

Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005 - 2011

**Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad
Agencia de Calidad del SNS
Diciembre de 2011**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

INDICE

1 INTRODUCCIÓN	3
2 ACCIONES DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: 2005-2011	5
2.1 Objetivo 8.1 Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria	5
2.1.1 Difusión del conocimiento y cultura de SP.	6
2.1.2 Programa de Formación para Profesionales.	10
2.1.3 Percepción de la cultura de seguridad de los profesionales.	14
2.2 Objetivo 8.2 Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes	15
2.2.1 Diseño de un sistema de notificación para el aprendizaje.....	16
2.2.2 Revisión de los modelos existentes.....	16
2.2.3 Propuesta normativa.....	18
2.2.4 Sistema de notificación y aprendizaje de incidentes por medicamentos.....	19
2.3 Objetivo 8.3 Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud...	19
2.3.1 Implementación de prácticas seguras en las CCAA.....	20
2.3.2 Programa de higiene de manos del SNS.	21
2.3.3 Proyecto “BACTERIEMIA ZERO”.....	23
2.3.4 Proyecto “Neumonía Zero”.....	25
2.3.5 Indicadores	26
2.4 Objetivo 8.4 Promover la investigación en seguridad de los pacientes	29
2.4.1 Estudios propios	30
2.4.2 Promoción y difusión de estudios sobre evidencia científica en la práctica clínica para profesionales, pacientes y gestores.....	32
2.4.3 Promoción y financiación de líneas prioritarias de investigación en seguridad de pacientes a través de las convocatorias de investigación del Instituto de Salud Carlos III	34
2.5 Objetivo 8.5 Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes	34
2.5.1 Acciones para conocer las opiniones, expectativas y posicionamiento de pacientes, asociaciones y ciudadanía sobre la seguridad de pacientes	35
2.6 Objetivo 8.6 Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales	36
2.6.1 Proyectos internacionales.....	36
2.6.2 Grupos de trabajo internacionales en los que participa la Agencia de Calidad	37
3 CONCLUSIONES	41
4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
5 PARTICIPANTES	44
ANEXO 1. PUBLICACIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	46
ANEXO 2. INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	50

1 INTRODUCCIÓN

La complejidad y especialización de la atención sanitaria actual con su combinación de mejoras tecnológicas, procesos e interacciones humanas ha significado un importante beneficio para los pacientes.

Sin embargo, ha supuesto también una mayor probabilidad de riesgo de ocasionar eventos adversos (EA), entendiendo como tales a aquellas circunstancias relacionadas con la atención sanitaria que producen un daño innecesario al paciente (1).

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, como así lo han mostrado diversos estudios epidemiológicos realizados a nivel internacional. Aunque los resultados varían según la metodología utilizada en los diferentes estudios, se puede afirmar que alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales sufren algún EA como consecuencia de la atención sanitaria. Estos estudios muestran también que alrededor del 50% de estos EA podrían evitarse aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada (2-7). A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

El impacto que los daños asociados a la atención sanitaria tienen para los pacientes y para la sociedad, fue puesto de manifiesto en el informe publicado en el año 1991 por el Instituto Americano de Medicina “errar es humano” (8).

Este informe fue decisivo para situar la seguridad del paciente (SP) en el centro de las políticas sanitarias de los países desarrollados y de diversas organizaciones internacionales, entre las que especialmente destacan la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(10), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa(11), la Comisión Europea(12) y diversas agencias e instituciones académicas. Estas instituciones han venido desarrollando estrategias, planes, acciones y medidas legislativas con el fin de controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), en su papel de garantizar la calidad de los servicios sanitarios que la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad le otorga (13), ha incluido la seguridad de los pacientes como una de las estrategias destacadas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (14).

La Estrategia en seguridad del paciente viene desarrollándose desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), respetando y complementando las acciones que cada una de ellas desarrolla en el ejercicio de sus competencias.

Los principios de esta estrategia se basan en la implicación de todos los actores relacionados con la asistencia sanitaria: CCAA, instituciones académicas y de investigación interesadas en el tema, así como los profesionales y pacientes, que explícitamente firmaron un compromiso de implicación en la estrategia por una asistencia sanitaria más segura a través de sus sociedades científicas o asociaciones respectivamente (15-16).

La actividad desarrollada, integrada en el marco del Plan de Calidad para el SNS en materia de seguridad del paciente, ha permitido el impulso de numerosas iniciativas, todas ellas encaminadas a conseguir unos objetivos que contemplan todos los elementos clave recomendados a nivel internacional para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

En este documento se describen las actividades más importantes desarrolladas en el marco de la estrategia de SP durante el periodo 2005-2011.

2 ACCIONES DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: 2005-2011

A continuación se describen de forma resumida las acciones en el marco de los objetivos específicos de la estrategia.



2.1 Objetivo 8.1 Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria

Mejorar la cultura de seguridad entre profesionales y pacientes en cualquier nivel asistencial es clave para cambiar el comportamiento de las organizaciones. Con este fin, la Agencia de Calidad viene realizando desde el año 2005 un esfuerzo importante para difundir el conocimiento relacionado con la SP, a través de conferencias internacionales (cinco realizadas en este periodo) y haciendo especial hincapié en la difusión de las acciones e informes desarrollados utilizando las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) a través de la página Web de SP (17) y participando en diferentes foros nacionales e internacionales (OMS, OCDE, Comisión Europea, entre otros) para compartir experiencias.

Además se está desarrollando un programa de formación en colaboración con diversas universidades españolas, que ha incluido ya a más de 5000 profesionales, dirigido a mejorar las competencias en la prevención, identificación y minimización de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

2.1.1 Difusión del conocimiento y cultura de SP

Se entiende por cultura de seguridad el modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados con la atención sanitaria (18).

2.1.1.1 Desarrollo de la página web de seguridad del paciente

La página web lleva en funcionamiento desde septiembre de 2008 y contiene toda la información relacionada con la estrategia: <http://www.seguridaddelpaciente.es/>

Desde su puesta en marcha ha recibido más de 166.000 visitas:

Año	Visitas	Áreas más vistas
2008-2009	34.123	Programa de formación Conferencia Internacional Programa de higiene de manos
2009-2010	50.700	Programa de formación Conferencia Internacional Programa de higiene de manos
2010-2011	56.584	Programa de higiene de manos Programa de formación Publicaciones
Oct-Dic 2011	24.827	Programa de higiene de manos Conferencia Internacional Proyecto Bacteriemia Zero
TOTAL	166.053	

2.1.1.2 Edición y difusión de publicaciones

Se han publicado todos los estudios financiados en el marco de la estrategia, así como traducciones de documentos de otras organizaciones. Se han impulsado monográficos sobre SP en revistas españolas y se han publicado artículos en revistas nacionales e internacionales. También se han editado materiales divulgativos y formativos.

La relación de publicaciones se presenta en el Anexo 1.

2.1.1.3 Conferencias Internacionales en SP

Con el fin de intercambiar experiencias y conocimientos en el ámbito de la SP, se han venido realizando casi anualmente conferencias internacionales que han congregado alrededor de 1200 personas incluyendo profesionales clínicos, gestores y pacientes de más de 20 países diferentes. En la siguiente tabla se describen las conferencias desarrolladas:

Año	Título de la Conferencia Internacional
2005	“Seguridad del Paciente: componente crítico de la Calidad” http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec00_eventos_01.htm
2006	“Retos y realidades en el SNS de España” http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/programa.html
2007	"Los pacientes por la seguridad del paciente" http://www.mpsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/eventosPCNS/seguridaddelpaciente.html
2008	“Buscando las mejores prácticas clínicas para una atención sanitaria más segura” http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/informacion/eventos/conferencias-internacionales-sp/iv-conferencia.html
2010	“Infección relacionada con la asistencia sanitaria y resistencia antimicrobiana”. Conferencia realizada en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea. http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/informacion/eventos/conferencias-internacionales-sp/v-conferencia.html
2011	“Evidencias científicas para la calidad asistencial y la seguridad del paciente” Conferencia realizada en paralelo al 19º Colloquium Cochrane http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/informacion/eventos/conferencias-internacionales-sp/vi-conferencia.html

2.1.1.4 Jornadas, talleres y reuniones

A continuación se presenta un resumen de otras reuniones realizadas en el Área de SP durante este periodo.

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/informacion/eventos/jornadas-talleres-reuniones.html>

Año	Jornada, taller o reunión
2005	- Taller de expertos para establecer las prioridades en SP en el SNS. Madrid, 8 y 9 de febrero - Reuniones del comité técnico de la estrategia de SP: Madrid, 19 de abril, 29 de junio y 26 de octubre
2006	- Presentación del Estudio nacional de eventos adversos. Seguridad del paciente y calidad en la atención sanitaria. Madrid, 11 de mayo

	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones del comité técnico de la estrategia de SP: Madrid, 28 de marzo y 7 de noviembre
2007	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones del comité técnico de la estrategia de SP: Madrid, 22 de febrero, 23 de mayo y 20 de noviembre - Jornada de presentación “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales”. Madrid, 17 de mayo - Talleres “Los pacientes por la seguridad del paciente”. Madrid, 5 de junio y 28 de noviembre - Jornada de formación para el estudio APEAS. Madrid, 6 de junio - Taller de buenas prácticas en seguridad de pacientes para profesionales de sociedades científicas. Madrid, 8 de noviembre - Jornada de sensibilización en enfermería sobre seguridad del paciente. Madrid, 13 de noviembre - Jornada presentación de los recursos online del Instituto Joanna Briggs. Madrid, 15 de noviembre - Taller de buenas prácticas en gestión de seguridad de pacientes para gestores. Madrid, 26 de noviembre
2008	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones del comité técnico de la estrategia de SP: Madrid, 11 de junio y 4 de diciembre - Jornada de presentación y discusión de resultados para coordinadores del estudio APEAS. Madrid, 3 de abril - Taller “Hacia una estrategia OMS- MSC para la disminución de las bacteriemias relacionadas con catéteres centrales”. Barcelona, 14-15 de abril - Encuentro de la Red de Pacientes Formadores por la Seguridad de los Pacientes Lazareto de Mahón, 24 y 25 de septiembre - Taller de formación del Proyecto Bacteriemia Zero. Madrid, 7 al 10 de octubre - International Classification for Patient Safety: Meeting with technical experts from the Spain and Latin America. Madrid, 15 de octubre - Primera reunión de coordinadores del Programa de Higiene de Manos en el SNS. Madrid, 11 de diciembre
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones del comité técnico de la estrategia de SP: Madrid, 22 de junio y 16 de diciembre - Reuniones de coordinadores del Programa de Higiene de Manos en el SNS. Madrid, 21 de abril y 17 de noviembre - Reuniones de Seguimiento del Proyecto Bacteriemia Zero. Barcelona, 22 de abril; Madrid 22 de junio y 22 de octubre - Taller de Formadores de la Red de Pacientes. Madrid, 25 de abril - Jornada de presentación del proyecto SENECA. Madrid, 24 de junio - Presentación del Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS). México, 21 de septiembre

	<ul style="list-style-type: none"> - Taller de formación de formadores sobre los 5 momentos para la higiene de las manos. Madrid, 1 y 2 de octubre - Reunión de formación del Proyecto Bacteriemia Zero. Madrid, 9 de diciembre
2010	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones del comité técnico de la estrategia de SP: Madrid, 17 de junio y 1 de diciembre - Reuniones de coordinadores del Programa de Higiene de Manos en el SNS. Madrid, 24 de marzo y 17 de noviembre - Learning from the implementation of country-wide strategies to Reduce Central Line Blood Stream Infections: The Spanish, England & Australian experiences. Ginebra, 11 de febrero - Reuniones de seguimiento del proyecto Bacteriemia Zero: Madrid, 23 de marzo y 27 de octubre - Taller de Formadores de la Red de Pacientes. Madrid, 18-19 de junio y 26-27 de noviembre - Encuentro de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente. Mahón, 22 y 23 de septiembre - Curso de formación de formadores sobre métodos de medida de la adhesión a la higiene de las manos. Madrid, 4 y 5 de octubre - Jornada de presentación de resultados finales del proyecto SENECA. Madrid, 23 de noviembre
2011	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión del comité técnico de la estrategia de SP: Madrid, 27 de enero - Reuniones del equipo de coordinación del Programa de Higiene de Manos en el SNS. Madrid, 6 de abril y 23 de noviembre - Reunión del proyecto EARCAS (Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Socio-sanitarios). Madrid, 17 de marzo - Reunión de presentación del proyecto Neumonía Zero y de seguimiento del proyecto Bacteriemia Zero. Barcelona, 22 de marzo - Presentación oficial de resultados del proyecto Bacteriemia Zero y reunión de seguimiento del proyecto Neumonía Zero. Madrid, 27 de octubre - Taller de Formadores de la Red de Pacientes. Madrid, 3-5 y 25-26 de noviembre - Expert Consultation on Hand Hygiene in Health Care. Madrid, 17 de noviembre

2.1.1.5 Presencia en foros nacionales

Con el fin de difundir la estrategia de SP y establecer vínculos para trabajar en red, se ha venido participando en diversos foros con las Sociedades Científicas entre los que cabe destacar:

- Presencia anual en las Jornadas de SP que organizan determinadas sociedades científicas como: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios (AEGRIS), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- Presencia anual en los congresos nacionales de diversas sociedades científicas que incluyen sesiones sobre SP como: SECA, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Neonatología (SEN), Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), Sociedad Española de Dirección y Gestión de los Laboratorios Clínicos (SEDIGLAC), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Perfusionistas (AEP), Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios (SAFH), Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE), entre otras muchas.

2.1.2 Programa de Formación para Profesionales

Como elemento fundamental para mejorar la cultura en seguridad se viene desarrollando un programa de formación para profesionales sanitarios que a través de una metodología multifacética pretende mejorar los conocimientos y habilidades para la gestión de riesgos, la prevención, la identificación y la minimización de los incidentes relacionados con la atención sanitaria. En el marco de este programa formativo se han desarrollado tres ediciones del Máster en Seguridad de Pacientes, 18 ediciones del curso de gestión de riesgos on-line y dos ediciones de cursos autoguiados sobre herramientas para la gestión de riesgos y prevención de EA: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/formacion/formacion-profesional.html>

Actividades de formación para el SNS



2.1.2.1 Master en Seguridad del Paciente

Se han realizado, en colaboración con la Universidad Miguel Hernández de Elche, 3 ediciones comenzando en el año 2007, en las que se han formado 88 profesionales que han realizado otros tantos proyectos finales, algunos publicados en revistas como Medicina Clínica o la Revista de Calidad Asistencial:

<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/volumen-135/numero-sup1>

<http://www.elsevier.es/es/revistas/calidad-asistencial-256/volumen-26/numero-06>

La 4ª edición ha comenzado en noviembre de 2011 y participan en ella 26 profesionales sanitarios.

2.1.2.2 Curso online de Gestión de Riesgos y Mejora de la SP

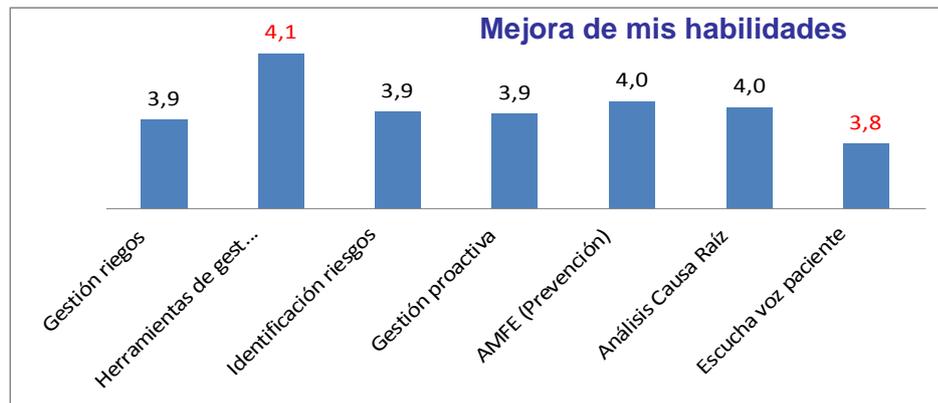
Se han realizado, en colaboración con la Universidad Carlos III de Madrid, 21 ediciones en español (para SNS y OPS-OMS) y 2 ediciones en inglés (Proyecto EUNetPaS). Se han formado alrededor de 1400 profesionales que han elaborado 300 proyectos disponibles para consulta en la página Web de SP:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/proyectos-seguridad-paciente.html>



Se trata de un curso muy demandado y bien valorado por los profesionales:

Curso GR online Resultados a los 6 meses



2.1.2.3 Módulos autoguiados de Gestión de Riesgos y Mejora de la SP on-line

- *Módulos autoguiados de Gestión de Riesgos*: se divide en 4 módulos. Desde 2009 se han realizado 7 ediciones: más de 200 profesionales formados.
- *Módulo autoguiado de Calidad Asistencial y Mejora de la SP*. Desde 2009 se han realizado 7 ediciones: 190 profesionales formados.

Los tutoriales de estos cursos están disponibles en la página Web de SP:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/tutoriales.html>

2.1.2.4 Formación para mejorar la implementación de prácticas seguras

- *Higiene de Manos*:
 - I. Talleres de formación de formadores dirigidos a los profesionales implicados en la implantación de programas y en la formación sobre higiene de manos en las CCAA. En 2009 se realizó un taller sobre el modelo de la OMS de los 5 momentos para la higiene de las manos y en 2010 se realizó un taller sobre planes de acción y métodos de medida de la adhesión a la higiene de las manos.
En conjunto, se han formado alrededor de 60 profesionales de todas las CCAA que están extendiendo dicha formación en red.
 - II. Curso on line sobre la higiene de manos durante la atención sanitaria. Dirigido a todos los profesionales sanitarios y está disponible desde noviembre de 2011 de manera permanente a través de la web de SP: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/HigieneManos/>
Durante el primer mes se registraron más de 3.700 profesionales de todas las CCAA.
- *Bacteriemia Zero*: Más de 18.000 profesionales formados desde 2009. Acceso al módulo de formación: <http://hws.vhebron.net/formacion-BZero/index.html>
- *Neumonía Zero*: Más de 10.000 profesionales formados en 2011. Acceso a la formación: <http://hws.vhebron.net/formacion-Nzero/index.html>
- *SINASP (Sistema de notificación y aprendizaje para la SP)*: Alrededor de 150 profesionales formados como formadores, 15.000 profesionales formados vía online. Acceso al módulo de formación: <https://www.sinasp.es/formacion/>
- *Otros recursos on-line*:
 - I. Bibliotecas Cochrane: <http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>
 - II. Biblioteca Johanna Brigs: <http://es.connect.jbiconnectplus.org/default.aspx>

III. Portal Guía Salud:

<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=8f21a085ea73e027ac2368da5277>

IV. Excelencia Clínica: <http://excelenciaclinica.net>

2.1.3 Percepción de la cultura de seguridad de los profesionales.

Promover la cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje, es un objetivo compartido internacionalmente. La medición de actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad en el trabajo y en el contexto general del trabajo es un paso necesario e importante para conocer y mejorar dicha cultura.

Desde la Estrategia de SP se ha promovido la adaptación de instrumentos de medida de la cultura de seguridad y su aplicación en el ámbito hospitalario y de la atención primaria.

2.1.3.1 Medición de la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario

- Adaptación del cuestionario “Hospital survey on patient safety culture” de la AHRQ (en colaboración con la Universidad de Murcia) para el análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
- Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español (en colaboración con la Universidad de Murcia). Estudio realizado en 2007 en una muestra representativa de hospitales del SNS:
http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Análisis de la cultura de seguridad antes y después de implantar el proyecto Bacteriemia Zero: pendiente de realizar el análisis de datos.

2.1.3.2 Medición de la cultura de seguridad en Atención Primaria

- Traducción, adaptación y validación del cuestionario “Medical office survey on patient safety culture” (MOSPS) de la AHRQ dirigido a los centros de Atención Primaria: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/mosps.pdf>
- Evaluación de la cultura de SP en profesionales de AP del SNS. Participan 254 centros de salud representativos de todas las Comunidades Autónomas.

Estos estudios se han realizado en colaboración con la SEMFYC.

2.2 Objetivo 8.2 Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes

- Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente son sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes relacionados con la atención sanitaria. El propósito de los sistemas de notificación es mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores para que no se vuelvan a producir o una vez producidos se minimice su impacto.
- El Consejo de Europa en su Recomendación *Rec (2006)7* del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la gestión de la seguridad de los pacientes y de la prevención de los eventos no deseables en los cuidados de salud, establece que la implementación de un sistema de notificación de eventos adversos debe garantizar la protección jurídica de los profesionales de la salud que se encuentran en el origen de la notificación, para que no sean objeto de investigaciones o de medidas disciplinarias por parte de la autoridad que les emplea, o incluso de represalias bajo la forma de controles o de sanciones penales por parte de los tribunales (19).
- La ley 16/2003 del 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud señala en su artículo 59 sobre infraestructura de la calidad que ésta deberá de incluir, entre otros elementos, “El registro de acontecimientos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente. Esta infraestructura estará a disposición tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de las Comunidades autónomas”.

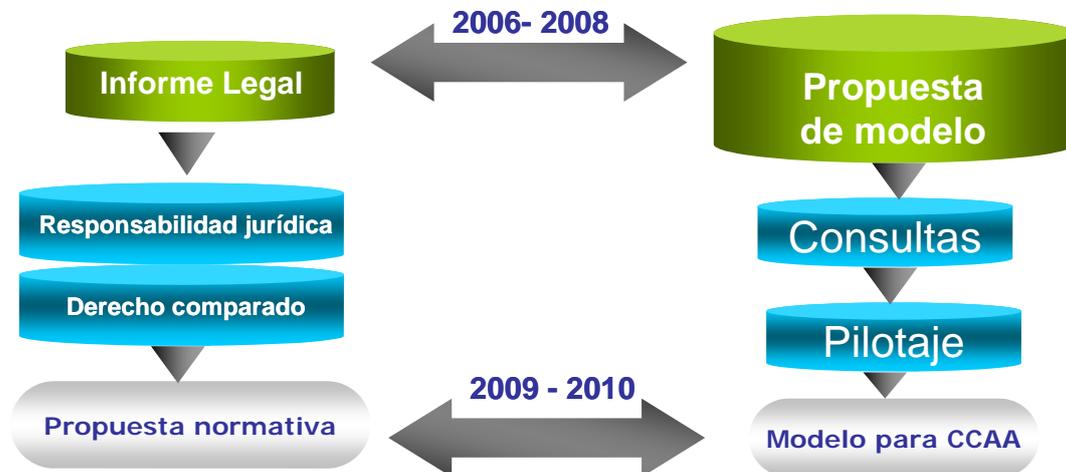
Así lo ha recogido la estrategia nº 8 sobre Seguridad del Paciente del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

De estas consideraciones se deduce que la creación de un sistema de notificación y registro de eventos adversos no constituye una mera potestad para la Agencia de Calidad sino que deriva de un mandato normativo expreso previsto en la propia ley de cohesión y calidad del SNS.

La Agencia de Calidad viene trabajando desde el año 2005 en dos aspectos fundamentales para la creación y desarrollo de un sistema de notificación para el SNS:

1. Propuesta técnica para el diseño de un modelo de sistema de notificación útil para los centros sanitarios, para las CCAA y capaz de aportar datos agregados al SNS
2. Propuesta normativa que permita crear un sistema de notificación de incidentes no punitivo para los declarantes y de esta forma fomentar la notificación y el aprendizaje

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA EL SNS



2.2.1 Diseño de un sistema de notificación para el aprendizaje

Para el diseño de un modelo de sistema de notificación (SN) se desarrollaron las siguientes acciones en colaboración con el Instituto Universitario Avedis Donabedian:

2.2.2 Revisión de los modelos existentes

En 2005 se realizó el estudio “*Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos o efectos adversos*” para describir y comparar los distintos sistemas de notificación existentes, nacionales e internacionales, e identificar sus características clave con el fin establecer un marco de propuesta para el diseño de un modelo de SN para la Seguridad del Paciente: http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf

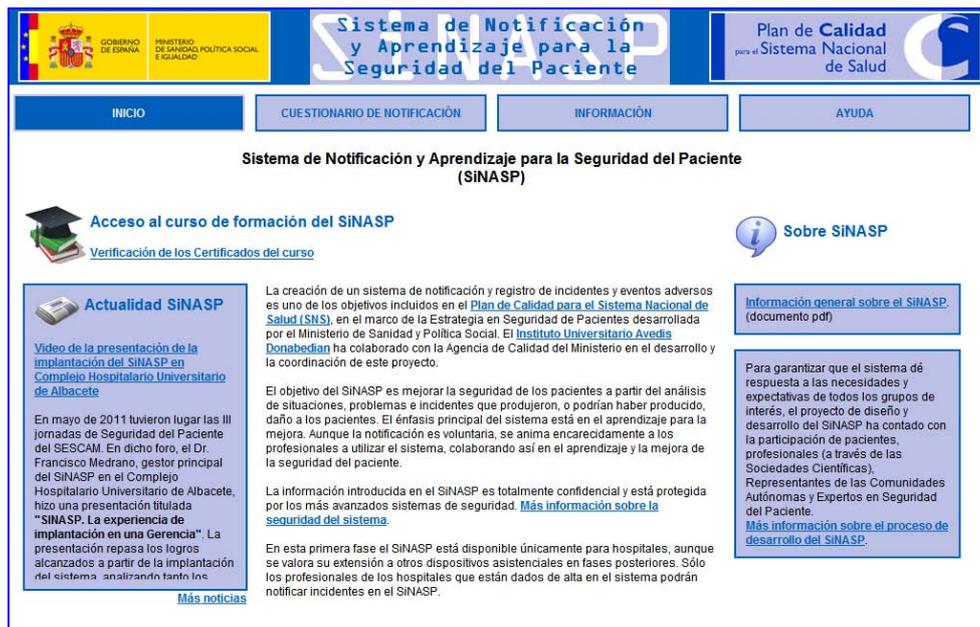
2.2.2.1 Estudio de las características del entorno, los factores críticos de éxito y las barreras para la implantación de un sistema de notificación y definición del modelo de sistema de notificación a implantar para su pilotaje

- Contactos y visitas a entidades que tenían en funcionamiento sistemas de registro y notificación de eventos adversos, y más en particular una revisión en detalle de algunos sistemas de notificación de ámbito nacional implantados a nivel internacional para conocer su funcionamiento y las lecciones aprendidas durante su diseño, desarrollo e implantación (se visitaron principalmente los sistemas de Dinamarca e Inglaterra y Gales).

- Encuesta y reunión de consenso con expertos del SNS entre los que se encontraban profesionales implicados en el desarrollo y utilización de sistemas de notificación específicos, especialistas en seguridad de pacientes y representantes de las CCAA.
- Estudio utilizando la técnica Delphi con representantes de más de 60 sociedades científicas de medicina y enfermería.
- Dos grupos focales con representantes de asociaciones de pacientes y consumidores.
- Elaboración de una propuesta específica de sistema a pilotar.

2.2.2.2 Pilotaje e implantación progresiva del sistema de notificación SINASP

- Diseño del cuestionario y de la aplicación informática
- Prueba piloto a nivel de hospital (en 2 hospitales de 2 CCAA)
- Prueba piloto a nivel de CCAA (32 hospitales de 2 CCAA)
- Implantación progresiva en otras CCAA: en la actualidad utilizan el sistema Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia y Murcia, con más de 45 hospitales incorporados. La implantación del sistema en las diferentes CCAA es progresiva, incluyendo: 1) Apoyo a la formación interna de los centros 2) Soporte al análisis de las notificaciones recibidas 3) Promoción de mecanismos de devolución de la información al notificante y feedback 4) Mecanismos de soporte continuado a los usuarios del SINASP para la resolución de dudas 5) Reuniones de seguimiento.



The screenshot shows the SINASP website interface. At the top, there is a header with the Spanish government logo and the text 'Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente'. Below the header, there are navigation tabs: 'INICIO', 'CUESTIONARIO DE NOTIFICACIÓN', 'INFORMACIÓN', and 'AYUDA'. The main content area is titled 'Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)'. It features several sections: 'Acceso al curso de formación del SINASP' with a link to 'Verificación de los Certificados del curso'; 'Actualidad SINASP' with a video link and text about the system's implementation in Albacete; 'Sobre SINASP' with an information icon; 'Información general sobre el SINASP (documento pdf)'; and a detailed description of the system's objectives and confidentiality. The text describes the system's goal to improve patient safety by analyzing incidents and events, and mentions its use in various autonomous communities.

2.2.2.3 Características y evolución del SINASP: <https://www.sinasp.es/>

- El SINASP propone una notificación voluntaria, no punible, confidencial y que permita el análisis para el aprendizaje y la implementación de mejoras a nivel local.



- Estudio de las posibilidades de compartir información entre el SINASP y otros sistemas de notificación existentes, como sistemas específicos de medicación (AGEMED, ISMP) o sistemas de algunas Sociedades Científicas con el fin de obtener el máximo beneficio de la información recogida y conseguir la compatibilización de los citados sistemas.
- Desarrollo de indicadores de monitorización y herramientas de gestión a nivel local y de la CCAA.
- Implantación del SINASP en Atención Primaria: en 2011 se ha comenzado el pilotaje.

2.2.3 Propuesta normativa

La opción por la regulación legal responde a varios objetivos:

1. Dotar de un mayor respaldo al sistema de notificación de incidentes y eventos adversos a través de su regulación normativa.
2. Incrementar la transparencia, claridad y seguridad jurídica en relación con el sistema, con el fin de generar una mayor confianza en los intervinientes en el mismo.
3. Disponer de un arsenal normativo que pueda hacer inmune al sistema de notificación frente a las demandas judiciales por responsabilidad vinculada al sistema sanitario.

Los estudios que a continuación se describen se realizaron en colaboración con la Universidad de Deusto.

2.2.3.1 Análisis de la situación legal en España para un sistema de estas características

Primer Informe. Marzo 2007: *Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. Tensiones y posibles conflictos de lege lata.*

<http://www.seguridadelpaciente.es/contenidos/castellano/2007/SistemaNotificacionRegistroPrimerInforme.pdf>

2.2.3.2 Análisis comparativo de la legislación de otros países desarrollados

Segundo Informe. Diciembre de 2007. *Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. La notificación de eventos adversos en el sector sanitario. Perspectiva de derecho comparado.*

<http://www.seguridadelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/SistemaNotificacionRegistroSegundoInforme.pdf>

2.2.3.3 Propuesta normativa para un sistema de notificación para el SNS español

El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales.

<http://www.seguridadelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/EstablecimientoSistemaNacionalNotificacion.pdf>

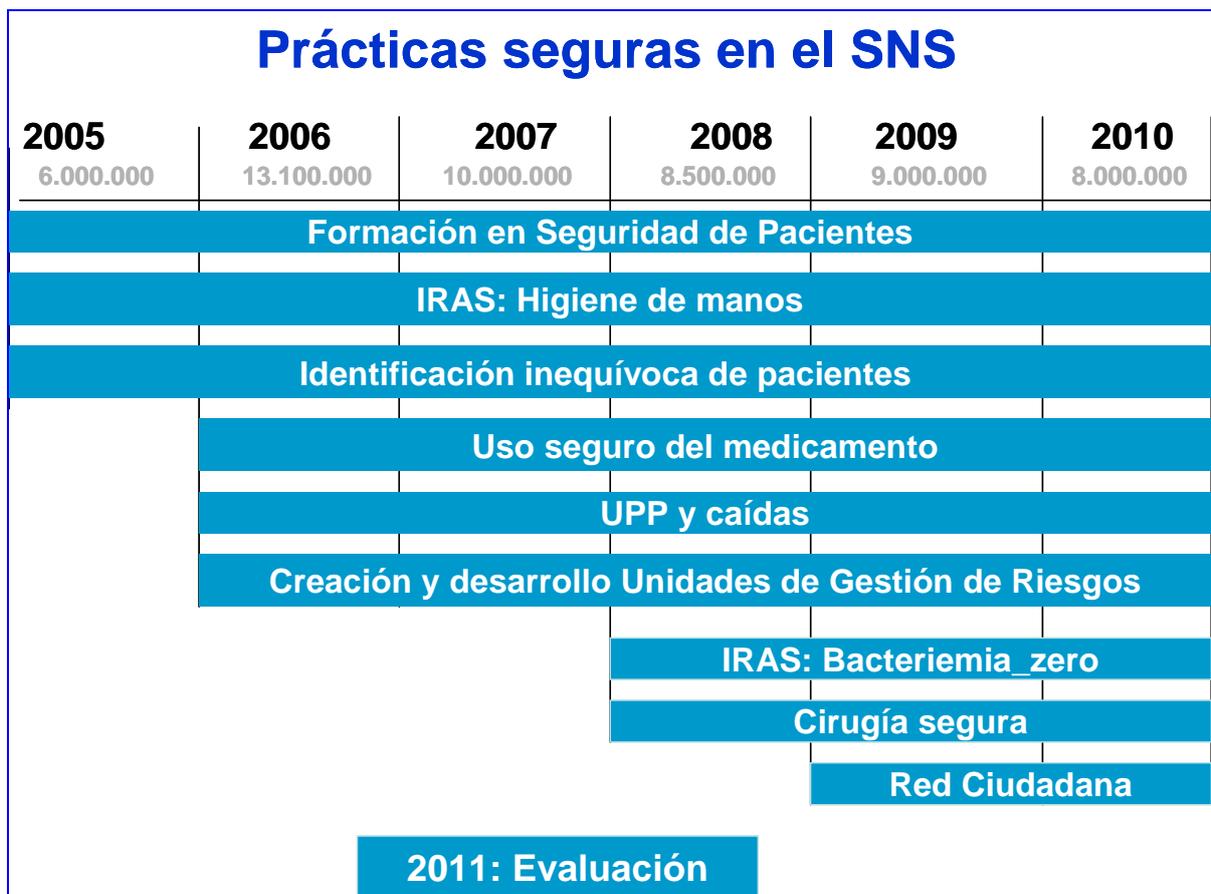
2.2.4 Sistema de notificación y aprendizaje de incidentes por medicamentos

Desde la Agencia de Calidad se financia y apoya el sistema de notificación y aprendizaje de errores de medicación promovido por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos: <http://www.ismp-espana.org/>

2.3 Objetivo 8.3 Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud

La implantación de prácticas que proporcionen seguridad a los pacientes ante las intervenciones sanitarias requiere cambios tanto en las conductas relacionadas con la práctica clínica, como en la organización de los servicios. Dada su complejidad, es necesario actuar desde diferentes ángulos, uno de los cuales es apoyar la innovación y la difusión de las buenas prácticas que se generen en el SNS, en colaboración estrecha con las CCAA, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes y usuarios.

2.3.1 Implementación de prácticas seguras en las CCAA



La implementación de prácticas seguras, que constituye el elemento clave para mejorar la práctica clínica, se promueve a través de convenios y financiación específica finalista con los diferentes servicios regionales de salud. Desde el año 2005 se han destinado más de 54 millones de euros a las CCAA para este fin:

Fondos destinados a la Estrategia de Seguridad de pacientes. Periodo 2005/2011		
	Fondos Estrategias	Convenios/Subvenciones
2005	6.000.000 €	
2006	5.000.000 €	8.068.145 €
2007	5.000.000 €	5.107.202 €
2008	5.000.000 €	3.552.731 €
2009	5.000.000 €	4.000.000 €
2010	5.000.000 €	3.000.000 €
Totales	31.000.000 €	23.728.078 €
Total Seguridad periodo 2005/2010		54.728.078 €

En el año 2011 los Fondos para políticas de Cohesión dedicaron más de tres millones de euros a las Estrategias de Salud, entre las que se encuentra la Seguridad del Paciente.

Las prácticas seguras financiadas durante este periodo se han priorizado en función de las recomendaciones realizadas por diversas organizaciones internacionales en base a la evidencia existente o a las recomendaciones de expertos; entre ellas se incluyen: identificación inequívoca de pacientes, uso adecuado del medicamento, prevención de infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS), prevención de eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos, la práctica enfermera y la comunicación entre profesionales y con los pacientes.

En el siguiente cuadro se presentan el número de proyectos desarrollados por las Comunidades Autónomas en las diversas áreas, según la vía de financiación:

Nº de CCAA que han desarrollado proyectos en cada una de las actuaciones definidas por la Agencia de Calidad. Según vía de financiación		
	Fondos Estrategias	Convenios/Subvenciones
Formación	16	12
Higiene manos	16	10
Identificación	16	8
Unidades de Gestion de Riesgos	16	12
Sistemas Notificacion EA	2	13
Bacteriemia zero	9	4
Encuesta Seguridad	7	8
Estudio CCAA EAs	9	0
Últimas voluntades	0	8

Tres prácticas seguras destacan por implicar a todas las CCAA y por su impacto en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS): el programa de higiene de manos y los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero.

2.3.2 Programa de higiene de manos del SNS



La higiene de manos (HM) es una medida sencilla y primordial para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que viene siendo recomendada en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Plan de Calidad para el SNS del año 2006.

Desde 2008 la Agencia de Calidad del SNS impulsa el Programa de Higiene de las Manos, en el marco del primer reto mundial del programa de Seguridad del Paciente de la OMS “Una atención limpia es una atención segura”, puesto en

marcha en 2005 y al que España se adhirió oficialmente en octubre de 2006.

Las acciones para fomentar una adecuada HM en los centros sanitarios del SNS son impulsadas desde la Agencia de Calidad en colaboración con las CCAA y en estrecho contacto con la OMS (20).

2.3.2.1 Acciones en colaboración con las CCAA

En 2008 se creó un grupo coordinador a nivel de SNS constituido por expertos de todas las CCAA y de la Agencia de Calidad para desarrollar el programa de HM, que ha permitido consensuar acciones básicas e indicadores de evaluación. Los objetivos específicos del programa son:

- Consensuar actividades básicas comunes (acciones en torno a la Jornada global del 5 de mayo; recomendaciones sobre productos de base alcohólica o sobre la HM en atención primaria...)
- Identificar indicadores e instrumentos de evaluación que puedan ser implantados a distintos niveles en las CCAA (recogida de información de actividades desde 2008 y recogida de indicadores desde 2009; cuestionario de autoevaluación para los centros sanitarios)
- Mejorar la información y formación de los profesionales sobre la HM (talleres de formación de formadores; curso on line de HM; traducción de los documentos y herramientas de la estrategia multimodal de la OMS; biblioteca de recursos informativos y formativos)

2.3.2.2 Acciones en colaboración con la OMS

- España forma parte de la red “CleanHandsNet”, constituida por todos los países con campañas o programas nacionales de HM.
- Traducción al español y revisión técnica de traducciones de los documentos editados en el marco de la Estrategia multimodal de la OMS
- Proyectos colaborativos: adaptación de la estrategia multimodal de la OMS para la atención ambulatoria.

Toda la información del programa de HM puede consultarse en la web de SP: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos.html>



2.3.3 Proyecto “BACTERIEMIA ZERO”

La Agencia de Calidad, en colaboración con la OMS, ha puesto en marcha un proyecto a nivel del SNS para la prevención de las infecciones relacionadas con los catéteres centrales en las unidades de cuidados intensivos (UCI):

<http://www.seguridadelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero.html>

Bacteriemia Zero comenzó en octubre de 2008 (fase de planificación), desarrollándose desde enero de 2009 a junio de 2010 la aplicación de medidas y recogida de datos. El proyecto, liderado por la SEMICYUC en coordinación con las CCAA, utiliza una estrategia multifactorial basada en la experiencia llevada a cabo en Michigan por el Dr. Peter Pronovost de la Universidad Johns Hopkins (21).

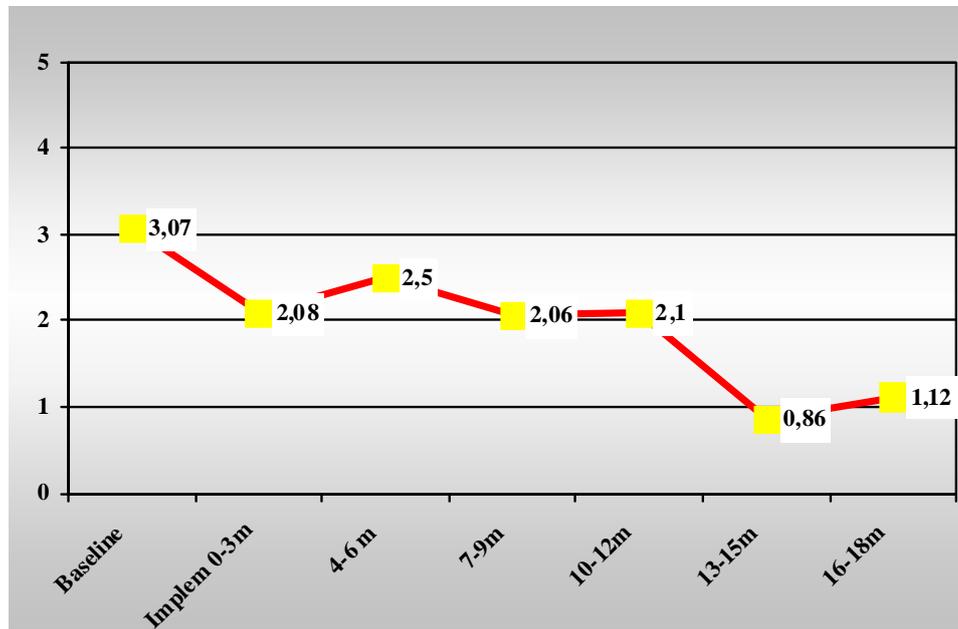
Crear una red de UCI que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y promover una cultura de seguridad en las UCI del SNS son también objetivos fundamentales del proyecto.

La intervención consiste en dos líneas complementarias e igualmente importantes que deben ser realizadas a nivel de las UCI:



El objetivo principal era reducir la incidencia de la BRC en un 40% respecto a la tasa media de los 5 años previos en las UCI españolas. Tras 18 meses de implantación puede decirse que el proyecto ha sido un éxito: la tasa de densidad de incidencia, medida por su mediana, se ha reducido de 3.07 infecciones por 1000 días de catéter a 1.12, lo que supone disminuir el riesgo de este grave problema para los pacientes en más de un 50%.

BRC: Incidencia (mediana)

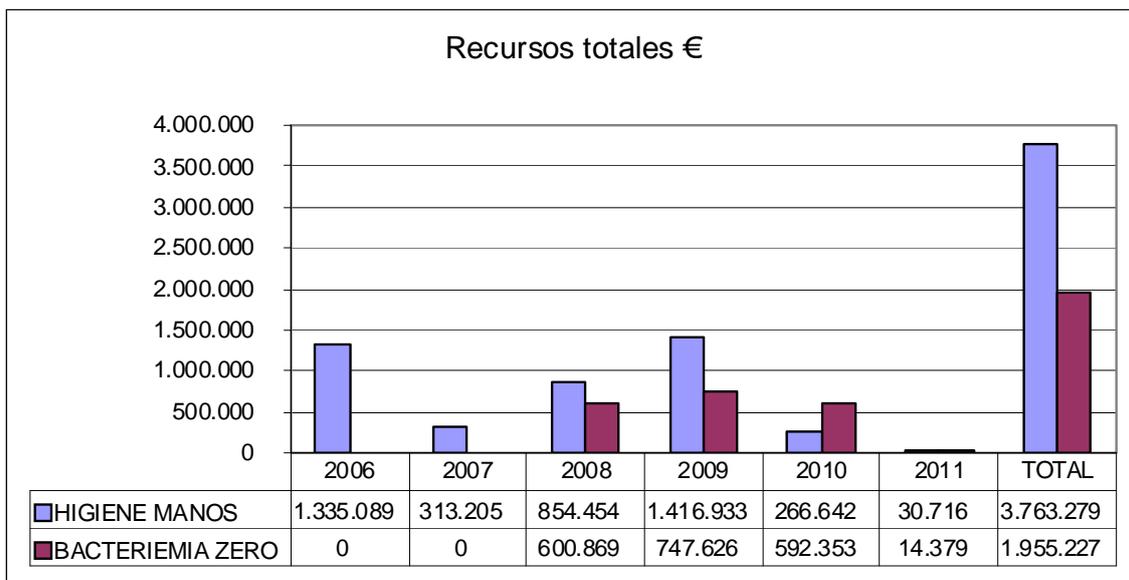


Han participado las 17 CCAA con un total de 192 UCI (65%) interviniendo activamente. Esto ha supuesto el trabajo en red de alrededor de 80 coordinadores de CCAA y unos 400 líderes de UCI. 14.879 profesionales han recibido formación sobre prevención de BRC y conceptos básicos sobre seguridad del paciente: 1.616 profesionales médicos, 8.598 profesionales de enfermería, 4.331 auxiliares de enfermería y otros 334 profesionales sanitarios.

El impacto para los pacientes puede resumirse en que se han evitado, en 18 meses, 742 episodios de sepsis. Esto permite estimar una reducción de 66 muertes por BRC y un ahorro de casi 28 millones de euros para el Sistema Nacional de Salud.

El éxito fundamental ha sido el cambio de cultura en las UCI, que ha permitido implementar otras acciones como el programa Neumonía Zero (NZ) para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), que se ha puesto en marcha en 2011 impulsado por la Agencia de Calidad en colaboración con todas las CCAA.

El siguiente gráfico recoge los recursos económicos aplicados a la implantación de estas dos prácticas seguras, HM y BZ:



2.3.4 Proyecto “Neumonía Zero”

La Agencia de Calidad del MSPSI encargó a la SEMICYUC en colaboración con la SEEIUC la revisión de la evidencia de las recomendaciones existentes en prevención de NAVM y la elaboración de una propuesta de intervención con un paquete de medidas basadas en la evidencia y aplicabilidad en nuestro país.

En el año 2010 se elaboró el documento de medidas recomendadas por el grupo de trabajo NZ y durante 2011 se está trabajando en la implementación de dichas medidas:

STOP NAV
Medidas básicas de obligado cumplimiento
a. Formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea
b. Higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea
c. Higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12%- 0,2%)
d. Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento (> 20 cm H ₂ O)
e. Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0°
f. Favorecer los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración
g. Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales
Medidas optativas específicas altamente recomendables
a. Aspiración continua de secreciones subglóticas
b. Descontaminación selectiva del tubo digestivo (completa u orofaríngea)
c. Antibióticos sistémicos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de consciencia

Actualmente participan en el proyecto 224 UCI de 16 CCAA más INGESA.

Más información sobre el proyecto: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero.html>

2.3.5 Indicadores

El desarrollo de sistemas de indicadores de monitorización es fundamental para ayudar a la comprensión, medición y control de los problemas de seguridad. Esta es un área de trabajo de gran relevancia a nivel internacional.

2.3.5.1 Indicadores del despliegue de la Estrategia de SP en el SNS

La Estrategia de Seguridad del Paciente ha impulsado la creación de elementos de infraestructura de la seguridad y la implantación de prácticas seguras a nivel de las CCAA. Es posible aprovechar el desarrollo de estos elementos medidos en forma de indicadores a nivel de CCAA, para que nos aporten una imagen del despliegue de la estrategia en el SNS.

En el seno del comité técnico de la estrategia de seguridad del paciente se ha consensuado un conjunto de indicadores que se han recogido por primera vez en 2011. Los indicadores propuestos se han agrupado en las siguientes categorías: I. de gestión de riesgos, I. de identificación inequívoca de pacientes, I. de úlceras por presión, I. de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, I. de cirugía segura, I. de seguridad de medicamentos; I. de higiene de las manos, que se recogen en el marco del programa de HM; I. de Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, cuyo seguimiento se realiza a través de las bases de datos de dichos proyectos.

En el Anexo 2 se presenta la relación de indicadores y sus definiciones.

La intención de esta primera recogida de datos no es la de evaluar la situación de la Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud; su pretensión es medir el grado de implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente desarrollada por la Agencia de Calidad del SNS. En este sentido los 15 indicadores hacen referencia a las líneas principales de actuación que desde 2005 se han definido como fundamentales para su desarrollo en las CCAA.

Los datos que se recogen son los referidos a 2010, por lo que los indicadores de estructura reflejan la situación de las CCAA en la creación de estructuras dirigidas a mejorar la seguridad del paciente como son las Unidades de Gestión de Riesgos o la implantación de algunos protocolos considerados fundamentales: identificación de pacientes, úlceras por presión o medicamentos de riesgo. No ocurre lo mismo en algunos indicadores de proceso y

en el de resultados que requieren un estudio específico llevado a cabo en 2010 para su evaluación.

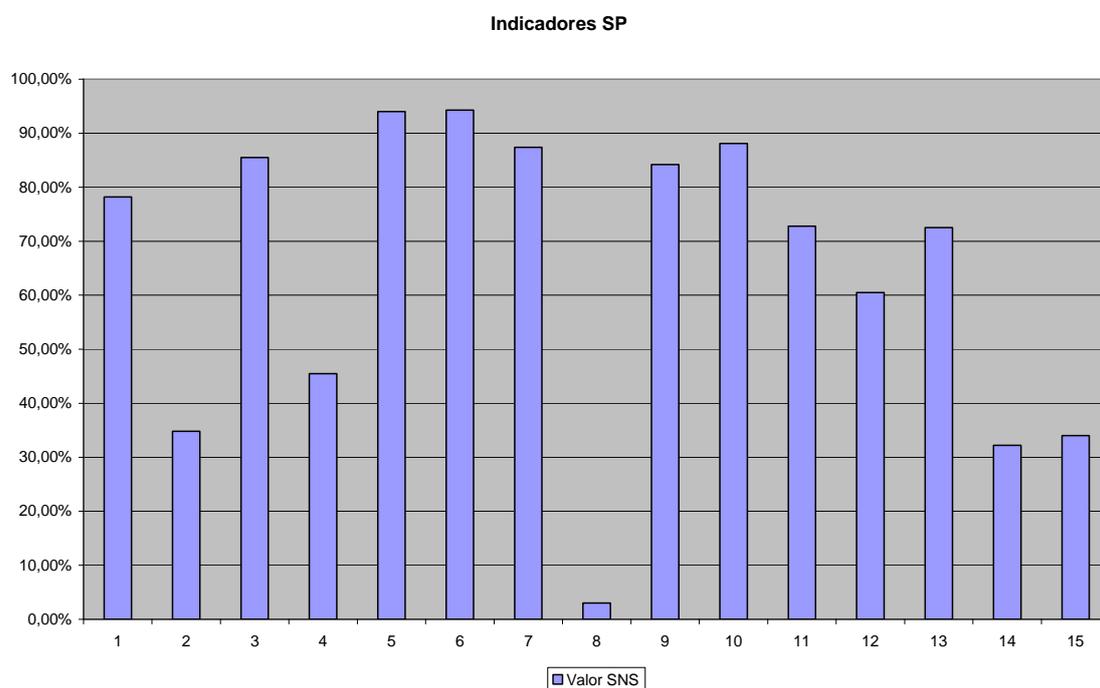
Entre el 90% y el 100% de las CCAA han aportado datos sobre los 11 indicadores definidos como básicos, mientras que la aportación de datos sobre los 4 indicadores optativos se encuentra entre el 56% y el 78%.

Para cada uno de los indicadores se ha elaborado un valor promedio puramente informativo que está construido (cuando es posible) a partir de la suma de numeradores y denominadores, por lo que el dato refleja el mayor peso de las CCAA con mayor número de centros. La limitación de este dato viene dada porque no todas las CCAA presentan información en todos los indicadores y cuando lo hacen algunas no presentan la de todos sus centros.

En la tabla se describen y clasifican los indicadores recogidos y se presenta el porcentaje de CCAA que han presentado información de cada uno de ellos:

Nombre del INDICADOR	CCAA con datos	Tipo Indicador	
1. % Hospitales con Sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la SP	100%	Básico	Proceso
2. % Gerencias de Atención Primaria con Sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la SP	89%	Básico	Proceso
3. % de Hospitales con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos que sean operativas	100%	Básico	Estructura
4. % de Gerencias de Atención Primaria con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o Unidades que asuman estas funciones y sean operativas	94%	Básico	Estructura
5. % de Hospitales con Protocolo de Identificación de Pacientes	100%	Básico	Estructura
6. % de Hospitales con Protocolo de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión (UPP)	100%	Básico	Estructura
7. % Pacientes con valoración de riesgo de Úlceras por Presión (UPP)	56%	Optativo	Proceso
8. Prevalencia de Úlceras por Presión (UPP)	67%	Optativo	Resultado
9. % de Hospitales que tienen implantado un Sistema que mide PREVALENCIA de Infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS)	100%	Básico	Proceso
10. % de Hospitales que tienen implantado un Sistema Prospectivo de medición de IRAS	94%	Básico	Proceso
11. % de hospitales que tienen implantada la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)	100%	Básico	Estructura
12. % de pacientes intervenidos de cirugía programada que se les aplica la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)	56%	Optativo	Proceso
13. % Hospitales con protocolos para medicamentos de alto riesgo	94%	Básico	Estructura
14. % Hospitales con protocolos para conciliar la medicación al alta	100%	Básico	Estructura
15. % Hospitales que aplican el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales	78%	Optativo	Proceso

En la gráfica se presentan los valores promedio de los indicadores a nivel SNS (con las limitaciones ya comentadas):



Los indicadores del programa de higiene de las manos se recogieron por primera vez en 2010 a modo de pilotaje y en 2011 se ha vuelto a recoger la información. Este año la participación de las CCAA ha sido mayor y se observa una tendencia a la mejora en los indicadores básicos:

Indicadores básicos de HM	Nº CCAA participado		Resultado indicador	
	2009	2010	2009	2010
1. % PBA en habitación	13	17	50,73%	63,78%
2. % PBA pto. atención UCI	14	17	80,80%	90,43%
3. % CAP con PBA para Aten. domiciliaria	9	15	60,04%	63,43%
4. % hospitales actividades formativas	16	18	73,02 %	81,25%
5. % CAP con actividades formativas	12	16	-	61,22%
6. Consumo en hospitalización	14	14	15,21 ml por paciente-día	14,90 ml por paciente-día

2.3.5.2 Indicadores de SP a partir del CMBD

La definición de indicadores de seguridad del paciente a partir de las bases de datos administrativas es una de las estrategias propuestas por instituciones como la AHRQ de los EEUU y la OCDE para monitorizar los eventos adversos. Desde la Estrategia de SP se ha trabajado en este tema a varios niveles:

- Participación, junto con el Instituto de Información Sanitaria (IIS), en el *Health Care Quality Indicators* de la OCDE, específicamente en el grupo de trabajo de indicadores de seguridad del paciente:
http://www.oecd.org/document/43/0,3746,en_2649_33929_37090539_1_1_1_1,00.html
- Colaboración con el IIS en la selección de indicadores de SP para el conjunto de indicadores clave del SNS y para el modelo de análisis de la hospitalización en el SNS.
- Análisis de validación en nuestro sistema de los indicadores de SP utilizados a nivel internacional: validación empírica y validación de criterio (en colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud): <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/sistemas-de-informacion-y-notificacion/indicadores.html>

2.3.5.3 Evaluación de la práctica clínica

- Construcción, validación y medición de indicadores de prácticas seguras basados en las recomendaciones del National Quality Forum (en colaboración con la Universidad de Murcia):
<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/2005.html>
- Estudio de la situación de seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales españoles: adaptación del cuestionario de autoevaluación del ISMP para evaluar de forma completa y pormenorizada la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales y realización de estudios periódicos de monitorización (2007 y 2011):
<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/2006.html>
- SENECA. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Diseño y aplicación de una herramienta para evaluar la seguridad de los pacientes ingresados en los hospitales relacionada con la práctica enfermera tomando con base el modelo EFQM (en colaboración con la Universidad de Cádiz):
<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/2007/seneca.html>

2.4 Objetivo 8.4 Promover la investigación en seguridad de los pacientes

Las actuaciones para la mejora de las prácticas seguras necesitan basarse en el conocimiento científico. Por otra parte, la participación en procesos de investigación en los

servicios de salud fomenta el interés profesional por el análisis de sus actuaciones y por la mejora de las mismas.

2.4.1 Estudios propios

2.4.1.1 Estudios epidemiológicos

Conocer la epidemiología de los efectos adversos es fundamental para desarrollar estrategias de prevención para evitarlos, o en su caso para minimizar sus consecuencias si no han podido ser evitados. Para ello se han promovido, desde la Agencia de Calidad, diversos estudios epidemiológicos para conocer la frecuencia de los EA en los diferentes ámbitos de la atención sanitaria.

- **Estudio Nacional de Eventos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS):** <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2005.html>. Los resultados obtenidos, coincidentes con otros estudios epidemiológicos similares a nivel internacional, muestran que los factores que con más frecuencia se asocian a los EA están relacionados con errores de medicación, IRAS y procedimientos. Este estudio mostró además que alrededor del 50% de los EA que se producen en los hospitales españoles podrían prevenirse aplicando prácticas seguras sencillas (22). Estudio realizado en colaboración con la Universidad Miguel Hernández de Elche.
- **Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria (APEAS):** <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2006.html>. Este estudio mostró que la frecuencia de EA en AP es del 1,1%, que el 48% estaban relacionados con la medicación y que alrededor del 70% podrían prevenirse (23). Estudio realizado en colaboración con la Universidad Miguel Hernández de Elche.
- **Estudio de incidentes y eventos adversos en Medicina Intensiva (SYREC):** <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2008.html>. La probabilidad de sufrir al menos un incidente relacionado con la seguridad por el hecho de estar ingresado en un Servicio de Medicina Intensiva, es del 62 %. Los incidentes más frecuentes son los relacionados con los fármacos, con los equipos o aparatos, con los cuidados y los relacionados con los catéteres vasculares y sondas. El 90% de todos los incidentes y el 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables (24). Estudio realizado en colaboración con la SEMICYUC.
- **Estudio de eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio-sanitarios (EARCAS):** <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang->

[es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2009.html](http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2009.html). Los incidentes y eventos adversos que con más frecuencia aparecen son los relacionados con los cuidados a los pacientes, seguidos de los relacionados con la medicación y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, que coincide con datos de hospitales de crónicos (pendiente de publicación). Estudio realizado en colaboración con la Universidad de Zaragoza.

2.4.1.2 Otros estudios

- Revisión de las prácticas seguras sencillas (PSS) recomendadas por agencias internacionales para la optimización de la seguridad del paciente y priorización de las más pertinentes en el ámbito hospitalario español:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/2007/practicas-seguras.html>

- Elaboración de un estudio de comparación sobre prácticas seguras implantadas en la política de gestión de riesgos de los hospitales de los países desarrollados y análisis de las distintas políticas y modalidades de gobierno clínico implantadas en los hospitales de estos países:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/2007/buenas-practicas.html>

- Análisis y benchmarking del tratamiento de las quejas y sugerencias en los centros sanitarios del SNS:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/otros-estudios/2007/analisis-quejas-sugerencias.html>

- Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “No Seguridad del Paciente” en problemas técnicos durante un procedimiento:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/otros-estudios/2007/costes-no-seguridad-paciente.html>

2.4.1.3 Proyectos internacionales

Entre los proyectos internacionales en los que ha participado La Agencia de Calidad cabe destacar:

- **Estudio sobre seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS):** <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2007.html>. Realizado en colaboración con la OMS, la OPS y la Universidad Miguel Hernández de Elche, con el objetivo de conocer la frecuencia de EA

y mejorar la cultura de seguridad en 5 países de Latinoamérica:

http://www.who.int/patientsafety/research/country_studies/en/index1.html

- **Proyecto EUNetPAS:** <http://www.eunetpas.eu/>. Financiado a través del programa de salud de la Comisión Europea, su objetivo fue establecer una red entre los 27 estados miembros y otras organizaciones interesadas, para promover la colaboración en el ámbito de la seguridad de pacientes.

2.4.2 Promoción y difusión de estudios sobre evidencia científica en la práctica clínica para profesionales, pacientes y gestores

2.4.2.1 Revisiones sistemáticas de SP

Desde el año 2006 se viene financiando un grupo específico de revisión en temas de seguridad del paciente a través de la Colaboración Cochrane Iberoamericana con el fin de promover la aplicación de la metodología de las revisiones sistemáticas y de la medicina basada en la evidencia a los diversos aspectos relacionados con la SP.

Entre 2006 y 2010 el Grupo Iberoamericano de Revisiones Sistemáticas sobre Seguridad del Paciente ha registrado y coordinado el desarrollo de diez revisiones sistemáticas Cochrane:

- **Prevención de la neumonía asociada a la ventilación durante la profilaxis de úlceras por presión** (registrado con el Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas)
- **Barreras de precaución (guantes, gorros y batas) para prevenir la transmisión del Staphylococcus aureus resistente a meticilina en el hospital** (registrado con el Grupo Cochrane de Heridas)
- **Control glucémico perioperatorio en pacientes quirúrgicos con diabetes** (registrado con el Grupo Cochrane de Grupo Cochrane de Trastornos Metabólicos y Endocrinos)
- **Tratamiento farmacológico para la prevención de la cefalea por punción postdural** (registrado con el Grupo Cochrane de Dolor, Apoyo y Cuidados Paliativos)
- **Intervenciones farmacológicas para prevenir las reacciones transfusionales alérgicas y febriles no hemolíticas** (Grupo Cochrane de lesiones)
- **Intervenciones para reducir errores de medicación en adultos hospitalizados** (registrado por el Grupo Cochrane EPOC)
- **Intervenciones para reducir la cirugía en sitios incorrectos** (registrado con el Grupo Cochrane EPOC)

- **Normotermia con mantas quirúrgicas para la prevención de complicaciones quirúrgicas** (registrado con el Grupo Cochrane de Anestesia)
- **Limpieza de superficies en el medio hospitalario para prevenir la infección nosocomial** (Grupo Cochrane de Heridas)
- **Antibióticos para prevenir infecciones en quemados** (Grupo Cochrane de Heridas)

2.4.2.2 Registro de estudios en SP

Se ha financiado el Registro Especializado de estudios para evaluar intervenciones sanitarias dirigidas a promover la seguridad del paciente, que el Grupo Iberoamericano de Revisiones Sistemáticas sobre Seguridad del Paciente mantiene desde el año 2006.

El objetivo principal de este registro es recopilar revisiones sistemáticas de relevancia sobre temas relacionados con la seguridad, además de ensayos clínicos de interés. El registro también contiene estudios con otros diseños que son de especial relevancia para la seguridad del paciente.

Hasta finales de noviembre de 2010 se han incluido en el Registro Especializado de Estudios sobre Intervenciones en Seguridad del Paciente 1.586 estudios:

Diseño de los estudios incluidos en el Registro Especializado de Estudios sobre Intervenciones en Seguridad del Paciente	1.586
Revisiones sistemáticas	<u>701</u>
<i>Revisión sistemática Cochrane</i>	383
<i>Otras Revisiones sistemáticas</i>	318
Revisiones (narrativas) de la literatura científica	220
Ensayos clínicos	<u>221</u>
<i>Ensayo clínico aleatorizado</i>	180
<i>Ensayo clínico controlado</i>	41
Informes de evaluación de tecnologías sanitarias	37
Guías de práctica clínica	75
Estudios de intervención (antes después controlado o serie temporal interrumpida)	49
Estudios de evaluación económica	29
Estudios metodológicos	82
Otros diseño de estudio	152
Estudios con más de un tipo de diseño de estudio	<u>20</u>
<i>Informe de evaluación de tecnologías sanitarias + Estudio de evaluación económica</i>	7
<i>Ensayo clínico aleatorizado + Estudio de evaluación económica</i>	4
<i>Revisión sistemática + Estudio de evaluación económica</i>	3
<i>Revisión de la literatura científica + Estudio metodológico</i>	2
<i>Revisión sistemática + Estudio metodológico</i>	2
<i>Estudio de evaluación económica + Estudio metodológico</i>	1
<i>Revisión de la literatura científica + Estudio de evaluación económica</i>	1

2.4.2.3 Boletines electrónicos

- **Suplemento de Seguridad del paciente:** orientado a la divulgación de las revisiones realizadas por el Grupo Iberoamericano de Revisiones Sistemáticas sobre SP. Incluye

además noticias, artículos, documentos y otra información de interés sobre la seguridad del paciente tanto a nivel nacional como internacional. Entre 2008 y 2011 se han publicado 13 números con una periodicidad trimestral. Se puede consultar en la web del Plan de Calidad del SNS:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoSeguridadPaciente/index.html>

- **Boletín IMPACTO:** publicación electrónica distribuida mensualmente que proporciona información relevante en temas basados en revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, informes de evaluación, proyectos de investigación, convocatorias de investigación, alertas sanitarias, repositorios de guías de práctica clínica, informes técnicos, o comentarios de informaciones sobre salud que hayan aparecido en prensa escrita. Entre 2008 y 2010 se han publicado 28 números. Se puede consultar en la web del Plan de Calidad del SNS:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoImpacto/index.html>

2.4.3 Promoción y financiación de líneas prioritarias de investigación en seguridad de pacientes a través de las convocatorias de investigación del Instituto de Salud Carlos III

Desde 2006 se han incluido líneas de seguridad del paciente en las ayudas de la acción estratégica en salud de los Planes Nacionales de I+D+I. En la convocatoria correspondiente al año 2010 se destinó 1 millón de euros a dicha acción estratégica, que incluyó entre otras las líneas: seguridad del paciente y prevención del error; variabilidad de la práctica clínica, percepción de los pacientes y calidad de vida.

2.5 Objetivo 8.5 Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes

Un elemento clave de esta estrategia es fomentar la participación de los ciudadanos en la misma, desarrollando modelos de colaboración y actividades de formación.

2.5.1 Acciones para conocer las opiniones, expectativas y posicionamiento de pacientes, asociaciones y ciudadanía sobre la seguridad de pacientes



2.5.1.1 Estudios cualitativos

Desde el año 2006 se han realizado actividades, utilizando diferentes técnicas cualitativas con pacientes, consumidores, representantes de asociaciones y agentes claves con el objeto de conocer sus opiniones y expectativas sobre la seguridad de pacientes y sobre su participación en futuras acciones encaminadas a prevenir riesgos y proponer soluciones vinculadas a la misma:

http://www.seguriddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/Perspectiva_ciudadanos_S_P.pdf

2.5.1.2 Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud

Este trabajo sirvió como base para elaborar la *Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud*, suscrita por 22 asociaciones de pacientes y consumidores. A través de ella los pacientes demandan que la seguridad del paciente sea una prioridad en las políticas y acciones del SNS; buscan la máxima seguridad en cualquier centro sanitario y reconocen los esfuerzos que realiza el SNS en este sentido, comprometiéndose a colaborar en su consecución:

http://www.seguriddelpaciente.es/contenidos/castellano/2007/Declaracion_Pacientes_SP.pdf.

2.5.1.3 Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente

Como consecuencia del compromiso adquirido, se puso en marcha en 2008 la Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente, que constituye una de las primeras redes de estas características en la UE.

Esta red supone la participación activa de los ciudadanos en el ámbito de la formación en seguridad del paciente del sistema sanitario. Sus componentes reciben formación continuada y a su vez, siguiendo un procedimiento en cascada, imparten formación a otros

pacientes de diversas CCAA. Esta red cuenta con un aula virtual que está alojada en la Web del MSPSI: <http://formacion.seguridaddelpaciente.es/>

- Módulos formativos. La Red dispone de diversos módulos elaborados de manera específica y que responden a las necesidades priorizadas por los ciudadanos: seguridad en el ámbito de los cuidados, uso seguro de medicamentos, prevención de las IRAS.
- Participación en eventos: los miembros de la Red han venido participando en distintos eventos profesionales, como el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), la III, IV y V Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente, y en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Su presencia internacional se traduce en la participación en el grupo de los *Champions* de Seguridad del Paciente de la OMS en donde Adoración Carpintero simultanea sus actividades en la Red Ciudadana y su participación en el foro de la OMS.
- Actividades formativas: en la actualidad la Red ha impartido formación en 4 Comunidades Autónomas (Galicia, Madrid, Cataluña y Andalucía), la está realizando en otra (Castilla la Mancha) y pendiente de realizar en una más (Aragón).

El impacto estimativo en función de la población de las CCAA en donde se realizaron acciones formativas supone una cobertura poblacional del 64,2% del SNS, lo que implica un impacto potencial sobre 28.387.550 habitantes que serían los que podrían beneficiarse de esta iniciativa si la formación en cascada alcanzara a todos ellos.

Los estudios y acciones desarrolladas con los pacientes se han realizado en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública.

2.6 Objetivo 8.6 Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales

España ha participado activamente en las actividades desarrolladas por el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS desde su inicio y además, forma parte de los grupos técnicos y de definición de las políticas de seguridad de los pacientes en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (25), en el Consejo de Europa y en la Unión Europea.

2.6.1 Proyectos internacionales

2.6.1.1 Proyectos en colaboración con la OMS

- Programa de Higiene de Manos (desarrollado en el punto 2.3.2)
- Matching Michigan project: proyecto Bacteriemia Zero (desarrollado en el punto 2.3.3)

- Proyecto IBEAS (desarrollado en el punto 2.4.1.3)
- International Classification in Patient Safety: co-financiación y co-gestión del proceso de validación lingüística al español de la clasificación internacional ICPS: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/index.html>

2.6.1.2 Proyectos en el marco de la UE

- Proyecto EUNetPaS (desarrollado en el punto 2.4.1.3)
- Trans Atlantic taskforce on antimicrobial resistance (TATFAR). En la Cumbre UE-EEUU del 3 de noviembre de 2009, bajo presidencia sueca del Consejo de la UE se decidió crear un grupo de trabajo transatlántico para intercambiar áreas de conocimiento, intercambio de información, coordinación y cooperación en el campo de las resistencias antimicrobianas. Desde febrero de 2010 se han organizado una serie de audio y videoconferencias UE-EEUU, en la que han participado:
 - Por parte de EEUU: Office of Global Health Affairs (OGHA); Center for Disease Control and Prevention (CDC); Food and Drug Administration (FDA); National Institutes of Health, National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID/NIH)
 - Por parte de la UE: el trío Presidencia del Consejo de la UE (España, Bélgica y Hungría), EC-Directorate General for Health and Consumers; EC-Directorate General for Research; European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); European Medicines Agency (EMA); European Food Safety Authority (EFSA).

Como fruto de esta colaboración se ha publicado en 2011: “Recommendations for future collaboration between the U.S. and EU”. Más información en: <http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/TATFAR/Pages/index.asp>

[x](#)

2.6.2 Grupos de trabajo internacionales en los que participa la Agencia de Calidad

2.6.2.1 Comisión Europea

- **Grupo de Seguridad del Paciente y Calidad (Patient Safety and Quality of Care Working Group)**. Instituido en 2005 con el nombre de *Patient Safety Working Group* y constituido por representantes institucionales de los estados miembros y de otros organismos internacionales y grupos de interés. Este grupo ha venido impulsando iniciativas y realizando recomendaciones de cara a establecer la agenda europea en materia de seguridad del paciente y contribuyó sustancialmente a la propuesta que

realizó la Comisión de las Comunidades Europeas en 2008 para la posterior *Recomendación del Consejo de la Unión Europea de 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (26)*.

A finales de 2008 se decidió que el grupo ampliara su campo de acción a todo el ámbito de la calidad asistencial. La misión de este grupo es servir de plataforma de intercambio de información sobre la actividad que se lleva a cabo en Europa en el campo de la SP y la calidad asistencial, sobre las cuestiones emergentes o de especial interés, prioridades y soluciones innovadoras a los retos planteados en este ámbito.

Realizan dos reuniones anuales en Bruselas que pueden verse incrementadas en función de las tareas a desarrollar



– **Joint Action en Seguridad del Paciente y Calidad (JA PS&QC)**. Se pondrá en marcha en 2012 con los siguientes objetivos:

- Apoyar la implementación de las Recomendaciones del CoUE sobre SP e IRAS a través de la cooperación con los Estados Miembros (EM) y otras instituciones interesadas (STK).
- Fortalecer la cooperación entre los EM y STK en calidad asistencial incluyendo SP e implicación de pacientes

El presupuesto total es de 6.000.000 €, de los que la Comisión Europea pone el 60%. La estructura general es la siguiente:

- **WP1-Coordinación:**
 - Lider: HAS (800.000 €)- participa MSSSI
 - Producto: Work plan, PS&QC network, Final reports
- **WP2-Diseminación:**
 - Lider: Croacia (500.000 €)- participa MSSSI

- Producto: PS&QC good practices exchange, communication tools
- *WP3-Evaluación de la JA:*
 - Líder: Grecia (500.000)- participa MSSSI
 - Producto: Evaluation report
- *WP4- Compartir buenas prácticas en SP:*
 - Líder: Dinamarca (1.100.000 €)-participa Universidad Miguel Hernández
 - Producto: Good clinical practices/ solutions in PS
- *WP5-Implementar y evaluar iniciativas en SP:*
 - Líder: Alemania (1.200.000 €)- participan MSSSI-ISCIII
 - Producto: good clinical practices implementation
- *WP6- Colaboración en sistemas de calidad en la UE*
 - Líder: España (1.200.000 €)- MSSSI
 - Producto: Good organizational practices
- *WP7- Sostenibilidad*
 - Líder: Eslovaquia (700.000 €)- participa MSSSI
 - Producto: sustainable collaboration

España participa como líder del WP6 y como partner asociado en los WP4 y 5.

Se han realizado dos reuniones: Junio y Noviembre de 2011.

http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/VI_Conferencia/02graafmans.pdf

2.6.2.2 OMS

- Grupo de coordinación del Programa de Bacteriemia-Zero realizado en colaboración con OMS y todas las CCAA en el que SEMICYUC actúa como dirección técnica y se cuenta con el apoyo del Dr Pronovost (Universidad de Johns Hopkins) a través de la OMS .

El 10 de febrero de 2010 tuvo lugar una reunión en Ginebra con los grupos de otros países que han seguido a España en este proyecto (Reino Unido y Australia).

- Clean Hands Net: red de países con programas de HM.

Normalmente se realiza una reunión anual en Ginebra o aprovechando las reuniones del ECDC en materia de IRAS.



2.6.2.3 OPS

Se trabaja con la persona experta allí designada para facilitar la formación en SP y la implementación de prácticas seguras en la Región.

2.6.2.4 OCDE

- Health Care Quality Indicators Project: más específicamente se participa en el grupo de trabajo sobre indicadores de SP (PSI)

OECD 50 **BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES**

[OECD Home](#) | [About](#) | [Countries](#) | [Topics](#) | [Statistics](#) | [Newsroom](#)

[OECD Home](#) > [Health](#) > [HCQI Patient Safety](#)

HCQI Patient Safety

Safety of patients within health care systems is of paramount importance for us all and is a priority area of analysis for the HCQI team. The HCQI expert group on patient safety tried and tested a set of comprehensive and cohesive indicators for the analysis of five key areas:

- hospital-acquired infections;
- operative and postoperative complications;
- sentinel events;
- obstetrics;
- adverse events

2.6.2.5 ECDC. AMR Focal Points

Se ha acudido a las dos últimas reuniones (En 2010 en Londres y en 2011 en Bruselas) porque han incorporado la infección relacionada con la atención sanitaria como un tema clave del grupo de trabajo.

3 CONCLUSIONES

Gracias al importante esfuerzo económico y humano que se han invertido en esta estrategia, se están produciendo múltiples intervenciones sinérgicas a todos los niveles, de forma que la SP está incluida en los planes de calidad de todas las CCAA y en la agenda de trabajo de numerosas sociedades científicas y asociaciones de pacientes con las que se está colaborando. Sin embargo, muchos profesionales sanitarios todavía no son conscientes de su alcance, por lo que se hace necesario seguir trabajando en red con las CCAA, los clínicos y los pacientes para facilitar el cambio de cultura que las organizaciones sanitarias precisan y hacer que la gestión de los riesgos y la aplicación de prácticas seguras se conviertan en una realidad en todos los entornos sanitarios de nuestro país.

Aunque en estos siete años se ha conseguido un avance importante en la SP en el Sistema Nacional de Salud, todavía son escasos los datos que permitan evaluar el alcance de las acciones desarrolladas.

Es necesario seguir promoviendo proyectos tanto con las CCAA como con las sociedades científicas y otros organismos (nacionales e internacionales) que impulsen y evalúen prácticas clínicas seguras.

La extensión de esta estrategia a todos los rincones del Sistema Nacional de Salud y la evaluación de su impacto en los pacientes son los retos a plantearse para el futuro.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Versión 1.1. Informe técnico definitivo, enero de 2009 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370-6.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324(6):377-84.
4. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004;170(11):1678-86.
5. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163(9):458-71.
6. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaudvialle S, de Sarasqueta A-M, Domecq, S et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale. Études et Résultats [Internet]. 2005 [acceso 4 de octubre de 2010] ;398:1-15.
7. Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press; 2000.
9. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/en/>
10. Organización Panamericana de la Salud [sede Web]. [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/home_spa.htm
11. Consejo de Europa [sede Web]. [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.coe.int/>
12. Comisión Europea [sede Web]. [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/>
13. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29 de mayo de 2003). Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf

14. Ministerio de Sanidad y Social [sede Web]. [acceso 24 de mayo de 2011]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
15. Declaración de profesionales por la Seguridad del Paciente [Internet] [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp4.pdf
16. Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud [Internet] [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_pacientes.pdf
17. Seguridad del Paciente [sede Web] [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>
18. European Society for Quality in Healthcare (ESQH) [sede Web] [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.esqh.at/>
19. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Estrasburgo; 2006.
20. Seguridad del Paciente [sede Web] [acceso 24 de mayo de 2011]. Programa Higiene de Manos en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos.html>
21. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006;355(26):2725-32.
22. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005: informe, febrero 2006. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [acceso 28 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
23. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Consumo; 2008 [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
24. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/syrec.pdf>
25. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) [sede web]. [acceso 24 de mayo de 2011]. Disponible en: www.oecd.org/health
26. Recomendación del Consejo de 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. 2009/C 151/01. Diario Oficial de la Unión Europea (3-7-2009) [acceso 25 de marzo de 2011]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

5 COORDINACIÓN

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Yolanda Agra Varela (Jefe de Área. Seguridad del Paciente)

Jesús María Casal Gómez (Jefe de Servicio. Seguridad del Paciente)

Eduardo Sierra Pérez (Jefe de Servicio. Seguridad del Paciente)

María José García Díaz (Jefe de Sección. Seguridad del Paciente)

María del Mar Fernández Maíllo (Apoyo técnico. Instituto de Salud Carlos III)

Paloma Fernández-Quero Bonilla (Apoyo técnico. Instituto de Salud Carlos III)

María del Pilar del Peso Hernández (Apoyo técnico. Instituto de Salud Carlos III)

Referentes de Seguridad del Paciente en las Comunidades Autónomas

Andalucía	M ^a Isabel Dotor Gracia (2009-) Enrique Fernández García (2008-2009) Elvira Fernández de la Mota (2005-2007)
Aragón	Carlos Aibar Remón (2005-)
Canarias	Paloma García de Carlos (2006-) Ruth Hernández González (2005)
Cantabria	Trinidad Valle Madrazo (2008-) Trinidad Dierssen Sotos (2006-2008) Pedro Herrera Carral (2005)
Castilla-La Mancha	Olga Solas Gaspar (2009-2011) Sagrario Almazán (2008-2009) Félix Alcázar Casanova (2005-2008) Juan Fernández (2005)
Castilla y León	María José Pérez Boillos (2008-) José Miguel García Vela (2005-2008)
Cataluña	Josep Davins i Miralles (2009-) Juan María Ferrer Tarrés (2008-2009) Lluís Torralba Movella (2005-2007)
Comunidad Foral de Navarra	Javier Gost Garde (2006-) María Fe Idoate Fernández (2005-2006)
Comunidad de Madrid	Alberto Pardo Hernández (2005-)
Comunidad Valenciana	Ricard Meneu de la Guillerna (2005-2011)
Extremadura	Yolanda Anes del Amo (2010-) Juan María Benegas Capote (2005-2010)
Galicia	Mercedes Carreras Viñas (2009-) Ana Clavería (2006-2009) Nieves Domínguez González (2005)
INGESA	María Antonia Blanco Galán (2005-)

Islas Baleares	Carlos Campillo Artero (2007-) Yolanda Vega San Martín (2007) Jaime Orfila Timoner (2006) Francesc Xavier Barcelo Alberti (2005-2006)
La Rioja	Adolfo Cestafe Martínez (2009-) Eva M ^a Martínez Ochoa (2006-2009) Mercedes Carreras Viñas (2005-2006)
País Vasco	David Cantero Gonzalez (2011) Marbella García Urbaneja (2006-2010)
Principado de Asturias	María Jesús González Mateos (2009-) Joaquín Morís de la Tassa (2005-2008)
Región de Murcia	Susana Valbuena Moya (2006-) Julián Paredes Martínez (2005-2006)

ANEXO 1. PUBLICACIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTUDIOS PROPIOS	Estrategia en Seguridad del Paciente: recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005
	Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.
	Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005: informe, febrero 2006
	Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales.
	Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles.
	Cuestionario sobre seguridad de los pacientes
	Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español
	Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales: primer informe.
	Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales: segundo informe.
	El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales
	Análisis y benchmarking del tratamiento de reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud.
	Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario.
	Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.
	Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español
	Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud
	Informe preliminar sobre la práctica quirúrgica y sus resultados en el cáncer de recto en España.
	Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
	Prácticas seguras simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de efectos adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales
	Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la "No seguridad del paciente".
	Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable
	Desfibrilación semiautomática en España: informe
	Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008
	Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva: informe 2008
	Estudios sobre la calidad de vida de los pacientes afectados por determinadas patologías
	Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto
	Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica
	Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar

	Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 Informe sobre el análisis de resultados y propuestas de mejora del proyecto: Equipos seguros en la cirugía del cáncer de recto en España. El Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación: un sistema nacional de comunicación de incidentes en anestesia La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria
TRADUCCIÓN DE OTRAS INSTITUCIONES	Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria: resumen. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria [National Patient Safety Agency] Promover la seguridad de los medicamentos para niños [OMS] La seguridad del paciente en siete pasos [National Patient Safety Agency] Mejorando la seguridad del paciente: de las ideas a la acción. [University of Michigan Medical School] Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos Manual técnico de referencia para la higiene de manos [OMS] Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios [OMS] Cuestionario de percepción destinado a los directivos [OMS] Cuestionario de percepción destinado a los profesionales sanitarios [OMS]
MONOGRÁFICOS EN REVISTAS	Seguridad del paciente y Calidad Asistencial. Rev Calid Asist. 2011;26(06):331-385 Seguridad del paciente. Med Clin (Barc). 2010;135(Supl 1) La seguridad del paciente: una estrategia prioritaria para el Sistema Nacional de Salud español. Med Clin (Barc). 2008;131(Supl 3). Seguridad del Paciente. Rev Calid Asist. 2007;22(06):269-354 Gestión de Riesgos (II). Rev Calid Asist. 2005;20(4):183-236 Gestión de Riesgos (I). Rev Calid Asist. 2005;20(2):49-116
RECURSOS FORMATIVOS Y DE DIVULGACIÓN	Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo [Tutorial] Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria [Tutorial] Uso seguro del medicamento: Causas y prevención de errores de medicación en hospitales [Tutorial] Recomendaciones para el uso seguro del potasio intravenoso [Tutorial] Curso sobre la higiene de las manos durante la atención sanitaria [Tutorial]

	Bacteriemia Zero [Video]
	Salvar vidas está en tus manos. [Video]
	Declaración de profesionales por la Seguridad del Paciente (Madrid, mayo 2006)
	Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud.
ARTÍCULOS PUBLICADOS	Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y; ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? Int J Qual Health Care. 2011;23(6):705-12.
	Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. Eur J Public Health. 2011.
	Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Rev Calid Asist. 2011;26(3):194-200.
	Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). BMJ Qual Saf. 2011;20(12):1043-1051.
	Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Rev Calid Asist. 2011;26(6):331-2.
	Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin (Barc). 2010;135 Suppl 1:1-2.
	Agra Y, Fernández MM. El paciente, elemento clave en la mejora de la seguridad de los servicios sanitarios. Medicina Preventiva. 2010;26(3): 12-16.
	Palomar Martínez M, Alvarez Lerma F, Riera Badía MA, León Gil C, López Pueyo MJ, Díaz Tobajas C, et al. Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Med Intensiva. 2010;34(9):581-9.
	Agra Y, Sierra E, Casal J, García MJ, Fernández MM, Fernández-Quero P, et al. Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud. Médico. 2010;1115:10-13.
	Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, Gea-Velazquez de Castro MT; ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). Int J Qual Health Care. 2009;21(6):408-14
	Agra Varela Y, Sierra E, Drake M, Terol Fernández E. Proyecto Bacteriemia Zero. Reducción de bacteriemia provocada por catéteres venosos centrales (CVC) en las UCI de España. Rev Enferm. 2009;32(5):15-18.

	Rodríguez Escobar J, Agra Valera Y, Colomer Revuelta C, Ignacio García E. Política sanitaria para la excelencia clínica y cuidados seguros. El proyecto SENECA . Metas de Enfermería. 2009;12(8):26-31.
	Novillo-Ortiz D, Agra Y, Fernández-Maíllo MM, del Peso P, Terol E. Acciones estratégicas en seguridad del paciente para el Sistema Nacional de Salud. Recursos on-line en formación y acceso al conocimiento científico . Med Clin (Barc). 2008;131(Suppl.3):79-84.
	Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, Suess A, Ruiz Azarola A, Terol E, Casal Gómez J. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria . Med Clin (Barc). 2008;131(Suppl 3):33-8.
	Terol E, Agra Y, Fernández-Maíllo MM, Casal J, Sierra E; Bandrés B et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007 . Med Clin (Barc). 2008;131(Suppl 3):4-11.
	Terol E, Agra Y. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud . Med Clin (Barc). 2008;131(Suppl 3):4-11.
	Aranaz-Andrés JM, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C, Miralles-Bueno JJ, Vitaller-Burillo J, Terol-García E, et al. Luces y sombras en la seguridad de los pacientes: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008 . Gac Sanit. 2008 ;22(Suppl 1):198-204.
	Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, Requena-Puche J, Judez-Legaristi D, Agra-Varela Y, et al. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles . Cir Esp 2007;82(5):268-77.
	Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events . J Epidemiol Community Health. 2008 Dec;62(12):1022-9.
	Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud . An Sist Sanit Navar. 2006;29(3):319-23.

ANEXO 2. INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Indicadores de Gestión de Riesgos

1. % Hospitales con Sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SP)
Fórmula de cálculo: Número de Hospitales de la CCAA en los que se utiliza algún Sistema de Notificación y Aprendizaje x 100 / N° total Hospitales de la CCAA
<p>Aclaraciones:</p> <p>Sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente: Sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores a nivel local.</p> <p>Se entiende por utilizar: que registran y analizan los incidentes y se toman las medidas correctoras oportunas</p> <p>Numerador: Se incluyen sistemas generales (SiNASP, otro) o específicos (Medicamentos, otro) o de ámbito concreto (Área específica). Caso de coexistir dos sistemas en un mismo centro se cuenta como 1, y esto se puede concretar en las observaciones.</p> <p>Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERÍA</p>
Tipo de Indicador: Indicador de proceso. Básico
Fuente de datos recomendada: Consejería Salud / Servicio de Salud
Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA
Frecuencia de entrega de resultados: Anual
<p>Observaciones: Concretar el tipo de sistema. General (SiNASP, otro) o específico (Medicamentos, otro) o el ámbito concreto (Total centro o Área específica)</p> <p>Indicar el n° de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.</p>
<p>Referencias bibliográficas:</p> <p>International Clasification for Patient Safety. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf</p> <p>SiNASP. http://www.seguriddelpaciente.es/</p>

2. % Gerencias de Atención Primaria con Sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la SP

Fórmula de cálculo: $\frac{\text{Número de Gerencias de AP de la CCAA que utilizan algún Sistema de Notificación y Aprendizaje}}{\text{Total Gerencias de AP de la CCAA}} \times 100$

Aclaraciones:

Sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente: Sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores a nivel local.

Se entiende por **utilizar**: que registran y analizan los incidentes y se toman las medidas correctoras oportunas

Numerador: Gerencias de AP que utilizan un sistema de notificación de incidentes para sus centros de atención primaria (CAP) (específico de centro, gerencia o CCAA). Se incluyen sistemas generales o específicos. Caso de coexistir dos sistemas en un mismo centro se cuenta como 1, y esto se puede concretar en las observaciones.

Denominador: Si se trata de gerencia única, se describirá el nº de CAP que tienen acceso a un sistema de notificación.

Tipo de Indicador: Indicador de proceso. Básico.

Fuente de datos recomendada: Consejería Salud / Servicio de Salud

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones: Concretar el tipo y el ámbito del sistema: General o Específico (Medicamentos, otro).

Referencias bibliográficas: International Classification for Patient Safety.

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

SiNASP. <http://www.seguridaddelpaciente.es/>

3. % de Hospitales con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos que sean operativas
Fórmula de cálculo: N° Hospitales con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos operativas en la CCAA x 100 / N° total Hospitales de la CCAA
<p>Aclaraciones:</p> <p>Unidad F de Gestión de riesgos o Comisión de Seguridad que asuma estas funciones operativa: Es aquella que</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades. • Tiene objetivos anuales de seguridad. • Realiza memoria anual, excepto unidades con menos de un año. <p>Numerador: Hospitales en la CCAA con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o unidades con distinta denominación que asuman las funciones de gestionar riesgos y sean operativas.</p> <p>Denominador: Hospitales que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERIA</p>
Tipo de Indicador: Indicador de estructura. Básico
Fuente de datos recomendada: Consejería Salud / Servicio de Salud
Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA
Frecuencia de entrega de resultados: Anual
<p>Observaciones:</p> <p>Indicar el n^o de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.</p>
<p>Referencias bibliográficas: Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). Med Clin (Barc) 2008;131(Supl 3):64-71</p> <p>Aibar C. La Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Servicio Aragonés de Salud: un modo de enfocar la mejora de la seguridad del paciente. El médico 2010; 1114: 12-15</p>

4. % de Gerencias de Atención Primaria con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o Unidades que asuman estas funciones y sean operativas

Fórmula de cálculo: Gerencias de Atención Primaria con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos operativas en la CCAA x 100 / Total Gerencias de Atención Primaria de la CCAA

Aclaraciones:

Unidad F de Gestión de riesgos o Comisión de Seguridad que asuma estas funciones operativa: Es aquella que

- Tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades.
- Tiene objetivos anuales.
- Realiza memoria anual excepto unidades con menos de un año.

Numerador: Gerencias de AP con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o unidades con distinta denominación que asuman las funciones de gestionar riesgos y sean operativas

Denominador: Si se trata de gerencia única, se describe la situación

Tipo de Indicador: Indicador de estructura. Básico

Fuente de datos recomendada: Consejería salud / Servicio de Salud

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones:

Referencias bibliográficas: Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). Med Clin (Barc) 2008;131(Supl 3):64-71
Aibar C. La Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Servicio Aragonés de Salud: un modo de enfocar la mejora de la seguridad del paciente. El médico 2010; 1114: 12-15

Indicadores de Identificación inequívoca de pacientes

5. % de Hospitales con Protocolo de Identificación de Pacientes
Fórmula de cálculo: Número de Hospitales de la CCAA que disponen de un Protocolo de identificación de pacientes X 100 / Nº total de hospitales de la CCAA
Aclaraciones:
Protocolo de Identificación de Pacientes: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la identificación inequívoca de los pacientes.
Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERÍA.
Tipo de Indicador: Indicador de estructura. Básico.
Fuente de datos recomendada: Consejería de Salud / Servicio de Salud.
Persona / Grupo/ Servicio encargado recogida de datos: A establecer por la CCAA
Frecuencia de entrega de resultados: Anual
Observaciones: Indicar sistema de identificación utilizado. Explicitar el ámbito y la extensión de dicho protocolo: Hospitalización, CMA, Urgencias, RN, Hospital de día, Diálisis etc Indicar el nº de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.
Referencias Bibliográficas
WHO Collaborating Centre for Patient Safety Nine Patient Safety Solutions http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/

Indicadores de Úlceras por Presión

6. % de Hospitales con Protocolo de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión (UPP)	
Fórmula de cálculo: Número de Hospitales de la CCAA que disponen de Protocolo de UPP X 100 / Nº total de Hospitales de la CCAA	
Aclaraciones:	
Protocolo de UPP: documento que establece los procedimientos y circuitos para la identificación del riesgo de UPP.	
Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERÍA	
Tipo de Indicador: Indicador de estructura. Básico.	
Fuente de datos recomendada: Consejería Salud / Servicio de Salud	
Persona / Grupo/ Servicio encargado recogida de datos: A establecer por la CCAA	
Frecuencia de entrega de resultados: Anual	
Observaciones: Especificar la escala de valoración utilizada. Indicar el nº de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.	
Referencias Bibliográficas	

7. % Pacientes con valoración de riesgo de Úlceras por Presión (UPP)

Fórmula de cálculo: N° de pacientes dados de alta con valoración de riesgo de UPP según protocolo x 100 / N° de pacientes dados de alta en el periodo de estudio.

Aclaraciones:

Valoración de riesgo de UPP: procedimiento establecido por la organización, acerca de criterios de inclusión y exclusión, modo y manera de realizarlo, y posterior registro. Sólo se incluirán los que utilicen las escalas Braden, Norton o Emina, por su alto valor predictivo y nivel de validación.

Criterios de Exclusión: Altas producidas en los servicios de Pediatría y Ginecología y pacientes ingresados con UPP.

Tipo de Indicador: Indicador de proceso. Optativo

Fuente de datos recomendada: Registro específico de seguimiento de UPP o muestreo de historias.

Persona / Grupo/ Servicio encargado recogida de datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones:

Referencias Bibliográficas

8. Prevalencia de Úlceras por Presión (UPP)

Fórmula de cálculo: N° de pacientes con UPP no comunitaria x 100 / n° de pacientes estudiados en el periodo considerado.

Aclaraciones:

UPP no comunitaria: úlcera por presión que se desarrolla durante el proceso de internamiento, independientemente de su extensión y grado.

Tipo de Indicador: Indicador de resultado. Optativo

Fuente de datos recomendada: Registro específico o muestreo de historias.

Persona / Grupo/ Servicio encargado recogida de datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones:

Referencias Bibliográficas

Indicadores de Infección relacionada con la Atención Sanitaria

9. % de Hospitales que tienen implantado un Sistema que mide PREVALENCIA de Infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS)

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Nº Hospitales de la CCAA que miden Prevalencia IRAS} \times 100}{\text{Nº total Hospitales de la CCAA}}$$

Aclaraciones:

Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA los que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERÍA

Tipo de Indicador: Indicador de proceso. Básico

Fuente de datos recomendada: Servicio Salud/Consejería

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones: Especificar si es EPINE u otro sistema. Especificar el periodo de estudio y la extensión. Indicar el nº de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.

Referencias bibliográficas: estudio EPINE

http://www.sempsph.com/sempsph/index.php?option=com_content&view=article&id=297:epine-2010&catid=1:general&Itemid=10

10. % de Hospitales que tienen implantado un Sistema Prospectivo de medición de IRAS

Fórmula de cálculo: N° Hospitales de la CCAA que miden Incidencia de IRAS X 100 / N° total Hospitales de la CCAA

Aclaraciones:

Numerador: N° Hospitales que miden Incidencia IRAS a nivel global del hospital o a nivel de servicio o a nivel de procedimiento

Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA, los que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERIA

Tipo de Indicador: Indicador de proceso. Básico

Fuente de datos recomendada: Consejería Salud / Servicio de Salud

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones:

Describir el sistema de vigilancia (o si hay varios describirlos) y a qué nivel se utiliza en cada hospital (global, servicio, procedimiento, etc).

Incluye el ENVIN-UCI (nivel servicio). Incluye IRAS tras procedimiento de riesgo (p.e: bacteriemia relacionada con catéter, etc)

Indicar el n° de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.

Referencias bibliográficas:

Indicadores de Cirugía Segura

11. % de hospitales que tienen implantada la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)

Fórmula de cálculo: nº de hospitales de la CCAA en los que está implantada la LVSQ en el bloque quirúrgico x 100/ nº total de hospitales de la CCAA con bloque quirúrgico

Aclaraciones:

Lista de verificación quirúrgica: debe estar basada en la de la OMS

Numerador: Nº de hospitales en los que está implantada la LVSQ en el bloque quirúrgico. Implantada quiere decir que existe un documento con una LVSQ basada en la de la OMS para ser utilizada por los cirujanos.

Denominador: Nº total hospitales en la CCAA con bloque quirúrgico. Se consideran hospitales de la CCAA, los que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente SEGUN CRITERIO DE LA CONSEJERIA.

Tipo de Indicador: Indicador de estructura. Básico

Fuente de datos recomendada: Servicio de Salud recaba datos de las Unidades de Gestión de Riesgos

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones:

En la medida de lo posible: describir la situación de la CCAA, en base al número de bloques quirúrgicos existentes por hospital y sus características,

Indicar el nº de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.

Referencias bibliográficas: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/bibliography/en/index.html>

Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. MSPS, Madrid 2009. Disponible en:

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

12. % de pacientes intervenidos de cirugía programada que se les aplica la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)

Fórmula de cálculo: n° de pacientes de la CCAA intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVSQ x 100/ n° total de pacientes intervenidos de cirugía programada en la CCAA

Aclaraciones:

Lista de verificación quirúrgica: debe estar basada en la de la OMS

Numerador:

Denominador:

Tipo de Indicador: Indicador de proceso. Optativo

Fuente de datos recomendada: Servicio de Salud recaba datos de las Unidades de Gestión de Riesgos. Estudio ad hoc

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones:

Referencias bibliográficas: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/bibliography/en/index.html>

Indicadores de Seguridad de los Medicamentos

13. % Hospitales con protocolos para medicamentos de alto riesgo
Fórmula de cálculo: N° de hospitales de la CCAA que disponen de un protocolo actualizado para medicamentos de alto riesgo x 100/ N° total de hospitales de la CCAA
Aclaraciones: Medicamentos de alto riesgo: aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Protocolo para medicamentos de alto riesgo: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para el manejo de los medicamentos de alto riesgo Numerador: N° de hospitales que tienen protocolo actualizado en los últimos 5 años para medicamentos de alto riesgo Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERÍA
Tipo de Indicador: Indicador de estructura. Básico.
Fuente de datos recomendada: Servicio de Farmacia u otro que defina la Comunidad Autónoma.
Persona / Grupo/ Servicio encargado recogida de datos: A establecer por la CCAA
Frecuencia de entrega de resultados: Anual
Observaciones: Se recomienda utilizar el listado de medicamentos de alto riesgo del ISMP España. Indicar el n° de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional. Protocolo actualizado en los últimos 5 años
Referencias Bibliográficas: ISMP España. Lista de medicamentos de alto riesgo. Disponible en: http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo.pdf Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/practicas_seguras_medicamentos_alto_riesgo.pdf

14. % Hospitales con protocolos para conciliar la medicación al alta

Fórmula de cálculo: : n° de hospitales de la CCAA que tienen un protocolo establecido para conciliar la medicación al alta x 100 / n° total de hospitales de la CCAA

Aclaraciones:

Protocolo: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para conciliar la medicación al alta.

Conciliación al alta El protocolo debe incluir la elaboración de un listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta su entrega al paciente y remisión al nivel asistencial siguiente.

Numerador: N° de hospitales que tienen protocolo establecido para conciliar la medicación al alta

Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERÍA.

Tipo de Indicador: Indicador de estructura. Básico

Fuente de datos recomendada: Consejería Salud / Servicio de Salud

Persona / Grupo / Servicio encargado de la recogida de datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Observaciones:

Indicar el n° de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.
Describir la tipología de protocolos utilizada.

Referencias Bibliográficas WHO Collaborating Centre for Patient Safety Nine Patient Safety Solutions
<http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>

15. % Hospitales que aplican el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales
Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de hospitales de la CCAA que han aplicado el cuestionario de autoevaluación en los dos últimos años}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de hospitales de la CCAA}} \times 100$
Aclaraciones: El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales es una adaptación del Medication Safety Self Assessment for Hospitals, cuestionario registrado por el Institute for Safe Medication Practices que ha concedido la licencia para su uso y ha sido adaptado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Aplicar: Uso de este cuestionario como herramienta de trabajo para la mejora de la calidad y avanzar en la prevención de los errores de medicación, siguiendo la metodología recomendada. Numerador: N° de hospitales que han aplicado este cuestionario en los últimos dos años. Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. SEGÚN CRITERIO DE LA CONSEJERÍA.
Tipo de Indicador: Indicador de proceso. Optativo
Fuente de datos recomendada: Servicio de Farmacia / Unidad de gestión de riesgos u otro que defina la Consejería Salud / Servicio de Salud
Persona / Grupo/ Servicio encargado recogida de datos: A establecer por la CCAA
Frecuencia de entrega de resultados: Cada dos años
Observaciones: Indicar el n° de hospitales incluidos en el denominador y el tipo de dependencia funcional.
Referencias Bibliográficas: Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario_seguridad_sistema_medicamentos_hospitales.pdf Acceso a la aplicación: http://www.ismp-espana.org

Indicadores de Higiene de Manos

1. % Camas con preparados de base alcohólica en la habitación

Fórmula de cálculo: N° de camas de la CCAA con preparados de base alcohólica en la habitación $\times 100 / N^{\circ}$ de camas de la CCAA.

Aclaraciones:

Preparados en la habitación: Disponibilidad de preparados de base alcohólica en algún lugar dentro de la habitación. Incluye los PBA de bolsillo, PBA fijo en el punto de atención y/o PBA en la entrada o cualquier otro punto fijo dentro de la habitación. *No incluye los PBA que se introducen en la habitación en el carro de curas, bateas, etc.*

PBA de bolsillo: Se incluirán cuando la provisión de envases de bolsillo sea una política del hospital.

Numerador: N° de camas/ camillas/ incubadoras con preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo) en algún lugar de la habitación. Todos los servicios incluido urgencias. *Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.*

Denominador: Total de camas/ camilla/ incubadoras de los diferentes servicios del hospital. Todos los servicios incluido urgencias. *Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.*

Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de estructura. Básico

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: Guía de implementación de la OMS (encuesta de infraestructura). Mayo de 2009

2. % Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención

Fórmula de cálculo: N° de camas de cuidados intensivos de la CCAA con PBA en el punto de atención x 100 / N° camas de cuidados intensivos de la CCAA

Aclaraciones:

PBA en el punto de atención: Disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno y sin tener que abandonar la zona del paciente. *No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace.*

Punto de atención: Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente, todas las superficies y objetos inanimados que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc)

Numerador: N° de camas con preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo) en el punto de atención en las unidades de cuidados intensivos. Incluye la UCI pediátrica y la neonatal

Denominador: N° total de camas de **todas** la/s unidades de cuidados intensivos del hospital.

Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de estructura. Básico

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: Guía de implementación de la OMS (encuesta de infraestructura). Mayo 2009

3. % Centros de Atención Primaria con preparados de base alcohólica en envases de bolsillo para la atención domiciliaria

Fórmula de cálculo: N° centros de atención primaria con preparados de base alcohólica en envases de bolsillo x 100 / Total centros de AP en la CCAA

Aclaraciones:

Numerador: N° de centros de atención primaria que disponen permanentemente de preparados de base alcohólica en envases de bolsillo para todos los profesionales que realizan atención domiciliaria.

Denominador: N° de centros de atención primaria de la CCAA. Deben incluirse todos los centros de atención primaria donde se atiendan pacientes domiciliarios.

Centro de atención primaria: Aquellos que la CCAA considera como tales.

Tipo de indicador: Indicador de estructura. Básico

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

4. % Hospitales que han realizado actividades formativas
Fórmula de cálculo: N° hospitales que han realizado formación sobre higiene de las manos x 100 / Total hospitales en la CCAA
Aclaraciones: <u>Formación sobre HM:</u> aquella previamente programada, que va dirigida al personal sanitario y no sanitario que tiene contacto con pacientes. Los contenidos deben estar dirigidos a la mejora de la HM (cómo, cuándo, por qué, etc.) y la metodología formativa puede ser on-line, o presencial. Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.
Tipo de indicador: Indicador de proceso. Básico
Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA
Frecuencia de entrega de resultados: Anual
Referencias bibliográficas: Recomendaciones de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Mayo 2009

5. % Centros de Atención Primaria que han realizado actividades formativas

Fórmula de cálculo: N° centros de atención primaria que han realizado formación sobre higiene de las manos x 100 / centros de atención primaria en la CCAA

Aclaraciones:

Formación sobre HM: Aquella previamente programada, que va dirigida al personal sanitario y no sanitario en contacto con pacientes. Los contenidos deben estar dirigidos a **la mejora** de la HM (cómo, cuándo, por qué, etc) y la metodología formativa puede ser on-line, o presencial.

Centro de atención primaria: Aquellos que la CCAA considera como tales a efectos formativos (imparten formación a los profesionales adscritos a los mismos).

Tipo de indicador: Indicador de proceso. Básico.

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: Recomendaciones de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Mayo 2009

6. Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización

Fórmula de cálculo: N° litros entregados x 1000 / N° pacientes-días (estancias)

Aclaraciones:

Nº de pacientes-días: Se refiere a la suma de pacientes ingresados diariamente durante el periodo de tiempo establecido. Para contabilizar los pacientes, el día de admisión debe contarse pero no el día de alta. Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como 1.

Numerador: N° de litros entregados en los distintos servicios del hospital (solo unidades o plantas de hospitalización). *Se excluyen los entregados en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.*

Para obtener el n° de litros entregados, en algunos casos será necesario hacer el cálculo en función de los ml de los envases dispensados.

Denominador: Número de pacientes **ingresados** en todas los servicios, incluido pediatría. *Se excluyen los atendidos en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospitales de día, zona de quirófanos, etc.*

Tipo de indicador: Indicador de resultado. Básico.

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual separado en dos periodos:

1º: de enero a junio

2º: de julio a diciembre

Referencias bibliográficas:

Guía de implementación de la OMS (encuesta consumo jabón/ preparados de base alcohólica). Mayo 2009

Documento Joint Commission: *Measuring hand hygiene adherence, 2009*

7. % Camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención

Fórmula de cálculo:

$$\text{N}^{\circ} \text{ de camas con PBA en el punto de atención} \times 100 / \text{N}^{\circ} \text{ total de camas de la CCAA}$$

Aclaraciones:

PBA en el punto de atención: Disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar la zona del paciente. *No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que se transportan en carros bateas, etc..*

Punto de atención: Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente, todas las superficies y objetos inanimados que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc). **Numerador:** N^o de camas/camillas/incubadoras con preparados de base alcohólica (fijo o de bolsillo) en el punto de atención. Todos los servicios incluido urgencias. *Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.*

Denominador: Total de camas/camillas/incubadoras de los diferentes servicios del hospital. *Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.*

Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de estructura. Opcional

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: Guía de implementación de la OMS (encuesta de infraestructura). Mayo de 2009

8. % Hospitales que han realizado observación del cumplimiento de los 5 momentos (o de alguno de ellos) según los criterios de la OMS.

Fórmula de cálculo: N° hospitales que han realizado al menos una observación utilizando la metodología de la OMS x100 / Total hospitales en la CCAA

Aclaraciones:

La metodología seguida debe ser la descrita en el manual técnico de referencia de la OMS. Como mínimo deben haberse realizado 200 observaciones en todo el centro sanitario. Las observaciones pueden haberse realizado de los 5 momentos o de uno o varios de ellos

Numerador: Número de hospitales que han realizado observación de los 5 momentos (o de alguno de ellos).

Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de proceso. Opcional.

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. OMS, 2009
Education Session for Trainers, Observers and Health-Care Workers. OMS, 2009

9. % Hospitales que han realizado autoevaluación según los criterios de la OMS.

Fórmula de cálculo: N° hospitales que han realizado autoevaluación utilizando el cuestionario de autoevaluación de la OMS x100 / Total hospitales en la CCAA

Aclaraciones:

Sólo se incluyen los hospitales que hayan realizado la autoevaluación mediante el cuestionario presentado por la OMS en mayo de 2010.

Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de proceso. Opcional

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: Cuestionario de autoevaluación. OMS, 2010

10. % Hospitales que han realizado actividades formativas sobre los 5 momentos utilizando la herramienta de la OMS

Fórmula de cálculo: N° hospitales que han realizado formación sobre los 5 momentos x 100 / Total hospitales en la CCAA

Aclaraciones:

Formación sobre los 5 momentos: aquella previamente programada que va dirigida al personal sanitario y no sanitario que tiene contacto con pacientes. Los contenidos se impartirán preferentemente en sesiones presenciales teórico-prácticas (ocasionalmente algún hospital o CCAA puede disponer de un programa on-line) con la herramienta (el DVD) de la OMS.

Denominador: Se consideran hospitales de la CCAA aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de proceso. Opcional

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CCAA

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: Manual técnico de referencia de la OMS y materiales formativos sobre los 5 momentos. Mayo 2009



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD