y de diversos cuestionarios realizados ad hoc** que se expondrán a continuación.

EVALUACIÓN DE AUDITORÍAS A LOS CSUR Y LOS CUESTIONARIOS *ad hoc*

7. Resultados de las auditorías a los CSUR

La evaluación de **seguridad del paciente en los CSUR** comenzó en 2018. Dicha evaluación se fundamenta no solo en la obligación de todo profesional de **no hacer daño** con sus actuaciones, sino también en que los CSUR deben poner en marcha iniciativas y estrategias que **identifiquen y minimicen los riesgos** para pacientes, inherentes a la atención que realizan.

Todas las unidades CSUR deberán desarrollar actuaciones orientadas a garantizar la seguridad del paciente, adaptando las recomendaciones realizadas a la *Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS*, las iniciativas que se den en su propio hospital y a las de sus CC.AA., asegurando una mejor gestión de la calidad asistencial.

Para su evaluación en el *Informe* se tuvieron en cuenta **10 Criterios de Seguridad del Paciente**, acordados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que deben cumplir los CSUR para poder ser acreditados. Incluyen: la identificación inequívoca del paciente, criterios relacionados con la HM, la notificación de incidentes y criterios relacionados con PSPC, entre otros.

Los resultados mostraron la posibilidad de mejora en la fase de autoevaluación y de entrega de documentos, así como en el conocimiento de las áreas de mejora para avanzar en la seguridad del paciente.

La evaluación reveló un peor cumplimiento de las recomendaciones de MAR y mejor en la identificación de pacientes.

Destacó la variabilidad en los resultados de los criterios relativos a sistemas de notificación e HM, que se atribuye tanto a diferentes niveles de calidad como a diferencias en los procesos de evaluación establecidos en ese momento.

Los resultados del *Informe* **no son extrapolables**, debido al número escaso de CSUR evaluados (29) y que estos criterios carecen de amplia serie histórica ya que se comenzaron a evaluar recientemente (2018). Sin embargo, se espera que sirvan para **afianzar y reforzar programas de seguridad y la implementación de prácticas seguras** en los hospitales del SNS.

8. Resultados de los cuestionarios

Cuestionario a los miembros del comité institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente

1. Cuestionario de percepción sobre la implantación del Programa de Cirugía Segura

El Programa de CS incluye dos proyectos multimodales: el **proyecto IQZ**, para la prevención de infección de sitio quirúrgico y el **proyecto de CS**, para promover la calidad y seguridad en procedimientos en cirugía programada (especialmente el uso de LVQ y la profilaxis de la tromboembolia).

Se realizó un **cuestionario online ad hoc** a los miembros del **Comité Institucional** de la *Estrategia de Seguridad del Paciente* para conocer las barreras y facilitadores principales de este programa en las CC.AA.

Los resultados del mismo señalaron como **principales barreras**; la falta de recursos específicos y la participación insuficiente de profesionales del bloque quirúrgico.

Como aspectos **facilitadores** se establecieron la disponibilidad de formación en el programa y la participación de los profesionales en el mismo.

De acuerdo con los resultados se elaboraron una serie de recomendaciones (*Tabla 11*).

Tabla 11. Recomendaciones implementación del Programa de Cirugía Segura. "Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020".

Recomendaciones	Promover la implicación de gestores y mandos intermedios como elemento clave del éxito del programa
	Realizar reuniones periódicas de los equipos de coordinación
	Las CCAA dediquen RRHH al programa
	Presentar el programa de Cirugía Segura al CISNS
	Implicar a las Sociedades Científicas (SSCC) en la información y compromiso de los profesionales
	Formar a los nuevos profesionales que se incorporan al bloque quirúrgico
	Valorar incentivos para las unidades que promueven la cirugía segura con este u otro programa
	Revisar plataformas para facilitar el acceso y explotación de datos

2. Cuestionario de percepción sobre la implantación del programa de Seguridad en Pacientes Críticos

En este programa se incluyen los **proyectos BZ, NZ, RZ**, comentados anteriormente (el proyecto ITUZ se estaba incorporando en el momento del cuestionario). Estos proyectos están orientados a disminuir la tasa de infección en las UCI por bacterias relacionadas con el catéter, la ventilación mecánica y los microorganismos multirresistentes, respectivamente.

Para conocer el grado de implementación, las barreras y los facilitadores del programa y sus proyectos se realizó un **cuestionario online dirigido al Comité Institucional**.

La mayoría de las UCI que aportaron datos declararon cumplir con los objetivos propuestos en los proyectos BZ, NZ y RZ (75%, 76% y 80% de las UCI respectivamente).

Las **principales barreras** encontradas fueron: la falta de apoyo de los directivos, la falta de RR.HH. y tiempo, la alta rotación de personal y la resistencia de algunos profesionales. También se señaló que la relajación de las medidas implementadas con el paso del tiempo y la inexactitud de algunos registros dificultaba alcanzar los objetivos.

Por el contrario, se identificó como **factores de éxito** promover la participación de los profesionales, la implicación de la administración y el reconocimiento.

Cuestionario a los gestores del SiNASP

Este **cuestionario online**, diseñado *ad hoc*, dirigido a gestores locales de hospitales, áreas sanitarias y centros de salud dados de alta en la aplicación del SiNASP en el momento que se realizó, pretende conocer la opinión de estos sobre el funcionamiento del sistema, su nivel de satisfacción con el apoyo recibido y recibir propuestas de mejora.

La **baja tasa de respuestas** obtenidas por parte de los gestores demostró la falta de motivación y la escasez de tiempo específicamente dedicado al SiNASP.

Como **barreras** para un desarrollo más amplio del sistema se identificaron: las dudas de los profesionales acerca de la utilidad del mismo, el temor a las consecuencias negativas de tipo personal y la percepción de que notificar requiere un tiempo excesivo considerando su ya elevada carga de trabajo.

Como **facilitadores** se determinaron: la garantía de confidencialidad y anonimidad del sistema y la facilidad de acceder al mismo desde el puesto de trabajo.

Se detallaron como **aspectos de mejora**: la formación, metodología y análisis de incidentes; la formación sobre planificación; la implementación y evaluación, con materiales de apoyo, de acciones que mejoren los resultados; el análisis de casos graves e incrementar el apoyo para que el responsable del sistema implemente las medidas que considere más necesarias para que la adhesión al SiNASP se traduzca en una atención más segura.

Cuestionario sobre la “percepción de los pacientes sobre la seguridad de la atención sanitaria”

Se utilizó un cuestionario validado por el Ministerio de Sanidad en 2010, publicado en el estudio “Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar” (disponible en la página web de Seguridad del

Paciente: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2010/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf). Que se aplicó el último trimestre del año 2020.

Se consideró una muestra de aproximadamente **10 pacientes por CC.AA.**, mayores de 18 años que cumplieran con determinados criterios acordados, a los que se les aplicó la encuesta previo consentimiento verbal. Esta muestra, pese a no ser suficientemente representativa, se consideró un trabajo piloto y reveló la necesidad de estas encuestas en la evaluación de los programas dirigidos a la detección de incidentes y de la *Estrategia de Seguridad del Paciente*.

Los objetivos de este cuestionario incluían conocer la **opinión de los pacientes** sobre su propia seguridad durante la atención hospitalaria, su percepción en cuanto a la seguridad de la asistencia sanitaria recibida durante una hospitalización y conocer su opinión sobre el manejo de la situación en caso de que experimentara un error clínico durante dicha estancia.

Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes tienen una experiencia positiva con la asistencia sanitaria, y se sienten confiados. En general perciben que reciben información suficiente y tienen la sensación de ser atendidos con seguridad.

Cuando ocurre algún incidente los pacientes valoran con puntuaciones más altas el manejo de los profesionales sanitarios y con las más bajas si se les ha pedido disculpas o si se implementaron medidas para evitar que vuelvan a ocurrir.

Los resultados ponen de manifiesto el extenso trabajo de **alfabetización a pacientes y ciudadanos** en seguridad del paciente que queda pendiente de realizar.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el *Informe de Evaluación*, en el marco de la Estrategia se han producido **importantes avances** en la mejora de la **cultura de seguridad** en estos años, en la creación de un **trabajo en red** para la seguridad del paciente en el SNS, en la **difusión de la Estrategia** a las CC.AA., en el desarrollo de una **infraestructura de seguridad** del paciente en la mayoría de centros sanitarios, en la **formación** y el establecimiento de programas de seguridad dirigidos a la prevención y control de las IAAS y **sistemas de notificación** de incidentes, entre otros aspectos.

Sin embargo, se debe señalar que otros como el **uso seguro de medicamentos**, el programa de cirugía segura, la **gestión de los EA graves** o la **participación de los pacientes** presentan un **amplio margen de mejora**, según la información disponible.

Como se ha señalado anteriormente, este *Informe* se vio afectado por la pandemia de COVID-19. Sin embargo, una vez superada la fase más crítica de la pandemia, se debe reforzar el compromiso de las CC.AA. y las SS.CC. en programas clave como la prevención y control de las IAAS, el uso seguro de medicamentos, la seguridad en los procedimientos quirúrgicos y los sistemas de notificación de incidentes.

Se deben orientar las acciones hacia un cambio positivo en la cultura de seguridad de organizaciones sanitarias que permita **aprender de los errores y promueva la formación** continuada de los profesionales, especialmente los de nueva incorporación, la aplicación de prácticas seguras y la implicación de los profesionales sanitarios de primera línea.

Adicionalmente, es necesario, **promover la seguridad del paciente en la AP y los centros sociosanitarios**, reforzando los RR.HH. y a través de herramientas e iniciativas innovadoras que

faciliten una atención segura y la formación y tiempo adecuados para la implicación de los profesionales en este ámbito.

Se debe trabajar también para **minimizar los sesgos de información** derivados de la recogida de datos que no siempre se da de forma automatizada y con variabilidad en su registro, trabajando desde metodologías estandarizadas.

Y son estos aspectos los que deben servir como pilares para orientar el nuevo periodo de la *Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS*.

B. METODOLOGÍA

Con el objetivo de contribuir a la actualización de la *Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS*, se han utilizado **diferentes metodologías** que han permitido obtener un diagnóstico de situación cuantitativo y cualitativo de la adecuación, impacto y lecciones aprendidas de la *Estrategia* vigente. Esto ha permitido **identificar líneas estratégicas prioritarias** para desarrollar el próximo periodo en consonancia con las recomendaciones internacionales, los resultados del *Informe de Evaluación*, los planes puestos en marcha en las CC.AA. y las opiniones de expertos y otras personas implicadas en el ámbito de la seguridad del paciente.

Para la consecución de estos objetivos, se llevó a cabo una revisión de otras estrategias de seguridad, tanto nacionales como internacionales, una serie de entrevistas, una encuesta y un grupo de priorización con personas expertas en seguridad del paciente a nivel nacional (*Figura 25*). Este proceso ha posibilitado la identificación de un listado de potenciales aspectos a añadir o enfatizar en mayor medida en esta segunda actualización de la Estrategia, permitiendo identificar las líneas de la nueva y sus componentes.

Figura 25. Acciones realizadas para contribuir a la actualización de la ESP.



En primer lugar, se realizó una **revisión de diferentes guías y estrategias** publicadas a nivel internacional y autonómico, a partir de la cual se elaboró un informe con los aspectos que potencialmente se debían modificar o añadir en la actual estrategia.

Se revisaron para ello estrategias internacionales como:

- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Institute for Healthcare Improvement (IHI)
- Health Service Executive (Irlanda)
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Australia)

- Danish Patient Safety Authority (Dinamarca)
- The National Health Service (NHS) Patient Safety Strategy (Inglaterra)
- Dutch patient safety programme (Países Bajos)

También se tuvieron en cuenta 6 estrategias o planes, relacionados con la seguridad del paciente, implementados en las CC. AA de reciente publicación (La Rioja ⁽⁴⁾, País Vasco ⁽⁵⁾, Madrid ⁽⁶⁾, Castilla-La Mancha ⁽⁷⁾, Andalucía ⁽⁸⁾, Galicia ⁽⁹⁾).

De todas ellas se analizaron las diferencias y similitudes que presentaban con la vigente *Estrategia de Seguridad del Paciente* a nivel nacional, destacando como conclusión que en esta actualización de la ESP se deberían revisar y añadir algunas acciones, así como resaltar aspectos concretos como **reducir a cero los daños** evitables a los pacientes, **mejorar la resiliencia** de organizaciones sanitarias y la práctica clínica, **aprender de la experiencia** de pacientes y sus familiares y **fortalecer la colaboración** con centros de excelencia de educación y formación en seguridad del paciente.

Partiendo de esta revisión, se realizaron 14 **entrevistas a personas expertas en seguridad del paciente** para conocer sus perspectivas sobre cómo se debería enfocar la nueva Estrategia a partir de las cuales se identificaron múltiples aspectos a añadir o enfatizar en esta actualización de la ESP.

Además, sirvió como punto de partida para elaborar **una encuesta** que se envió a 122 **personas vinculadas al ámbito de la seguridad del paciente**, con el objetivo de conocer su punto de vista sobre las diferentes líneas estratégicas de la actual Estrategia y posibles áreas de mejora.

Esta encuesta online contó con una participación del 56.6%. Los principales resultados cuantitativos fueron:

- Las 6 líneas de la Estrategia actual les parecieron, a la mayoría, adecuadas y no añadirían ni modificarían nada.
- La mayoría consideraron el grado de cumplimiento, de los objetivos generales, medio, a excepción del objetivo de promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente donde la mitad considero un grado de cumplimiento bajo.
- El área de la segunda línea estratégica con mayor percepción de cumplimiento fue “*Identificación inequívoca del paciente*” y la de mayor percepción de recursos destinados por el Ministerio de Sanidad “*prevención de las IAAS*”. Sin embargo, el área de “*Comunicación efectiva entre profesionales*” fue en ambos aspectos la que conto con una percepción menor, siendo también percibida como el área donde existen mayores barreras para la implementación.
- Todos los programas implementados para potenciar las prácticas seguras fueron percibidos como muy útiles, especialmente el Programa de Higiene de Manos.

A nivel cualitativo, se indicaron múltiples propuestas de acciones a incorporar o enfatizar en la próxima *Estrategia* en consonancia con los resultados obtenidos tras la realización de entrevistas.

Una vez analizados los datos obtenidos y elaborado el informe de resultados de la encuesta anterior, se realizó un **grupo de priorización** con 23 personas implicadas en la seguridad del paciente para evaluar la relevancia y la factibilidad de añadir una serie de temas a esta tercera versión de la Estrategia.

Como **tema más relevante** el grupo identificó fortalecer el **compromiso de líderes en la seguridad del paciente**. Como **tema más factible** señaló incorporar otras áreas de prácticas clínicas seguras.

Los temas destacados por este grupo tanto **por su relevancia como por su factibilidad** fueron: incorporar a la nueva Estrategia otras **áreas de práctica segura**, disponer de protocolos, guías, manuales y grupos de trabajo que permitan una **buena comunicación** y reforzar las **recomendaciones de “no hacer”**.

La valoración de todos estos aspectos ha permitido tener una visión completa y en profundidad de los puntos fuertes y posibles áreas de mejora de la actual Estrategia.

Se concluye que la *Estrategia* vigente se trata de un documento **útil y pertinente** que se ajusta a las recomendaciones internacionales, sin embargo, los temas identificados tras las diversas evaluaciones, anteriormente expuestos, permitirán que la actualización de la Estrategia garantice que tiene en cuenta las posibles mejoras observadas y potencie sus fortalezas.

C. FINALIDAD DE LA ESTRATEGIA: MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVO GENERAL Y VALORES

MISIÓN:

Definir y establecer los objetivos y recomendaciones, basadas en la evidencia científica disponible, orientadas a minimizar los riesgos asistenciales y reducir el daño asociado a la atención sanitaria con la finalidad última de lograr una atención exenta de daños evitables, fomentando la implementación y desarrollo de sistemas que permitan la identificación y gestión óptima de los riesgos. Teniendo en cuenta para ello la experiencia de todos los actores involucrados en el sistema sanitario (pacientes, familiares, trabajadores de la salud y el propio sistema sanitario).

VISIÓN:

Ser marco de referencia y herramienta de consenso a nivel nacional, que enfoque la prestación sanitaria hacia un modelo proactivo de seguridad del paciente, basado en el valor de éxito de sistemas sanitarios seguros y estimulando el compromiso común por la seguridad del paciente. Instando con este enfoque al Ministerio de Sanidad, CC.AA., gerencias de salud, gestores sanitarios, directivos sanitarios, sociedades científicas, profesionales del sistema de salud y organizaciones de pacientes a tomar un papel activo en pro de la seguridad del paciente, para garantizar que cada paciente recibe una atención segura y respetuosa, en todo momento y en todo lugar, minimizando los daños evitables derivados de la atención en salud.

OBJETIVOS:

Lograr en el Sistema Nacional de Salud la máxima reducción posible de los daños evitables debidos a una atención sanitaria poco segura.

Priorizar la seguridad del paciente en todos los planes de salud como dimensión nuclear y transversal de la calidad asistencial.

Mejorar, impulsar y referenciar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

VALORES TRANSVERSALES:

Compromiso con el paciente: promover la autonomía del paciente para participar en su seguridad. Adaptar la atención a su proceso asistencial y a sus necesidades.

Responsabilidad social: gestionar y mejorar con transparencia el impacto de la seguridad del paciente en la comunidad.

Perspectiva de equidad de género en salud: tener en cuenta las inequidades que, relacionadas con la seguridad del paciente, surjan debidas al género como determinante social.

Colaboración, participación, coordinación: impulsar el trabajo intersectorial e interdisciplinar de diferentes profesionales, el reconocimiento y el apoyo con y entre profesionales, la colaboración interinstitucional, la participación de la sociedad, los pacientes y sus familiares y la implicación de todas las partes interesadas.

Cultura de aprendizaje no punitiva: potenciar el pensamiento sistémico, la evaluación continua y auditoría, las metodologías de mejora de la calidad, la gestión del cambio, y los equipos multidisciplinares trabajando por la seguridad del paciente.

D. POBLACIÓN DIANA

Esta estrategia está dirigida a todos los pacientes y ciudadanos que reciben atención sanitaria en el SNS, a los profesionales (clínicos y gestores), a las organizaciones y proveedores de asistencia sanitaria en el SNS, y a todas aquellas entidades académicas y agentes involucrados en la mejora de la seguridad del paciente en España.

E. PRINCIPIOS RECTORES

1. Implicación de los pacientes y las familias en la atención segura:

La atención sanitaria segura debe considerarse un derecho básico. Los pacientes, las familias y los cuidadores tienen un interés creciente en su propia salud y en la de sus comunidades. Para lograr una atención segura es necesario que los pacientes estén informados, participen y sean tratados como copartícipes de pleno derecho en su propia atención.

Los pacientes y sus familiares/cuidadores deben participar en todos los niveles de atención, desde la planificación hasta el consentimiento plenamente informado y la toma de decisiones compartida en el punto de atención, aspectos ya contemplados en otros documentos normativos como 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.

2. Enfoque colaborativo en el logro de resultados:

Es necesario crear un enfoque colaborativo de trabajo multidisciplinar en el que todos contribuyan, compartan y aprendan.

3. Generar conocimiento a partir del análisis y la difusión de datos:

Fortalecer sistemas de notificación de eventos adversos e incidentes, así como aquellos otros que provengan de otras fuentes que aporten datos homogéneos y normalizados que permitan una mejor comprensión de los incidentes y problemas de seguridad e idear soluciones para prevenirlos. Se debe fomentar la obtención de datos de elevada calidad y fiabilidad a través de una cultura de confianza por parte de los profesionales.

4. Utilizar la evidencia científica para mejorar la seguridad del paciente como llamamiento al compromiso social y el liderazgo de los decisores políticos:

La creación de servicios sanitarios seguros para los pacientes requiere no solo de una buena capacidad de planificación, diseño y elaboración de una estrategia, sino que también exige promoción, sensibilización y compromiso social y político. Para ello es importante fomentar los centros de excelencia, aprender de ellos, ampliar las prácticas óptimas contrastadas e impulsar la experiencia personal de los pacientes en pro de la mejora.

5. Promover una cultura de seguridad en las actitudes, creencias, valores, aptitudes y prácticas del personal de salud y responsables sanitarios:

La importancia de este principio lo convierte en una línea estratégica. El compromiso, la transparencia, la comunicación, el aprendizaje de los errores y las mejores prácticas, y un equilibrio sensato entre una política de no culpabilidad y la rendición de cuentas son componentes indispensables de la cultura de seguridad.

Una cultura de seguridad sólida es fundamental para reducir daños al paciente, pero también para proporcionar un entorno de trabajo seguro al personal de salud en el que puedan hablar con confianza sobre la seguridad del paciente y otras preocupaciones sin temor a sufrir consecuencias negativas.

4 Líneas estratégicas

LINEA 1: CULTURA DE SEGURIDAD, FACTORES HUMANOS, ORGANIZATIVOS Y FORMACIÓN

Una cultura positiva sobre la seguridad del paciente en instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la misma y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que se vuelvan a producir.

Aunque existen varias definiciones sobre cultura de seguridad, una de las más aceptadas, se refiere al modelo integrado de comportamiento individual y organizativo, basado en creencias y valores compartidos, continuamente orientado a prevenir y minimizar los daños asociados a la asistencia sanitaria ⁽¹⁰⁾.

La cultura de seguridad busca crear un entorno que facilite una atención sanitaria segura. Las instituciones, organizaciones y centros sanitarios deben ser capaces de dar respuesta y gestionar de manera adecuada los riesgos que aparecen en ellas, contando para ello con la participación activa y el aprendizaje de los profesionales, de los equipos directivos y de la ciudadanía en general. Siendo una responsabilidad compartida de los profesionales del ámbito sanitario el

aportar la seguridad en los diferentes ámbitos asistenciales, cada vez más complejos, que otorgan la atención primaria, la continuidad asistencial y el ámbito hospitalario.

Dado el papel principal de los profesionales en este aspecto, es importante tener en cuenta que su entorno, formación y condiciones laborales deben ser óptimas y adecuadas para el desempeño de su actividad, lo cual reducirá la probabilidad de cometer errores ⁽¹¹⁾.

Promover la cultura de seguridad supone un cambio en la forma de trabajar y en la manera en la que se afrontan los errores y por tanto los daños no deseados de una atención cada vez más compleja. Este cambio es fundamental, ya que la seguridad del paciente es un componente esencial de la atención sanitaria, y se debe llevar a cabo desde los profesionales del ámbito sanitario. El abordaje debe ser eminentemente proactivo, fomentando el trabajo en equipo y la estandarización de prácticas seguras basadas en la evidencia científica, buscando una comunicación abierta y centrada en el paciente, que favorezca la implicación de los mismos en su propia seguridad.

La importancia de este aspecto hace que, la cultura de seguridad, sea uno de los principios rectores del *“Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030”*, de la OMS. Este plan señala como componentes indispensables un equilibrio entre una política de no culpabilidad que conlleve un aprendizaje sin consecuencias punitivas y una adecuada rendición de cuentas en relación a la atención sanitaria prestada.

Para mejorar la cultura de seguridad se debe continuar desarrollando acciones dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, informar y formar a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, fomentar la formación en cuidados efectivos mediante simulación clínica, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, fomentar el liderazgo en seguridad, comunicar y aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios estimulando su participación activa en las mejoras propuestas ⁽¹²⁾.

De acuerdo con el *“Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en el SNS. Periodo 2015-2020”* ⁽³⁾ en el que se evaluó la implementación de Planes de Seguridad del paciente en los dos niveles asistenciales, atención primaria y hospitalaria, estos están disponibles en mayor medida en la atención primaria, pero en ambos casos la disponibilidad es mayor al 70%.

El liderazgo es un aspecto crítico para el éxito de los programas de seguridad del paciente. Los líderes en seguridad tienen un papel fundamental en la mejora de la cultura de la seguridad del paciente de la organización y en la gestión de riesgos. Deben creer en su papel y en lo que hacen y además deben contar con el respeto de su equipo y la autoridad para desarrollar sus funciones. El apoyo al responsable de seguridad por parte del resto del equipo, así como la implicación de las autoridades competentes de forma visible y activa es una garantía para la gestión de riesgos, la implementación, la monitorización, la evaluación de objetivos y el desarrollo de actuaciones que promuevan la seguridad en todos los ámbitos, servicios y centros asistenciales.

Otro aspecto clave es formar en seguridad del paciente a los profesionales con competencias en gestión y con competencias clínicas, como elemento fundamental para mejorar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias.

Un reciente estudio sobre la Cultura de Seguridad del Paciente, publicado en 2024, revela que, en atención primaria, el 80% de los profesionales valoran globalmente la Seguridad del Paciente

de bien a excelente, un porcentaje inferior al 93% obtenido en 2011, disminuyendo las puntuaciones globales positivas. Por otro lado, la puntuación global de Seguridad del Paciente en hospitales es prácticamente similar a la de 2009 y se evidencia una mejora en 8 de las 12 dimensiones analizadas ⁽¹³⁾.

De acuerdo con la revisión bibliográfica, las encuestas y los grupos de priorización, en la actualización para este nuevo periodo de la estrategia se establecen los siguientes objetivos generales, específicos y recomendaciones concretas.

Objetivo general 1.1: Mejorar la cultura de seguridad en el Sistema Nacional de Salud en todos los ámbitos y niveles.

- Objetivos específicos:

- Disponer, en los centros sanitarios del SNS de un plan de seguridad (propio o institucional con objetivos anuales, evaluación y plan de difusión de resultados) que implique a todos los profesionales, sea difundido por la organización y que incluya la atención a los profesionales implicados en eventos adversos ⁽¹⁴⁾.
- Evaluar periódicamente el clima de seguridad en las instituciones sanitarias del SNS, a través de cuestionarios validados al español, y establecer recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente.
- Difundir, a través de los diferentes medios disponibles, el conocimiento y las experiencias nacionales e internacionales sobre seguridad del paciente y prácticas seguras a todos los ámbitos y niveles asistenciales.
- Desarrollar acciones para mejorar la cultura de seguridad en puestos de gerencia, gestión, dirección y mandos intermedios de las instituciones sanitarias del SNS, por ejemplo, con programas formativos.
- Promover la cultura de seguridad del paciente entre los responsables de las políticas sanitarias, los legisladores, la judicatura, los profesionales no sanitarios de las consejerías de salud de las CC.AA. y los profesionales no sanitarios de las organizaciones sanitarias.
- Favorecer la perspectiva de seguridad del paciente al dimensionar y adecuar los recursos humanos y materiales de los centros sanitarios, teniendo en cuenta las características del ámbito asistencial.
- Reforzar la red de trabajo existente en seguridad del paciente en el SNS, incorporando a los referentes y líderes de seguridad de los diferentes centros sanitarios del SNS, así como de otras organizaciones, a nivel nacional, interesadas.
- Revalidar un compromiso público con los profesionales sanitarios y los pacientes para promover la cultura de seguridad del paciente en todas las organizaciones sanitarias.
- Evaluar periódicamente el alcance de los objetivos de la estrategia de seguridad del paciente incluyendo recomendaciones para la mejora continua.
- Establecer un compromiso con las administraciones sanitarias para designar recursos específicos que faciliten el despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en el SNS.
- Desarrollar la legislación a nivel nacional (o reforzar las existentes) para facilitar la implantación de políticas de seguridad del paciente orientadas a la prevención y minimización de daños asociados a la asistencia sanitaria,

atendiendo a las recomendaciones que establece la OMS en la publicación *Patient safety rights charter* ⁽¹⁵⁾.

Objetivo general 1.2: Promover el liderazgo de los profesionales en seguridad del paciente.

- Objetivos específicos:
 - Establecer la gobernanza de las instituciones y los elementos organizativos, en el ámbito de la seguridad del paciente (administración de la comunidad autónoma, servicio de salud y otros organismos).
 - Identificar en los centros sanitarios, los líderes (directivos y clínicos) que faciliten la implantación, seguimiento y evaluación del plan de seguridad.
 - Identificar líderes clínicos para cada uno de los programas/prácticas seguras implantados en los centros sanitarios.
 - Fomentar los grupos de trabajo interdisciplinares para promover una cultura de seguridad del paciente.
 - Garantizar que los referentes de seguridad de los centros sanitarios forman parte de los equipos directivos.
 - Asegurar que los responsables de seguridad de los centros sanitarios disponen de la formación y dedicación necesaria para abordar de manera correcta la seguridad del paciente en el centro.
 - Implicar a los equipos directivos en actuaciones y actividades de mejora de la seguridad.
 - Integrar los núcleos de seguridad con los equipos de calidad y trabajar los temas comunes de forma transversal.
 - Promover, en coordinación con las CCAA, el reconocimiento de los centros que demuestren un cumplimiento de estándares en Seguridad del Paciente.

Objetivo general 1.3: Formación.

- Objetivos específicos:
 - Desarrollar acciones para la formación en seguridad del paciente de todos los profesionales sanitarios del SNS, en todos los niveles y ámbitos asistenciales.
 - Establecer una hoja de ruta para promover, con las instituciones implicadas, la formación en seguridad del paciente durante el grado u otros ciclos formativos relacionados con el cuidado de salud, así como en los programas de Formación sanitaria especializada, de acuerdo con el currículum multiprofesional de ciencias de la salud de la OMS ^{(16) (17)}.
 - Consensuar un currículum mínimo de formación básica en seguridad del paciente para los profesionales del SNS en colaboración con las administraciones sanitarias y otras organizaciones interesadas ^{(18) (19)}.

LINEA 2: PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS

Cuando los pacientes son atendidos en el Sistema Nacional de Salud, participan en un proceso de atención en el que diferentes prácticas clínicas se entrelazan para brindarles las mejores prestaciones en todos los procesos de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados.

Desde diferentes organizaciones internacionales se han impulsado, en base a la frecuencia de los eventos adversos más habituales y a la evidencia existente para su control, diversas recomendaciones para realizar estas prácticas clínicas de forma segura.

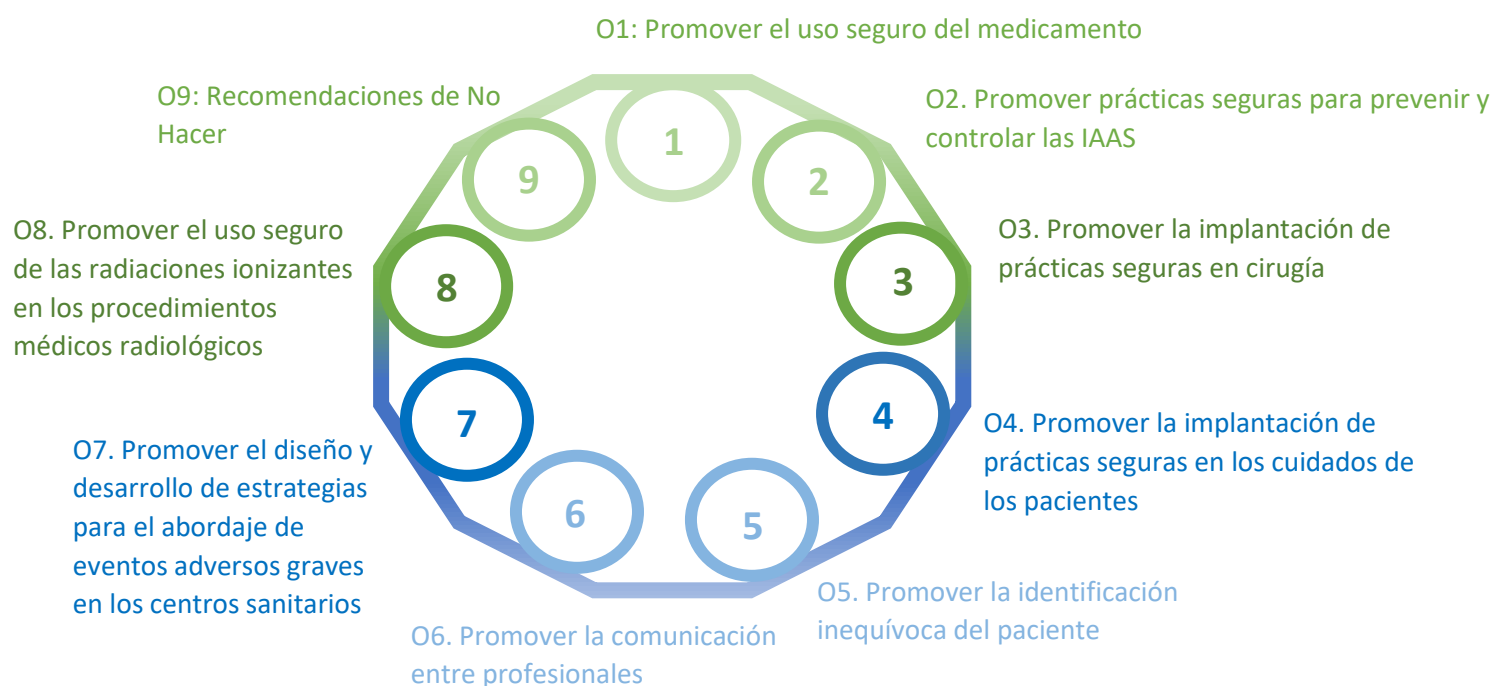
El MS ha venido promoviendo, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente y en colaboración con las CC. AA., diferentes prácticas seguras en consonancia con las recomendaciones internacionales.

Esta Línea estratégica incluye prácticas clínicas seguras de efectividad demostrada y recomendadas internacionalmente dirigidas a promover el uso seguro de medicamentos, a prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, a evitar los daños asociados a la cirugía o a los cuidados de los pacientes, la identificación adecuada de los pacientes, la comunicación efectiva, el diseño e implementación de protocolos o estrategias dirigidas a la prevención del uso de medidas que limiten la autonomía y el derecho de los pacientes, el diseño de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios y el uso seguro de radiaciones ionizantes en procedimientos clínicos.

Además de promover, garantizar y fomentar las prácticas clínicas seguras, es esencial implementar un sistema de evaluación que permita medir su implantación en los distintos ámbitos sanitarios, como la realización de auditorías internas y externas.

Para garantizar la seguridad es importante incluir entre estas prácticas las **recomendaciones de No Hacer**, es decir, indicar a los profesionales y usuarios del SNS las prácticas clínicas de escaso valor que han de ser abandonadas. Todas estas prácticas contribuyen a la mejora de la calidad y de la seguridad asistencial en el SNS.

Para ello la Línea estratégica se despliega en 9 objetivos generales.



Objetivo general 2.1: Promover el uso seguro del medicamento.

Según la OMS, las prácticas de medicación inseguras y los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas sanitarios de todo el mundo ⁽²⁰⁾ ⁽³⁰⁾. De hecho, los eventos adversos consecuencia de errores en el uso de los medicamentos pueden representar hasta el 50% de los daños evitables ligados a la asistencia sanitaria ⁽²¹⁾. Estos errores se producen cuando los sistemas de medicación son inseguros y/o factores humanos, como la fatiga, condiciones del entorno deficientes o la escasez de personal, afectan a los procesos del circuito de utilización de los medicamentos, pudiendo llegar a provocar daños graves, discapacidad e incluso la muerte ⁽²⁰⁾ ⁽²²⁾. Los errores de medicación se pueden reducir implantando prácticas seguras e incorporando tecnologías de efectividad demostrada en los procesos del sistema de utilización de los medicamentos. Para ello se precisa un abordaje multidisciplinar y la implicación de todos los agentes involucrados que apoyen acciones sostenidas.

La OMS lanzó en marzo de 2017 el tercer reto mundial de seguridad del paciente “**Medicación sin daño**”, consciente del elevado impacto de los daños evitables causados por los medicamentos ⁽²⁰⁾. Posteriormente adoptó el “**Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030**”, cuya estrategia 3.2 incide en la necesidad de implantar medidas para mejorar la seguridad del uso de los medicamentos, centradas en las recomendaciones de este tercer reto ⁽²³⁾. La iniciativa “Medicación sin daño” definió un marco estratégico de actuación que establece tres áreas prioritarias en las que desarrollar actuaciones de mejora de la seguridad: las situaciones de alto riesgo, la polimedición inapropiada y las transiciones asistenciales ⁽²⁰⁾.

Las **situaciones de alto riesgo** incluyen los medicamentos, los pacientes y los entornos de alto riesgo ⁽²²⁾ ⁽²⁴⁾. Los **medicamentos de alto riesgo** son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Esto no implica que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de que ocurran, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Los centros sanitarios deben desarrollar un programa dirigido a evitar los errores más frecuentes con dichos medicamentos que incluya la implantación de múltiples prácticas seguras en todas las etapas del circuito de utilización de los medicamentos ⁽²⁵⁾. Asimismo, deben centrar sus esfuerzos en abordar iniciativas de mejora en los **pacientes de alto riesgo**, que son aquellos más vulnerables a los errores de medicación, como los pacientes de edad avanzada, pediátricos y oncológicos, así como en los **entornos de alto riesgo** como unidades geriátricas, unidades de cuidados intensivos, unidades quirúrgicas y urgencias, donde los eventos adversos por medicamentos evitables, son más frecuentes ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾.

La polifarmacia constituye un problema creciente, debido al envejecimiento de la población y al aumento de personas con múltiples condiciones crónicas, ya que conlleva un incremento del riesgo de interacciones, falta de adherencia y otros incidentes por medicamentos ⁽²⁶⁾. La OMS considera que la **polifarmacia inapropiada**, que es cuando el paciente tiene prescritos más medicamentos de los clínicamente necesarios, es otra área prioritaria de actuación. Para reducir los errores propone efectuar revisiones periódicas de la medicación, mejorar la comunicación y la coordinación entre los diferentes proveedores de atención, utilizar herramientas tecnológicas

que ayuden en la toma de decisiones clínicas, e implicar a los pacientes o cuidadores en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

Las **transiciones asistenciales** o traslados de pacientes entre diferentes ámbitos asistenciales o servicios constituyen puntos críticos con un elevado riesgo de que se produzcan errores por fallos o discrepancias en la información sobre los tratamientos que reciben los pacientes ⁽²⁷⁾. La **conciliación de la medicación** es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición sea precisa, completa y segura. Es un proceso estructurado y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores. La conciliación requiere obtener una lista completa y exacta de todos los medicamentos que está tomando realmente el paciente; compararla con los nuevos medicamentos que se prescriben en cada transición asistencial, para resolver cualquier discrepancia, y de esta forma evitar duplicidades, omisiones y posibles interacciones; asegurar que este proceso se realiza en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial; y que en todo momento está disponible una lista completa, exacta y actualizada con la medicación para todos los profesionales que le atienden y para el paciente o cuidadores ^{(28) (29)}.

El marco estratégico de actuación, definido por la OMS en el tercer reto, establece también que para lograr mejoras en las tres áreas prioritarias anteriores es necesario que los programas o iniciativas que se aborden actúen sobre cuatro pilares: los sistemas y prácticas de medicación, los medicamentos, los profesionales sanitarios y los pacientes y la ciudadanía ^{(20) (22)}.

- Los sistemas y prácticas de medicación: puesto que es fundamental implantar prácticas e incorporar tecnologías de eficacia probada en todas las etapas del sistema de utilización de los medicamentos, para hacerlo resistente a los errores, como es la prescripción electrónica y el código de barras en los hospitales. Asimismo, recomienda designar responsables de la seguridad de la medicación en los centros que trabajen en la implantación de estas prácticas y que evalúen el impacto de estas en términos de reducción de daños.
- Los medicamentos: en los que la industria farmacéutica y las agencias reguladoras deben trabajar en la mejora de la seguridad de los nombres, el etiquetado y el envasado, para garantizar la correcta identificación, diferenciación y administración de los medicamentos. Asimismo, la OMS recomienda que los centros sanitarios implanten prácticas seguras para evitar los errores causados por la similitud en los nombres y en la apariencia del etiquetado y/o envasado de los medicamentos.
- Los profesionales sanitarios: deben recibir formación sobre prácticas seguras, particularmente en las áreas prioritarias, y sobre técnicas de comunicación y habilidades de trabajo en equipo. Además, es necesario fomentar una cultura de seguridad institucional en los centros y motivarles para notificar y aprender de los errores de medicación.
- Los pacientes y la ciudadanía: su participación activa es crucial para que los medicamentos se utilicen con seguridad. Por ello, es fundamental que los pacientes o cuidadores estén bien informados sobre los medicamentos que utilizan, conozcan cómo deben utilizarlos y se incorporen como miembros activos en su atención.

Aunque se dispone de numerosas prácticas seguras recomendadas para reducir los errores de medicación en las áreas y pilares del tercer reto, los datos de la evaluación de la “**Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS**” ⁽³⁾, así como los resultados de los estudios realizados sobre la

implantación de prácticas seguras en los hospitales españoles, unidades de críticos y servicios de urgencias^{(30) (31) (32)}, reflejan que muchas de ellas todavía están escasamente implementadas en muchos centros o no lo están con todas sus prestaciones, a pesar del esfuerzo que las administraciones y centros sanitarios vienen haciendo en las dos últimas décadas⁽³³⁾. Asimismo, el análisis de los incidentes con medicamentos comunicados al SiNASP y al ISMP-España muestran que siguen ocurriendo de forma reiterada algunos errores que se evitarían con la implantación de prácticas básicas en seguridad de medicamentos, como se recoge en los “Boletines para la Prevención de Errores de Medicación” publicados^{(34) (35) (36)}. Por todo ello, es necesario seguir trabajando en la implantación de prácticas seguras centradas en la reducción de los daños evitables asociados a la medicación, alineados con las recomendaciones de la OMS.

- Objetivos específicos:

- Disponer de una historia clínica compartida única que recoja los medicamentos prescritos a los pacientes a lo largo de las transiciones asistenciales y permita que los profesionales sanitarios que atienden al paciente puedan acceder fácilmente a su historia de medicación completa.
- Mantener y optimizar la configuración de los programas de prescripción electrónica que deben estar integrados con los sistemas de información del centro.
- Disponer de herramientas de soporte a la decisión clínica que alerten, al menos, de posibles interacciones, sospecha o diagnóstico de alergias⁽³⁷⁾, dosis fuera de rango, duplicidades terapéuticas, etc.
- Promover que los centros sanitarios establezcan un programa de reducción de errores de los MAR que incluya la elaboración de una lista propia de estos medicamentos en el centro y la implantación de múltiples prácticas seguras efectivas en todos los procesos, para como mínimo: anticoagulantes, insulinas, opiáceos, antineoplásicos, y metotrexato (uso no oncológico) en todos los ámbitos. Además, en los hospitales: bloqueantes neuromusculares y potasio intravenoso.
- Estandarizar los procedimientos de preparación y administración de los medicamentos inyectables y de la nutrición parenteral.
- Disponer de bombas de infusión inteligentes con software de reducción de errores de dosis, al menos para administrar los MAR.
- Implantar en los hospitales la tecnología del código de barras para verificar los medicamentos y garantizar su selección correcta a lo largo del circuito de utilización de los medicamentos.
- Implantar en los centros prácticas seguras destinadas a evitar los errores por la similitud en los nombres y en el etiquetado y/o envasado de los medicamentos.
- Reforzar las iniciativas de mejora de la seguridad del uso de medicamentos en pacientes de alto riesgo, especialmente en pacientes crónicos polimedicados, pediátricos y oncológicos.
- Desarrollar iniciativas para mejorar el uso seguro de medicamentos en unidades de alto riesgo, particularmente en unidades geriátricas, unidades de cuidados intensivos, quirúrgicas y urgencias.
- Desarrollar y promover la implantación de directrices y herramientas para efectuar una revisión estructurada y frecuente de la medicación en pacientes crónicos

polimedicados, evaluando la necesidad, efectividad, y seguridad de cada medicamento en cada caso, y deprescribiendo si fuera necesario.

- Fomentar las actuaciones de NO HACER respecto a la medicación, incluyendo identificar las prácticas de NO HACER basadas en la evidencia científica, y poner en marcha mecanismos para asegurar su implementación y monitorización.
- Establecer programas de seguimiento para pacientes crónicos, revisar cómo están utilizando la medicación y mejorar la adherencia a los tratamientos.
- Establecer o mejorar los programas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales, especialmente al alta hospitalaria y en atención primaria, priorizando que se efectúe en los pacientes crónicos polimedicados y/o que estén en tratamiento con MAR.
- Involucrar a los pacientes y familiares o cuidadores en el proceso de conciliación de la medicación y proporcionarles una lista completa y actualizada de su medicación.
- Involucrar a las oficinas de farmacia en el uso seguro de los medicamentos.
- Designar en los centros sanitarios un responsable de seguridad de la medicación o un equipo que establezca un plan de acción para reducir los errores, lidere la aplicación de los proyectos y prácticas seguras que se definan, y evalúe periódicamente sus resultados.
- Desarrollar programas de formación continua para los profesionales sanitarios sobre prácticas seguras, particularmente centradas en el manejo seguro de los MAR, revisión y conciliación de la medicación, e información y motivación a pacientes y cuidadores.
- Formar a los profesionales sanitarios en los sistemas de prescripción electrónica y otras tecnologías utilizadas en la dispensación, preparación y administración de los medicamentos.
- Promover la notificación de incidentes relacionados con el uso de medicamentos por los profesionales sanitarios a través de los sistemas de notificación existentes, así como su análisis y el establecimiento de acciones de mejora a nivel local que garanticen que el aprendizaje sea una prioridad.
- Supervisar los avances realizados en la reducción de los daños relacionados con la medicación, utilizando el sistema de farmacovigilancia existente cuando sea necesario.
- Realizar periódicamente autoevaluaciones de la seguridad de los procesos de utilización de medicamentos en los centros asistenciales, para priorizar e implantar prácticas seguras que minimicen el riesgo de errores.
- Asegurarse de que los pacientes y cuidadores reciben información comprensible y apropiada sobre sus medicamentos, favoreciendo la comunicación abierta con los profesionales que les atienden, especialmente los pacientes de mayor riesgo, de forma que puedan manejarlos con seguridad.
- Fomentar la participación de los pacientes en el proceso de la medicación y animarlos a hacer preguntas y verificar sus tratamientos, facilitando su acceso a herramientas como los “5 Momentos para la seguridad de la medicación” ⁽³⁸⁾.
- Proporcionar a los pacientes una lista con los medicamentos prescritos e insistirles en que la mantengan actualizada y que la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria.

Objetivo general 2.2: Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

La prevención y el control de las infecciones y resistencia a antibióticos es una prioridad a nivel mundial, como así se contempla en el objetivo estratégico 3.3 del *Plan de Acción Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente* ⁽³⁹⁾. Este organismo internacional ha enfatizado la necesidad de disponer de programas dirigidos a esta labor. Así, en la *75ª Asamblea Mundial de la Salud* ⁽⁴⁰⁾, se adoptó la resolución que ha dado lugar a la **Estrategia Global para la Prevención y Control de Infecciones** ⁽⁴¹⁾ (GSIPC, por sus siglas en inglés), que incluye un plan de acción global con un marco de seguimiento y consulta con los EE.MM.

Los principios rectores que sustentan la GSIPC se basan en un enfoque centrado en las personas que garantice la seguridad del paciente, la protección de los trabajadores de la salud, y los visitantes. A su vez destacan el papel central de la **prevención** y control de infecciones en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos y en la preparación, disposición y respuesta ante brotes epidémicos. Esta Estrategia Global también proporciona a los EE.MM. orientaciones para reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, entre las que se incluyen las ocasionadas por microorganismos multirresistentes (MMR), y limitar los brotes de enfermedades infecciosas para 2030.

De acuerdo con los últimos datos disponibles, en 2024, la prevalencia de IAAS en España afectó al 8,19% (IC95%: 7,97%-8,41%) de los pacientes ingresados, siendo el 7,17% (IC95%: 6,96%-7,38%) en hospitales de agudos y el 1,05% (IC95%: 0,97%-1,13%) de los pacientes atendidos en hospitales o centros de larga estancia. Las IAAS comportan una elevada morbilidad y originan un incremento de los costes asistenciales directos e indirectos ⁽⁴²⁾.

La prevención y control de las IAAS, se fundamenta en la disponibilidad de sistemas de vigilancia robustos, ágiles, eficientes y oportunos, que permitan un análisis adecuado de datos y orienten la aplicación de prácticas seguras de evidencia demostrada y la evaluación de las mismas.

De igual modo, la experiencia muestra la necesidad de un trabajo interdisciplinar que incluya desde la gestión y dirección de los centros hasta los profesionales que desempeñan su actividad en todos los ámbitos sanitarios.

Por esto, la lucha contra estas infecciones y la resistencia antimicrobiana debe abordarse a través de una perspectiva multifacética efectiva que implique a diferentes sectores y profesionales de diversos ámbitos.

El MS viene trabajando desde hace años, junto con las CCAA y diversas SSCC, en programas y estrategias multimodales e interdisciplinares como el **Programa de Higiene de Manos**, el **Programa de Seguridad en Pacientes Críticos** y el **Programa de Seguridad del Bloque Quirúrgico** que han demostrado su efectividad en la prevención de estas infecciones.

La HM se considera la principal medida necesaria para reducir las IAAS y la transmisión de MMR ⁽⁴³⁾, por lo que una correcta HM por parte de los profesionales es fundamental. Para su seguimiento, es necesario evaluar una serie de indicadores relacionados con el cumplimiento, las infraestructuras y el consumo de PBA. En este aspecto el MS, en un ejercicio de seguimiento, publica anualmente el *Informe de indicadores de higiene de manos*, en el marco del *Programa de Higiene de Manos del SNS*, que se puede consultar en su web de Seguridad del Paciente ⁽⁴⁴⁾.

Además, las principales IAAS están relacionadas con procedimientos invasivos como son las infecciones de sitio quirúrgico, la infección urinaria asociada a sonda uretral, la bacteriemia relacionada con el catéter vascular y la neumonía asociada a ventilación mecánica. Es importante tener en cuenta la prevención de las IAAS tanto en pacientes inmunosuprimidos como en pacientes críticos.

Se debe tener en cuenta que los pacientes ingresados en UCI presentan mayor riesgo de sufrir algún evento adverso, dada la complejidad de la asistencia que reciben. Por todo lo anterior desde el MS se ha promovido el **Programa de Seguridad de los Pacientes críticos**, en colaboración con sociedades científicas, que incluye diversos proyectos (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Infección del Tracto Urinario Zero y Resistencia Zero).

Dado que la cirugía representa uno de los pilares de la asistencia sanitaria y constituye un punto clave en la transmisión de estas infecciones, el MS junto con las SSCC, han impulsado el Programa de seguridad en el bloque quirúrgico que incluye los proyectos Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero. Este punto, se centrará en el proyecto de **Infección Quirúrgica Zero** que incluye aspectos relacionados con la aplicación de prácticas clínicas seguras de efectividad demostrada, agrupadas en un *bundle* de 5 medidas para mejorar la calidad de la atención a los pacientes sometidos a cirugía como son: la profilaxis antibiótica, la utilización de clorhexidina alcohólica, la eliminación de vello, la normotermia perioperatoria y la normoglucemia perioperatoria. Las tres primeras son obligatorias y las dos últimas opcionales. Su cumplimiento se evalúa por medio de un listado de verificación específico. Entre 2017 y 2021 la proporción de hospitales que declaran aplicar programas de vigilancia de infecciones quirúrgicas subió del 55,2% al 70,7% ⁽⁴⁵⁾. Un reciente estudio que evalúa, de modo ajustado por múltiples factores, la efectividad preventiva del *bundle* de 5 medidas preventivas de IQZ, obtiene un 32% de fracción preventiva en relación al cumplimiento sólo parcial de las medidas preventivas ⁽⁴⁶⁾.

Cabe subrayar también la relevancia de la utilización del LVQ del proyecto **Cirugía Segura** como un elemento fundamental para garantizar la seguridad en el quirófano. Este listado permite la comprobación y corrección de las prácticas seguras, facilitando así la evaluación de la implementación de dichas medidas.

Las principales barreras para la implantación de estos programas, proyectos y prácticas fueron la elevada presión asistencial, la falta de formación y la mala comunicación entre profesionales.

En la línea de los proyectos Zero incluidos en el Programa de Seguridad de los Pacientes Críticos, aunque más ligado a los pacientes que se encuentran en las unidades de hospitalización se han puesto en marcha otros proyectos que, aunque actualmente no están liderados por el MS, están contribuyendo a la disminución de las IAAS, como **Flebitis Zero** ^{(47) (48) (49) (50) (51) (52)}.

Es necesario indicar que, pese a los avances y los buenos resultados obtenidos con la aplicación constante de los programas y proyectos anteriormente mencionados, se debe continuar el trabajo para extender estas prácticas seguras a otros ámbitos y colectivos de pacientes.

- Objetivos específicos:
 - Reforzar las medidas de prevención en coordinación con los planes y resultados obtenidos desde los sistemas de vigilancia de las IAAS.
 - Potenciar y favorecer la creación de Comisiones autonómicas que trabajen en la prevención, vigilancia y control de las infecciones para la coordinación eficaz y estructurada con responsables de la vigilancia en Salud Pública, responsables de PROA, responsables del PRAN y responsables de la prevención y control de infecciones.

Pudiendo los responsables de Seguridad del Paciente en la Comunidad Autónoma asumir la responsabilidad de la prevención y control de la infección en su CCAA, según la fórmula organizativa de cada CC.AA.

- Reforzar la higiene de manos en todos los programas de seguridad del paciente orientados a la prevención y control de IAAS y las acciones relacionadas con la mejor adherencia a la HM.
- Mantener reuniones periódicas con el grupo coordinador nacional del Programa de Higiene de manos del SNS para conocer los problemas en su implementación e identificar posibles soluciones.
- Difundir los resultados del Programa de Higiene de Manos.
- Mantener y mejorar el Programa de seguridad de pacientes Críticos del SNS, manteniendo reuniones periódicas con el Consejo Asesor.
- Motivar y reimpulsar la implementación de los Programas de seguridad del paciente Crítico del SNS a nivel de las CCAA.
- Impulsar la difusión de resultados y las barreras encontradas para la implementación adecuada del Programa de seguridad de pacientes Críticos del SNS.
- Mantener e impulsar acciones para la prevención de las infecciones en el sitio quirúrgico por ejemplo mediante el programa de Infección Quirúrgica Zero.
- Mejorar las competencias en aspectos relacionados con la prevención y control de IAAS a través de programas de formación específicos para los profesionales.
- Fomentar y extender los programas de prevención de IAAS y transmisión de MMR a otras áreas de hospitalización, especialmente aquellas de alto riesgo, utilizando los sistemas de vigilancia y control disponibles en los centros sanitarios.
- Desarrollar programas específicos de control y prevención de infecciones en centros residenciales dirigidos a personas mayores⁽⁵³⁾.
- Coordinar las transiciones y el seguimiento de los pacientes colonizados e infectados por MMR desde Atención Hospitalaria al domicilio o a centros residenciales dirigidos a personas mayores.
- Disminuir la resistencia a los antibióticos y optimizar su uso mediante un abordaje multidisciplinar, en línea con el desarrollo de las acciones incluidas en el PRAN.

Objetivo general 2.3: Promover la implementación de prácticas seguras en cirugía.

Como hemos dicho anteriormente la cirugía representa uno de los pilares de la asistencia sanitaria, sin embargo, no está exenta de complicaciones. La complejidad de la mayoría de los procedimientos quirúrgicos requiere de un equipo de trabajo coordinado para prevenir, en la medida de lo posible, estas complicaciones.

El MS junto con las SSCC, han impulsado el **Programa de seguridad en el bloque quirúrgico** que incluye los proyectos Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero. Este punto, se centrará en el **proyecto de Cirugía Segura**⁽⁵⁴⁾, que pretende crear una red colaborativa de bloques quirúrgicos de distintas especialidades, que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y que compartan herramientas para fomentar la seguridad quirúrgica.

El uso de **Listados de Verificación de Seguridad quirúrgica** ha demostrado su efectividad y eficiencia para mejorar la seguridad del paciente en el procedimiento quirúrgico facilitando el cumplimiento del protocolo universal (paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto) y la prevención de infección del sitio quirúrgico⁽⁵⁵⁾. Los listados de verificación quirúrgica producen un efecto positivo sobre la mejora de las relaciones y comunicación en el

equipo de trabajo, la reducción de la morbi-mortalidad secundaria a procedimientos quirúrgicos y la mejora de la seguridad del paciente. Es necesaria una estrategia multimodal e interdisciplinar que permita una implementación efectiva del LVQ, que incluya su adecuada cumplimentación y uso para detectar incidentes en este entorno.

En una encuesta elaborada “*ad hoc*” para la actualización de la estrategia se referenciaron como principales barreras para la implementación del Proyecto de Cirugía segura la falta de comunicación entre profesionales, la falta de liderazgo y la elevada presión asistencial. Pero se consideró un programa de gran utilidad.

- **Objetivos específicos:**

- Reforzar las recomendaciones del Proyecto de Cirugía Segura, con especial atención en la implementación y uso correcto de LVQ.
- Facilitar la implementación, adaptación, uso correcto y evaluación cuantitativa y cualitativa del LVQ a través de acciones que lo faciliten, entre las que se encuentra la formación de los profesionales.
- Mejorar las competencias transversales de los profesionales del bloque quirúrgico en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo...).
- Alinear el Programa con otras acciones del SNS orientadas a la mejora de la calidad y seguridad de procedimientos quirúrgicos.
- Coordinar las acciones del Programa referidas a la prevención con la vigilancia epidemiológica y otros programas de prevención de infecciones.
- Implementar herramientas estructuradas sobre el estado del paciente para una transferencia segura desde quirófano a Reanimación o UCI, con especial atención a aquellos con enfermedad sistémica grave ^{(56) (57) (58) (59)}.
- Homogenizar y adecuar los indicadores relacionados con la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico y su utilidad para la práctica clínica.
- Desarrollar actuaciones para disminuir el tromboembolismo postquirúrgico a través del desarrollo de medidas que mejoren su profilaxis.

Objetivo General 2.4: Promover la implementación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes.

Es necesario promover, de forma sistematizada, procedimientos para la implementación de prácticas seguras de efectividad demostrada en los cuidados realizados a los pacientes.

Los cuidados seguros son una misión del equipo asistencial, que implican a enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES) mayoritariamente, pero también a médicos y a otros profesionales sanitarios y no sanitarios ⁽⁶⁰⁾. Desde la OMS, a través del *Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente* ⁽²³⁾, se aboga por la formación, inspirar, educar, capacitar y proteger a los profesionales de la salud para que contribuyan al diseño y la prestación de sistemas de atención seguros (Objetivo Estratégico 5).

Estas prácticas incluyen la necesidad de establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados del paciente, en los tres niveles de asistencia sanitaria que implican el desarrollo de planes de cuidados individualizados que contemplen medidas preventivas y de control del dolor en la población adulta y en edad pediátrica, así como la asistencia segura de las personas mayores frágiles ^{(61) (62)}, atendiendo a las necesidades y preferencias de los pacientes y sus cuidadores. La definición de un plan individualizado para los pacientes debe especificar, previa valoración integral del paciente por enfermería (deglución, continencia, movilidad, estado cognitivo y cuidador) entre otras, las medidas para la prevención

de la aparición de lesiones por presión ^{(63) (64)}, otros tipos de lesiones y caídas además de las medidas de seguridad pertinentes.

Prácticas como la difusión de los planes a pacientes y cuidadores, su inclusión en la historia clínica y en el informe del alta, así como el desarrollo de planes específicos para la valoración integral del paciente en atención domiciliaria, deben considerarse parte de los cuidados seguros del paciente.

Hasta ahora, la consecución de los objetivos propuestos en este aspecto presenta una gran variabilidad en el ámbito nacional. Esto puede explicarse debido a las diversas fuentes de datos y modo de evaluación utilizado ⁽³⁾.

- Objetivos específicos:

- Mantener y reforzar la implementación, calidad y actualización de los planes de cuidados individualizados (en pacientes hospitalizados o ambulatorios) como herramienta principal que permita la continuidad asistencial y los cuidados de transición, promoviendo que estos planes hagan referencia, al menos, a los siguientes aspectos relacionados con la seguridad del paciente en función del ámbito asistencial de aplicación:
 - Prevención de caídas y lesiones asociadas (especial atención a la fractura de cadera) mediante escalas de valoración y estratificación del riesgo de caídas ^{(65) (66)}.
 - Prevención de lesiones por presión en personas encamadas o con deterioro funcional grave o total, previa valoración del riesgo mediante escalas validadas ^{(67) (68) (69) (70) (71) (72)}.
 - Prevención del deterioro funcional en pacientes hospitalizados durante largos periodos de tiempo.
 - Prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
 - Implementar en los servicios de mayor prevalencia, un protocolo de actuación, incluyendo la prevención y registro del uso de las contenciones y otras prácticas coercitivas haciendo un seguimiento de su evolución y del impacto de las mismas sobre todos los que en ellas participan (personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales), con el objetivo de su reducción, en línea con las recomendaciones de la Estrategia de Salud Mental del SNS ⁽⁷³⁾.
 - Prevención de malnutrición y deshidratación de pacientes hospitalizados y atendidos en el ámbito de la atención primaria, especialmente en las personas mayores.
 - Prevención de broncoaspiración.
 - Prevención de hiperglucemias e hipoglucemias en pacientes con Diabetes Mellitus durante la hospitalización
 - Prevención de descompensación de insuficiencia suprarrenal y/o diabetes insípida en pacientes con enfermedades agudas intercurrentes.
 - Asistencia segura al paciente frágil (identificación, valoración, seguimiento, comunicación) en todos los ámbitos asistenciales.
 - Prevención y control del dolor en el adulto y en el niño, atendiendo a las necesidades de los pacientes y cuidadores.
 - Prevención del delirium y síndrome confusional agudo en pacientes hospitalizados.
 - Utilizar escalas validadas de alerta precoz de deterioro clínico.

- Acompañar dichos Planes con acciones de información a los pacientes y cuidadores.
- Promover la mejora de los registros sobre cuidados de los pacientes, facilitando su incorporación en la historia clínica y en el informe de alta.
- Identificar líderes de enfermería que promuevan los planes de cuidados, su adecuado desarrollo y evaluación.
- Establecer mecanismos de información / formación para profesionales sanitarios y cuidadores informales.

Objetivo General 2.5: Promover la identificación inequívoca del paciente, muestras y documentación clínica.

La identificación del paciente es el proceso de relacionar correctamente a un paciente con las intervenciones apropiadas previstas y transmitir, de forma precisa y fiable, información sobre la identidad del paciente a través de la atención sanitaria continuada ⁽⁷⁴⁾.

Las deficiencias en la identificación de los pacientes conllevan riesgos que pueden derivar en errores de diagnóstico, realización de pruebas o intervenciones innecesarias o erróneas o la administración de medicamentos a pacientes equivocados, entre otros.

Los errores de identificación pueden darse en cualquier momento del proceso asistencial, incluyendo el ingreso (registro), el encuentro clínico (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, alta) y en momentos fuera del circuito del centro, como pueden ser las derivaciones o la prescripción de medicamentos ⁽⁷⁴⁾. La falta de integración de sistemas de información dentro de la historia clínica electrónica (HCE) hace que se requiera el acceso a varias plataformas en el proceso de atención al paciente, implicando que puedan estar abiertas simultáneamente historias de diferentes pacientes. Pudiendo llevar a errores en el registro en la HCE, la prescripción de medicamentos y otros procedimientos.

La identificación inequívoca es una práctica recomendada para prevenir estos errores que pueden tener graves consecuencias. Esta práctica se debe garantizar mediante métodos y protocolos apropiados que permitan confirmar la identidad de un paciente a lo largo de todo el proceso asistencial, cualquiera que éste sea.

El Instituto norteamericano ECRI publicó un informe en el que se analizan más de 7.000 errores en la identificación de los pacientes y concluyó que ⁽⁷⁴⁾:

- La mayor parte de los errores (72,3%) se produjeron mientras los pacientes estaban en el centro, seguidos de los que tuvieron lugar en el momento del ingreso (12,6%).
- Más de la mitad de los errores se habían producido en las pruebas de diagnóstico (laboratorio, anatomía patológica o diagnóstico para la imagen) y en los tratamientos (medicación, procedimientos y transfusiones) (36,5% y 22,1% respectivamente).
- La mayoría de los eventos se detectaron antes de que ocasionaran daños al paciente (91,4%).
- La identificación física incorrecta de los pacientes supuso alrededor del 15% de los errores de identificación, la mayoría provocados por la pérdida de la pulsera identificativa, por pulseras identificativas incorrectas o por no haber verificado la identidad del paciente.
- Cerca del 15% de los eventos se asociaron a una contribución inadecuada de las herramientas tecnológicas.

También se observaron que algunas situaciones favorecen los errores en la identificación de los pacientes, como, por ejemplo:

- Utilizar el número de habitación para identificar a un paciente (puede haber sido trasladado).
- Preguntar al paciente si él es un paciente determinado (indicando nombre y apellidos), en lugar de que sea él el que se identifique.
- Cuando dos pacientes tienen el mismo nombre y apellido/s (se puede seleccionar la historia clínica equivocada).
- Administrar medicamentos sin haber confirmado previamente la identidad del paciente.

A nivel nacional el *Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente* ⁽³⁾, concluyó que la mayoría de las CC. AA habían implantado protocolos para la identificación inequívoca del paciente, sin embargo, la implementación de protocolos para la identificación de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo y de protocolos para la identificación y trazabilidad de muestras biológicas fueron bajas.

- Objetivos específicos:
 - Continuar promoviendo la identificación inequívoca del paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto:
 - Implementar en todos los centros sanitarios de las CC.AA. sistemas estandarizados, evaluables y preferiblemente automatizados, para la identificación inequívoca de pacientes y muestras biológicas.
 - Adoptar medidas para evitar confusiones cuando dos pacientes presentan identificadores similares (por ejemplo, el mismo nombre).
 - Confirmar la identidad del paciente al etiquetar las muestras, identificarlas con al menos dos identificadores del paciente, evitando durante todo el proceso de identificación interrupciones o distracciones. Utilizar preferentemente métodos de identificación automatizados.
 - Identificar inequívocamente al recién nacido antes de salir del paritorio o antes de cualquier posible separación de su madre, en presencia de ella o de un familiar siempre que sea posible.
 - Desarrollar acciones de formación para los profesionales de los centros sobre la importancia de la adecuada identificación de los pacientes y sus muestras y documentación clínica a lo largo de todo el proceso asistencial.
 - Incorporar activamente al paciente /cuidador en el proceso de identificación.
 - Promover la identificación inequívoca de los pacientes con riesgos específicos.
 - Desarrollar, a través de la Red de Escuelas para la Ciudadanía, información para la implicación de los pacientes hospitalizados en su correcta identificación, particularmente cuando sean sometidos a tratamientos o procedimientos de especial riesgo.
 - Asegurar la identificación inequívoca de las muestras biológicas, determinantes para el diagnóstico.
 - Establecer acciones que aseguren la trazabilidad de muestras biológicas desde el origen hasta la entrega de resultados como son el etiquetado de las muestras biológicas y pruebas de imagen en el mismo momento de su obtención.
 - Fomentar la identificación inequívoca de los documentos clínicos del paciente.
 - Comprobar inequívocamente la titularidad del documento clínico de cada usuario, incorporando activamente al paciente/cuidador en este proceso.

- Desarrollar sistemas en HCE y en Receta electrónica que faciliten la identificación inequívoca del paciente.

Objetivo General 2.6: Promover la comunicación entre profesionales y entre estos con los pacientes.

Durante la atención sanitaria se debe asegurar que la información clínica transmitida entre los profesionales sanitarios se realice a la persona correcta de forma adecuada y precisa. Esta transmisión de información debe garantizarse a lo largo de todo el proceso, especialmente durante la transición asistencial, ya que es un momento crítico para la seguridad del paciente ⁽⁷⁵⁾.

La importancia de este hecho hace necesario promocionar actividades de formación en comunicación como elemento fundamental de las relaciones en el ámbito asistencial e interprofesional, sobre todo atendiendo a las creencias y actitudes de los profesionales sanitarios respecto a usuarios, pacientes, compañeros, jefes y subordinados ⁽⁷⁶⁾.

La comunicación efectiva requiere utilizar métodos estandarizados mediante la aplicación de herramientas estructuradas que facilitan la reducción de los errores asistenciales asociados ⁽⁷⁷⁾.

Por otro lado, la OMS prioriza la comunicación de los profesionales con los pacientes no solo para conocer las expectativas, necesidades, preferencias de estos y la toma de decisiones compartidas, sino, además, para promover la transparencia, informando a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades y comunicarles los incidentes de seguridad ⁽⁷⁸⁾.

Los sistemas de información sanitarios interoperables y compartidos son factores contribuyentes claves para la mejora de la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares. La HCE compartida entre hospitales, atención primaria y servicios de emergencia extrahospitalarios facilita el registro de la información del proceso de atención al paciente. De esta forma el recorrido asistencial del paciente será más seguro permitiendo que todos los profesionales conozcan la situación del paciente y la atención recibida en cada punto. A su vez, el acceso del paciente a su historia clínica le otorga un papel activo para mejorar el proceso asistencial y sus autocuidados.

- **Objetivos específicos:**

Comunicación entre profesionales

- Fomentar el uso de la HCE interoperable del SNS entre los diferentes servicios de salud que garantice la seguridad del paciente.
- Desarrollar canales estandarizados de comunicación tanto dentro de las unidades (transferencia de información entre turnos), como durante la transición asistencial, para garantizar una atención continua y segura a los pacientes ^{(79) (80)}.
- Desarrollar acciones para la implementación de técnicas de comunicación estructuradas y validadas ⁽⁸¹⁾.
- Potenciar la formación de los profesionales en comunicación interprofesional.
- Disponer de grupos de trabajo que avancen en el conocimiento de la comunicación efectiva y homogénea entre los profesionales.
- Disponer de guías, protocolos y manuales que permitan una buena comunicación.
- Implementar canales de comunicación estandarizada que permitan elevar el mensaje a los líderes y gestores de forma efectiva y en un tiempo razonable.

Comunicación con el paciente

- Establecer canales de comunicación sencillos y adecuados a las características individuales de los pacientes, que faciliten la transparencia y la comprensión.
- Implementar acciones para comunicar de forma efectiva los resultados críticos de pruebas diagnósticas que puedan poner en peligro la vida del paciente.
- Fomentar en los centros sanitarios la escucha activa y empática, mediante formación y divulgación de protocolos de transferencia de la información con lenguaje claro y técnicas de comunicación empáticas.

Objetivo General 2.7: Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios.

Cuando ocurre un evento adverso, especialmente si este ha producido un daño grave, una de las líneas de actuación prioritarias por parte de la organización, es el apoyo e información apropiada, tanto al paciente como a sus familiares (víctimas principales)⁽⁸²⁾. Estos deben recibir una información adecuada sobre las circunstancias de lo sucedido, así como las consecuencias del evento, y las acciones a desarrollar para responder a sus necesidades, asegurando la comprensión de lo informado.

Es importante comprender que la gestión de los EA graves, desde la perspectiva de la seguridad del paciente, requiere y supone un cambio de paradigma que implica el cambio del enfoque en el manejo del error desde una perspectiva centrada en la persona que busca señalar al responsable hasta una perspectiva enfocada en el sistema. Esta perspectiva sistémica, se basa en la premisa de que las personas somos seres falibles, y que los errores son esperables incluso en las mejores organizaciones, por ello los errores deben ser comprendidos como una consecuencia del sistema y no deben abordarse cambiando la condición humana sino cambiando las condiciones en las que los profesionales desarrollan su trabajo.

Para que la gestión de los EA graves sea efectiva, debe fortalecerse la cultura de seguridad, promoviendo que los profesionales notifiquen incidentes, entendiendo la oportunidad de aprendizaje que ofrece el error. La notificación debe facilitarse y potenciarse como el principal mecanismo de sensibilización sobre aspectos de seguridad y de la mejora continua.

Entendiendo que los profesionales sanitarios implicados en el EA son segundas víctimas, estos deben contar con el soporte institucional para sentirse protegidos al informar abiertamente de lo sucedido. Deben recibir el apoyo necesario sin consecuencias punitivas⁽⁸³⁾.

Las organizaciones sanitarias deben adoptar una actitud proactiva que se adelante a las situaciones de conflicto, contando con protocolos y procedimientos para responder adecuadamente a pacientes y profesionales cuando se produce un EA grave.

Las organizaciones en las que se produce un EA grave (terceras víctimas), pueden sufrir consecuencias en su reputación teniendo que implementar acciones para recuperar la confianza de los usuarios.

El Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020 pone en evidencia la escasez de planes y protocolos para la adecuada gestión de EA graves que den respuesta a las necesidades de los pacientes, los profesionales y las instituciones sanitarias, siendo necesario establecer actuaciones de mejora⁽³⁾.

- Objetivos específicos:

- Desarrollar e implementar recomendaciones para la gestión de los EA graves en el SNS.
- Mantener y fortalecer estrategias para el apoyo a las primeras (paciente y familiares) y segundas víctimas (profesionales implicados).
- Implementar planes evaluables de gestión de EA graves adaptado a las circunstancias del centro sanitario que contemple actuaciones con los pacientes/familiares afectados y profesionales implicados.
- Ofrecer apoyo a los profesionales sanitarios implicados en un EA grave, mediante protocolos que se aprueben por los equipos directivos y gestores de los centros sanitarios.
- Fortalecer los canales de transferencia de información a la organización y sus gestores por parte de los profesionales que permitan una gestión temprana de los EA graves.
- Reducir el impacto de los EA graves para las terceras víctimas y ayudar a restablecer la confianza en las organizaciones implicadas mediante la transparencia y transmisión de información rigurosa a los medios de comunicación, así como a otras organizaciones e instituciones.
- Intensificar la difusión de Buenas Prácticas relacionadas con el abordaje de los EA graves.
- Facilitar la adecuada transferencia del aprendizaje obtenido con el análisis de los EA graves mediante su difusión anonimizada, a fin de minimizar la probabilidad de su repetición futura.
- Mejorar las competencias de los profesionales y los gestores de los centros sanitarios sobre aspectos relacionados con la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la notificación, evaluación y gestión de los EA graves, desarrollando actividades de formación.
- Promover la realización de estudios de análisis de eventos proactivos (Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)).
- Promover la realización de estudios de análisis de eventos reactivos (ACR).
- Estudiar las posibilidades de desarrollar directrices y/o normativas para la gestión de los EA graves en el SNS.

Objetivo General 2.8. Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos médicos-radiológicos y asegurar que se desarrollan Programas integrales de Garantía de Calidad de acuerdo con la legislación vigente.

El uso de las radiaciones ionizantes en medicina ha supuesto mejoras significativas en el diagnóstico y el tratamiento. Dentro de los usos de las radiaciones ionizantes en medicina, la radiología diagnóstica e intervencionista, la radioterapia y la medicina nuclear son sin duda los usos más extendidos.

Dada la importancia de este punto y la necesidad de garantizar el uso seguro de las radiaciones ionizantes por sus posibles EA, es amplio el marco legislativo que le acompaña ⁽⁸⁴⁾ ⁽⁸⁵⁾ ⁽⁸⁶⁾ ⁽⁸⁷⁾. Ya en los años 90 comenzó a elaborarse normativa en relación con el uso de las radiaciones ionizantes en medicina. Esta normativa ha continuado evolucionando y adaptándose en el tiempo, destacando en este aspecto, la Directiva Europea 2013/59/EURATOM del Consejo, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes. Dicha Directiva ha sido transpuesta parcialmente al ámbito normativo nacional en el caso de las exposiciones médicas a través del Real Decreto 601/2019, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes

para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas, y el Real Decreto 673/2023, de 18 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad y seguridad de las unidades asistenciales de medicina nuclear ^{(88) (89) (90) (91)}.

En este contexto, desde el año 2012 organismos internacionales como la OMS y el organismo Internacional de Energía Atómica definieron una declaración conjunta en el denominado *Llamado de Bonn a la Acción* ⁽⁹²⁾ que tenía por objetivo reforzar la protección radiológica de todos los pacientes y trabajadores de la salud, lograr el mayor beneficio con el menor riesgo para todos los pacientes mediante el uso apropiado y seguro de la radiación ionizante en medicina, colaborar en la plena integración de la protección radiológica dentro del sistema de asistencia sanitaria, ayudar a mejorar el diálogo beneficio/riesgo con los pacientes y el público y mejorar la seguridad y calidad de los procedimientos médicos-radiológicos.

En 2021, a nivel europeo y bajo el impulso de la Comisión Europea, se definió la Agenda Estratégica para Aplicaciones Médicas de Radiaciones Ionizantes (SAMIRA). Esta iniciativa estableció tres áreas de acción prioritarias dentro del ámbito comunitario: garantizar el suministro de radioisótopos médicos, mejorar la seguridad y calidad de los procedimientos radiológicos en medicina, y fomentar una agenda de investigación estratégica para el desarrollo de aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes. Además, busca fortalecer la cultura de seguridad y aumentar el conocimiento sobre los riesgos asociados a estas tecnologías, especialmente en pediatría, en línea con la normativa previamente mencionada ^{(93) (94) (95) (96)}.

España, como EE.MM. de la UE, forma parte de SAMIRA. Esta agenda estratégica representa el primer plan de acción integral de la UE para garantizar el uso seguro, de alta calidad y fiable de la tecnología médica basada en radiaciones ionizantes. Se sustenta en avances previos y sienta las bases para futuras acciones coordinadas a nivel europeo. El plan se centra en mejorar la seguridad y calidad de los procedimientos médicos que emplean radiaciones ionizantes, con el objetivo de garantizar que su uso en el diagnóstico y tratamiento en los países de la UE cumpla con los más altos estándares de calidad y seguridad, siempre en beneficio de los pacientes.

Para lograr la coordinación y complementariedad requerida en este ámbito, la Comisión creó el Grupo Director sobre Calidad y Seguridad (SGQS) ⁽⁹⁷⁾ de las aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes. Este grupo está compuesto por representantes de autoridades sanitarias y de los organismos reguladores en materia de protección radiológica de los EEMM de la UE. El SGQS tiene la función de apoyar la implementación e integración de los requerimientos y normas establecidas a nivel comunitario en materia de protección radiológica junto a otros estándares de calidad y seguridad asociados a las prácticas clínicas en los sistemas sanitarios de los países de la UE. En particular, desarrollará evidencia de alta calidad, directrices o guías de implementación clínica y herramientas prácticas, y favorecerá su implementación en la práctica clínica en todos los EE.MM. de la UE.

Otro aspecto clave se refiere a formación y capacitación en materia de protección radiológica de los profesionales de la salud que desarrollan sus actividades en las áreas de radiología, radioterapia y medicina nuclear, donde el Plan de Acción SAMIRA prevé un mayor apoyo a través de programas de la UE en este ámbito. Finalmente, la iniciativa busca reducir las desigualdades dentro y entre los países de la UE apoyando el acceso a las tecnologías y prácticas clínicas más avanzadas.

Durante su reunión plenaria de 2023, el SGQS adoptó un documento de posición que respalda la realización de auditorías clínicas ⁽⁹⁸⁾ que ha dado lugar a la Recomendación (EURATOM)

2024/112 de la Comisión, de 18 de abril de 2024, relativa a las auditorias clínicas de las prácticas médico radiológicas llevadas a cabo con arreglo a la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo. Este documento recomienda a los EE.MM. de la UE el establecimiento de un marco y una infraestructura nacional, incluidas disposiciones legales y administrativas, para la realización de las auditorias clínicas llevadas a cabo con arreglo al artículo 58, letra e) de la anteriormente citada Directiva, en todas las prácticas médicas que utilicen radiaciones ionizantes, en proporción al nivel de riesgo radiológico. Esta recomendación está siendo recogida por los Reales Decretos que trasponen la Directiva Europea 2013/59/EURATOM del Consejo.

En el Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente para el periodo 2015-2020 ⁽³⁾, se destacó que la formación continuada impartida a pediatras de los hospitales sobre optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiaciones era baja, así como la realización de mapas de riesgo en las unidades de Medicina nuclear o de Radioterapia. Esta evaluación también señaló la necesidad de incrementar la realización de informes sobre incidentes con impacto en la seguridad en las unidades de radioterapia.

- Objetivos específicos:
 - Facilitar la participación española en proyectos internacionales y europeos orientados a mejorar la seguridad y calidad de los procedimientos radiológicos que conllevan el uso de radiaciones ionizantes y fuentes de radiación con fines médicos.
 - Implementar métodos prospectivos de análisis de riesgo para incrementar la seguridad de la práctica clínica, en línea con el Llamado de Bonn a la Acción ⁽⁹²⁾ como los de mapas de riesgo, de los procesos en todas las unidades de radioterapia, medicina nuclear y radiodiagnóstico.
 - Elaborar mapas de riesgo de los procesos en Unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear por parte de los servicios que utilizan radiaciones ionizantes.
 - Mantener y reforzar la detección y prevención de los incidentes y accidentes en los usos médicos de la radiación ionizante, especialmente en radioterapia y en los procedimientos radiológicos intervencionistas y medicina nuclear terapéutica.
 - Potenciar el reporte de los incidentes y accidentes en los usos médicos de la radiación ionizante, y en general con los EA graves, a través de su registro en los sistemas de notificación de incidentes y fomentar la difusión de las lecciones aprendidas y recomendaciones resultantes del análisis del incidente y accidente para evitar su repetición.
 - Comunicación obligatoria a la autoridad sanitaria competente de sucesos significativos en relación con exposiciones accidentales o no intencionadas, tal como recoge la normativa ⁽⁹⁰⁾.
 - Identificar y compartir buenas prácticas sobre el uso de radiaciones ionizantes con fines médicos.
 - Desarrollar acciones para la formación y capacitación en temas de protección radiológica enfocadas a los médicos prescriptores de prácticas clínicas que implican el uso de radiaciones ionizantes, especialmente en pacientes menores de 18 años y mujeres gestantes.
 - Adaptar y desarrollar las recomendaciones emitidas por la Comisión Europea relativas a las auditorias clínicas de las prácticas médico-radiológicas llevadas a cabo con arreglo a la Directiva 2013/59/Euratom del Consejo.
 - Desarrollo de acciones para actualizar los niveles de dosis de referencia (DRL) según indicaciones del Plan de acción SAMIRA y las directrices del Real Decreto 601/2019.

- Establecer programas de auditorías clínicas en todas las CC.AA. armonizados por el MS.
- Incrementar la toma de conciencia de los profesionales de la salud, pacientes y público acerca de los beneficios y riesgos relacionados con los procedimientos que utilicen radiaciones ionizantes.
- Implementar criterios armonizados para el alta de pacientes sometidos a terapia con radionucleidos.
- Fomentar el seguimiento de pacientes con altas dosis en diagnóstico e intervencionismos para seguimiento de efectos deterministas debido a las radiaciones ⁽⁹⁹⁾.
- Documentar en la historia clínica del paciente información de cada uno de los procedimientos que se realizan con radiaciones ionizantes. Para ello será necesario fomentar el despliegue a nivel autonómico de sistemas de gestión de dosis a pacientes y fomentar que la interoperabilidad de la historia clínica incluya las pruebas de imagen.
- Revisar periódicamente la adecuación del equipamiento para garantizar los valores de dosis más baja posible debido a procedimientos clínicos que implican el uso de radiación ionizante.

Objetivo General 2.9. Promover la disminución de prácticas de escaso valor mediante la implementación de recomendaciones de No Hacer.

De acuerdo con la Ley 14/ 1986 General de Sanidad y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el sistema sanitario debe garantizar una atención de calidad, eficiente y de alto valor. Sin embargo, como consecuencia de diferentes factores como por ejemplo la incertidumbre ⁽¹⁰⁰⁾, es usual que los servicios sanitarios lleven a cabo prácticas de menor valor, ineficientes o con baja evidencia científica. Por otro lado, los avances científicos permiten la incorporación de nuevos enfoques, tratamientos o abordajes que deben integrarse a la asistencia sustituyendo a otros que han demostrado ser menos efectivos, y deben dejar de realizarse.

Una recomendación de No Hacer es una indicación de abandonar una práctica clínica de escaso valor. El escaso valor lo determina el hecho de que la práctica no reporte ningún beneficio conocido para los pacientes y/o les ponga en riesgo de sufrir daños y además pueda suponer un derroche de recursos sanitarios y/o sociales.

La identificación, reducción e interrupción de este tipo de prácticas se ha convertido en una prioridad internacional ^{(101) (102) (103) (104)} y nacional.

En 2013, el Ministerio de Sanidad, respondiendo a una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna, puso en marcha el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

Este proyecto hoy en día tiene continuidad bajo la **Iniciativa No Hacer**. En esta nueva etapa impulsada por el MS con el apoyo de GuíaSalud, se propone contribuir a consolidar la cultura

del No Hacer en el SNS, y está enfocada a la mejora de la calidad y de la seguridad asistencial, minimizando la utilización de prácticas sanitarias de bajo valor. La iniciativa, en la que actualmente participan más de 50 SS.CC. tiene como objetivo difundir entre los profesionales y usuarios del SNS las recomendaciones de No Hacer, facilitando su accesibilidad mediante un Catálogo de recomendaciones (<https://portal.guiasalud.es/no-hacer/>) ⁽¹⁰⁵⁾, así como promover la elaboración de nuevas recomendaciones en base a la evidencia científica más reciente, para su incorporación al catálogo de modo que este sea una herramienta viva, en constante actualización.

- Objetivos específicos:
 - Promover la identificación de prácticas de bajo valor.
 - Impulsar la participación de los profesionales, a través de sus SS.CC., en la identificación de prácticas de bajo valor.
 - Potenciar la difusión de las recomendaciones de No Hacer.
 - Desarrollar acciones formativas y divulgativas dirigidas a los profesionales sanitarios, que mejoren el conocimiento y las habilidades de estos sobre las prácticas de escaso valor y su impacto.
 - Desarrollar jornadas científicas que favorezcan la difusión de la iniciativa.
 - Impulsar su difusión a través de asociaciones de pacientes.
 - Fomentar la implantación progresiva de estas recomendaciones en los centros sanitarios.
 - Avanzar en la implementación de sistemas de soporte y herramientas de apoyo a la decisión clínica, que ayuden a los profesionales sanitarios a identificar cuándo una práctica es innecesaria o de bajo valor o si una intervención beneficia realmente a un paciente concreto.
 - Poner en marcha en las CC. AA fórmulas para trabajar la Adecuación de la Práctica Clínica, el programa de No Hacer y la medicina basada en la evidencia.
 - Potenciar el “buen hacer” centrándolo en la incorporación de estándares de seguridad del paciente en la gestión de procesos.
 - Promover la monitorización del impacto de la iniciativa y la retroalimentación de los resultados a los profesionales.
 - Incorporar las recomendaciones de No Hacer como indicador de buenas prácticas asistenciales en los planes de gestión y planes de calidad de los centros asistenciales.

LINEA 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LOS INCIDENTES

La gestión del riesgo es un elemento fundamental para la seguridad del paciente porque su fin es identificar y analizar los riesgos asociados a la atención sanitaria, así como desarrollar planes de acción para prevenirlos o minimizar sus consecuencias negativas en el paciente, en el profesional y en las instituciones; e informar a los profesionales de los logros alcanzados.

Los centros sanitarios deben establecer mecanismos para conocer los riesgos sanitarios, implementar estrategias específicas para su gestión adecuada y fortalecer el compromiso para un funcionamiento correcto y estandarizado de sistemas de notificación, en los que se tenga en cuenta la formación, información y *feedback* a los profesionales, con el objeto de reducir la probabilidad de que se produzcan daños innecesarios a los pacientes durante su proceso de atención.

Los sistemas de notificación de incidentes permiten obtener información útil sobre la secuencia de acontecimientos que han llevado a su producción, favoreciendo oportunidades de aprendizaje para evitar su repetición, mediante el establecimiento de acciones de mejora relacionadas con los factores que han contribuido a su aparición. Por ello, estos sistemas son recomendados por diferentes organismos internacionales como la OMS y el Consejo de la UE. En España, la Ley 16/2003 del 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud señala la necesidad de promover el registro de “aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente” poniendo la “infraestructura necesaria a disposición tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de las comunidades autónomas” (106).

Estos sistemas de notificación permiten aprender no sólo de la experiencia del propio centro, sino de otros para prevenir errores. No obstante, la falta de información sobre su utilidad, la ausencia de feedback sobre el análisis realizado y las acciones de mejora derivadas, el miedo a las consecuencias punitivas y la falta de tiempo, hacen que algunos profesionales muestren cierta reticencia a la hora de notificar.

La gestión y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente de los eventos centinela (aquellos que pueden provocar la muerte o grandes daños psíquicos o físicos al paciente), así como el establecimiento e implantación de las acciones de mejora derivadas de dicho análisis, permiten prevenir su repetición, minimizar daños y garantizar a los ciudadanos una atención sanitaria segura.

En el *Informe de resultados: apoyo en la actualización de la Estrategia de Seguridad del Sistema Nacional de Salud*, elaborado por el Ministerio de Sanidad en 2022, se propone mantener esta línea estratégica sin necesidad de realizar grandes cambios. En este mismo informe, varios profesionales entrevistados y encuestados hicieron referencia a la necesidad de potenciar una normativa legislativa que respalde en mayor medida a los profesionales. Sin embargo, aunque en el *Informe de Evaluación* se recomienda que desde el MS se promueva normativa estatal que proteja a los profesionales que notifican y/o analizan los EA, se consideró poco factible la posibilidad de realizar este cambio a corto plazo, por lo que se sugiere buscar alianzas con las asociaciones de pacientes y profesionales y plantear estrategias de difusión de las alternativas que se han propuesto en las reuniones o foros realizados sobre la materia, sin dejar de trabajar activamente para identificar y superar las barreras que dificultan dicho cambio normativo, así como revisar y analizar el desarrollo normativo de los países europeos que pueda contribuir a este objetivo crucial para consolidar la cultura de seguridad del paciente.

Como hemos comentado en el análisis de situación de la presente Estrategia, el *Informe de Evaluación* pone de manifiesto que las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo (UFGR) están ampliamente extendidas en los hospitales de nuestro país, aunque su implementación es algo menor en el ámbito de la Atención Primaria.

Este mismo informe señaló que todas las CC.AA. cuentan con sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria, siendo el SiNASP (sistema desarrollado por el MS) el elegido por 11 de ellas. Estos sistemas de notificación se encuentran, además, implementados de forma sólida tanto a nivel hospitalario como en AP, siendo la principal asignatura pendiente incentivar la participación voluntaria de los profesionales.

En base a todo lo anterior se establecen los objetivos generales, específicos y las recomendaciones relativas a esta línea estratégica.

Objetivo general 3.1: promover la gestión de los riesgos en los centros sanitarios.

- Objetivos específicos:
 - Establecer (a nivel de centro o gerencia) unidades de gestión de riesgos sanitarios o similares que asuman dicha función.
 - Fomentar la elaboración y actualización de mapas de riesgo en las áreas críticas de los distintos niveles asistenciales.
 - Promover otros métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad (análisis de reclamaciones y sugerencias, rondas de seguridad, revisión de historias clínicas, sesiones para aprender de los errores, estudios epidemiológicos, etc.).
 - Planificar acciones formativas en los centros sanitarios sobre la gestión de riesgos y en el uso de herramientas relacionadas dirigidas a los profesionales.
 - Impulsar la gestión proactiva de los riesgos a través del uso de metodologías que permitan identificar problemas, analizar sus causas y desarrollar acciones que prevengan o disminuyan la repetición de incidentes.
 - Realizar gestión reactiva realizando análisis sistematizados de los incidentes sin daño y EA que así lo requieran, integrando las acciones de mejora derivadas de este análisis en el plan de calidad de las organizaciones.
 - Realizar acciones de formación específicas derivadas del aprendizaje previo de la gestión de incidentes.
 - Revisar periódicamente los sistemas de notificación de alertas de seguridad del paciente para introducir las mejoras necesarias.
 - Adecuar los tiempos de análisis de los incidentes, a los plazos establecidos, incorporando de forma regular, las mejoras establecidas.

Objetivo general 3.2: promover la implementación y utilización de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje.

- Objetivos específicos:
 - Analizar las particularidades del proceso de notificación de incidentes por parte de pacientes, familiares y cuidadores, adaptándose a las especificidades del SNS.
 - Establecer en los centros y servicios sanitarios que no dispongan del mismo, un sistema de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria voluntario, confidencial, no punitivo y que favorezca el aprendizaje y la resolución de problemas a nivel local.
 - Facilitar el uso y la gestión adecuada de los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria (por ejemplo, promoviendo la accesibilidad del Sistema de notificación a través de la HCE), así como su sostenibilidad, estandarización y unificación del registro de sus datos, con el fin de mejorar la seguridad de la atención sanitaria.
 - Realizar acciones formativas, informativas y de difusión dirigidas a los profesionales de la salud para fomentar la adecuada notificación de incidentes de seguridad.
 - Desarrollar acciones informativas y formativas con equipos directivos, gerentes, mandos intermedios y gestores de los sistemas de notificación para mejorar la notificación de incidentes de seguridad, su análisis y *feedback* a tiempo y el establecimiento de planes de mejora.

- Promover la inclusión del plan derivado del análisis de un evento adverso grave en el plan de seguridad del paciente de la organización siendo todos los documentos del análisis en profundidad de un evento adverso grave confidenciales ⁽¹⁰⁷⁾.
- Informar a los profesionales, de forma adecuada y a tiempo, del análisis de los incidentes identificados y la manera más adecuada de prevenirlos, así como de las acciones tomadas tras la gestión de los incidentes sobre los que se ha tenido conocimiento gracias a la notificación en el sistema.
- Publicar de manera periódica a nivel nacional, regional y local, información sobre los incidentes de seguridad más frecuentes en el SNS y las recomendaciones para su prevención.
- Trabajar en la identificación y superación de barreras que dificultan el cambio normativo, y avanzar para desarrollar legislación a nivel nacional (o reformar las existentes), que refuercen las políticas de seguridad del paciente orientadas a la prevención de daños asociados a la asistencia sanitaria y a la protección de la información recogida en los sistemas de notificación.
- Fomentar la extensión de la práctica de notificación de incidentes de seguridad del paciente en todos los ámbitos asistenciales, especialmente en Atención Primaria y ámbito sociosanitario.
- Fomentar la investigación en las áreas de mejora detectadas.

LINEA 4: PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES, FAMILIAS Y CIUDADANOS EN SU SEGURIDAD

La participación de los pacientes y sus familias y/o cuidadores se incluyó en la resolución WHA72.6 de la Asamblea Mundial de la Salud (Acción mundial sobre la seguridad del paciente) y en el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 como estrategias clave para avanzar hacia la eliminación de los daños evitables en la atención sanitaria.

La seguridad del paciente es una exigencia básica derivada del derecho constitucional a la protección de la salud en España, como reconoce el Comité de Bioética en su informe sobre aspectos éticos de la seguridad ⁽¹⁰⁸⁾.

Desde el punto de vista de la atención sanitaria, la participación del paciente se define como la **facilitación y el fortalecimiento del papel del paciente**, que usa los servicios sanitarios, como coproductor de las políticas y las prácticas sanitarias que influyen **en su salud**. Esto implica **involucrar de forma activa a los pacientes** tanto en su propia atención, como en la mejora del sistema sanitario ^{(109) (110)}.

Actualmente, esta línea estratégica constituye una de las piedras angulares de la mejora en la seguridad del paciente. Así se recoge en las líneas de trabajo marcadas a nivel internacional, por la OMS, que se determinan tanto en su *Plan de Acción Mundial por la Seguridad del Paciente 2021-2030*, y concretamente en su informe *“Engaging patients for patient safety”* ⁽¹¹⁰⁾ publicado en 2023, en los que se identifica **fortalecer el compromiso de los pacientes y sus familiares y/o cuidadores con su salud** como uno de los objetivos clave para alcanzar la máxima reducción posible de aquellos daños evitables derivados de una atención sanitaria poco segura.

“La implicación de los pacientes en la toma de decisiones y la participación de los pacientes en las decisiones sanitarias tiene un **efecto beneficioso** probado ^{(110) (111)} en la relación y experiencia de los pacientes con el sistema sanitario, en la mejora de los resultados en salud, en el desempeño de los sistemas sanitarios, en la disminución de los incidentes y en consecuencia en la reducción de los costes sanitarios”

Desde el 2005, la OMS cuenta con el programa *Pacientes en Defensa de su Seguridad* cuyo objetivo es hacer hincapié en los **derechos de los pacientes, la transparencia y la colaboración con el personal de la salud para potenciar el papel del paciente en la seguridad de la atención de salud**. El grupo, en 2006, emitió la Declaración de Londres, en la que se exponen cuatro grandes áreas de actuación:

- Elaborar y promover programas para la seguridad y el empoderamiento de los pacientes.
- Promover el diálogo constructivo con todos los interlocutores interesados en la seguridad del paciente.
- Establecer sistemas de notificación y tratamiento de los daños a los pacientes y
- Definir las mejores prácticas para hacer frente a los daños sanitarios de todo tipo.

En este sentido, el *Plan de acción Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente 2021-2030* ⁽³⁹⁾ propone implicar y empoderar a pacientes, familias y/o cuidadores para obtener su ayuda y apoyo para lograr una atención más segura a través de 5 estrategias:

- implicar a pacientes, familias y cuidadores y diversas organizaciones de la ciudadanía en la elaboración conjunta de políticas, planes estrategias, programas y directrices dirigidos a aumentar la seguridad de la atención de salud;
- aprender de la experiencia de los pacientes y cuidadores para entender mejor la naturaleza de los incidentes y favorecer la elaboración de soluciones más eficaces;
- educar a los profesionales, cuidadores y pacientes en materia de seguridad del paciente;
- fomentar la información y transparencia de los incidentes acontecidos a los pacientes y cuidadores y,
- capacitar a los pacientes y cuidadores para que se impliquen en el autocuidado y empoderarlos para la toma de decisiones compartidas.

Además, se propone abordar estas estrategias en los diferentes niveles de actuación: mundial, nacional y local.

En el *Informe de Evaluación de la Estrategia*, publicado por el MS en 2022, los diferentes indicadores medidos en relación al objetivo general de promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente mostraron una gran implementación de estas acciones en las CC.AA, siendo entre el 80% y el 100% de las mismas las que adoptaban estas medidas. Sin embargo, el nivel de cumplimiento de estos indicadores en los centros de las diferentes Comunidades disminuía considerablemente.

De acuerdo con el *informe de apoyo* elaborado para la actualización de esta estrategia se debe enfatizar la necesidad de **aprender de la experiencia** de pacientes, cuidadores y familias, así como fomentar la figura de los denominados pacientes expertos **“champions”** que, de acuerdo con la terminología anglosajona, son aquellos consumidores de sistema sanitario que han sufrido —o que tienen a un ser querido que ha sufrido— algún evento adverso en la atención sanitaria y que trabajan dentro de los sistemas de salud para mejorar la seguridad.

Además, este informe también señala la importancia de establecer unos principios de **transparencia** a lo largo de la asistencia sanitaria, destacando la importancia de que los pacientes/cuidadores puedan **informar fácilmente de los incidentes y notificarlos**, así como facilitar el uso correcto de **quejas, sugerencias, reclamaciones** que a su vez pueden servir como fuente de aprendizaje en la mejora de seguridad.

Objetivo general 4.1: promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente.

- **Objetivos específicos:**

- Encontrar instrumentos para establecer la seguridad del paciente como un derecho de los ciudadanos para una asistencia sanitaria segura y de calidad.
- Crear mecanismos para incorporar a pacientes, cuidadores y familias en la gobernanza de las políticas sanitarias con el fin de mejorar la seguridad del paciente en el SNS.
- Crear alianzas nacionales con las organizaciones nacionales de pacientes y usuarios en temas relacionados con la seguridad del paciente.
- Generar un amplio consenso entre los profesionales sanitarios, SSCC, gestores sanitarios, decisores sanitarios, asociaciones de pacientes, y administración sanitaria (CC. AA y MS) sobre la seguridad del paciente como un derecho de los ciudadanos para una asistencia sanitaria segura.
- Desarrollar acciones de formación de pacientes, cuidadores y familiares sobre seguridad del paciente, a través de la Red de Escuelas de Salud para la ciudadanía.
- Promover estrategias nacionales de comunicación, difusión y publicidad dirigidas tanto a pacientes como a la población general. Promover programas o campañas institucionales concretas.
- Potenciar la figura de los pacientes expertos “*champions*”. Tratar, a su vez, de impulsar las alianzas entre ellos y las asociaciones de pacientes para la mejora en la seguridad y en la divulgación de la información.
- Fomentar en el SNS el intercambio de las experiencias de pacientes y familias para que sirvan de fuente de aprendizaje en la mejora de seguridad del paciente.
- Desarrollar planes de acogida al paciente en los centros sanitarios del SNS. Este plan debe incluir información clara, precisa, y accesible sobre sus derechos y obligaciones, los servicios sanitarios donde se presentarán los cuidados, los riesgos derivados de la asistencia, su papel en la toma de decisiones y participación en la mejora de su seguridad clínica.
- Revisar los planes de acogida periódicamente, especialmente las recomendaciones realizadas sobre seguridad del paciente.
- Ofrecer al paciente y su familia, durante la asistencia sanitaria, información completa, comprensible y adaptada individualmente, sobre su propio proceso asistencial, facilitando una toma de decisiones compartida y fortaleciendo la relación profesional sanitario-paciente, asegurando que la información se haya comprendido.
- Desarrollar acciones formativas para profesionales que mejoren su comunicación con el paciente.
- Estimular la participación activa de los pacientes, familias y cuidadores en actividades relacionadas con la seguridad del paciente a nivel de CC.AA. (impulsando comités mixtos pacientes-profesionales, consejo de pacientes, grupos de trabajo, etc.)
- Promover el uso de *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMS) y *Patient-Reported Experience Measures* (PREMS), a través de herramientas validadas, para recoger de forma estructurada las experiencias de los pacientes en cuanto a su seguridad.
- Establecer, desarrollar y hacer seguimiento de los planes de acompañamiento de los pacientes ingresados en los hospitales de las CC.AA., con especial énfasis en los

pacientes más vulnerables (pediátricos, alteraciones cognitivas, fases finales de la vida, etc.)

- Promover la obtención del consentimiento informado de los pacientes de forma correcta, de acuerdo con 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.
- Facilitar el registro de voluntades anticipadas debidamente informadas.
- Fomentar la homogeneización y adecuación de la información dada a los pacientes, familia y cuidadores para mejorar la comprensión y en aras de la transparencia.
- Promover los recursos necesarios que potencien el empoderamiento de los pacientes, cuidadores y familias.
- Facilitar el uso de las quejas, sugerencias y reclamaciones en los centros sanitarios, como fuente de aprendizaje en la mejora de seguridad del paciente de las organizaciones sanitarias.
- Identificar las quejas y reclamaciones de pacientes que tienen que ver con seguridad del paciente y notificarlas al sistema de notificación de incidentes de seguridad del paciente.

LINEA 5: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La investigación y la innovación son **herramientas esenciales** que garantizan la seguridad del paciente. La generación de una evidencia científica sólida y su transferencia efectiva a la práctica clínica permite prestar una atención sanitaria más segura, reduciendo la probabilidad de fallos y errores.

El avance en el conocimiento sobre seguridad del paciente es clave para desarrollar sistemas sanitarios más fiables, eficientes y resilientes.

En este contexto, el “*Plan de acción mundial en pro de la seguridad del paciente de la OMS 2021-2030*” dedica su **objetivo estratégico 6** a que la investigación en seguridad del paciente que garantice un flujo constante de información y conocimientos para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daño evitables y la mejora de la seguridad de la asistencia. Este plan destaca como uno de los principales objetivos de la investigación sobre la seguridad del paciente la producción de conocimientos nuevos que mejoren la capacidad de los sistemas de atención de la salud, así como de las organizaciones y los profesionales de la salud que los componen, con el objetivo de **disminuir los daños asociados a la atención en salud**.

Será especialmente útil en este ámbito la **homogenización, normalización y consenso de terminología y de la información**. Para ello será necesario una **armonización** con la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS, que permitirá compartir datos a nivel mundial con el fin de establecer prioridades e intercambiar soluciones, así como incrementar el valor y la calidad de los trabajos de investigación.

Los **avances en la tecnología y la digitalización** de la información sanitaria ofrecen oportunidades que favorecen y facilitan la interoperabilidad y el rendimiento de la investigación en este campo.

Las **áreas de investigación en seguridad del paciente** deberían tener en cuenta aspectos para mejorar el conocimiento sobre: la magnitud y las características del riesgo clínico y el análisis de riesgos preventivos, la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los

incidentes relacionados con la seguridad del paciente y su impacto sobre el sistema sanitario, la identificación de prácticas seguras efectivas y eficientes y de soluciones que eviten prácticas de escaso valor que sean factibles y sostenibles, así como el estudio de su implantación y evaluación.

Es además necesario que se tenga en cuenta **áreas** específicas de investigación recomendadas a nivel internacional, como la evaluación formal de políticas sanitarias orientadas a mejorar la seguridad del paciente, los riesgos de la inteligencia artificial en la asistencia sanitaria, la mejora de estudios en ámbitos como la atención primaria, la salud mental, los cuidados socio sanitarios y en determinados grupos de población por el mayor riesgo de sufrir daño durante la asistencia sanitaria ^{(1) (39)}.

España tiene una larga trayectoria en investigación en seguridad del paciente desde el inicio de la Estrategia como lo manifiesta las numerosas publicaciones realizadas en este campo y los proyectos de investigación desarrollados a nivel nacional e internacional ⁽¹¹²⁾.

Objetivo general 5.1: promover la mejora del conocimiento en la prevención del daño asociado con la atención sanitaria.

- **Objetivos específicos:**
 - Priorizar, a nivel del SNS, áreas de investigación específicas como, la prevención de los riesgos y daños asociados a la asistencia sanitaria, identificación, implantación y evaluación de prácticas seguras y recomendaciones de “NO hacer”, etc.
 - Realizar estudios periódicos de incidencia y prevalencia de eventos adversos y los factores condicionantes, en diferentes ámbitos asistenciales.
 - Facilitar la participación de las CC.AA. en proyectos de investigación sobre seguridad del paciente a nivel nacional e internacional.
 - Establecer áreas de investigación en seguridad del paciente en el marco de los programas de investigación de las CC.AA.
 - Utilizar la evidencia disponible para mejorar la identificación, difusión y evaluación de prácticas seguras en distintos contextos sanitarios.
 - Promover la participación de los pacientes y sus familias en el establecimiento de prioridades de investigación y en el desarrollo de los estudios que se considere.
 - Desarrollar acciones para la difusión de los resultados de los estudios de investigación en seguridad del paciente:
 - Difundir los principales proyectos, publicaciones originales y meta-análisis en materia de investigación e innovación en seguridad del paciente, entre los distintos ámbitos del SNS.
 - Recopilar y difundir los resultados definitivos de proyectos europeos en materia de seguridad del paciente.
 - Fomentar la difusión y actualización de páginas web actualizadas en materia de seguridad del paciente a nivel local y autonómico.
 - Fomentar la difusión de la página web de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad (<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/>).
 - Desarrollar recomendaciones para impulsar el uso seguro de herramientas digitales en el SNS, telemedicina, inteligencia artificial y atención remota, abordando riesgos como la continuidad asistencial y la precisión diagnóstica.

- Facilitar la participación de los profesionales sanitarios en proyectos de investigación sobre seguridad del paciente.

LINEA 6: PARTICIPACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL

Con el fin de mejorar y expandir el conocimiento sobre seguridad del paciente, es necesario crear alianzas y redes de trabajo con las diferentes organizaciones internacionales interesadas en este tema. Estas alianzas permiten, además, compartir experiencias sobre las mejores prácticas seguras y los éxitos en la implantación de las mismas.

Recientemente, la pandemia de COVID- 19 ha evidenciado la necesidad de que todos los países puedan ofrecer un estándar de cobertura sanitaria universal segura, en un mundo cada vez más globalizado y con una creciente crisis en los trabajadores de la salud.

Desde 2015, los líderes mundiales socios de la Organización de las Naciones Unidas, adoptaron un conjunto de objetivos globales, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con metas específicas que los países deben esforzarse por alcanzar en 2030, incluido España. Entre estos ODS se incluye el de **“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”** a través, entre otros, del acceso a unos servicios de salud que impulsen una **atención segura y de alta calidad**.

La OMS a través de su programa de seguridad del paciente ha impulsado retos, programas y acciones y una red de trabajo en la que España participa activamente. La estrategia española está perfectamente alineada con el *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030* con el cual comparte principios y objetivos.

En este aspecto destacar también las actividades de la *Estrategia global para la Prevención y Control de Infecciones* de la OMS, en las que España participa de manera activa. Aunque esta Estrategia incorpora muchos elementos nuevos, también se basa en una serie de Resoluciones, estrategias globales y planes de acción existentes relacionados con la seguridad del paciente como son; la Resolución *WHA72.6* (Acción Global en Seguridad del Paciente) y el objetivo estratégico 3.3 del *Plan de Acción mundial para la seguridad del paciente*.

España, además, forma parte de los grupos técnicos y de definición de políticas de seguridad del paciente en la **OCDE**, en el **Consejo de Europa** y en la **Unión Europea**, así como en acciones de seguridad del paciente de la **OPS**.

Las colaboraciones más relevantes se pueden consultar en la página Web de Seguridad del paciente (<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/participacionInternacional>).

De acuerdo con el *“Informe de resultados: Apoyo en la actualización de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS”* elaborado por el MS en 2022, se señala la necesidad de no hacer referencia solamente a la participación internacional sino también nacional, potenciando la colaboración entre CCAA y entre estas y las SSCC y compartiendo las experiencias de éxito entre las CCAA.

Objetivo general 6.1: promover la colaboración internacional en seguridad del paciente.

- Objetivos específicos:
 - Mantener y reforzar la colaboración en seguridad del paciente, con la OMS y la OPS.

- Mantener y reforzar la colaboración con los EEMM y la Comisión Europea en grupos de trabajo y acciones conjuntas, en el marco de las acciones de calidad y seguridad del paciente de la UE.
- Mantener y reforzar la colaboración con los grupos de trabajo de la OCDE relacionados con la seguridad del paciente.
- Difundir entre los profesionales y la ciudadanía las colaboraciones que se llevan a cabo a nivel internacional, utilizando para ello medios como la Página Web de Seguridad del Paciente.
- Identificar y establecer colaboraciones con los centros de excelencia internacionales en educación y formación en seguridad del paciente.

Objetivo general 6.2: promover la colaboración nacional en seguridad del paciente.

- Objetivos específicos:
 - Difundir la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS y las acciones desarrolladas en su marco, a las CCAA y otras partes interesadas.
 - Desarrollar iniciativas de colaboración y espacios para compartir experiencias de éxito y adquirir nuevos conocimientos entre las CCAA.
 - Realizar anualmente eventos y jornadas en materia de seguridad del paciente con la participación de SSCC y representantes de las CCAA.

LÍNEA 7. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS ÁMBITOS ASISTENCIALES

En 2024, la OMS publicó, la “Carta de derechos de seguridad del paciente”⁽¹⁵⁾ como un recurso clave destinado a apoyar la implementación del Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención sanitaria. La Carta tiene como objetivo describir los derechos de los pacientes en el contexto de la seguridad y promueve la defensa de estos derechos, tal como lo establecen las normas internacionales de derechos humanos, **para todos, en todas partes y en todo momento**, reconociendo la seguridad del paciente como un componente integral del derecho a la salud.

Incluso el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030⁽³⁹⁾ incluye dentro de su objetivo estratégico 3 la estrategia de garantizar la seguridad de los pacientes en todos los entornos incluidos los de salud mental, residencias de mayores y otros ámbitos, prestando especial atención en las transiciones de la atención.

En la línea estratégica 2 de esta misma estrategia se mencionan las prácticas clínicas que garantizan la seguridad del paciente en los pacientes críticos, durante la cirugía y anestesia, durante los cuidados, en el uso seguro de las radiaciones ionizantes y de medicamentos y en la prevención de IAAS.

Esta línea pretende ampliar la circulación de información y prácticas seguras relacionada con la seguridad en otros ámbitos.

Objetivo general 7.1: garantizar la seguridad del paciente en todos los ámbitos

- Objetivos específicos:

- Abordar los riesgos para la seguridad del paciente como un área prioritaria de enfoque en toda la planificación estratégica y puesta en marcha de los servicios de atención sanitaria.
- Incluir una infraestructura de la seguridad del paciente en todos los centros, garantizando un entorno asistencial seguro a través de la adecuada gestión de equipamientos, infraestructura y edificación.
- Introducir y reforzar elementos de seguridad del paciente en la prestación de servicios, concesión de licencias y la acreditación de centros y servicios.
- Reforzar medidas que favorezcan la actitud proactiva y responsable de profesionales en pro de la seguridad del paciente.
- Brindar apoyo y fomentar la adaptación de programas e intervenciones sobre seguridad del paciente en otros ámbitos, por ejemplo, en centros residenciales para personas mayores.
- Incorporar elementos de seguridad del paciente que incluyan la gestión de riesgos en entornos de emergencias, brotes de enfermedades y entornos de extrema adversidad.
- Establecer métricas con indicadores homogéneos, para facilitar la comparación entre organizaciones.

5 Evaluación

Evaluar la seguridad del paciente y el nivel de avance en la implementación de las líneas estratégicas y objetivos establecidos permitirá analizar la efectividad de la estrategia en la prevención y disminución de daños asociados a la asistencia sanitaria e identificar las posibles áreas de mejora tanto para reorientar las mejores actuaciones en la seguridad del paciente, como para la mejora continua en los aspectos de gestión sanitaria y práctica clínica.

La evaluación y el análisis de la situación, del avance y de la aplicación de las iniciativas y programas es necesario. Resulta fundamental que se lleve a cabo de forma colaborativa y cohesionada y que tenga un enfoque progresivo que implique gradualmente a las CC. AA, al nivel local y en última instancia a los propios centros y servicios sanitarios (*Imagen 1*).

La elaboración de estrategias y la aplicación de iniciativas para mejorar la seguridad del paciente en sus diversos ámbitos: cultura de seguridad, sistemas de notificación y aprendizaje, trabajo en equipo y comunicación, identificación y establecimiento de prácticas seguras, participación de los pacientes, etc. y su posterior evaluación desencadenarán una serie de mejoras y adaptaciones del sistema que incrementará la finalidad última: la reducción del daño al paciente en el punto de atención. (*Imagen 1*).

Por ello, esta Estrategia, se ha venido evaluando desde sus inicios, utilizando **metodologías multifacéticas** que permitan obtener una visión del nivel de seguridad de los servicios sanitarios del SNS a nivel de macrogestión.

El “Manual para la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020” publicado por el MS, establece la metodología por el que se definieron una serie de indicadores, revisados, actualizados y acordados por las CC. AA y cuyos

resultados se presentaron en el “Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”.

Imagen 1. Evaluación progresiva y priorizada. Fuente propia.



En la futura evaluación del nuevo periodo de esta Estrategia, será necesario reevaluar, actualizar y consensuar con las CC. AA **indicadores y criterios de evaluación** que garanticen:

- La **transparencia de la información** relativa a la seguridad del paciente en el SNS.
- **Fomentar la seguridad del paciente** en los diferentes puntos de atención.
- **Identificar resultados exitosos** y no exitosos para fomentar el **aprendizaje** colaborativo para la mejora.
- Poner de manifiesto **oportunidades de mejora** para enfocar nuevas acciones.

Para ello se llevará a cabo la identificación y selección de indicadores a través del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta lo aprendido en el ejercicio de evaluación anterior.

También se tendrán presentes aquellos indicadores ya definidos en programas y proyectos desarrollados en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS como son el **Programa de Higiene de Manos**, el **Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos**, en el que se incluyen los siguientes proyectos: *Bacteriemia Zero*, *Neumonía Zero*, *Resistencia Zero*, e *Infección del Tracto Urinario Zero*, **Programa de Seguridad en el Bloque Quirúrgico**, en el que se incluyen los siguientes proyectos: *Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero* y los Sistemas de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Además de otros indicadores del resto de Sistemas de Notificación del SNS.

6 Abreviaturas y acrónimos

ACR: Análisis causa-raíz.

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality.

AP: Atención primaria.

BDCAP: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria.

BZ: Bacteriemia Zero.

CAP: Centro de Atención Primaria.

CC.AA.: Comunidades Autónomas.

CE: Comisión Europea.

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CS: Cirugía Segura.

CSN: Consejo de Seguridad Nuclear.

CSUR: Centros, Servicios y Unidades de Referencia.

EA: Evento adverso.

EE.MM.: Estados miembros.

ESP: Estrategia de Seguridad del Paciente.

EUNetPaS: European Network for Patient Safety.

FECYT: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología.

HCE: Historia clínica electrónica

HCQI: Health Care Quality Indicators.

HM: Higiene de Manos.

IAAS: Infección asociada a la asistencia sanitaria.

IBEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica.

ICPS: International Classification for Patient Safety.

IHI: Institute for Healthcare Improvement.

IQZ: Infección Quirúrgica Zero.

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para Ceuta y Melilla.

ISMP: Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos

ITU: Infección de Tracto Urinario.

ITU-Z: Infección de Tracto Urinario Zero.

LVQ: Listado de Verificación Quirúrgica.

MAR: Medicamentos de Alto Riesgo.

MMR: microorganismos multirresistentes.

MS: Ministerio de Sanidad.

NHS: National Health Service.

NZ: Neumonía Zero.

OIEA: Organismo Internacional de Energía Atómica.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PBA: Preparado de Base Alcohólica.

PRAN: Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos.

PROA: Programa de Optimización del Uso de Antibióticos.

PSPC: Programa de Seguridad en Pacientes Críticos.

RAE-CMBD: Registro de Actividad de Atención Especializada- Conjunto Mínimo Básico de Datos.

RRHH: recursos humanos.

RZ: Resistencia Zero.

SAMIRA: Agenda Estratégica para Aplicaciones de Radiaciones Ionizantes Médicas

SGQS: Grupo Directivo sobre Calidad y Seguridad (de las aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes)

SS.CC.: Sociedades científicas.

SINASP: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TCAES: Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UE: Unión Europea.

UFGR: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020 [Internet]. 2016 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
2. Ministerio de Sanidad. Manual de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020 [Internet]. 2022 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2022/docs/03-ESTRATEGIA_SEGURIDAD_PACIENTE_2015-2020.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020 [Internet]. 2021 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2022/docs/220623-EVALUACION-SP.pdf>
4. Servicio Riojano de Salud. Plan de Seguridad del Paciente 2022-2024 [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/portadas/te-interesa/PS-PACIENTE-SERIS.pdf>
5. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020 [Internet]. 2018 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf
6. Consejería de Sanidad de La Comunidad de Madrid. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 [Internet]. 2015 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia_de_seguridad_del_paciente_2015-2020_serma_rev.pdf
7. Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha. Estrategia de Seguridad del Paciente 2019-2023 [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190513/estrategia_de_seguridad_del_paciente_de_castilla-la_mancha.pdf
8. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Estrategia para la Seguridad del Paciente [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategiaSeguridadPaciente_v5.pdf

9. Xunta de Galicia. Estratexia galela de seguridade e calidade asistencial [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1768/Estratexia_gal_seguridade_e_calidade_asistencial_2024-28.pdf
10. European Society for Quality in Healthcare. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS) Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety [Internet]. 2006 [citado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.aezq.de/medien/pdf/themen/ueberschrift/who-glossery-patient-safety.pdf>
11. Aiken LH, Sermeus W, McKee M, Lasater KB, Sloane D, Pogue CA, Kohnen D, Dello S, Maier CBB, Drennan J, McHugh MD; Magnet4Europe Consortium. Physician and nurse well-being, patient safety and recommendations for interventions: cross-sectional survey in hospitals in six European countries. *BMJ Open*. 2024 Feb 12;14(2): e079931. doi: 10.1136/bmjopen-2023-079931. PMID: 38346890; PMCID: PMC10862305.
12. Abildgren L, Lebahn-Hadidi M, Mogensen CB, Toft P, Nielsen AB, Frandsen TF, Steffensen SV, Hounsgaard L. The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: a systematic review. *Adv Simul (Lond)*. 2022 May 7;7(1):12. doi: 10.1186/s41077-022-00207-2. PMID: 35526061; PMCID: PMC9077986
13. Tomás Vecina S, Astier Peña, MP, editores. Cultura de seguridad del paciente en España: Percepciones y tendencias de los profesionales de las organizaciones sanitarias. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y Fundación por la Investigación, la Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP); 2024
14. Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Healthcare professional as second victim in healthcare injuries. *Med Clin (Barc)*. 2020 Feb 14;154(3):98-100. doi: 10.1016/j.medcli.2019.09.005. Epub 2019 Nov 25. PMID: 31780216.
15. World Health Organization. Patient safety rights charter. [Internet].2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/376539>.
16. Aranaz Andrés JM, Espinel Ruiz MA, Manzano L, De Jesus Franco F. Evaluating the Integration of Patient Safety in Medical Training in Spain. *Int J Public Health*. 2024;69:1607093. doi: 10.3389/ijph.2024.1607093.
17. World Health Organization. Patient safety curriculum guide for medical schools. [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598316>
18. Saura Llamas, J., Astier Peña, M. P., & Puntos Felipe, B. La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. *Atención Primaria*. 2021; 53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2021.102199>
19. Ministerio de la presidencia. Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y

- criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica. [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-12015-consolidado.pdf>
20. World Health Organization. Medication without harm. Global patient safety challenge on medication safety [Internet]. 2017. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
 21. World Health Organization. Global burden of preventable medication-related harm in health care: a systematic review [Internet]. 2023. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088887>
 22. World Health Organization. Medication without harm: policy brief [Internet]. 2023. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062764>
 23. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. 2021. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
 24. World Health Organization. Medication safety in high-risk situations [Internet]. 2019. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.10>
 25. Ministerio de Sanidad, Instituto para el Uso Seguro de los medicamentos. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo [Internet]. Mayo 2023. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Recomendaciones_para_el_Uso_Seguro_Medicamentos_Alto_Riesgo-2023.pdf
 26. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy [Internet]. 2019. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>
 27. World Health Organization. Medication safety in transitions of care [Internet]. 2019. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
 28. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos [Internet]. 2019. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2019/docs/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf>

29. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria en pacientes crónicos [Internet]. 2022. [consultado 26 de septiembre 2024]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Documento_final- Octubre 2022. ACCESIBLE.pdf
30. Otero MJ, Pérez-Encinas M, Tortajada-Goitia B, Rodríguez-Camacho JM, Plata Paniagua S, Fernández-Megía MJ, et al. Análisis del grado de implantación de las prácticas de prevención de errores de medicación en los hospitales españoles (2022). *Farm Hosp.* 2023;47(6):268-76.
31. Otero MJ, Merino de Cos P, Aquerreta González I, Bodí M, Domingo Chiva E, Marrero Penichet SM, Martín Muñoz R, Martín Delgado MC. Assessment of the implementation of safe medication practices in Intensive Medicine Units. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2021:S0210-5691(21)00176-5.
32. Otero MJ, Alonso Díez M, Esteban Cartelle H, Jiménez Hernández S, Miguéns Blanco I, Samartín Ucha M, et al. Evaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Farm Hosp.* 2024. DOI: 10.1016/j.farma.2024.07.007
33. Agra-Varela Y, Prieto-Santos N. Retos en el uso seguro de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. *Farm Hosp.* 2023;47(6):243-5.
34. ISMP-España. Los 10 errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes detectados en 2020 y cómo evitarlos. *Boletín 50*; Febrero 2021 [Internet]. [consultado 26/9/2024]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2050%20%28Febrero%202021%29.pdf>
35. ISMP-España. Errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes notificados en 2021. *Boletín 51*; Junio 2022 [Internet]. [consultado 26/9/2024]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2051%20%28Junio%202022%29.pdf>
36. ISMP-España. Errores y riesgos persistentes asociados con la medicación. *Boletín 53*; Diciembre 2023 [Internet]. [consultado 26/9/2024]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2053%20%28Diciembre%202023%29.pdf>
37. Vidal C, Antolín-Amérigo D, Reaño M, Valero A, Sastre J; Collaborators; SEAIC Board of Directors. Safety and Quality Recommendations in Allergy Medicine (Spanish acronym, RESCAL). *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2018 Apr;28(Suppl. 1):1-39. doi: 10.18176/jiaci.0267. PMID: 29688173.
38. Ministerio de Sanidad. Cinco momentos clave para la utilización segura de los medicamentos [Internet]. 2022. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/incoMomentosClaves/home.htm>
39. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud

- [Internet].[consultado 07/5/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
40. World Health Organization. Report of the 75th World Health Assembly, A75/ACONF/5 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_ACONF5-en.pdf
 41. World Health Organization. Global strategy on infection prevention and control [Internet]. 2023. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gsipc/who_ipc_global-strategy-for-ipc.pdf?sfvrsn=ebdd8376_4
 42. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. EPINE: Informe España 2024. Prevalencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos [Internet]. 2024 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2024%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a.pdf/reports-esp>
 43. Ministerio de Sanidad. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos [Internet]. 2010. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/higieneDeManos/docs/guia_aplicacion.pdf
 44. Ministerio de Sanidad. Programa de Higiene de manos del SNS [Internet]. [consultado 5 de mayo 2025]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/higieneDeManos/programa.htm>
 45. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y gestión Sanitaria. Encuesta de Prevalencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos en España 2012-2021. Informe de Vigilancia [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2021%20Evolucion%20EPINE%20Informe%20Vigilancia%20Espa%C3%B1a%202012-2021.pdf/reports-esp>
 46. Navarro-Gracia JF, Gómez-Romero FJ, Lozano-García FJ, Ortí-Lucas R, Delgado-De Los Reyes JA, Fernández-Prada M, Herruzo-Cabrera R; ZSIP Group of Hospital Coordinators. Effectiveness of the Zero Surgical Infection Project (ZSIP) in Spanish hospitals 2017-2021: a prospective cohort study. J Hosp Infect. 2025 Feb;156:78-86. doi: 10.1016/j.jhin.2024.11.011. Epub 2024 Nov 22. PMID: 39579938.
 47. Hadaway L. Short peripheral intravenous catheters and infections. J Infus Nurs. 2012 Jul-Aug;35(4):230-40. doi: 10.1097/NAN.0b013e31825af099. PMID: 22759827.

48. Washington GT, Barrett R. Peripheral phlebitis: a point-prevalence study. *J Infus Nurs*. 2012 Jul-Aug;35(4):252-8. doi: 10.1097/NAN.0b013e31825af30d. PMID: 22759829.
49. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014 [Internet]. [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_541_terapia_intravenosa_aetsa_compl_caduc.pdf
50. Pittiruti M, Van Boxtel T, Scoppettuolo G, Carr P, Konstantinou E, Ortiz Miluy G, et al. European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus): A WoCoVA project. *J Vasc Access* [Internet]. 2023 [consultado 2 mayo 2024];24(1):165–82. DOI:10.1177/11297298211023274.
51. Singh R, Bhandary S, Pun KD. Peripheral intravenous catheter related phlebitis and its contributing factors among adult population at KU Teaching Hospital. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* [Internet]. 2008 [consultado 2 mayo 2024];6(4):443-7. DOI:10.3126/kumj.v6i4.1732.
52. Pasalioglu KB, Kaya H. Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. *Pak J Med Sci* [Internet]. 2014 [consultado 2 mayo 2024];30(4):725–30. DOI:10.12669/pjms.304.5067
53. Ministerio de Sanidad. Programa PRINCESS (Programa para la mejora de la Higiene de manos en los centros residenciales dirigidos a personas mayores) [Internet]. 2024 [consultado 7 de mayo 2025] Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/programaPrincess/docs/PROGRAMA PARA LA MEJORA DE HIGIENE DE MANOS EN CENTROS RESIDENCIALES DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES.pdf>
54. Ministerio de Sanidad. Protocolo Proyecto Cirugía Segura [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2014 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadBloqueQuirurgico/docs/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf>
55. Grau M. Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015 [Internet]. [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadBloqueQuirurgico/docs/Listados_verificacion_quirurgica_AQuAS_2015_RedAgencias_MinisterioSanidad.pdf
56. Kaltoft A, Jacobsen YI, Tangsgaard M, Jensen HI. ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *J Perianesth Nurs*. 2022 Feb;37(1):34-39. doi: 10.1016/j.jopan.2021.01.002. Epub 2021 Nov 19. PMID: 34802922.

57. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2018 Aug 23;8(8):e022202. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202. PMID: 30139905; PMCID: PMC6112409.
58. Appelbaum R, Farrell M, Hoth J, Jung H, Pathak A, Nassar A, et al. Handoffs and transitions of care in the intensive care unit: an American Association for the Surgery of Trauma Critical Care Committee clinical consensus document. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2025;10:e001677. doi: 10.1136/tsaco-2024-001677.
59. Lazzari C. Implementing the Verbal and Electronic Handover in General and Psychiatric Nursing Using the Introduction, Situation, Background, Assessment, and Recommendation Framework: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2024 Jan 9;29(1):23-32. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_24_23. PMID: 38333347; PMCID: PMC10849277.
60. Ministerio de Sanidad. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SENECA . [Internet]. 2010. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>
61. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor [Internet]. 2022.[consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadCaidas_personamayor.pdf
62. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025 [Internet]. 2022. [consultado 7 de mayo 2025] Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/paifls_2022_2025_version_definitva.pdf
63. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Torra-Bou JE, Pancorbo-Hidalgo PL. Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. 3ª ed. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2021. ISBN 978-84-09-28231-9.
64. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Haesler E, editor. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.
65. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing* 2022; 51: 1–36. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>.
66. Comunidad de Madrid. Guía de recomendaciones en prevención de caídas en la persona mayor institucionalizada [Internet]. Mayo 2023.[consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050940.pdf>.
67. López-Franco María Dolores, Soldevilla-Agreda J Javier, Torra-Bou Joan Enric, Pancorbo-Hidalgo Pedro L, Martínez-Vázquez Sergio, García-Fernández Francisco P. Prevalencia de las

- lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. [Internet]. 2023 [consultado 7 de mayo 2025] ; 34(4): 260-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000400007&lng=es. Epub 08-Mar-2024.
68. Sociedad Española de enfermería Neonatal. Prevención de lesiones por presión en neonatos. Documento de consenso sobre cuidados preventivos en lesiones por presión[Internet]. 2023. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en:<https://www.seenenfermeria.com/sites/default/files/documentos/prevencion-de-lesiones-por-presion.pdf>
 69. Girón Jorcano G, Andréu Villanueva P, Cuello Arazo, et al. Prevención y tratamiento de las lesiones por presión [Internet]. 2009. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-y-tratamiento-de-las-lesiones-por-presion.pdf>
 70. Lanillos de la Cruz, Mª. J. Comisión de Cuidados de la Piel. Gerencia de Área Integrada de Guadalajara. Guía Rápida. Prevención de Lesiones por Presión. Mayo 2023. . [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en:https://ulceras.net/publicaciones/guia-rapida-lpp-gaigu_compressed.pdf
 71. Torra-Bou Joan Enric, Soldevilla-Agreda J Javier, Pancorbo-Hidalgo Pedro L, López-Franco María Dolores, García-Fernández Francisco P. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. Gerokomos [Internet]. 2023 [consultado 7 de mayo 2025]; 34(4): 269-276. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000400008&lng=es. Epub 08-Mar-2024.
 72. García-Fernández Francisco P, Soldevilla-Agreda J Javier, Pancorbo-Hidalgo Pedro L, Torra-Bou Joan Enric, López-Franco María Dolores. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en adultos hospitalizados en España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. Gerokomos [Internet]. 2023 [consultado 7 de mayo 2025] ; 34(4): 250-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000400006&lng=es. Epub 08-Mar-2024
 73. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 [Internet]. 2022. [consultado 7 de mayo 2025].Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
 74. ECRI Institute. Deep Dive: Patient Identification [Internet]. 2016 [citado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/PSO%20Deep%20Dives/Deep%20Dive_PT_ID_2016_exec%20summary.pdf
 75. Nacioglu A. As a critical behavior to improve quality and patient safety in health care: speaking up! Saf Health. 2016;2:10. doi: 10.1186/s40886-016-0021-x.

76. Sánchez Sánchez F, Sánchez Marín FJ, López Benavente Y. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Rev Calid Asist.* 2008;23(6):253–8 [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-un-estudio-cualitativo-conocer-caracteristicas-13128654>.
77. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, Noble EL, Tse LL, Dalal AK, Keohane CA, Lipsitz SR, Rothschild JM, Wien MF, Yoon CS, Zigmont KR, Wilson KM, O'Toole JK, Solan LG, Aylor M, Bismilla Z, Coffey M, Mahant S, Blankenburg RL, Destino LA, Everhart JL, Patel SJ, Bale JF Jr, Spackman JB, Stevenson AT, Calaman S, Cole FS, Balmer DF, Hepps JH, Lopreiato JO, Yu CE, Sectish TC, Landrigan CP; I-PASS Study Group. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014 Nov 6;371(19):1803-12. doi: 10.1056/NEJMs1405556. PMID: 25372088.
78. World Health Organization. Día Mundial de Seguridad del Paciente. Llamados a la acción y mensajes clave [Internet]. [consultado 7 mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2023/calls-to-action>
79. Ahn JW, Jang HY, Son YJ. Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Nurs Manag.* 2021;29(4):623–34. doi: 10.1111/JONM.13207
80. Bressan V, Mio M, Palese A. Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *J Adv Nurs.* 2020;76(4):927–38. doi: 10.1111/JAN.14288.
81. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open.* 2018;8(8):e022202. doi: 10.1136/BMJOPEN-2018-022202.
82. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Subdirección de Calidad y Cooperación Sanitaria. Recomendaciones para la comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves [Internet]. 2019. [consultado 7 mayo de 2025] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020276.pdf>.
83. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de Investigación [Internet]. [consultado 7 mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.segundasvictimas.es/definiciones>
84. Consejo de la Unión Europea. Directiva 97/43/EURATOM, de 30 de junio, relativa a la protección de la salud frente a los riesgos derivados de las radiaciones ionizantes en exposiciones médicas [Internet]. 1997 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A31997L0043>
85. Real Decreto 2071/1995, de 22 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico. [Internet]. 1995 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-28493>
86. Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico [Internet]. 1999 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-24307>.

87. Real Decreto 220/1997, de 14 de febrero, por el que se crea y regula la obtención del título oficial de especialista en radiofísica hospitalaria [Internet]. 1997 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-3509>
88. Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico. [Internet]. 2009 [citado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-11125>
89. Consejo de la Unión Europea. Directiva 2013/59/Euratom, de 5 de diciembre de 2013, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes, y se derogan las Directivas 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom y 2003/122/Euratom [Internet]. 2014 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2014/013/L00001-00073.pdf>
90. Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas [Internet]. 2019 [consultado 7 mayo 2025]. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-15604>
91. Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes [Internet]. 2022 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-21682>
92. Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), Organización Mundial de la Salud (OMS). Llamado de Bonn a la Acción: Declaración conjunta del OIEA y la OMS [Internet]. 2012 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://www.iaea.org/sites/default/files/17/12/bonn-call-for-action-statement_sp.pdf
93. World Health Organization World Health Assembly, 25. Development of the medical use of ionizing radiation; 1972 [Internet]. [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/91991>
94. Organización Mundial de la Salud (OMS). Iniciativa Global en Seguridad Radiológica en Entornos Sanitarios: Informe de la Reunión Técnica, 15–17 de diciembre de 2008, Ginebra [Internet]. 2008 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/radiation/global-initiative_tm_report_2008_dec.pdf
95. Organización Mundial de la Salud (OMS). International travel and health 2020 [Internet]. 2020 [citado 7 mayo 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353046/9789240047785-eng.pdf?sequence=1>
96. Organización Mundial de la Salud (OMS). Iniciativa Global en Seguridad Radiológica en Entornos Sanitarios: Informe de la Reunión Técnica, 15–17 de diciembre de 2008, Ginebra [Internet]. 2008 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en:

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/radiation/global-initiative_tm_report_2008_dec.pdf

97. European Commission. SAMIRA Action Plan. [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://energy.ec.europa.eu/topics/nuclear-energy/radiological-and-nuclear-technology-health/samira-action-plan_en
98. Comisión Europea. Position Paper on Clinical Audits. Grupo de Trabajo en Auditoría Clínica, Steering Group on Quality and Safety (SGQS), Iniciativa SAMIRA. 13 de junio de 2023 [Internet].2023. [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://www.estro.org/ESTRO/media/ESTRO/Science/SAMIRA_SGQS_CA-Position-Paper_06_2023.pdf
99. Sandeep V. Ahuja, Abraham S. M. Paine, Mark C. J. Schmitt, et al. A Systematic Review of 639 Patients with Biopsy-confirmed Nephrogenic Systemic Fibrosis. *Radiology*. 2010;257(2):377-386. doi:10.1148/radiol.10091269.
100. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Aten Primaria*. 2023;55(7):102630. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102630. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265672300063X>
101. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guidelines. [Internet]. [consultado 07/5/2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines>.
102. Right Care Alliance. Right Care Alliance [Internet]. [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://rightcarealliance.org/>.
103. JAMA Network. Less is more [Internet]. [consultado 07 de mayo 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>
104. BMJ. Too much medicine [Internet].]. [consultado 07 de mayo 2025] [consultado en: 07 mayo 2025] Disponible en: <https://www.bmj.com/too-much-medicine>.
105. GuíaSalud. No hacer [Internet].]. [consultado 07 de mayo 2025]Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/>.
106. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 128, de 29/05/2003. [Internet].[consultado 07 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
107. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño [Internet]. 2021. [consultado 07 de mayo 2025] Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2021/docs/Recomendaciones_para_el_analisis_de_los_incidentes_de_seguridad_del_paciente_con_dano_Accesible.pdf.
108. Comité de Bioética de España. Informe sobre los aspectos éticos de la seguridad del paciente y la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad

- y eventos adversos [Internet]. 2023 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-CBE-Seguridad-Paciente.pdf>.
109. World Health Organization. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. 2016 [consultado el 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf?sequence=1>
 110. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Engaging patients for patient safety: advocacy brief [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado el 7 de mayo de 2025]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2023/docs/Engaging_patients_for_patient_safety_advocacy_brief_Geneva_World_Health_Organization_2023.pdf
 111. Marzban S, Najafi M, Agolli A, Ashrafi E. Impact of patient engagement on healthcare quality: a scoping review. J Pat Exp [Internet]. 2022;9:23743735221125439. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23743735221125439>
 112. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Financiación de estudios en seguridad del paciente [Internet]. [consultado el 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/home.htm>

