

Atención Segura durante toda la vida

Atención segura para las personas
con enfermedades crónicas

15 de septiembre de 2026



Visión internacional de enfermedades no transmisibles. **«Políticas públicas, cultura no punitiva y coordinación sociosanitaria para una cronicidad libre de daños evitables»**

María Pilar Astier Peña. Médica de Familia, Servicio Aragonés de Salud. Profesora, Universidad de Zaragoza.
Miembro de Semfyc y SECA.
Presidenta Electa de WONCA, Organización Mundial de Médicos de Familia

DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

Índice

1

Empezamos por la consulta

Una agenda cualquiera, el mundo detrás de ella y cuatro trayectorias reales

2

Qué es un incidente de seguridad en las personas que viven con enfermedades crónicas

Definición, de dónde viene el riesgo y qué significa que el viaje sea seguro

3

La Seguridad del paciente como un derecho que se ejerce desde todas las políticas

La Carta de Derechos de la OMS y los determinantes sociales de la seguridad

4

El impacto global de las enfermedades crónicas y la respuesta de los sistemas para dar una atención segura

Carga, coste, coberturas y por qué Europa es el espejo que nos sirve

5

Los actores del viaje seguro

Sistemas de salud, profesionales y pacientes, con datos de PaRIS

6

Aplicaciones a España y conclusiones

Lo que no debemos perder, qué puede hacer cada nivel y la palanca que ya existe

EMPECEMOS UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Un martes cualquiera en la agenda

PACIENTE	SEXO Y EDAD	CONDICIONES CRÓNICAS	MOTIVO DE CONSULTA
Marta S.	Mujer, 62	Diabetes tipo 2, dislipemia	Medicación renovación y dudas con la nueva pauta
Emilio T.	Hombre, 71	EPOC, hipertensión	Reagudización tos, disnea y fiebre desde hace tres días
Blanca R.	Mujer, 49	Hipertensión, obesidad. Cuidadora principal	Nuevo problema cuadro catarral y disnea
Julián A.	Hombre, 84	Insuficiencia cardíaca, EPOC, demencia incipiente	Seguimiento primera visita tras el alta hospitalaria
Nadia B.	Mujer, 38	Asma	Seguimiento revisión de la técnica de inhalación
Rafael M.	Hombre, 55	Obesidad, apnea del sueño, prediabetes	Nuevo problema dolor lumbar de dos semanas
Carmen L.	Mujer, 79	Artrosis, fibrilación auricular anticoagulada, ERC	Medicación once fármacos, revisión pendiente

Ninguna de estas consultas es excepcional. Todas conllevan riesgos que gestionar para una atención segura.

Pacientes ficticios, contruidos a partir de perfiles habituales de consulta de atención primaria.

ZOOM OUT

La misma consulta, multiplicada por el mundo

2.000 M

de personas viven con al menos una
enfermedad no transmisible

[1]

43 M

de muertes al año: el 75% de todas las
muertes del mundo

[1]

1.400 M

de personas viven con hipertensión, y
solo 1 de cada 5 la tiene controlada

[2]

La agenda de la diapositiva anterior no es un caso clínico: es una aproximación a la estructura de la demanda sanitaria en todo el mundo.

[1] Wu AW et al. Safe care for noncommunicable diseases: World Patient Safety Day 2026. *J Patient Saf Risk Manag* 2026;31(4):177-181. OMS, *Noncommunicable diseases* (2025).

[2] OMS. *Global report on hypertension 2025: high stakes — turning evidence into action*. Ginebra, 2025.

MARCO CONCEPTUAL

¿Qué es un incidente de seguridad del paciente en las ENT?

«Un evento o circunstancia que ha ocasionado, o podría haber ocasionado, un daño innecesario a un paciente.»

Organización Mundial de la Salud, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [1]

En las enfermedades no transmisibles esa definición se comporta de otra manera:

No es un evento, es una cadena

El daño se construye a lo largo de años y de decenas de contactos, no en un acto aislado.

Gran parte ocurre fuera del hospital

Tras el alta, entre visitas y durante el autocuidado en el domicilio, donde no medimos. [2]

Compromete todas las dimensiones de la calidad

Efectividad, seguridad, oportunidad, equidad y atención centrada en la persona. [3]

Por eso la pregunta no es «¿hubo un error?», sino «¿es seguro el viaje?».

[1] OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra, 2009.

[2] Wu AW et al. J Patient Saf Risk Manag 2026;31(4):177-181. · Sarkar U et al. Jt Comm J Qual Patient Saf 2009;35:377-383.

[3] OMS. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. Ginebra, 2021.



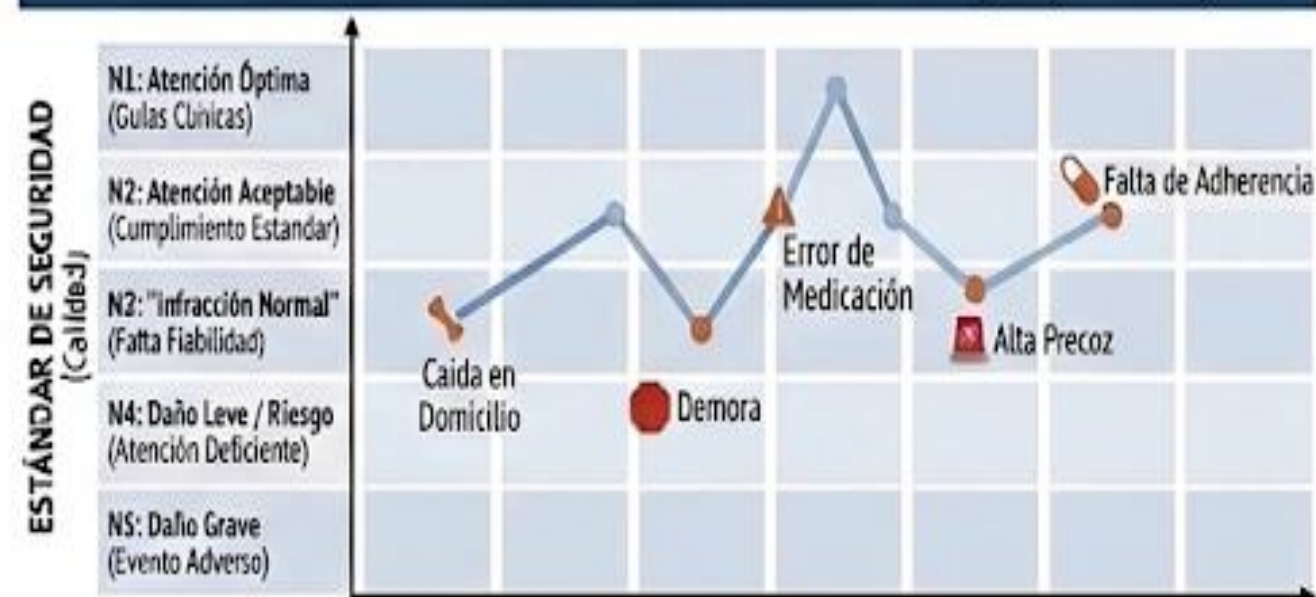
Seguridad del Paciente
Estrategias para una asistencia sanitaria más segura
Charles Vincent y René Amalberti



TRAYECTORIA INDIVIDUAL: MARTA S. (Diabetes)



TRAYECTORIA INDIVIDUAL: NADIA B. (IC y EPOC)



TRAYECTORIA INDIVIDUAL: CARMEN L. (Artrosis, FA Anticoagulada, ERC)

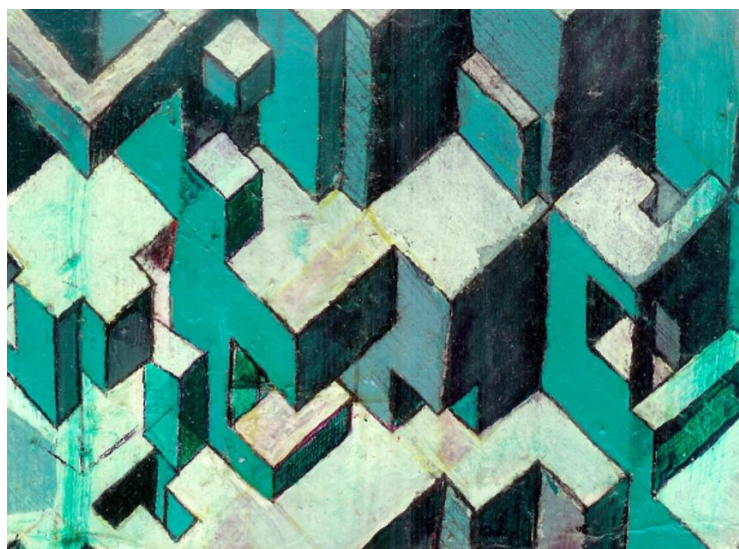


TRAYECTORIA INDIVIDUAL: JULIÁN A. (IC, EPOC, Demencia Incipiente)



LEYENDA DE INCIDENTES (Nivel de Impacto):  Error de Medicación |  Falta de Adherencia |  Demora |  Alta Precoz |  Alta Precoz |  Caída

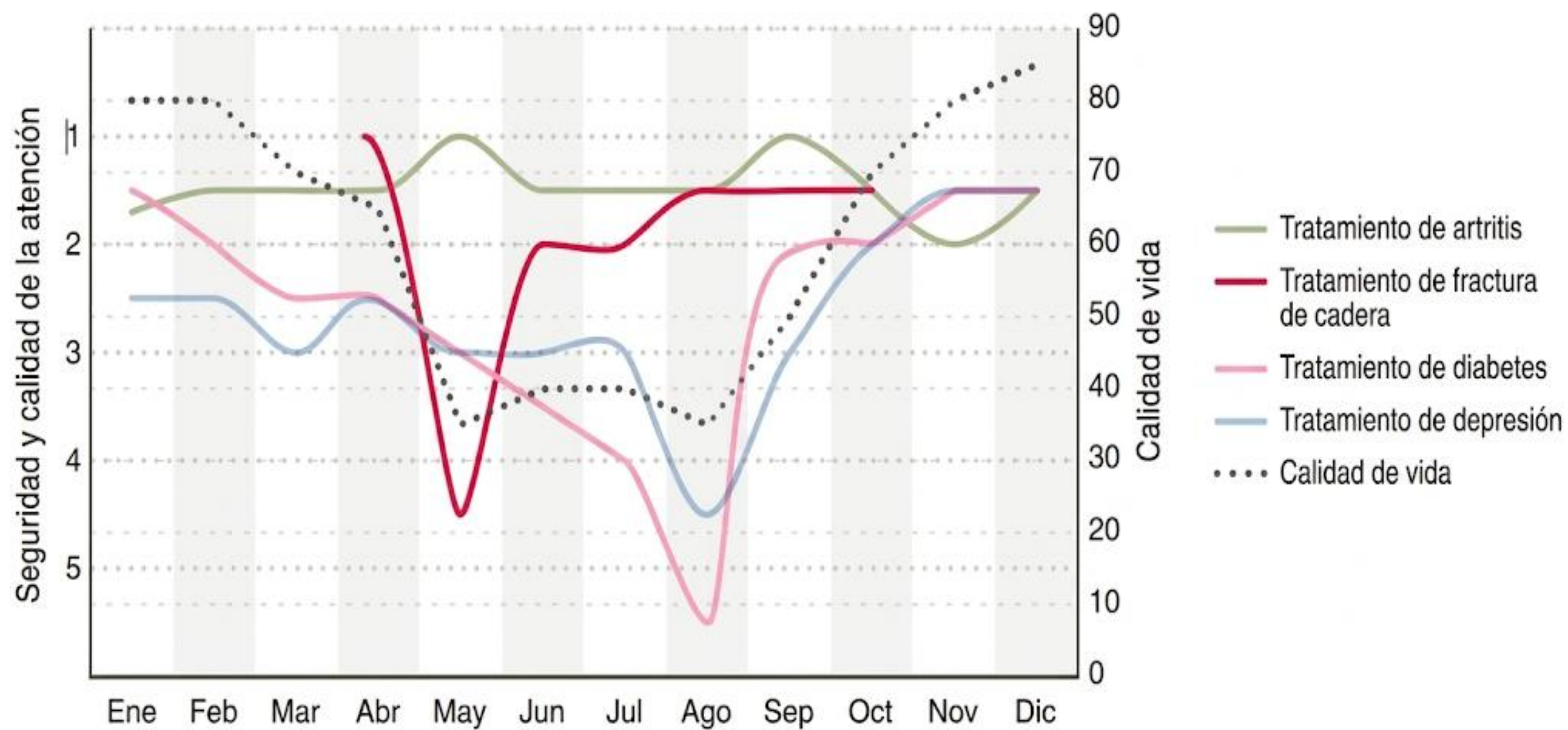
MENSAJE CLAVE (Basado en Vincent & Amalberti): "Ninguna de estas consultas es excepcional. Todas contienen un riesgo. El daño no es un evento aislado: es una trayectoria a lo largo del tiempo."



Seguridad del Paciente

Estrategias para una asistencia sanitaria más segura

Charles Vincent y René Amalberti



MARCO CONCEPTUAL

De dónde viene el riesgo en las ENT

Riesgos de la atención

- Diagnóstico tardío o erróneo
- Errores de medicación y polimedicación
- Fármacos de alto riesgo: insulina, anticoagulantes, opioides
- Monitorización insuficiente de terapias crónicas
- Infecciones asociadas en contactos repetidos
- Fallos en las transiciones asistenciales

[1]

Riesgos de la organización de los cuidados y del sistema

- Fragmentación entre niveles y entre lo sanitario y lo social
- Historia clínica no interoperable
- Escasez y rotación de profesionales
- Capacidad diagnóstica limitada
- Sistemas de notificación y aprendizaje débiles
- Cultura de seguridad insuficiente

[1] [2]

Riesgos de la persona y su entorno

- Alfabetización en salud limitada
- Autocuidado complejo, 24 horas al día
- Carga del tratamiento y de los cuidados
- Cuidadora o cuidador sin formación ni apoyo
- Brecha digital
- Determinantes sociales de la salud

[1] [3]

Los tres se multiplican entre sí a lo largo del viaje. Por eso, en las ENT, el daño se acumula en vez de concentrarse.

[1] Wu AW et al. Safe care for noncommunicable diseases: World Patient Safety Day 2026. *J Patient Saf Risk Manag* 2026;31(4):177-181.

[2] OMS. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. · OMS. Global patient safety report 2024.

[3] OCDE. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). París, 2025.

EL OBJETIVO

Que el viaje de los cuidados sea seguro quiere decir para la persona...

Que el diagnóstico llegue a tiempo

y no después de la primera complicación.

Que la medicación esté revisada y conciliada

en cada transición, no una sola vez al año.

Que alguien tenga la visión del viaje completo

y no solo la del episodio que le toca.

Que el domicilio cuente como ámbito asistencial

porque es donde ocurre la mayor parte del cuidado.

Que la persona y quienes la cuidan sepan qué vigilar

y a quién llamar, con nombre y teléfono.

Que el daño, cuando ocurra, se reconozca

se comunique, se acompañe y se aprenda de él.

«Un mundo en el que nadie sufra daño en la atención sanitaria y cada paciente reciba una atención segura y respetuosa, siempre y en todo lugar.» Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030, OMS [1]

[1] OMS. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. Ginebra, 2021.

Lema del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2026: «La atención segura para toda la vida».

UN DERECHO, NO UN FAVOR

La seguridad del paciente es un derecho

«Un indicador del compromiso de un país con los derechos humanos relacionados con la salud.»

OMS · Carta de Derechos de Seguridad del Paciente, 2024

Proteger la salud

Salud pública y prevención

Sin dañar al protegerla

Seguridad del paciente

Desde todas las políticas

Y no solo desde la sanitaria

Son la misma agenda, no dos.



Carta de derechos para
la seguridad del paciente

DETERMINANTES SOCIALES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

El riesgo vive en dos sitios: en el sistema y en la vida de la persona

CAPAS QUE PROTEGEN, O QUE FALLAN

Políticas, cobertura y protección social

Condiciones de vida y de trabajo

Educación y alfabetización en salud

Redes familiares y comunitarias

La persona: autocuidado y confianza

DÓNDE SE ROMPE LA BARRERA

- Sin cobertura de medicamentos ni protección social, el tratamiento se interrumpe. La adherencia deja de ser una decisión de la persona.
- Vivienda, renta, empleo, ruralidad: no puede acudir a la cita, no hay farmacia cerca, no puede dejar el turno.
- El informe de alta no se entiende. La dosis se equivoca en casa, no en el hospital.
- La persona cuidadora sostiene la vigilancia 24 horas sin formación, sin relevo y sin reconocimiento.
- 4 de cada 10 no se siente capaz de manejar su salud, y solo el 63% recibe apoyo suficiente para hacerlo.

**Más de la mitad de las barreras que protegen a una persona con enfermedad crónica no pertenecen al sistema sanitario.
La intersectorialidad no es un complemento: es la única forma de cerrarlas.**

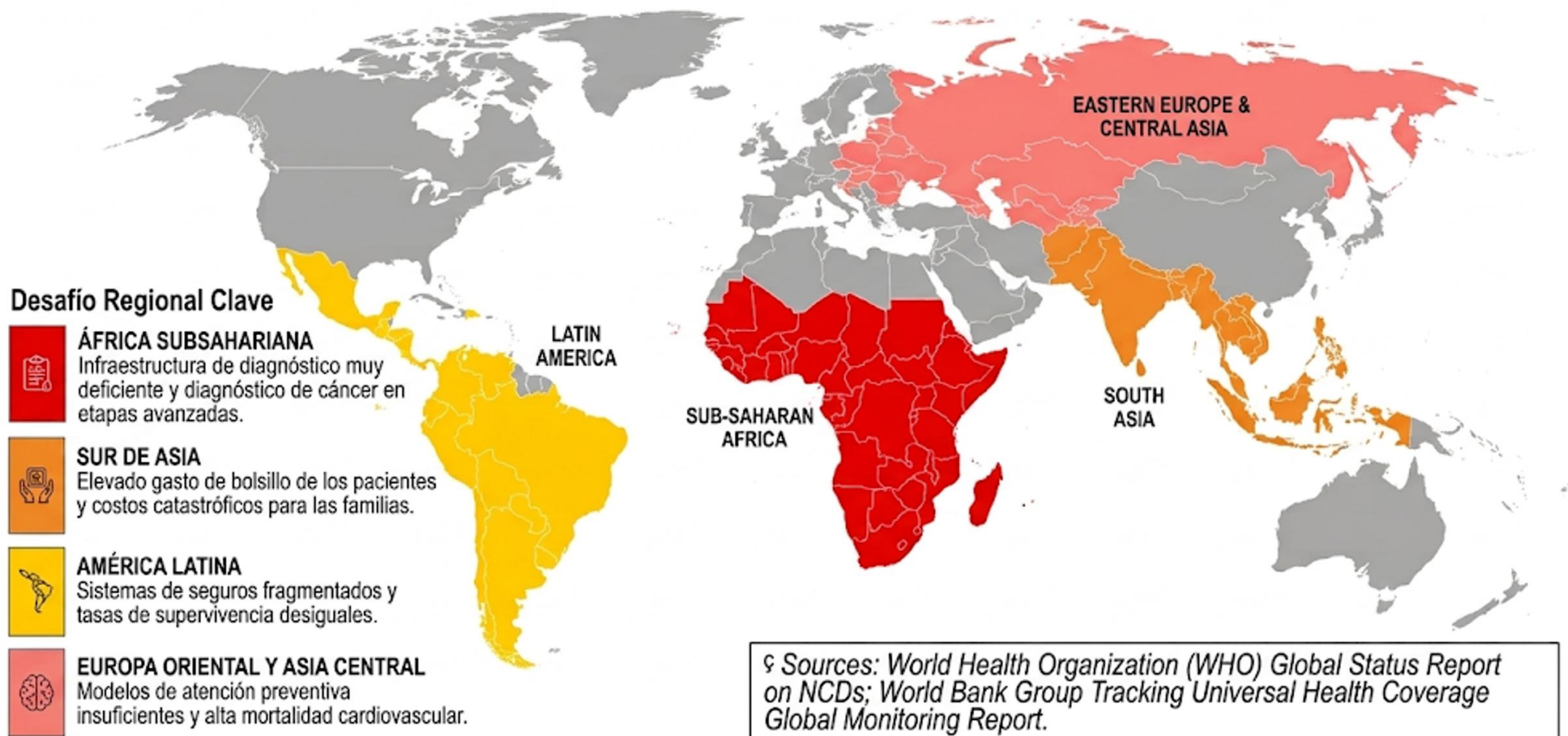
ANÁLISIS DE ISP EN ENT: UN ENFOQUE SISTÉMICO (MODELO DE QUESO SUIZO)

NIVELES DE DEFENSA SISTÉMICA



A nivel de cada país, estas barreras estructurales tienen diferente cobertura y condicionan el pronóstico de las personas con enfermedades crónicas debido a su impacto.

DETALLE REGIONAL: PRINCIPALES DESAFÍOS DE SALUD (COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES)



IMPACTO GLOBAL DE LAS ENT

Aumento de la prevalencia en los países de la OCDE, 1990-2023

+86%

Diabetes

UE +64%

+49%

EPOC

UE +41%

+36%

Cáncer

UE +39%

+27%

Enfermedad
cardiovascular

UE +21%

En 2023, **1 de cada 10** personas en la OCDE vive con diabetes y **1 de cada 8** con enfermedad cardiovascular. En la UE, **1 de cada 12** y **1 de cada 7**.



OECD Health Policy Studies

**The Health and Economic Benefits
of Tackling Non-Communicable
Diseases**



La multimorbilidad crece más deprisa que la enfermedad.

Y la multimorbilidad es, exactamente, el terreno donde se produce el daño evitable.

IMPACTO GLOBAL DE LAS ENT

Por qué la carga de enfermedad sigue creciendo

1

La obesidad anula los avances

Se ha progresado en contaminación del aire, tabaco, alcohol e inactividad física. El aumento de la obesidad se lo come todo.

2

Aumenta la supervivencia

Un éxito inequívoco de salud pública: más personas viven más tiempo con condiciones crónicas, y aumentan la demanda y la complejidad de la atención.

3

Envejecemos

Más personas alcanzan las edades en las que las ENT son más frecuentes.

Solo por el envejecimiento, y aunque todo lo demás se mantuviera constante, entre 2026 y 2050 en la OCDE:

+31%

casos nuevos de ENT

+75%

prevalencia de multimorbilidad

+50%

gasto sanitario per cápita en ENT

IMPACTO GLOBAL DE LAS ENT

El coste de no actuar y el valor de hacerlo

4 de cada 10

muertes prematuras (antes de los 75 años) en la OCDE y la UE se deben a ENT prevenibles mediante salud pública

-40% gasto +4% PIB

Si no existieran las ENT, el gasto sanitario sería un 40% menor y el PIB un 4% mayor en los próximos 25 años

ESCENARIO TOP QUARTILE

Si cada país se alinea con el 25% que mejor lo hace

-11,4% mortalidad prematura

-6,2% gasto sanitario total

+1,3% PIB anual

Media anual del periodo 2026-2050

En la UE eso equivale a evitar una muerte prematura cada 3,5 minutos, y a un ahorro comparable a todo el presupuesto sanitario de Austria.

PERSPECTIVA GLOBAL · SISTEMAS DE SALUD

¿Qué cobertura tiene realmente una persona con una ENT?

Una persona con enfermedad crónica no necesita un acto asistencial: necesita cobertura sostenida durante décadas.

71 / 100

COBERTURA DE SERVICIOS

Índice de cobertura de servicios de salud universal en 2023, frente a 54 en 2000. El subíndice de ENT es hoy el más bajo, pese a que las ENT dominan la carga de enfermedad.

[1]

26%

COBERTURA FINANCIERA

de la población mundial sufre dificultades económicas por el gasto sanitario directo de su bolsillo.

[1]

28%

COBERTURA DE MEDICAMENTOS

de los países de renta baja dispone habitualmente de todos los antihipertensivos recomendados por la OMS en farmacias o centros de primaria. En los países de renta alta, el 93%.

[2]

52,4%

COBERTURA SOCIAL

de la población mundial tiene al menos una prestación de protección social. 3.800 millones de personas no tienen ninguna.

[3]

El progreso global se ha frenado justo donde las ENT necesitan continuidad. Ahí es donde empieza el daño evitable.

[1] Banco Mundial y OMS. *Tracking Universal Health Coverage: 2025 Global Monitoring Report*. Washington/Ginebra, 2025.

[2] OMS. *Global report on hypertension 2025*. Ginebra, 2025.

[3] OIT. *World Social Protection Report 2024-26*. Ginebra, 2024.

IMPACTO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN LAS ENT

Lo que sí reduce el daño

-81%

CÁNCER

errores de medicación en quimioterapia con
prescripción electrónica asistida (RR 0,19)

-36%

ASMA

hospitalizaciones con educación en autocuidado,
plan escrito y revisión periódica (RR 0,64)

23 → 17

EPOC

ingresos respiratorios por cada 100 pacientes en 52
semanas, con plan de acción escrito

-8,8 mmHg

HIPERTENSIÓN

de presión sistólica a los 12 meses con automedida
y autoajuste del tratamiento

+5,2 meses

CÁNCER AVANZADO

de supervivencia mediana con monitorización
electrónica de síntomas (31,2 frente a 26,0)

37% vs 22%

DIABETES Y DEPRESIÓN

alcanzan objetivo combinado de HbA1c, presión y
LDL con cuidados colaborativos

La seguridad en las ENT no es un problema de una sola consulta: exige un sistema de seguridad que dure toda la vida, entre primaria, hospital, comunidad y domicilio.

ACTORES DEL VIAJE SEGURO · LA PALANCA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La longitudinalidad se comporta como una barrera de seguridad

–17%

mortalidad por cualquier causa · Dinamarca

–20%

contactos hospitalarios no programados ·
Dinamarca

–17%

ruptura de la continuidad asistencial
intersectorial · Dinamarca

–30%

atención urgente fuera de horario ·
Noruega

–28%

ingresos hospitalarios agudos ·
Noruega

–25%

mortalidad · Noruega

18 de 22

estudios de 9 países con menor
mortalidad · revisión sistemática

Tres sistemas, tres diseños y el mismo resultado. La longitudinalidad protege también aquello que peor coordinamos: el tránsito entre niveles. España parte de un índice de continuidad UPC de 0,71, por delante de Inglaterra, Suecia y Alemania.

ACTORES DEL VIAJE SEGURO

Sistemas de salud: ¿está el sistema preparado?

57%

de las mujeres elegibles fueron cribadas de
cáncer de mama en la OCDE en 2023

Rango entre países: del 15% en Grecia al 83% en Suecia

56%

de los pacientes se atiende en centros de
primaria bien preparados para coordinar la
atención e intercambiar la historia clínica
electrónicamente

Rango entre países: desde ningún centro
participante hasta todos

El rango entre países demuestra que es un problema de diseño, no de recursos: alguien ya lo está haciendo bien.

Fuente: OCDE (2026), a partir de la base de datos OCDE PaRIS 2024.



Does Healthcare Deliver?

Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)



ACTORES DEL VIAJE SEGURO

Profesionales: ¿hacemos lo que sabemos hacer?

Personas de 45 años o más que reciben consejo sobre estilos de vida en atención primaria. Medias de la OCDE.

	SIN ENT	2 O MÁS ENT
Consejo sobre alcohol en bebedores diarios	21%	31%
Consejo de cesación tabáquica en fumadores diarios	45%	70%
Alimentación saludable todos los participantes	24%	50%
Actividad física todos los participantes	40%	58%



Menos de un tercio de los bebedores diarios con multimorbilidad recibe consejo. No es solo un fallo de prevención: es un factor latente de riesgo.

Fuente: OCDE (2026), a partir de la base de datos OCDE PaRIS 2024.

ACTORES DEL VIAJE SEGURO

Pacientes: ¿les hemos dado lo que necesitan?

63%

recibe apoyo suficiente para manejar
su propia salud

Rango: del 43% al 82%

8,2 / 15

puntúa su experiencia de
coordinación de la atención
(P3CEQ)

Rango: de 5,0 a 10,3

> 60%

de las personas con dos o más ENT
toma cinco o más medicamentos

Sin ENT: menos del 10%



Does Healthcare Deliver?

Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)



Y a más enfermedades, menor confianza para autocuidarse. Quien más autocuidado necesita es quien menos capaz se siente de hacerlo.



La Cronicidad en España (EAC 2025-2028)

54,3%

**El 54,3% de la población española
mayor de 15 años padece al
menos una enfermedad crónica.**



**Pluripatología
en mayores de
65 años:**

Hombres: 40%
Mujeres: 44%



Datos de Seguridad en España (ESP 2025-2035)



Atención Hospitalaria

Riesgo: **1 de cada 10**
ingresados sufre un **Evento**
Adverso (EA).

Evitabilidad: **50%** evitable.



Atención Primaria

Riesgo: **2 de cada 100**
consultas registran un EA.

Evitabilidad: **70%** evitable.

El Domicilio como Nuevo Epicentro Clínico

(Líneas 2 y 3 de la EAC de Cronicidad)



Evitar la iatrogenia al Final de la Vida

Protocolo Estándar Descontextualizado

Control glucémico obsesivo en
ancianos frágiles



RESULTADO: Riesgo extremo
de hipoglucemias graves y
sufrimiento innecesario.

Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (GuíaSalud)

Enfoque integral



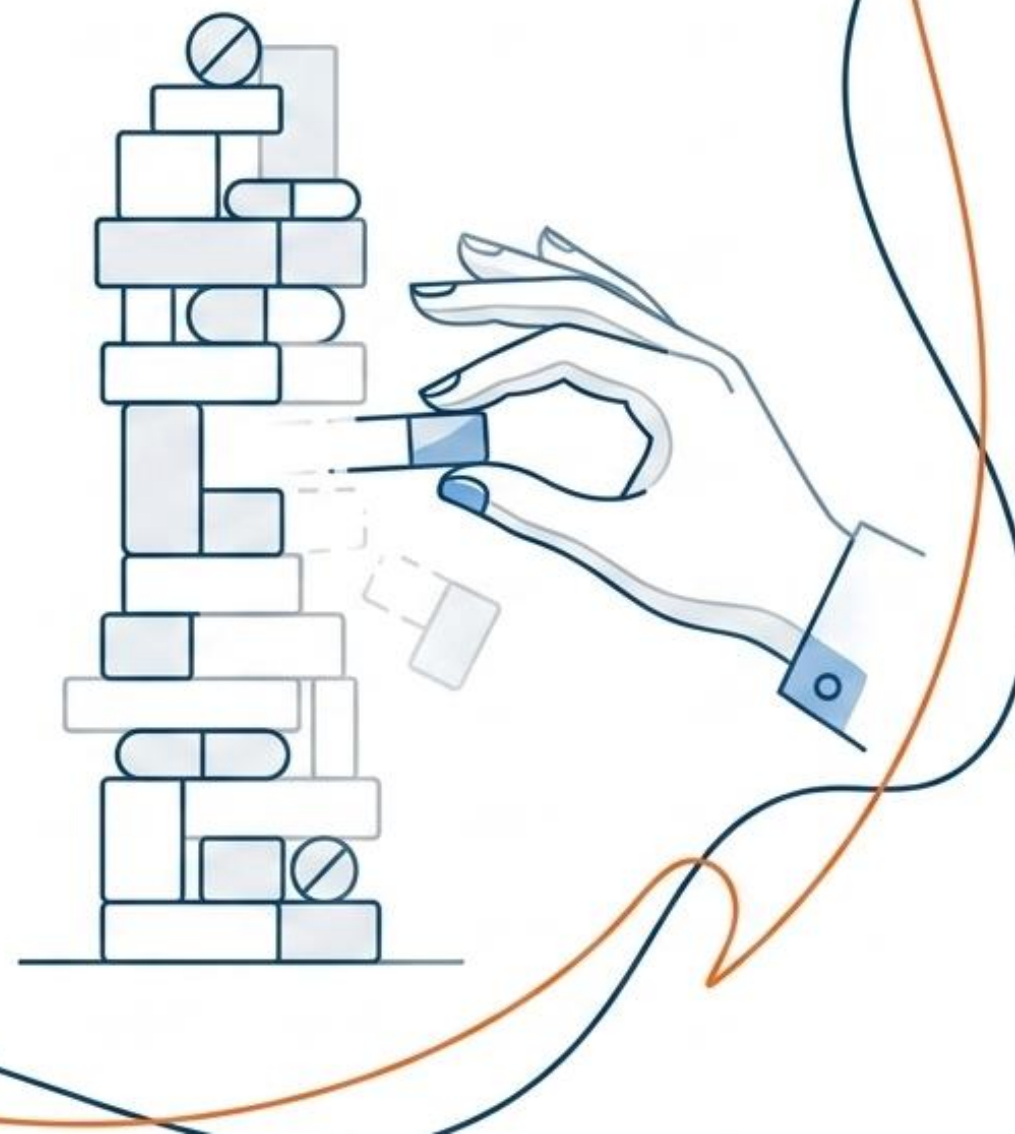
RESULTADO: Priorizar el
confort, el manejo sintomático y
la calidad de vida sobre
parámetros de laboratorio aislados.



Recomendaciones de “No Hacer”

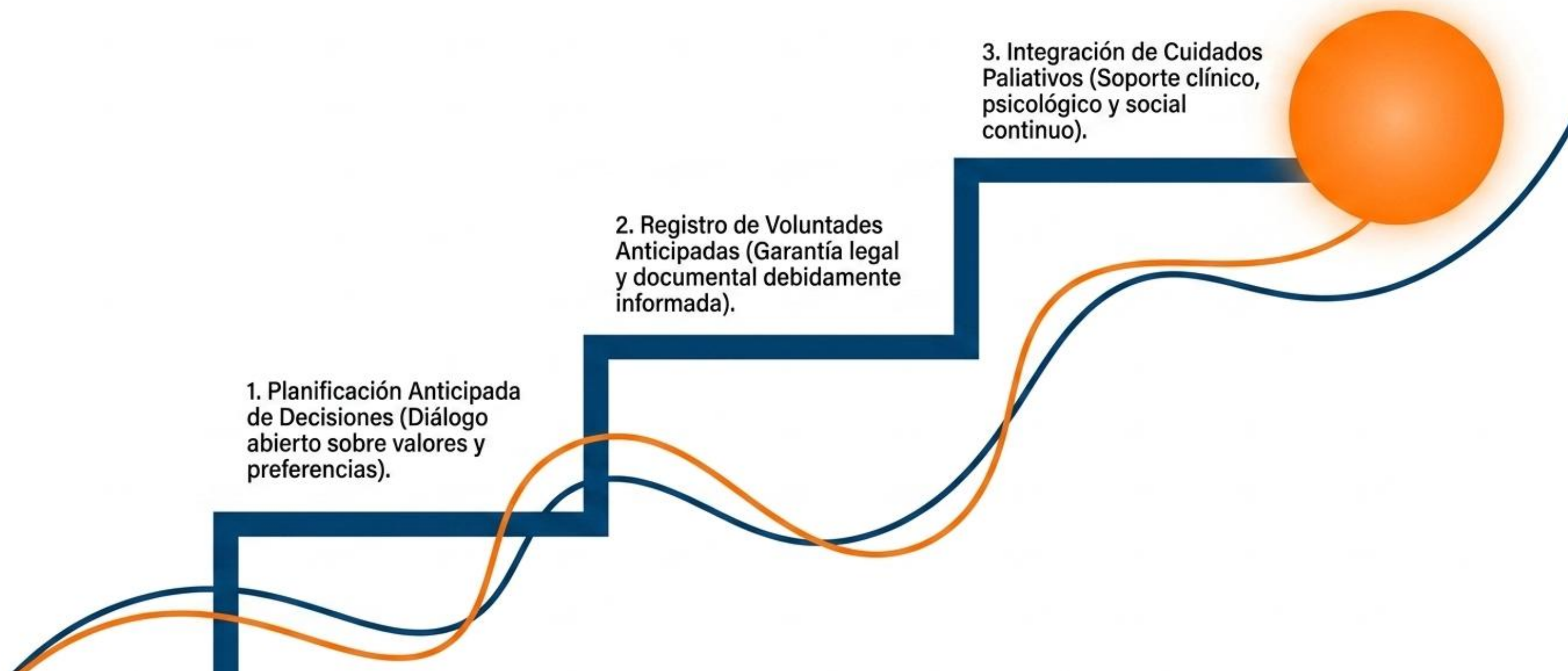
La deprescripción segura

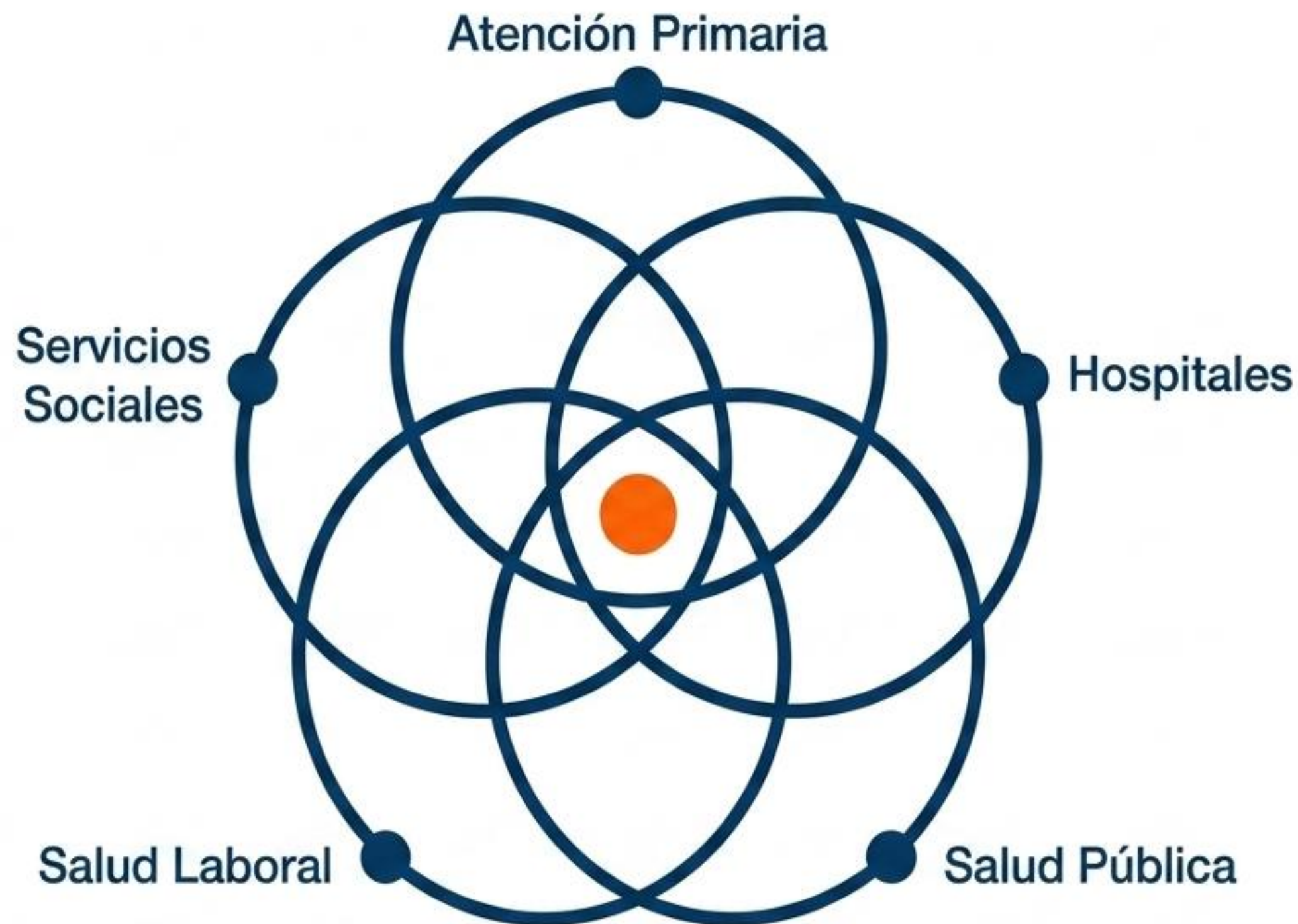
- Revisión estructurada de la polimedicación.
- Retirada de fármacos preventivos a largo plazo sin beneficio inmediato.
- Minimización de interacciones de Medicamentos de Alto Riesgo en el entorno domiciliario.





Autonomía y Tránsito Seguro





La seguridad del paciente crónico no depende de actos heroicos individuales, sino de una malla colaborativa que no deje brechas en las transiciones.

APLICACIONES A ESPAÑA

Empecemos por lo que ya funciona y no podemos perder

Barreras que hoy previenen el deterioro de las personas con enfermedades crónicas en el SNS.

Longitudinalidad en atención primaria

Médica y enfermera de familia asignadas durante años. Es la barrera más barata del sistema y la más difícil de reconstruir si se pierde.

Cobertura universal y cartera común

Cribados y prestaciones equivalentes en todo el SNS, con actualización periódica de la cartera de servicios.

Receta e historia clínica electrónicas

La base material de la conciliación de la medicación y del seguimiento entre niveles asistenciales.

Estratificación común: GMA-SNS

Una única herramienta para todo el SNS que identifica complejidad y permite priorizar la atención proactiva.

Gobernanza compartida

Comité institucional con las 17 comunidades, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, ya constituido.

Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía

Un canal ya construido para la alfabetización en salud y el autocuidado, con respaldo de las comunidades.

España puntúa bien en coordinación de la atención en PaRIS. Eso no es casualidad: es longitudinalidad. Es lo primero que hay que proteger.

APLICACIONES A ESPAÑA

Qué podemos hacer cada nivel, desde el lunes

Profesionales

- Revisión estructurada de la medicación con desprescripción compartida si hay cinco o más fármacos
- Teach-back en cada alta y en cada cambio de pauta
- Abrir la consulta con la agenda de la persona
- Conciliar con quien cuida delante, no en el pasillo
- Notificar sin miedo: cultura no punitiva

Organizaciones

- Conciliación de la medicación en el alta hospitalaria
- Informe de alta en la historia de primaria en 48 horas
- Enfermera gestora de casos para crónicos complejos
- Llamada proactiva a las 72 horas del alta
- Un canal de contacto único, identificable y con nombre
- Medir experiencia con PREM, no solo actividad

Gobiernos autonómicos

- Interoperabilidad real de la historia clínica entre comunidades y con servicios sociales
- Indicadores comunes de seguridad en cronicidad
- Proteger la longitudinalidad en la dotación de primaria
- Equidad rural: nodos de atención a menos de 30 minutos
- Integración sociosanitaria con responsabilidad definida

Pacientes y ciudadanía

- Escuelas de Salud para la Ciudadanía: autocuidado y alfabetización en salud
- Asociaciones de pacientes en las comisiones de seguridad
- Plan escrito de acción para la agudización, en casa
- Saber qué vigilar y a quién llamar, con nombre y teléfono
- Formación y relevo para quien cuida

**Ninguna de estas medidas exige una ley nueva ni un presupuesto nuevo.
Exigen decidir quién las hace y medir si se hacen.**

Alineado con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS 2025-2028 y con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2025-2035.

Marco de estrategias de seguridad: Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Springer, 2016.

EMPECEMOS POR LA CONSULTA

Un martes cualquiera en la agenda

PACIENTE	SEXO Y EDAD	CONDICIONES CRÓNICAS	MOTIVO DE CONSULTA
Marta S.	Mujer, 62	Diabetes tipo 2, dislipemia	Medicación renovación y dudas con la nueva pauta
Emilio T.	Hombre, 71	EPOC, hipertensión	Reagudización tos, disnea y fiebre desde hace tres días
Blanca R.	Mujer, 49	Hipertensión, obesidad. Cuidadora principal	Nuevo problema cuadro catarral y disnea
Julián A.	Hombre, 84	Insuficiencia cardíaca, EPOC, demencia incipiente	Seguimiento primera visita tras el alta hospitalaria
Nadia B.	Mujer, 38	Asma	Seguimiento revisión de la técnica de inhalación
Rafael M.	Hombre, 55	Obesidad, apnea del sueño, prediabetes	Nuevo problema dolor lumbar de dos semanas
Carmen L.	Mujer, 79	Artrosis, fibrilación auricular anticoagulada, ERC	Medicación once fármacos, revisión pendiente

Ninguna de estas consultas es excepcional. Todas conllevan riesgos que gestionar para una atención segura.

Pacientes ficticios, contruidos a partir de perfiles habituales de consulta de atención primaria.

APLICACIONES A ESPAÑA

El plan de trabajo ya existe: Estrategia de Seguridad del Paciente 2025-2035

Seguridad en todos los ámbitos asistenciales

La línea nueva de la Estrategia. Es la puerta de entrada del domicilio y de la atención comunitaria al perímetro de la seguridad del paciente. Coincide con el lema del Día Mundial 2026: atención segura para toda la vida.

Prácticas seguras

Uso seguro del medicamento y reducción de prácticas de escaso valor. Se solapa, palabra por palabra, con la línea de adecuación de la práctica asistencial de la Estrategia de Cronicidad.

Participación de pacientes y ciudadanía

El vehículo para llevar a la práctica clínica la Carta de Derechos de Seguridad del Paciente de la OMS de 2024.

BUSCANDO SINERGIAS PARA AVANZAR DESDE LAS ESTRATEGIAS A LAS CONSULTAS:

Alinear la línea de adecuación de la práctica asistencial de la Estrategia de Cronicidad 2025-2028 con la de uso seguro del medicamento de la Estrategia de Seguridad 2025-2035 en un único indicador compartido: porcentaje de personas con cinco o más fármacos con revisión estructurada de la medicación en los últimos doce meses.

No hace falta una estrategia nueva. Hacen falta dos estrategias que se miren, un indicador que compartan y un domicilio que cuente.



¡Atención segura de por vida: un compromiso de todos!

Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2026.

Muchas gracias