

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Estrategia para la Seguridad del Paciente

ESTRATEGIA para la seguridad del paciente
[Recurso electrónico]: plan estratégico de
calidad del Sistema Sanitario Público de
Andalucía / [dirección y coordinación E. Eva
Moreno Campoy; autoría E. Eva Moreno Campoy...
et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y
Familias, 2019.

Texto electrónico (pdf), 123 p. : il. Col.

ISBN 978-84-949160-9-0

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

W 84

Dirección y Coordinación

E. Eva Moreno Campoy.

Autoría

E. Eva Moreno Campoy.

Isabel Fernández Ruiz.

Pastora Pérez Pérez.

Concepción Barrera Becerra.

Elena Corpas Nogales.

Gonzalo Suárez Alemán.

María Isabel Dotor Gracia.

Reyes Sanz Amores.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias, 2019.

Diseño y maquetación: Kastaluna.

ISBN: 978-84-949160-9-0

Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Coordinadores de grupos de trabajo

María Soledad Alonso Humada.
Distrito Sanitario Almería. Almería.

Esther Angulo Paín.
Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Ángel Cobos Vargas.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

M^a José García Sánchez.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Manuel Jimber del Río.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Estefanía López Domínguez.
Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Córdoba.

Francisco Javier Mérida de la Torre.
Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Málaga.

Francisco Pozo Muñoz.
Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.

Isabel Rodríguez Bravo.
Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

M^a Dolores Santos Rubio.
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Adriano Sianes Blanco.
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla.

Antonia Vázquez González.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Participantes en los grupos de trabajo

Julio Almansa López.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

M^a Dolores Almenara Escribano.
Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Almudena Alonso Ojembarrena.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Sonia Anaya Ordóñez.
Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

M^a Isabel Arenas Bonilla.
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Málaga.

Francisco Atienza Martín.
Distrito Sanitario Sevilla. Sevilla.

Lourdes Ballesteros García.
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir. Jaén.

Inocente Baudet Montilla.
Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur. Jaén.

Minerva Blázquez Barba.
Distrito Sanitario Huelva Costa-Condado Campiña. Huelva.

Fernando Caba Barrientos.
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla.

José Cabeza Barrera.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Participantes en los grupos de trabajo

Josefina Cantos Quero.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Gabriel Carranque Chaves.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

María Isabel Casado Mora.

Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Tania Cedeño Benavides.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

José Miguel Cerón Machado.

Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur. Jaén.

Lina Cueto Avellaneda.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Dana Díaz Canales.

Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Málaga.

Francisca Domínguez Guerrero.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

María Angeles Esteban Moreno.

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Vicente Faus Felipe.

Farmacia Comunitaria San Pedro de Alcántara. Málaga.

Antonio Fernández Caballero.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz.

Juan Carlos Fernández Rodríguez.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Jaén.

Rocío Fernández Urrusuno.

Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

M^a José Ferrer Higuera.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Carmen Galán Retamal.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.

Joaquín Garrucho Moreno.

Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Félix Gascón Luna.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba. Córdoba.

Ricardo Gómez Huelgas.

Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga.

Antonio González-Meneses López.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Esther González Revuelta.

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Lucía Gutiérrez Bayard.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Participantes en los grupos de trabajo

Eva Guzman Malpica.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

M^a Isabel Herrerías Navarro.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Almería.

M^a José Jiménez Liria.

Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. Almería.

Ana Isabel Jiménez Millán.

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Juan Manuel Laguna Parras.

Complejo Hospitalario Jaén. Jaén.

Gloria Leal Reyes.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Manuel Liñán López.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Cristina López Espada.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Justa López García.

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Daniel José López Ruiz.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

M^a Ángeles Lucerna Méndez.

Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. Almería.

Rafael Luque Barona.

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Francisco Javier Márquez Cuenca.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba. Córdoba.

Cristina Martínez Gil.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Jaén.

Manuel Martínez Mora.

Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

Francisco Mateo Vallejo.

Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz.

María Eva Mingot Castellano.

Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga.

José Jesús Moles González.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Almería.

Inmaculada Moraga Ropero.

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Sandra Moraleda Barba.

Distrito Sanitario de Jaén-Jaén Sur. Jaén.

Rafael Muñoz Arcos.

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Córdoba.

José Vicente Muñoz Rodríguez.

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Participantes en los grupos de trabajo

María Dolores Muñoz Sánchez-Reyes.

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Marta del Nozal Nalda.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla.

Fabiola Ojeda Virto.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Granada.

Félix del Ojo García.

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Almería.

Susana Ortega Domínguez.

Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

M^a José Pérez Lozano.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla.

Santiago Pérez Ramos.

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

M^a Jesús Pérez Santos.

Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Málaga.

Juan Prieto Tinoco.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Huelva.

Manuel Rodríguez Castillo.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla.

Olga Rojas Corrales.

Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Costa No-
roeste y Sierra de Cádiz.

M^a Ángeles Ruiz Moreno.

Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada.
Granada.

Leticia E. Ruiz Rivera.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Francisco Sánchez Laguna.

Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Sa-
lud. Sevilla.

Javier Sánchez Ruiz-Cabello.

Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Gra-
nda.

Angélica Tejedor Sánchez.

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Má-
laga.

Eugenio Vera Salmerón.

Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Gra-
nda.

Índice

	PRESENTACIÓN	9
1	INTRODUCCIÓN	13
2	METODOLOGÍA	19
3	ANÁLISIS DE SITUACIÓN	25
4	MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	35
5	GOBERNANZA	41
6	ÁREAS CLAVE	45
	Área 1. Seguridad en la organización.	
	Área 2. Gestión de riesgos. Aprendizaje y mejora continua.	
	Área 3. Atención integral segura.	
	Área 4. Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria.	
	Área 5. Implicación activa de pacientes y ciudadanía.	
	Área 6. Conocimiento e innovación en seguridad del paciente.	
7	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	89
8	GLOSARIO	91
9	ABREVIATURAS	97
10	BIBLIOGRAFÍA	101



Presentación

La seguridad del paciente constituye una dimensión clave, esencial y transversal de la calidad asistencial, al tiempo que un grave problema mundial de salud pública de importantes repercusiones, tal como establece la propia OMS. Además, uno de los objetivos establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas es “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, una meta a la que la seguridad del paciente contribuye de manera sustancial.



Los sistemas sanitarios no pueden ser ajenos al daño asociado a la asistencia sanitaria, tanto en Atención Primaria y Hospitalaria como en espacios de atención sociosanitaria, particularmente atendiendo a su elevada evitabilidad gracias a la puesta en marcha de políticas y herramientas dirigidas a minimizar los riesgos y a aumentar la seguridad en la atención.

Desde 2006, la sanidad pública andaluza viene implementando políticas de seguridad del paciente de forma estratégica o planificada, dirigidas a disminuir la incidencia de estos daños en el marco de una atención de calidad. De hecho, actualmente, Andalucía reconoce el derecho de la ciudadanía a reci-

bir una atención sanitaria segura, tal como se recoge en su Decreto 51/2017. Paulatinamente, la organización sanitaria se ha ido impregnando de una cultura de seguridad y dotándose de diversas estructuras, instrumentos, proyectos y actividades, tendentes a avanzar hacia una asistencia más segura.

En esta línea, tengo el honor de presentar la nueva Estrategia para la Seguridad del Paciente, cuya elaboración se ha realizado con la participación activa de más de un centenar de profesionales y se ha apoyado en el análisis de situación que se acompaña, así como en una encuesta sobre la percepción de cultura de seguridad en los centros en la que han participado más de 22.000 profesionales, que incorpora aspectos y perspectivas innovadoras para dar respuesta a las necesidades, expectativas y evidencias que sobre seguridad se constatan en la actualidad.

Esta nueva iniciativa apuesta por la máxima seguridad, profundizando en prácticas ya instauradas y emprendiendo líneas renovadoras, para contribuir, de manera directa o indirecta, a desplegar sistemas operativos, avanzar en estructuras y desarrollar procesos y procedimientos que minimicen los riesgos con la implicación y responsabilidad de todos los profesionales y el protagonismo de los pacientes en su propia seguridad, como actores principales.

Esta Estrategia incide en el avance de la seguridad en la organización, centrándose en el compromiso y el liderazgo, en el aprendizaje y en la mejora continua; profundiza en la gestión de riesgos en los centros asistenciales, de manera proactiva y reactiva, y con la puesta en marcha de sistemas organizativos estables y de notificación de riesgos e incidentes; junto a ello, impulsa la atención a la primera, segunda y tercera víctima de eventos adversos, elevando la humanización en la respuesta tanto a los pacientes como a los profesionales.

Igualmente se focaliza en el impacto que tiene sobre la seguridad del paciente determinadas situaciones de vulnerabilidad, estableciendo además objetivos específicos para sus poblaciones, y un análisis del riesgo específico que posee cada escenario asistencial, entre otros aspectos. También pone el énfasis en el papel que juegan las tecnologías de la información sanitaria como aliadas de peso a la hora de ofrecer una atención más segura.

Del mismo modo, la nueva estrategia establece la necesidad de realizar un especial esfuerzo para lograr una creciente implicación de los pacientes en su propia seguridad, aumentando su grado de conciencia y formación, apostando por la transparencia, y estimulando la participación activa de la ciudadanía, tanto en la seguridad que afecta a sus procesos asistenciales como en el diseño de políticas públicas de seguridad del paciente. Finalmente, concede un importante impulso a la generación de conocimiento en este ámbito, a través de la formación, la difusión de buenas prácticas o el impulso de la investigación e innovación en seguridad. Todo ello con el propósito de potenciar la cultura de Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Quiero agradecer su compromiso y dedicación a todo el equipo de profesionales que se ha implicado en la elaboración y diseño de esta estrategia, desde los pertenecientes a los órganos de gobernanza hasta los colaboradores de cada uno de los grupos de trabajo. Sus valiosas aportaciones y su esfuerzo han cristalizado en este documento y en su correspondiente plan de acción, que conducirá a que nuestra sanidad pública andaluza, centrada en el paciente, sea sinónimo de una atención cada vez más segura y de mayor calidad.

Jesús Aguirre Muñoz
Consejero de Salud y Familias

1

Introducción



La seguridad del paciente es un principio fundamental del Sistema Sanitario Público de Andalucía que se desarrolla en el marco de su Plan Estratégico de Calidad.

En este documento se presenta la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA), cuya elaboración responde a un proceso planificado, participativo y multidisciplinar. El contenido es un reflejo de los compromisos de la Consejería de Salud y Familias, mantenidos en el tiempo, que se despliega en un contexto de alianzas, responsabilidad compartida e implicación de la ciudadanía, pacientes, profesionales y centros, así como de los niveles de gestión y decisión de política sanitaria.

El concepto de seguridad del paciente ha evolucionado desde su consideración exclusiva como reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria que se presta hasta un mínimo aceptable, hacia una visión más amplia del daño que hace balance entre los beneficios de la atención y los daños potenciales, en un contexto asistencial dinámico de innovación tecnológica, nuevas formas de organización y avances en el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Este mínimo “aceptable” debe ponderarse en función de los conocimientos del momento basados en la evidencia científica, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, considerando el riesgo-beneficio de otras alternativas o de no realizar determinadas actuaciones sanitarias.

El origen de los daños, asociados a las intervenciones y medidas adoptadas durante la prestación de atención sanitaria, es multicausal. Los profesionales pueden equivocarse pero, asumiendo sin duda la responsabilidad de éstos en sus actuaciones, muchos de los errores son consecuencia del diseño e implementación de los procesos de organización y tienen como elementos contribuyentes las características intrínsecas

o circunstanciales de cada paciente y su momento asistencial.

El entorno en sí puede contener fallos que también pueden incrementar la probabilidad de errores y/o que sus consecuencias sean de mayor gravedad. Las intervenciones que se plantean en seguridad, en entornos cada día más complejos, van destinadas a evitar o paliar el daño a los pacientes ocasionado en la asistencia y a mejorar la implementación de las prácticas y los procesos asistenciales en la organización sanitaria, prestando apoyo a profesionales, equipos y a los centros.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los eventos adversos en la atención sanitaria están situados en el 14º lugar en la lista de causas de morbimortalidad a nivel mundial y los errores médicos se consideran la tercera causa de muerte en los EEUU. Se estima que en España uno de cada 10 pacientes que ingresa en un hospital y uno de cada 100 pacientes que acude a una consulta de atención primaria (AP) sufre un daño mientras recibe atención médica sin que esté relacionado con el motivo de la asistencia y pueden llegar a evitarse en más de un 40% y de un 70% respectivamente.

La seguridad del paciente se considera una dimensión clave, esencial y transversal de la calidad asistencial y es un problema mundial de salud pública. Teniendo como base los marcos normativos nacionales y autonómicos, la seguridad del paciente se establece en Andalucía como un derecho para la ciudadanía. Así, las personas usuarias de los servicios sanitarios tienen derecho a recibir una atención sanitaria tan segura como sea posible. Igualmente, la ciudadanía tendrá derecho a que se

se establezca una estrategia para la seguridad del paciente con el propósito de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención segura y disminuyendo la incidencia de daños accidentales.

Este enfoque de la seguridad desde el derecho y la equidad también se traduce en que las diferencias entre las personas o grupos sociales y las distintas situaciones vitales, no pueden suponer una desventaja en la atención segura. En coherencia con la OMS, la Consejería de Salud y Familias está comprometida explícitamente en avanzar en equidad en salud y en reducir las desigualdades, introduciendo el análisis de género como eje transversal de todas las estrategias de salud. Incorporar el enfoque de género a las políticas, estrategias y acciones en seguridad del paciente significa que ese punto de vista debe estar presente en los objetivos y diseño de las acciones propuestas, incluyendo la identificación de riesgos y las respuestas específicas y adecuadas a las diferentes situaciones de género que pueda vivir cada persona.

Son muchos y relevantes los organismos internacionales y nacionales que ponen su foco de atención en la seguridad del paciente en coherencia con la OMS. La Estrategia de Seguridad del Pa-

ciente del Sistema Nacional de Salud se renovó en el año 2015, apostando por una continuidad en las líneas desarrolladas e incorporando nuevos objetivos teniendo en cuenta las recomendaciones actuales de los organismos internacionales. Desde su publicación, algunas comunidades autónomas han seguido sus pasos y han actualizado sus estrategias o planes para la seguridad del paciente.

Las prioridades actuales se orientan a desarrollar una cultura de seguridad entre profesionales y organizaciones, fortalecer el liderazgo en seguridad, aprender de las experiencias y de los errores de forma proactiva y reactiva, crear redes de colaboración y conocimiento, desarrollar guías y herramientas de mejora, capacitar a los actuales y a los futuros profesionales de la salud desde las escuelas y universidades, reducir los daños evitables relacionados con la medicación, potenciar iniciativas en seguridad (parto seguro, cirugía segura, cuidados primarios seguros...), facilitar la implementación y evaluación de procedimientos operativos estándar (conciliación de la medicación, cirugía en sitio correcto, manejo de medicamentos inyectables concentrados...), fomentar los programas de seguridad (prevención y control de infecciones, vacunación, seguridad en las transfusiones de sangre, en procesos de laboratorio o radiológicos...), monitorizar el alcance y magnitud de los retos, iniciativas y programas ya implantados e implicar a la ciudadanía, pacientes, familias y personas cuidadoras.

En el año 2017, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través de la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento, inició el proceso de actualización de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema



Sanitario Público de Andalucía. El propósito de esta Estrategia es coordinar y liderar el diseño, planificación, despliegue y evaluación de políticas sanitarias para la seguridad del paciente. La ESSPA se sustenta en valores como el servicio público, la sostenibilidad, la equidad, el compromiso con la calidad, la transparencia, la participación, la innovación, la corresponsabilidad, el liderazgo y el trabajo en equipo. Para propiciar este liderazgo en seguridad se instituye la Gobernanza de la ESSPA, basándose en cuatro principios fundamentales: transversalidad de la seguridad en el SSPA; participación de profesionales y responsables de diferentes sectores del sistema; implicación de la ciudadanía; y coordinación y descentralización de actuaciones en los centros sanitarios.

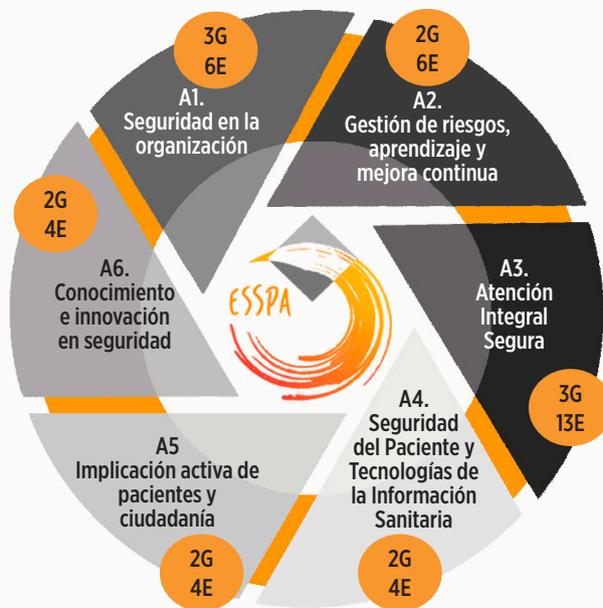
La ESSPA muestra coherencia con el marco autonómico, alineándose con el resto de planes y estrategias de Andalucía, así como con las herramientas utilizadas en el SSPA para impulsar la mejora continua (procesos asistenciales integrados, manuales de certificación de calidad de centros y competencias profesionales, mapas de competencias...).

Antes de iniciar esta etapa, se ha realizado una valoración de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014 (ESP 2011-2014). Este análisis tuvo por objeto obtener una imagen global de la seguridad del paciente en Andalucía, así como identificar los logros alcanzados, los avances realizados y fundamentalmente las áreas de mejora para guiar el diseño y contenidos de esta nueva Estrategia. Así, la ESSPA avanza y consolida los objetivos ya establecidos, incorporando además aspectos relevantes y perspectivas innovadoras que las reflexiones y la eviden-

cia sobre seguridad están indicando. Entre ellas, cabe destacar el impacto sobre la seguridad del paciente de las situaciones de vulnerabilidad, del nivel de implementación de las recomendaciones y el análisis del riesgo en escenarios asistenciales específicos, del papel de las tecnologías de la información sanitaria y el avance en compromisos de seguridad para ámbitos de atención con menor desarrollo.

La ESSPA se estructura en diferentes apartados, incluyendo un resumen del análisis de situación; su misión, visión, valores y gobernanza; además de los objetivos agrupados en áreas clave y un planteamiento de la evaluación y seguimiento de los mismos (figura 1).

Figura 1. Distribución de número de objetivos generales (G) y específicos (E) por Áreas Clave (A).



Con el propósito de ser un instrumento útil para el SSPA se han diferenciado 6 áreas clave que incluyen un total de 14 objetivos generales y 37 objetivos específicos, y a su vez, cada objetivo específico se despliega en un conjunto de orientaciones para la acción:

Áreas claves de la ESSPA

1 Seguridad en la Organización.

Esta área está relacionada con los modelos organizativos, poniendo el acento fundamentalmente en el compromiso y el liderazgo, la cultura de seguridad, incidiendo en la colaboración y comunicación y el control y seguimiento de entornos de trabajo seguros.

2 Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua.

En este apartado se incluyen aspectos relacionados con sistemas organizativos estables para la gestión de riesgos en los centros y servicios, los sistemas de notificación, la gestión proactiva y reactiva de los riesgos y la atención a la primera, segunda y tercera víctima de eventos adversos.

3 Atención integral segura.

En este bloque se aborda el impulso a las prácticas seguras de una forma global, además de objetivos definidos desde la perspectiva de pacientes en situación de vulnerabilidad y con o en escenarios considerados de mayor riesgo o de un riesgo específico.

4 Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria.

El área incluye la incorporación y evaluación de elementos de seguridad en las tecnologías de la información sanitaria, el uso seguro de éstas y el fomento de mejoras en la práctica asistencial apoyadas en dichas tecnologías.

5 Implicación activa de pacientes y ciudadanía.

Este apartado incorpora elementos relacionados con la información a pacientes, con la concienciación y formación en su propia seguridad y con la participación activa de pacientes y ciudadanía en la seguridad de sus procesos de atención y en las políticas públicas de seguridad del paciente.

6 Conocimiento e innovación en seguridad.

Este área contempla aspectos vinculados a la generación del conocimiento en seguridad: formación, competencias, difusión de buenas prácticas e impulso de la investigación e innovación en seguridad.

De forma periódica se programarán para el despliegue de los objetivos de la ESSPA acciones específicas, actividades calendarizadas, sistema de evaluación y seguimiento y responsabilidades identificadas para ese periodo, que se recogerán en un plan de acción.

La comunicación se considera un elemento esencial para la implantación de la Estrategia. Su difusión se realizará de forma planificada a todos los ámbitos del SSPA, pacientes, ciudadanía y otros grupos de interés.

2

Metodología



La elaboración de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía responde a un proceso planificado, participativo y multidisciplinar.

El trabajo se inició en enero de 2017 y se ha articulado a través de un grupo coordinador, diferentes equipos de profesionales y los comités para la revisión, validación, toma de decisiones y aprobación descritos en el epígrafe “Gobernanza”.

Toda la actividad llevada a cabo como resultado de una secuencia estructurada, de fases de trabajo, ha sido revisada y validada por las estructuras propias de la gobernanza.

Fase 1. Planificación, marco y comunicación

Se realizó la planificación de las diferentes actividades y procesos para la actualización de la Estrategia, distribuyéndose en diferentes fases para dar respuesta a lo proyectado. Se formó un grupo inicial con funciones de coordinación técnica, constituido por diversos perfiles profesionales vinculados a las instituciones directamente implicadas en el proyecto. En esta fase también participaron otros profesionales asistenciales con representación de los diversos ámbitos y provincias de la comunidad, iniciando su actividad en dos líneas:

- Una con funciones de estudio, análisis de la situación actual, coordinación y gestión.
- Otra dedicada a la identificación del marco mediante revisión de bibliografía y experiencias de diferentes organizaciones reconocidas

en seguridad del paciente, analizando las principales líneas de avance en los entornos nacional e internacional, incluyendo los contenidos abordados por otros sistemas autonómicos de salud con revisión reciente.

Se realizó una intensa difusión en el SSPA desde el inicio del proyecto implicando a profesionales y personal directivo en el mismo. Además, durante los meses de mayo y junio de 2017 se realizaron 17 “Foros provinciales de seguridad del paciente”, distribuidos por la comunidad andaluza, en los que intervinieron más de 500 profesionales del SSPA. El propósito de estos encuentros fue impulsar la participación e incentivar la corresponsabilidad en la ESSPA y en el proyecto sobre *Análisis de cultura de seguridad en el Sistema Sanitario*, desarrollado en el marco de la misma.



Fase 2. Análisis de situación

Como paso imprescindible para la planificación estratégica, se llevó a cabo un proyecto concreto de análisis de situación de la seguridad del paciente relacionada con la ESP 2011- 2014 de Andalucía. La recogida de información y la estructura del documento se organizaron con el propósito de ofrecer una imagen de la situación útil, global y en la que estuvieran representados los diferentes aspectos y actores de la asistencia:

- Recogida y análisis de información disponible desde el inicio de la ESP 2011-2014, publicados o aportados por informantes clave sobre:
 - Indicadores establecidos sobre seguridad del paciente.
 - Informes específicos de actividades en los centros y unidades asistenciales.
 - Proyectos estratégicos planificados.
 - Elementos de seguridad del paciente procedente de los manuales de certificación de centros y profesionales.
 - Datos del sistema autonómico de notificación y gestión de incidentes de seguridad.
 - Percepción de la seguridad del paciente por los agentes implicados (ciudadanía y profesionales).
- Realización de acciones específicas para recoger opiniones actuales de profesionales y

personal directivo y medir la cultura de seguridad en el SSPA.

- Cuestionario autoadministrado a profesionales sanitarios, cargos intermedios y directivos sobre barreras para la seguridad en los servicios de salud.
- Taller con personal directivo para la realización de propuestas de mejora.
- Medida de la cultura de seguridad del paciente en el SSPA y percepción de los profesionales, a nivel hospitalario y de atención primaria. La información sobre este aspecto se ha obtenido a partir de la aplicación de los cuestionarios desarrollados por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*¹, adaptados y validados por el Ministerio para el Sistema Nacional de Salud^{2,3}.
- Valoración de las metas definidas en la ESP 2011-2014, sintetizando los principales resultados obtenidos y orientando así las áreas de trabajo a incorporar en la nueva estrategia.

Fase 3. Definición de los elementos de la planificación estratégica

En el marco del Plan Estratégico de Calidad del SSPA y de sus enfoques transversales, se establecieron los elementos clave de la planificación, misión, visión y valores. Estas formulaciones se revisaron y validaron por los órganos de responsabilidad descritos en la gobernanza de la ESSPA.

¹ Surveys on patient Safety Culture / Agency for Healthcare research and quality [internet][consultado abril 2018]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/index.html>

² Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005

³ Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

Fase 4. Identificación de prioridades y estructura de la estrategia

Las prioridades estratégicas se identificaron a partir del análisis de situación y de las propuestas de mejora planteadas desde el liderazgo de los servicios y centros, alineándolas con las directrices actuales para la seguridad del paciente en el ámbito nacional e internacional.

Para la determinación de áreas clave en seguridad del paciente se ha seguido una secuencia de ideas estructurada:

- Elementos esenciales en el marco de seguridad actual con buen nivel de desarrollo que deben tener continuidad.
- Elementos propuestos en la ESP 2011-2014 con menor implementación en el SSPA.
- Aspectos transversales de la gestión de la calidad necesarios para la planificación estratégica e indispensables para la mejora de la seguridad.
- Factores de la organización sanitaria en su conjunto, de los profesionales y de los servicios y centros, que pueden actuar como barreras o impulsores en el despliegue y logro de los objetivos de seguridad.
- Nuevas oportunidades de mejorar la capacidad organizacional para proteger a los pacientes y abordar los problemas de seguridad, innovaciones en contenidos y metodologías.

Las prioridades estratégicas identificadas se han englobado en 6 áreas clave. Son aspectos críticos que deberán abordarse en las políticas sanitarias de seguridad del paciente en la Comunidad Andaluza.

Fase 5. Diseño y contenidos de las áreas clave

En esta etapa se elaboraron los contenidos de las áreas clave: conceptualización, definición de objetivos generales y específicos y descripción de las orientaciones para la acción que servirán de ejes en el desarrollo del plan de acción. En cada paso se ha considerado la perspectiva de género teniendo como referencia las orientaciones corporativas para este fin.

El trabajo se llevó a cabo por los equipos técnicos de profesionales con conocimiento y/o responsabilidad en seguridad del paciente. Los grupos de trabajo han contado con una persona que ejerció las funciones de liderazgo y coordinación, funcionando autónomamente dentro de un marco homogéneo de orientaciones para la elaboración de contenidos. Para facilitar la comunicación, repositorio e intercambio documental se dispuso de una plataforma virtual.

Se realizó un taller común para la presentación y discusión de contenidos preliminares: características y justificación del área o práctica, objetivos, recomendaciones, acciones de desarrollo y bibliografía de referencia.

Fase 6. Integración de propuestas, revisiones y documento final

Los informes de los grupos de trabajo se revisaron, reformulando contenidos e integrando la información en un documento preliminar.

Este borrador inicial fue analizado, revisado y modificado por el grupo coordinador, establecido en la gobernanza, con el propósito de:

- Examinar la caracterización de cada área, su descripción, pertinencia y alcance en la ESSPA.

- Analizar el abordaje en los objetivos generales de todos los aspectos críticos del área, considerando las funciones principales de la organización sanitaria para obtener los mejores resultados: liderazgo y modelo organizativo, grupos de interés, procesos y conocimiento.
- Valorar la formulación de los objetivos:
 - Capacidad de despliegue de los objetivos generales en los específicos.
 - Importancia, pertinencia y evaluabilidad, directa o indirecta, de los objetivos generales y específicos.
 - Coherencia de los objetivos del mismo nivel.
 - Coherencia de las orientaciones para la acción con el objetivo específico.
 - Características de cada objetivo en relación a su especificidad, cuantificación de logros, realismo, posibilidad de ser alcanzado, relevancia y capacidad de ser temporalizado.
- Enunciar orientaciones, dirigidas a los niveles micro, meso y macro del sistema, que sirvan de guía en la elaboración del primer Plan de Acción.
- Definir la sistemática de evaluación y seguimiento de la ESSPA.

Como resultado de este trabajo, se elaboró el nuevo texto que se trasladó a los comités reconocidos en la gobernanza para su aprobación definitiva.

FASE 1**PLANIFICACIÓN, MARCO Y COMUNICACIÓN**

- Revisión bibliográfica
- Programación
- Difusión y comunicación del proyecto

FASE 2**ANÁLISIS DE SITUACIÓN**

- Revisión documental y fuentes de información
- Cuestionarios de opinión a personal directivo y cargos intermedios
- Cuestionario de percepción de cultura de seguridad a profesionales

FASE 3**DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA****FASE 4****IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES ESTRATÉGICAS (ÁREAS CLAVE) Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO****FASE 5****DISEÑO Y CONTENIDOS DE ÁREAS CLAVE**

- Objetivos generales
- Objetivos específicos
- Orientaciones para la acción

FASE 6**INTEGRACIÓN DE PROPUESTAS, REVISIONES Y DOCUMENTO FINAL**

3

Análisis de situación

En Andalucía, el desarrollo institucional de las políticas públicas sobre seguridad del paciente, en el marco del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), culminaron en el desarrollo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010 y su renovación, la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014, con un enfoque de participación de la ciudadanía en su seguridad y de consolidación del papel de las unidades de gestión clínica como modelo de organización e implicación de los profesionales en la seguridad.

Así mismo, se enfatizó en el liderazgo profesional y el fortalecimiento de las prácticas seguras. Desde el inicio en 2006, se ha desplegado una gran actividad en seguridad del paciente en la Comunidad, desarrollándose diferentes estructuras e instrumentos específicos y llevándose a cabo múltiples iniciativas, planes y proyectos, como expresión del compromiso del conjunto del sistema sanitario y de los profesionales.

En 2017, la Consejería de Salud, a través de la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento, inició un proceso de actualización de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, bajo el paraguas de la renovación de las políticas de calidad del SSPA con el nuevo Plan Estratégico de Calidad.

Como parte de este proceso, para observar la evolución de dichas políticas, identificar oportunidades de mejora y con el propósito de orientar las áreas clave de la ESSPA, es relevante tener una imagen global de la situación de la Seguridad del Paciente en Andalucía en los últimos años (desde 2011 al 2017), para lo cual se ha llevado a cabo un análisis de situación del avance e influencia de la ESP 2011-2014 en el ámbito andaluz que se resume en este apartado.

Dado que actualmente no existe un sistema de información integrado de seguridad del paciente, que permita disponer de datos directos sobre la realización de las acciones y el logro de los los objetivos incluidos en la ESP 2011-2014, se ha recurrido al análisis de información de una combinación de fuentes con datos cuantitativos y cualitativos, revisión de informes y recogida de

la opinión y perspectiva de diferentes agentes implicados (ciudadanía, profesionales, personal directivo), obtenida a través de talleres, cuestionarios autoadministrados, informantes-clave y otras fuentes documentales. Además, con el objetivo de valorar la cultura de seguridad en todo el sistema sanitario, se realizó en 2017 una encuesta dirigida a todo el personal del SSPA vinculado tanto al ámbito hospitalario como al de atención primaria.

Los cuestionarios utilizados fueron las versiones de HSPSC y MOSPS de la AHRQ adaptados y validados al español, por el Ministerio de Sanidad, para el Sistema Nacional de Salud y referidos en el apartado de metodología.



De este análisis, se han seleccionado los resultados más relevantes que se sintetizan a continuación:

- 1) Respecto a la valoración de la percepción de cultura de seguridad, se recogieron 22.091 cuestionarios cumplimentados por profesionales del SSPA. La valoración general es positiva, siendo calificada mayoritariamente como buena, muy buena o excelente. Esta percepción positiva resulta mayor en atención hospitalaria que en atención primaria. Sin embargo, los profesionales de atención primaria identifican mayor número de fortalezas en cuanto a las dimensiones analizadas en los cuestionarios, frente a los de atención hospitalaria. El resumen de los resultados del cuestionario de cultura de seguridad se presenta en la siguiente tabla:

	Atención Hospitalaria		Atención Primaria	
Cuestionarios realizados	14.091		8.000	
Valoración general sobre cultura de seguridad del paciente	Excelente	9,42%	Excelente	8,81%
	Muy bueno	41,04%	Muy bueno	9,29%
	Bueno	38,63%	Bueno	41,32%
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo entre unidades - Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente 		<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos relacionados con seguridad y calidad - Intercambio de información con otros dispositivos - Trabajo en equipo - Aprendizaje organizacional - Seguimiento de la atención al paciente 	
Oportunidades de mejora	Dotación de personal		Presión asistencial y ritmo de trabajo	

Asimismo, también se ponen de manifiesto oportunidades de mejora. De éstas, se pueden identificar algunas actuaciones relevantes que podrían mejorar la cultura de la seguridad del paciente en los hospitales y centros de atención primaria del SSPA:

- Promover la coordinación entre unidades y servicios y la responsabilidad compartida.
- Promover la comunicación, discusión y análisis de los riesgos, incidentes o eventos que ocurran y potenciar el aprendizaje colaborativo.
- Fomentar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de gestores y personal directivo de los centros.

- 2) Por otro lado, a partir del análisis de situación de la ESP 2011-2014 se identifican los principales logros y las oportunidades de mejora para cada una de las 7 metas descritas y los proyectos estratégicos incluidos en la misma.

A continuación se presenta una síntesis de dichos resultados:

META 1.1

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

Avances

- Más del 50% de las unidades clínicas del SSPA disponen de documentos de información dirigidos a pacientes ante procesos de alto riesgo y de comisiones de participación con objetivos de seguridad del paciente.
- Más de 8.000 personas, a través de 500 cursos de la Escuela de Pacientes, se han formado en aspectos relacionados con la seguridad.
- Desarrollo de aplicaciones móviles dirigidas a pacientes y ciudadanía para la mejora de su seguridad.
- Catálogo de aplicaciones con el distintivo AppSaludable por demostrar su calidad y seguridad, disponible para ciudadanía y profesionales.
- Acceso de la ciudadanía al sistema autónomo de notificación de incidentes.

Oportunidades de mejora

- Difusión a la ciudadanía de la Estrategia para la Seguridad del Paciente.
- Incorporación del paciente en el despliegue de la Estrategia.
- Diseño de catálogos de buenas prácticas para pacientes y cuidadores.
- Desarrollo de un itinerario formativo específico para ciudadanía.
- Implicación de pacientes en su seguridad.
- Mejora de la comunicación entre pacientes y profesionales, de la información ofrecida, la coordinación y la continuidad asistencial.
- Uso de las tecnologías de la información y comunicación facilitando la incorporación de información sanitaria de manera inmediata y permitiendo la atención no presencial en las consultas.
- Fomentar la notificación de riesgos e incidentes de seguridad por parte de la ciudadanía.

**META
2.1**

Identificar y ampliar las competencias profesionales específicas en seguridad del paciente, con un enfoque multidisciplinar, de trabajo en equipo y comunicación, promoviendo su entrenamiento y la mejora continua.

Avances

- La formación es uno de los aspectos más desarrollados: 16.500 profesionales con el itinerario formativo en seguridad del paciente realizado y más de 2.300 actividades formativas (120.000 horas) realizadas en los centros dirigidas a más de 275.000 profesionales.
- Los mapas de competencias profesionales y los manuales de acreditación incorporan competencias transversales y evidencias sobre seguridad del paciente respectivamente.
- El trabajo en equipo y el intercambio de información se han identificado como fortalezas en los cuestionarios sobre cultura de seguridad.
- Más del 60% de unidades clínicas cuentan con protocolos de comunicación en los trasposos o transferencias de pacientes.

Oportunidades de mejora

- Evaluación de las buenas prácticas en seguridad dentro de los mapas de competencias.
- Elaboración de mapas de competencias específicos para responsables o personas que ejerzan su liderazgo en seguridad del paciente.
- Formación específica en seguridad para los cargos intermedios y gestores como requisito en el perfil.
- Mejora de la coordinación, comunicación y colaboración entre profesionales, servicios, unidades, centros y ámbitos asistenciales.

**META
2.2**

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

Avances

- El liderazgo por parte de los cargos intermedios para promover la seguridad del paciente y el aprendizaje organizacional son dimensiones bien valoradas en los cuestionarios de cultura de seguridad.

Oportunidades de mejora

- Seguir potenciando la notificación y gestión de incidentes de seguridad y la utilización del sistema de notificación del SSPA para gestionar los riesgos, compartir las acciones de mejora implantadas y contribuir al aprendizaje a nivel organizacional.



Avances

- Todos los centros disponen de sistemas de notificación y gestión de incidentes de seguridad (más de 16.000 notificaciones recibidas a nivel autonómico), con procedimientos implantados y contando con un gestor de centro y un gestor local en el 60% de unidades clínicas, además de la participación activa de las direcciones.
- Los Contratos Programas y Acuerdos de Gestión incorporan compromisos explícitos con la seguridad del paciente.
- Los manuales de certificación de unidades y centros incorporan estándares relacionados con la seguridad del paciente.

Oportunidades de mejora

- Minimizar algunas barreras que ralentizan el avance de la cultura de seguridad del paciente como la sobrecarga de trabajo, la falta de conciencia sobre la magnitud de los problemas de seguridad, la resistencia al cambio, la cultura de culpa y el uso y gestión de las notificaciones de eventos.
- Potenciar la definición de un sistema organizativo competente y estable para la gestión de riesgos, fomentando la elaboración y evaluación de planes de seguridad dentro de las unidades y centros.
- Fomento de líneas de investigación e innovación en seguridad del paciente y la transferencia de resultados a la práctica clínica de los proyectos desarrollados.

META 3.1

Desarrollar la Red de Centros y Unidades con Prácticas Seguras como espacio de encuentro de cooperación de profesionales y ciudadanía en torno a la seguridad del paciente, promoviendo su desarrollo y expansión, aspirando a convertirse en un referente por la seguridad del paciente en lengua castellana.

Avances

- 1.200 centros y unidades forman parte de la Red de centros y unidades para la implantación de prácticas seguras.
- Se han otorgado 319 distintivos manos seguras, 107 de prácticas seguras en cirugía y 128 de centros contra el dolor.
- Se han compartido más de 60 recursos, dirigidos a centros, profesionales y ciudadanía e información a través de las redes sociales del Observatorio para la Seguridad del Paciente.

Oportunidades de mejora

- Potenciar la difusión entre centros y servicios, compartiendo experiencias que hayan demostrado impacto en seguridad del paciente en cuanto a mejoras de resultados en salud.
- Desarrollo de nuevas herramientas o distintivos que favorezcan y reconozcan la implantación de prácticas seguras.

**META
3.2**

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

Avances

- Los hospitales disponen de protocolos para garantizar la identificación inequívoca de pacientes. Igualmente, la mayoría de unidades acreditadas tienen procedimientos de identificación de pacientes, de muestras y ante la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de potencial riesgo como la administración de medicamentos y hemoderivados.
- Casi todos los hospitales disponen de protocolos para la implantación de los listados de verificación de seguridad quirúrgica en cirugía programada.
- El 80% de los hospitales cuenta con protocolos de conciliación de la medicación al ingreso y al alta y el 63% también durante las transiciones, potenciándose en las unidades el uso seguro de los medicamentos.
- Se han desarrollado e implantado sistemas de ayudas a la prescripción, sistemas de dispensación de dosis unitaria en los hospitales, prescripción electrónica intrahospitalaria, procedimientos y herramientas para la revisión de la medicación en personas polimedicadas o pluripatológicas y pacientes con potenciales problemas de prescripción.

Oportunidades de mejora

- Potenciar la identificación y avanzar en la verificación de la identidad del paciente, de su información clínica o de sus pruebas diagnósticas, antes de la prestación de la atención por parte de los profesionales.
- Asegurar la cumplimentación correcta de los listados de verificación de seguridad quirúrgica potenciando la participación activa de pacientes y familia en el proceso quirúrgico.
- Actualización de protocolos para el manejo de medicamentos de alto riesgo.
- Avanzar en el desarrollo e implementación de herramientas de ayuda para evitar errores de medicación, potenciar la prescripción electrónica y la adecuación, la revisión y conciliación de los tratamientos farmacológicos y asegurar las condiciones de conservación y almacenamiento de productos sanitarios y medicamentos.
- Consolidación de los programas de vigilancia, control y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria y extensión a otros ámbitos de atención.
- Definición y actualización de los mapas de riesgos de centros y servicios, incluyendo los momentos de información al paciente sobre su seguridad y monitorizando los puntos críticos en los procesos asistenciales.



Avances

- El 100% de camas de las unidades de cuidados intensivos y el 97,8% del resto de unidades de hospitalización disponen de productos de base alcohólica (PBA) en el punto de atención al paciente. La mayoría de las unidades de atención primaria disponen de PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria.
- Diseño y difusión de recomendaciones en el ámbito de cuidados.
- Desarrollo e implantación del Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de antimicrobianos (PIRASOA) y de las recomendaciones de los programas de seguridad del paciente en las unidades de cuidados críticos.

Oportunidades de mejora

- Disponer de procedimientos de actuación para minimizar la inmovilización y restricción de pacientes.
- Potenciar iniciativas para la prevención, detección y análisis de los riesgos en los laboratorios.
- Avanzar en la seguridad en los procesos de transfusión de componentes sanguíneos.
- Mejorar en la correcta continuidad asistencial verificando los componentes críticos durante las transferencias y fomentar la comunicación con los servicios sociosanitarios para garantizar la seguridad.
- Herramientas de gestión para abordar la prevención de riesgos, la detección de incidentes y la medición de criterios y estándares de seguridad.

META 3.3

Garantizar un entorno seguro y confortable en los centros del SSPA, mediante actuaciones relacionadas con la seguridad de la edificación, instalaciones y equipamiento.

Avances

- Existencia de planes de mantenimiento en algunos centros y unidades.
- Formación a través de las unidades de prevención de riesgos y medidas a establecer dentro de los puestos de trabajo.

Oportunidades de mejora

- Avanzar en la prevención y control de riesgos para el paciente, asociados al uso de dispositivos, equipamientos, infraestructuras.
- Conocer, registrar y controlar las condiciones de seguridad del espacio y las instalaciones para la adecuada y segura realización de la actividad asistencial.
- Avance en la utilización segura del equipamiento electromédico de materiales peligrosos.

META
3.4

Potenciar el desarrollo de actuaciones e instrumentos que faciliten el intercambio de conocimiento en todos los ámbitos de atención, con el objetivo de implementar la ESP en todos los centros del SSPA, orientando y priorizando las acciones en función de las características de cada uno, mediante un proceso de evaluación y mejora continua.

Avances

- Se han identificado referentes de seguridad de los diferentes centros que conforman el SSPA, estableciéndose mecanismos de comunicación.
- Se cuenta con una herramienta de autoevaluación de las unidades sobre el grado de cumplimiento de las actuaciones incluidas en la Estrategia.

Oportunidades de mejora

- Consolidar una estructura estable que facilite y garantice el desarrollo, comunicación, implantación y evaluación de actuaciones para la mejora de la seguridad del paciente en el SSPA.



4

Misión, visión y valores



La *Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía* es el marco de referencia de las actuaciones en seguridad del paciente en esta comunidad autónoma.

MISIÓN

Su propósito es liderar el diseño, la planificación, el despliegue y la evaluación de las políticas para la seguridad del paciente enfocadas a la mejora continua, a la generación de conocimiento y al fomento de la cultura en seguridad, considerada ésta como una dimensión esencial de la calidad de la atención.

VISIÓN

Alcanzar un sistema sanitario excelente en la atención y los resultados en seguridad del paciente para evitar daños innecesarios, desarrollando y mejorando continuamente sus modelos de organización, participación y conocimiento. Ser un referente para otras organizaciones sanitarias en la protección de los pacientes.



VALORES

Los valores que orientan la ESSPA se corresponden con los que guían las acciones y el comportamiento del SSPA, singularizados en el ámbito de la seguridad del paciente:

Servicio público

La seguridad del paciente se concibe como un valor público, un bien común. Las actuaciones que se desarrollan en el marco de la seguridad del paciente responden a la necesidad y el derecho de la ciudadanía a recibir una atención sanitaria segura, una dimensión esencial de la calidad.

Sostenibilidad

El desarrollo sostenible se entiende como la mejora para la ciudadanía de la calidad de vida y del bienestar presentes y futuros. La estrategia de seguridad contribuye a esta mejora a través de la prevención de riesgos basada en las mejores decisiones clínicas y organizativas y la disminución de riesgos, reduciendo el daño sobre las personas atendidas y el impacto económico asociado.

Equidad

Todas las personas deben recibir una atención con igual nivel de seguridad y calidad, independientemente del territorio en el que vivan, su género, edad, etnicidad, circunstancias sociales, características personales y necesidades de salud. El enfoque personalizado de la asistencia se extiende a las intervenciones de seguridad que deberán adecuarse a las necesidades de las personas atendidas, con especial énfasis en aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Compromiso con la calidad y mejora continua

Significa ofrecer una atención sanitaria clínicamente efectiva y segura, guiada por estándares, adecuándose a las necesidades del paciente. La organización excelente en seguridad está impregnada de una dinámica de mejora y un clima de aprendizaje e innovación continuos. La seguridad es un criterio clave de calidad y un componente central de las herramientas de mejora y acreditación que se desarrollan en el SSPA.

VALORES

Transparencia

La gestión de la seguridad debe darse en una relación de confianza y colaboración entre gestores, profesionales y ciudadanía.

Es una obligación ofrecer información clara a la ciudadanía y pacientes, relacionada con la seguridad en sus procesos de salud y sobre formas de participar activamente en ella. Igualmente, los profesionales deben tener información sobre las actuaciones y sistemáticas establecidas para prevenir y gestionar los riesgos de seguridad, sobre su forma de colaborar y el apoyo que puede ofrecérseles.

La organización sanitaria deberá reconocer sus errores, aprender de ellos para minimizarlos y gestionar su impacto de forma transparente.

Participación

La atención sanitaria debe darse en un entorno de cooperación, coordinación y participación activa de pacientes y profesionales, comprometidos con el bien común que es la seguridad.

La participación de pacientes, cuidadores y de la ciudadanía globalmente, es un principio del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En seguridad del paciente esta referencia se convierte en una obligación que contribuye a prevenir riesgos para la salud de las personas a quienes se atiende. Al enfoque de la atención hacia sus necesidades y expectativas debe añadirse el impulso de una actitud activa del paciente por su seguridad en las intervenciones sanitarias y a lo largo de todo su proceso de atención.

VALORES

Innovación

Son objetivos prioritarios en seguridad el conocer mejor los riesgos, que aumentan la probabilidad de producir daño al paciente, sus consecuencias y las formas de evitarlos, adaptando e innovando permanentemente las soluciones.

Las iniciativas y el trabajo para mejorar la seguridad del paciente deben estar basados en la producción de nuevas ideas y nuevas herramientas que ayuden al sistema sanitario a conocer mejor lo que ocurre y ofrecer medidas efectivas y adaptadas a los problemas y a las personas.

Liderazgo, trabajo en equipo y corresponsabilidad

La seguridad en la asistencia sanitaria es responsabilidad de todas las personas que intervienen en el proceso de atención: gestores, líderes clínicos, profesionales, pacientes, personas cuidadores, ciudadanía... La seguridad es un trabajo de todos, en un clima de autonomía, apoyo, corresponsabilidad y descentralización de las decisiones en el marco del proyecto común.

Los modelos de organización y liderazgo actúan como elementos determinantes y, en ocasiones, causantes de los problemas de seguridad. El trabajo en equipo multidisciplinar, la comunicación entre profesionales y ámbitos asistenciales, el abordaje multifactorial de los problemas y el papel del paciente, son algunos de los factores que contribuyen a mejorar las competencias, la coordinación y la continuidad en los equipos de trabajo.

5

Gobernanza



La actualización y despliegue de la *Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía* está liderada por la Secretaría de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias, desde donde se han coordinado los esfuerzos de todos los participantes.

La Gobernanza se constituye para el proceso de toma de decisión que se ejerce por el conjunto de actores involucrados en la política sanitaria en relación a la seguridad del paciente. Su propósito es el despliegue de la misión de la ESSPA, propiciando su difusión e impulso y facilitando la implementación de las recomendaciones y buenas prácticas en los centros.

Los diferentes elementos de la Gobernanza actuarán en el marco de los valores de la ESSPA y se han constituido bajo cuatro principios fundamentales:

- Transversalidad de sus actuaciones en todo el SSPA, orientando e implicando al resto de estrategias y planes, bajo las directrices del Plan Estratégico de Calidad.
- Participación activa de profesionales y gestores del SSPA.
- Implicación de la ciudadanía y pacientes.
- Coordinación y descentralización de actuaciones, para que sea factible su desarrollo y la implementación de buenas prácticas en los distintos centros.

En este contexto se constituyen tres órganos de coordinación y gestión: Comité Director, Comité Técnico, Comisión Operativa Asesora y Grupo Coordinador. Paralelamente, se forman los diferentes grupos de trabajo de profesionales para abordar los objetivos y contenidos de las áreas clave y prácticas seguras consideradas en esta Estrategia, que funcionan como instrumentos de apoyo y asesoramiento.



Comité Director

El Comité Director es el encargado de la planificación estratégica, evaluación y aprobación de las políticas que hay que desarrollar para garantizar la Seguridad del Paciente en los centros del SSPA. El Comité Director se apoyará para el desarrollo de sus funciones en el Comité Técnico de la ESSPA.

Comité Técnico

El Comité Técnico es el encargado de planificar, operativizar y monitorizar las líneas de acción aprobadas por el Comité Director. Por otro lado, coordina la evaluación de los objetivos marcados en la Estrategia. Además, evalúa y eleva las propuestas de la Comisión Operativa Asesora. El Comité Técnico desempeñará sus funciones asegurando la sostenibilidad y coherencia del sistema y la factibilidad de las actuaciones en los centros del sistema sanitario.

El Comité Técnico se apoya para el desarrollo de sus funciones en la Comisión Operativa Asesora.

Comisión Operativa Asesora

La Comisión Operativa Asesora apoyará, con la evidencia científica y técnica disponible, el enfoque, despliegue, implementación y evaluación de los objetivos y acciones de la ESSPA. Además, servirá de apoyo y monitorizará las actividades de los responsables de seguridad en los centros y los diferentes grupos de trabajo de profesionales.

Grupo Coordinador

El Grupo Coordinador será el encargado de apoyar y asesorar a la Dirección de la Estrategia, en su función de coordinación, desarrollo e impulso de las líneas de trabajo institucionales.

6

Áreas clave



Un modelo de organización sanitaria que considera la seguridad del paciente como principio y como meta, se basa en el compromiso e implicación de todos los agentes que participan en la asistencia sanitaria, incluidos los pacientes.

Área 1: Seguridad en la Organización

La cultura de seguridad del paciente se relaciona con un conjunto de valores, actitudes, competencias, normas y conductas comunes a las personas y a los equipos profesionales. Esta cultura debe impregnar las políticas que se establezcan, las decisiones directivas y clínicas, los procesos y prácticas asistenciales, las estructuras físicas y cualquier elemento de prevención o control que se establezca.

La mejora de la cultura de seguridad requiere implicación del personal directivo competente, visible y activo para garantizar la gestión proactiva de los riesgos y la implementación, monitorización y evaluación de objetivos y actuaciones que promuevan la seguridad en todos los ámbitos, servicios y centros asistenciales.

Los problemas de seguridad en los servicios y centros sanitarios tienen un origen multifactorial; se producen por una combinación de deficiencias del sistema, de fallos en las defensas y barreras, en el tipo y en las condiciones de trabajo, de los materiales utilizados, de errores ligados a la persona que desempeña la actividad y de la confluencia de determinados

factores contribuyentes. El liderazgo, los factores humanos y la comunicación son tres de las causas raíz más frecuentes identificadas en los sucesos centinela comunicados por la *Joint Commission* en los últimos años.

Bajo estas premisas, las estrategias fundamentales para mejorar la seguridad se dirigen a: asegurar la fiabilidad de los procesos, implementar prácticas clínicas seguras, definir y controlar sistemas de trabajo comunes, controlar los riesgos, gestionar activamente los problemas y oportunidades de mejora de la seguridad y minimizar el daño que pueda producirse, atendiendo a pacientes y profesionales implicados.

El avance en el desarrollo de políticas y procedimientos de gestión del entorno, de las instalaciones y equipamientos es también una responsabilidad de la Organización y sus líderes, imprescindible para garantizar un ambiente asistencial seguro para pacientes y personas usuarias. Algunos de esos aspectos han sido identificados como áreas de mejora tras el análisis de situación.

El área clave 1 contempla objetivos dirigidos a elementos de la organización sanitaria que resultan críticos para obtener los mejores resultados para la seguridad del paciente.

Se abordan en ella, desde una perspectiva global, retos para el liderazgo, los objetivos, procesos y planes específicos, las formas y métodos de prevención, la atención y comunicación, la cultura de seguridad, las estructuras, el entorno, dispositivos y equipamiento.

Otros elementos vinculados al modelo organizativo se tratan por su relevancia y especificidad en áreas clave concretas: la gestión de riesgos, las prácticas seguras, la tecnología de información sanitaria, la participación del paciente, la gestión del conocimiento y la innovación.

ESSPA_A1.G1. Fomentar una política de prevención y mejora continua para la seguridad del paciente en todos los ámbitos de la atención sanitaria, en el marco del modelo organizativo del SSPA.

ESSPA_A1.G1.E1. Establecer y difundir, desde los diferentes niveles directivos, una política de gestión transparente para la mejora de la seguridad del paciente.

Orientaciones para la acción

- Implicación de la dirección en actuaciones y actividades de mejora de la seguridad.
- Definición de objetivos que hagan visible el compromiso del liderazgo con la mejora de la seguridad del paciente, en el marco de los contratos programa y acuerdos de gestión.
- Creación de un entorno de trabajo transparente, no punitivo y de aprendizaje en el que los profesionales puedan plantear vulnerabilidades de la organización.
- Orientar la planificación en los centros sanitarios hacia el análisis y priorización de los riesgos así como a la identificación de barreras de seguridad.
- Planificación de actuaciones dirigidas al paciente, profesionales y organización, ante la ocurrencia de eventos adversos.
- Difusión de las actuaciones y resultados de seguridad a profesionales y ciudadanía.

ESSPA_A1.G1.E2. Impulsar en los centros asistenciales del SSPA el liderazgo en seguridad del paciente a través de un modelo organizativo estable y competente.

Orientaciones para la acción

- Definición de competencias específicas del gestor y el líder clínico para potenciar la cultura de seguridad del paciente.
- Capacitación en seguridad del paciente para el desempeño de cargos intermedios y puestos directivos.
- Impulso de la generación e intercambio de conocimiento en seguridad del paciente por los líderes clínicos.
- Definir y establecer las funciones correspondientes a los referentes de seguridad, comisiones y equipos para la seguridad del paciente.
- Identificación del referente en seguridad del paciente en cada centro, con las competencias necesarias y funciones establecidas.
- Establecer comisiones operativas (a nivel macro y meso) y equipos (a nivel micro) de seguridad del paciente, con participantes, responsabilidades y objetivos definidos y evaluados anualmente.
- Mantener canales de comunicación estables entre el equipo directivo, los referentes, las comisiones y equipos de seguridad para mejorar la coordinación y facilitar la implementación y evaluación de medidas.
- Fortalecimiento de la continuidad entre equipos, unidades y ámbitos asistenciales y las prácticas seguras adecuadas a cada ámbito y proceso de atención, evitando intervenciones sanitarias innecesarias.
- Actualización según la evidencia y difusión de recomendaciones sobre intervenciones que no aportan valor para la mejora de la seguridad del paciente.

ESSPA_A1.G2. Avanzar en una cultura de seguridad de la Organización que fomente la comunicación, la actitud proactiva y responsable y el enfoque de evaluación y mejora de todas las personas que trabajan para el SSPA.

ESSPA_A1.G2.E1. Desplegar, monitorizar y difundir los resultados de los objetivos de la ESSPA en los diferentes ámbitos y centros asistenciales, de forma coordinada con otras iniciativas corporativas.

Orientaciones para la acción

- Evaluación periódica de resultados sobre cultura de seguridad en la Organización y difusión de los mismos.
- Desarrollo y seguimiento de objetivos e indicadores corporativos para avanzar en el sistema de información para la evaluación de la Seguridad del Paciente.
- Transmisión a toda la Organización de los resultados alcanzados por las actuaciones en seguridad del paciente.
- Coordinación de actuaciones y objetivos con los planes integrales y otras iniciativas corporativas.

ESSPA_A1.G2.E2. Mantener y reforzar medidas para favorecer la actitud proactiva y responsable de los profesionales y la mejora de la comunicación efectiva en los diferentes ámbitos de atención para la asistencia segura del paciente.

Orientaciones para la acción

- Estandarización del proceso de comunicación e identificación de puntos críticos, asegurando la continuidad y seguridad en la asistencia.
- Sistematizar la comunicación periódica dentro y entre los servicios y centros y con el equipo directivo, para abordar necesidades y mejoras relacionadas con la seguridad del paciente.
- Uso de canales eficaces para asegurar la comunicación entre los diferentes ámbitos asistenciales y con pacientes y ciudadanía.
- Capacitación de profesionales para el desarrollo de habilidades y el uso de herramientas específicas de comunicación.
- Impulso de intervenciones que contribuyan a promover una actitud proactiva y responsable de los profesionales para incrementar la seguridad del paciente.

ESSPA_A1.G3. Garantizar un entorno asistencial seguro a través de la adecuada gestión de equipamientos, infraestructura y edificación.

ESSPA_A1.G3.E1. Potenciar la vigilancia y el control sistemáticos de equipamiento, instalaciones y edificación.

Orientaciones para la acción

- Definición e inclusión de criterios mínimos que garanticen la seguridad del paciente en las licitaciones de servicios de mantenimiento, inversiones, reformas e instalaciones.
- Planificación, control y registro del mantenimiento preventivo y mejora del equipamiento.
- Potenciar herramientas para asegurar el mantenimiento, monitorización y mejora de instalaciones y edificación.
- Desarrollo de planes de contingencias, coordinados entre diferentes ámbitos de actuación, para hacer frente a situaciones que puedan comprometer la seguridad del paciente por el funcionamiento de equipos e instalaciones.

ESSPA_A1.G3.E2. Mejorar las competencias de profesionales en el manejo seguro de equipamiento y sistemas.

Orientaciones para la acción

- Conocimiento de los puntos críticos de equipamientos, dispositivos y sistemas para la seguridad del paciente.
- Organización del sistema de trabajo para el aprendizaje entre pares del funcionamiento de equipos, dispositivos y sistemas.
- Planificación de formación previa a la incorporación de nuevos equipos y aplicaciones para evitar errores en el uso de los mismos que puedan generar riesgos en la seguridad del paciente.

Área 2: Gestión de riesgos. Aprendizaje y mejora continua

La gestión de riesgos engloba el conjunto de actividades clínicas y administrativas, que se dirigen a la disminución de los riesgos para pacientes y la minimización del daño que puedan sufrir, considerando al mismo tiempo el impacto sobre los profesionales y las organizaciones sanitarias.

Es un proceso que incluye diferentes fases para la mejora continua: análisis de la situación, identificación y evaluación de riesgos, planificación de medidas, implementación, seguimiento y revisión. Este proceso, donde uno de los elementos fundamentales es la comunicación, utiliza técnicas y herramientas específicas en los diferentes pasos, con metodologías validadas y ampliamente contrastadas.

Una gestión de riesgos eficaz y eficiente precisa en todos los niveles (macro, meso y micro) de un modelo organizativo estable, operativo, efectivo y coordinado que permita desplegar y evaluar actuaciones en los diferentes ámbitos.

Exige también un fuerte compromiso y liderazgo por parte de los equipos directivos. En este sentido, la figura de líderes en seguridad, comités o

equipos de gestión de riesgos de los centros asistenciales se torna esencial en los servicios sanitarios, por lo que habría que asegurar que posean las competencias adecuadas para ejercer su papel con garantía de éxito.

En la gestión de riesgos se contempla un enfoque integral basado en un modelo reactivo-proactivo, en un aprendizaje colaborativo y en una estrategia de mejora continua. Sin duda, la implicación del conjunto de profesionales y el fomento de una actitud proactiva permiten la identificación de los problemas con antelación y conocer el motivo por el que se originan, además de posibilitar el desarrollo de actuaciones que prevengan o reduzcan su repetición.

Para mejorar la seguridad del paciente y aprender de lo sucedido, dentro de un contexto no punitivo, es imprescindible conocer los riesgos, los errores humanos o los fallos de los sistemas que pueden ocasionar daños a los pacientes. Para ello, los sistemas de notificación de incidentes se consideran una herramienta fundamental para que los principales agentes involucrados, profesionales y ciudadanía, puedan informar voluntariamente, de forma anónima y confidencial, sobre cuáles son los elementos vulnerables de los sistemas y las oportunidades de mejora.



La gestión de los incidentes ocurridos debe realizarse de forma rápida y eficaz, priorizando aquellos de mayor gravedad, analizando los factores contribuyentes, barreras, defensas y acciones inseguras llevadas a cabo e implantando y difundiendo las acciones de mejora derivadas del análisis realizado.

Además de la prioridad en cuanto a la atención adecuada e inmediata a pacientes y familiares que han sufrido este daño (primeras víctimas), es relevante proporcionar apoyo y atención hacia los profesionales o equipos implicados (segundas víctimas), así como a los centros u organizaciones involucradas (terceras víctimas).

ESSPA_A2.G1. Impulsar la gestión coordinada de riesgos a través de referentes, comisiones y equipos de seguridad del paciente.

ESSPA_A2.G1.E1. Establecer y desarrollar, para referentes de seguridad, comisiones y equipos de los centros asistenciales, planes de trabajo con objetivos y acciones enfocados a la gestión de riesgos.

Orientaciones para la acción

- Definición de objetivos, funciones, responsabilidades, metodología de trabajo y evaluación para profesionales referentes en seguridad, comisiones o equipos de gestión de riesgos.
- Determinar perfiles idóneos de profesionales y equipos para ejercer el liderazgo en seguridad y gestión de riesgos, en los centros asistenciales.
- Desarrollo, implementación y evaluación anual de planes de gestión de riesgos con objetivos establecidos.
- Establecer canales de comunicación efectivos entre los responsables de gestión de riesgos, las comisiones y equipos para consensuar, debatir y compartir conocimiento en seguridad del paciente.

ESSPA_A2.G1.E2. Reforzar las competencias en gestión de riesgos para líderes en seguridad del paciente.

Orientaciones para la acción

- Definición del mapa de competencias específico para líderes en seguridad del paciente y miembros de las comisiones y los equipos.
- Realización de programas de capacitación para líderes en seguridad del paciente y participantes de las comisiones y equipos de gestión de riesgos asistenciales.
- Evaluación de las competencias en gestión de riesgos de líderes en seguridad y participantes en las comisiones o equipos para asegurar el ejercicio efectivo de sus funciones.

ESSPA_A2.G2. Impulsar la notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos y la gestión proactiva y reactiva de los mismos, con un enfoque orientado al aprendizaje, la mejora continua y la atención a personas, equipos y organizaciones implicadas.

ESSPA_A2.G2.E1. Gestionar proactivamente los riesgos en los centros asistenciales para reducir la probabilidad de daños innecesarios asociados a la asistencia.

Orientaciones para la acción

- Desarrollo y actualización de mapas o planes de gestión de riesgos asistenciales y de contingencia en los centros y servicios, promoviendo el uso de herramientas corporativas para facilitar la identificación, análisis y evaluación proactiva de los riesgos.
- Análisis proactivo de la implementación de nuevos procesos y procedimientos o modificaciones significativas de estos, incorporando metodologías de simulación.
- Determinación de criterios para definir eventos centinela en los distintos ámbitos de atención (hospitalario, primaria, urgencia, domicilio, centro sociosanitario, etc.) y difusión de medidas de prevención.
- Vigilancia y control de los riesgos potenciales identificados con el fin de valorar la aplicación y eficacia de las medidas adoptadas.
- Capacitación de profesionales en el uso de herramientas de gestión proactiva de los riesgos asociados a su práctica asistencial.

ESSPA_A2.G2.E2. Desarrollar medidas para potenciar y facilitar la notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos.

Orientaciones para la acción

- Adaptación de los sistemas y herramientas respecto a procedimiento, formato y lenguaje, para facilitar la notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos identificados por profesionales y ciudadanía.
- Asegurar la accesibilidad, anonimato, voluntariedad, confidencialidad de los datos y facilidad de cumplimiento de los sistemas de notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos en todos los ámbitos de atención sanitaria.
- Desarrollo de actividades formativas e informativas dirigidas a profesionales y ciudadanía para fomentar y garantizar una notificación adecuada de incidentes.
- Impulso de cambios normativos para la protección de notificantes y gestores de incidentes.
- Identificación de nuevas vías para la notificación desde la historia clínica electrónica.
- Desarrollo de mecanismos para integrar información de incidentes y eventos adversos ocurridos, desde diferentes fuentes.

ESSPA_A2.G2.E3. Desarrollar medidas para impulsar la gestión reactiva de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y el aprendizaje cooperativo.

Orientaciones para la acción

- Desarrollo de herramientas y medidas corporativas para facilitar la gestión reactiva y la planificación de acciones de mejora.
- Fomento de la gestión local de los incidentes notificados, priorizando los incidentes con mayor nivel de riesgo y los eventos con consecuencias graves para el paciente, profesional u Organización.
- Generación de respuestas a notificadores y resto de profesionales sobre los incidentes notificados y el análisis realizado.
- Difusión a profesionales y pacientes de las acciones de mejora desarrolladas y las lecciones aprendidas derivadas del análisis realizado.
- Introducir innovaciones en el sistema de notificación autonómico para facilitar la comunicación por parte de profesionales y pacientes y la interconexión con los sistemas de notificaciones locales y farmacovigilancia, permitiendo el aprendizaje cooperativo.

ESSPA_A2.G2.E4. Proporcionar atención a la primera, segunda y tercera víctima de forma inmediata, protocolizada y eficaz.

Orientaciones para la acción

- Desarrollo de planes para la asistencia inmediata al paciente con objeto de mitigar los daños ocasionados y atender las necesidades clínicas, informativas y emocionales durante el tiempo que se estime necesario.
- Implantación de planes de actuación y apoyo hacia profesionales y equipos asistenciales involucrados en un evento adverso.
- Capacitación de profesionales y equipos para garantizar la atención adecuada e inmediata a los pacientes que han sufrido un evento adverso y a las segundas víctimas según sus necesidades.
- Implementación de un plan de comunicación interna y externa para preservar la imagen de las instituciones y de los profesionales que forman parte de la misma.
- Evaluación de la efectividad de los planes y acciones de mejora que se desarrollen.

Área 3: Atención integral segura

La atención integral segura se centra en dar respuesta al conjunto de necesidades que presentan los pacientes. Basada en procesos fiables y prácticas clínicas estandarizadas y validadas, se desarrolla de una manera coordinada y continuada en los distintos escenarios asistenciales que recorre el paciente. La creciente complejidad y tecnificación de la atención sanitaria obliga, cada vez más, a los servicios de salud a mejorar y a adaptarse para ofrecer una asistencia segura, de calidad, donde los elementos de continuidad y visión integrada de la asistencia son fundamentales.

Con este horizonte de excelencia, el *Área Clave 3* aborda tres aspectos para los que se establecen compromisos de mejora: las **prácticas seguras**, la **atención a personas en situación de**

vulnerabilidad y los **escenarios de riesgo elevado**.

Las *prácticas seguras* tienen como objetivo la prevención y el manejo de los posibles fallos de seguridad y sus causas e incluyen orientaciones para la realización de actividades sanitarias específicas orientadas a la disminución de riesgos para la seguridad. La evidencia y la experiencia clínicas están demostrando además que, en ocasiones, es más seguro la no realización de prácticas innecesarias, evitando situaciones indeseables y posibles eventos adversos.

En consonancia con la situación actual y las recomendaciones a nivel nacional e internacional, las prácticas clínicas abordadas son:

Identificación inequívoca del paciente y verificación

La identificación inequívoca de pacientes y la verificación de su identidad tienen el propósito de reconocer de forma fidedigna al paciente como la persona a la que se va a prestar la atención, especialmente antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo, evitando errores en el curso de su asistencia sanitaria. Esta práctica, prioritaria para el SSPA, está reconocida como requisito básico para garantizar una atención sanitaria segura y debe incluir no solo al paciente sino también a toda su documentación clínica, muestras biológicas o pruebas diagnósticas. En Andalucía se ha implementado un dispositivo de identificación (pulsera identificativa a nivel hospitalario) y se ha protocolizado la práctica de identificación y verificación que incluye elementos como la comprobación verbal de los datos, la capacitación permanente de profesionales sobre los procedimientos de control y verificación de la identidad en los diferentes ámbitos de actuación y la implicación de los pacientes en su correcta identificación.



Transferencia segura para el paciente

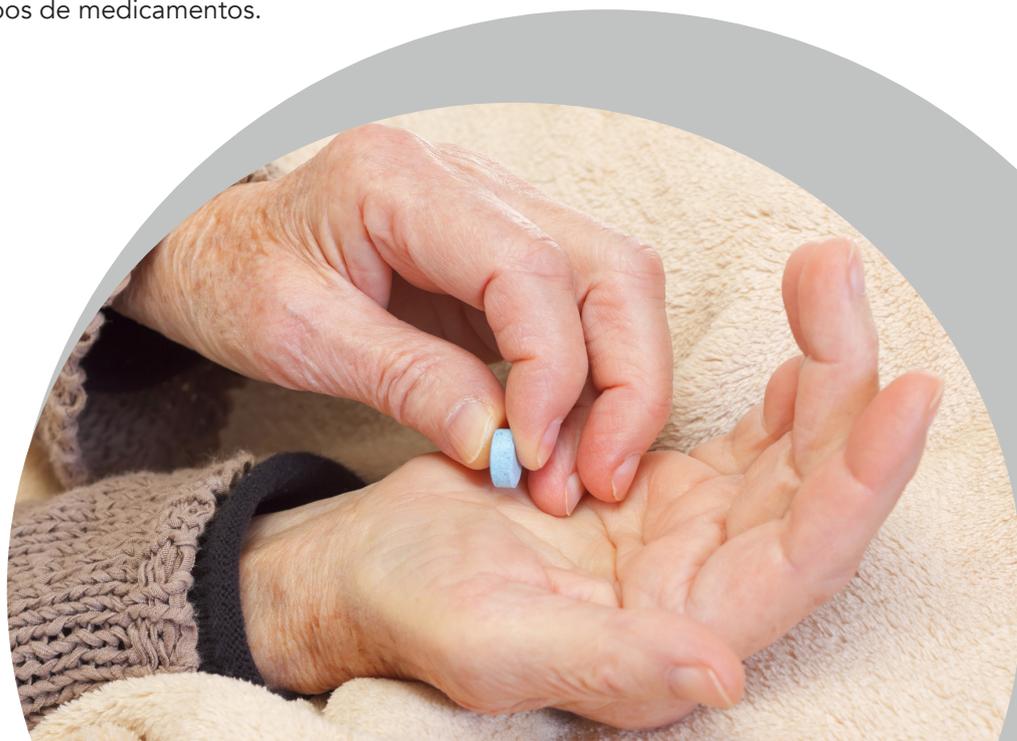
La transferencia del paciente implica el traspaso de responsabilidad del cuidado del paciente a otro profesional o equipo sanitario, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno), o de forma definitiva (otro servicio, otro centro, ámbito asistencial, sector, domicilio...). En una transferencia segura este traspaso va acompañado de un proceso de comunicación en el que se transmite toda la información identificativa y clínica del paciente. Este procedimiento sanitario de "traslado" se considera de alto riesgo y está relacionado con situaciones como el aumento de la estancia hospitalaria o la disminución de la calidad de la asistencia. Para garantizar la seguridad en las transferencias deben comprobarse determinados componentes: identificación inequívoca; información sobre las necesidades y el estado del paciente, sobre diagnósticos, pruebas realizadas y/o pendientes; planes terapéuticos, planes de cuidados y seguimiento. Además, debe asegurarse que el paciente recibe y comprende la información suministrada. La transferencia se vincula a elementos claves de la calidad y seguridad, algunos de ellos identificados como oportunidades de mejora en el análisis de situación: comunicación entre profesionales y con pacientes, continuidad asistencial, participación activa del paciente, mejora de herramientas para la correcta derivación y sistemas de información adecuados.

Seguridad en la atención para minimizar infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

La infección asociada a la atención sanitaria (IAAS) constituye el evento adverso más frecuente en la atención. El impacto se traduce en la prolongación de estancias hospitalarias, la incapacidad a largo plazo, el aumento de resistencias de los microorganismos a los antimicrobianos, un exceso de muertes y un aumento del sufrimiento de pacientes y familiares. En nuestro entorno, el *Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades* (ECDC) estimó en 2009 que entre el 3.5% y el 12% de los pacientes hospitalizados adquieren al menos una infección. La prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria ha sido siempre una prioridad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el marco de las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (primer reto). En la comunidad se han puesto en marcha y se siguen impulsando numerosas iniciativas corporativas para apoyar la vigilancia, prevención y control de las infecciones durante la atención sanitaria. Los pilares para una prevención de las IAAS, aplicables en todos los servicios del sistema sanitario, son: vigilancia y control, higiene de manos y uso adecuado de guantes, buenas prácticas durante el uso de dispositivos médicos, uso adecuado y prudente de antimicrobianos, procesamiento correcto del material y buena higiene del espacio asistencial.

Uso seguro del medicamento

Los errores en el uso de medicamentos, incluyendo las vacunas, son una de las principales causas de eventos adversos. Sus consecuencias pueden ir desde reacciones adversas leves a la muerte. En la producción de estos eventos intervienen factores relevantes como las características de los pacientes (edad, pluripatología...), las propiedades de los propios medicamentos y elementos relacionados con el proceso de utilización de fármacos. Los momentos de mayor riesgo de este proceso son las transiciones asistenciales, aumentando considerablemente en el caso de pacientes polimedicados. Dado el volumen de errores y su elevada evitabilidad, el SSPA continúa trabajando sobre esta práctica segura, en el marco del tercer reto de la OMS: "Medicación sin daño". Las recomendaciones contempladas recogen las principales estrategias de prevención de errores de medicación como son la revisión, adecuación y conciliación del tratamiento. Se incluyen, al mismo tiempo, orientaciones vinculadas a la necesidad de seguir potenciando el manejo de medicamentos de alto riesgo tanto en atención hospitalaria como en atención primaria y para pacientes crónicos. Se considera también necesario avanzar en mejoras que contemplen el perfil creciente de pacientes pluripatológicos y polimedicados, el aumento de asistencia sanitaria en escenarios plurales como la atención domiciliaria o los ámbitos de coordinación sociosanitaria, la evaluación de los procedimientos y acciones respecto al uso seguro de los medicamentos, la aparición creciente de nuevos fármacos y la necesidad de conocer más y mejor los riesgos asociados a determinados grupos de medicamentos.



Seguridad en la asistencia directa al paciente

En este objetivo se consideran, desde un enfoque de prevención de riesgos, tres aspectos relevantes en la seguridad de la asistencia directa: cuidados, atención al dolor y promoción de espacios terapéuticos libres de contención. El cuidado es una actividad sanitaria transversal que implica a la globalidad de la Organización sanitaria y de sus profesionales. Los cuidados deben integrar el enfoque de seguridad adoptando medidas efectivas no solo en las intervenciones y técnicas sino en los planes de cuidados y en los distintos escenarios donde estos se prestan. Se deben abordar con especial atención aquellos cuidados que por su frecuencia o repercusión resultan de mayor relevancia para la seguridad de los pacientes, como la prevención de úlceras por presión, la de caídas y lesiones, prevención de la malnutrición y deshidratación y la prevención de la aspiración bronquial. En segundo lugar, este objetivo aborda el dolor que, desde la perspectiva de seguridad del paciente, contempla dos puntos de vista. Por un lado, se trata de la prevención y tratamiento del dolor ya que la infravaloración de pacientes con dolor y la inadecuación de tratamientos son frecuentes en la atención sanitaria. Los pacientes en muchas ocasiones, sufren dolor por no ser valorados adecuadamente o por no tener un abordaje terapéutico apropiado, asociándose a estos hechos, un incremento de morbilidad, mala calidad de vida, aumento de ingresos y de estancias hospitalarias. Por otra parte, el tratamiento del dolor conlleva riesgos vinculados a las características de la patología, al uso de medicamentos, de técnicas instrumentales e invasivas. Finalmente, se plantea la necesidad de fomentar espacios terapéuticos sin contenciones para una asistencia sanitaria más segura. Las contenciones conllevan riesgos importantes para el paciente, deben practicarse exclusivamente en situaciones de urgencia y sólo después de iniciarse otras medidas terapéuticas. La práctica de las orientaciones propuestas desde iniciativas internacionales y autonómicas sobre contenciones, su implementación transversal en los centros asistenciales y la investigación sobre formas específicas de prevención de las situaciones que requieren estas medidas, contribuirán a una atención más segura para los pacientes.

Seguridad en el proceso quirúrgico

Las intervenciones quirúrgicas van en aumento y cada vez son más complejas. Implican a profesionales de diferentes disciplinas que deben interactuar como un equipo, recursos tecnológicos, distintas fases, suspensión y uso de medicamentos, múltiples transferencias y distintos escenarios. Todo ello convierte al paciente quirúrgico en especialmente vulnerable al error como ya se mostró en el ENEAS. Otros estudios posteriores sugieren que en España la incidencia de eventos adversos en el proceso quirúrgico está en torno al 10,5%, de los que el 36,5% serían evitables. Son datos del ámbito hospitalario, sin embargo los riesgos también están presentes en otros ámbitos como la cirugía menor realizada en atención primaria.

"La cirugía segura salva vidas" fue el segundo reto de la OMS que aportó recomendaciones para la prevención de incidentes o eventos adversos en el proceso quirúrgico y que se han venido aplicando en el SSPA: el uso del listado de verificación segura quirúrgica (tanto para el ámbito hospitalario como de atención primaria), cirugía correcta en lugar/paciente/procedimiento, seguridad en la anestesia, seguridad en los equipos quirúrgicos y en el uso de medicamentos. El análisis de situación realizado para la ESSPA ha puesto de manifiesto diferentes oportunidades de mejora de la seguridad en este contexto. El contenido de la práctica segura en el proceso quirúrgico incorpora, además de orientaciones relacionadas con las áreas de mejora detectadas, las recomendaciones recogidas en documentos corporativos, las orientaciones internacionales para la seguridad del paciente en anestesiología, y la consideración transversal de la implicación al paciente como protagonista en su propia seguridad.



Uso seguro de pruebas diagnósticas in vitro

Bajo el concepto de pruebas diagnósticas in vitro, se agrupan aquellos procedimientos diagnósticos que trabajan sobre muestras y no sobre pacientes directamente. Estas pruebas comprenden los estudios de bioquímica, inmunoquímica, hematología, microbiología, genética, inmunología y anatomía patológica y pueden conllevar diferentes riesgos relacionados con la fase de selección de la prueba por parte del clínico, la toma de la muestra, el procesamiento, la realización del informe o la interpretación del mismo para confirmar un diagnóstico, controlar la evolución de un proceso o establecer un plan terapéutico. El objetivo y las recomendaciones definidos para mejorar la seguridad del paciente en relación con el laboratorio clínico, se sustentan al considerarla como una actividad sanitaria transversal de riesgo: la actividad del laboratorio clínico afecta a la práctica totalidad de los pacientes a nivel hospitalario y de atención primaria, implica a un elevado número de profesionales tanto del laboratorio como ajenos al mismo, cuenta con alta dependencia tecnológica que está en constante evolución y cuyos incidentes y eventos adversos se estima que serían evitables en un 84% de los casos. Por último, las pruebas diagnósticas son herramientas de ayuda para la decisión clínica, de sus resultados se estima que dependen hasta el 70% de los diagnósticos clínicos, el seguimiento y los tratamientos; incorporándose, en ocasiones, el riesgo del sometimiento del paciente a este tipo de pruebas de forma excesiva e innecesaria.

Uso seguro de radiaciones ionizantes

El uso de radiaciones ionizantes para procedimientos diagnósticos y terapéuticos en medicina es una herramienta muy efectiva pero no exenta de efectos negativos para los pacientes. Los riesgos asociados incluyen cáncer, quemaduras y otros daños. Cuanto mayor es la dosis de radiación impartida en un momento dado, mayor es el riesgo de perjuicio a largo plazo. El daño también puede ocurrir por el efecto acumulado en el tiempo. Por el contrario, el uso insuficiente de radiación puede aumentar el riesgo de un mal diagnóstico, el retraso del tratamiento o repetición de la prueba con el consiguiente aumento de exposición. La Organización Mundial de la Salud y el *Organismo Internacional de Energía Atómica* (OIEA) han impulsado iniciativas para la protección radiológica de pacientes en el ámbito sanitario, recogidas en la normativa nacional e internacional. Este contexto es la base para mejorar la seguridad del paciente expuesto a radiaciones ionizantes en el sistema sanitario público andaluz, contemplándose orientaciones dirigidas fundamentalmente a la racionalización de las pruebas (especialmente en pacientes pediátricos), optimización de los procedimientos y calidad de la imagen, mejora de la protección radiológica, incremento de la concienciación y capacitación de profesionales, mejora de la información a pacientes y fomento de su implicación, además de la garantía de la calidad y seguridad de los procesos, las instalaciones y equipamientos destinados al diagnóstico y tratamiento con radiaciones ionizantes.

Seguridad en el proceso transfusional

Las transfusiones de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos son intervenciones clínicas que permiten salvar vidas y mejorar la salud; sin embargo, como cualquier tratamiento, no están exentas de riesgos, llegando a tener consecuencias graves o mortales. Están indicadas para el tratamiento de pacientes que, en un momento determinado, presentan una carencia de componentes sanguíneos y no puede ser sustituida por otra alternativa. El Sistema de Hemovigilancia, implantado en el SSPA desde 2003, posibilita la recogida y análisis de información, desempeñando un papel fundamental para la mejora de la seguridad del paciente. Durante 2016, se transfundieron 271.980 componentes y se notificaron 701 eventos adversos e incidentes de los cuales 604 (86,2%) fueron catalogados como leves, aunque con signos inmediatos y 33 (4,7%) como graves, implicando morbilidad a largo plazo y/o muerte del paciente. La indicación es uno de los primeros aspectos a valorar; entre los riesgos de seguridad a considerar se encuentra el origen de los componentes sanguíneos, a pesar del alto nivel de garantía de seguridad de los procedimientos relacionados. Por otro lado, las causas relacionadas con el proceso de transfusión en sí. Se trata de una técnica que requiere conocimiento experto, manejo meticuloso y la aplicación correcta del protocolo establecido, apareciendo como punto crítico la identificación inequívoca del receptor en todas las fases del proceso.



Una atención segura se centra en las necesidades específicas de las personas y hace operativo el principio de equidad, valorando y previendo en qué situaciones las personas necesitan que los procesos de atención sanitaria deban ser adaptados.

La **vulnerabilidad** en seguridad del paciente está vinculada a la mayor posibilidad de sufrir un daño. Es un concepto que resulta de la interacción entre el contexto y momento asistencial y las características intrínsecas o circunstanciales del paciente. Algunos factores relacionados con situaciones de vulnerabilidad para los pacientes son la edad (particularmente población infantil y anciana), la pluripatología, las discapacidades, las limitaciones cognitivas (pacientes con demencia, desorientación, con capacidad de respuesta reducida, etc.), las limitaciones en la comunicación verbal (personas inconscientes, no acompañadas, que desconozcan el idioma, con discapacidad auditiva, etc.), la incapacidad para tomar decisiones y las limitaciones sociales y culturales (sesgo de género, sesgo social, nivel socioeconómico, etc.).

Los **escenarios de mayor riesgo o riesgo específico** son áreas o procesos de atención en los que, por sus características especiales, el paciente podría estar sometido a un riesgo más elevado o los riesgos son concretos en ese medio y necesitan un abordaje determinado. Algunos elementos contribuyentes del nivel de riesgo son la complejidad de los procesos asistenciales, el elevado número de intervenciones, la alta tecnificación, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, la necesidad de participación de múltiples profesionales y equipos, y de coordinación con otros ámbitos y sectores.

La caracterización de los escenarios de mayor riesgo asistencial, extremar la adopción de medidas preventivas en ellos y crear los mecanismos necesarios que favorezcan el flujo de pacientes de escenarios de mayor riesgo a otros de menor, son algunos de los retos inmediatos que afrontan los servicios sanitarios para la seguridad de los pacientes.

Entre los escenarios y procesos con riesgo específico o de mayor riesgo considerados por diferentes iniciativas de seguridad se encuentran: los servicios de urgencias, las áreas de pacientes críticos, las áreas materno-infantiles, el proceso quirúrgico, la atención a pacientes con enfermedades mentales, los espacios de atención socio-sanitaria y domiciliaria.



ESSPA_A3.G1. Impulsar prácticas seguras en la atención sanitaria.

ESSPA_A3.G1.E1. Asegurar la identificación inequívoca del paciente y su correcta verificación.

Orientaciones para la acción

Identificación inequívoca del paciente y verificación de su identidad durante su proceso de atención:

- Desarrollo y consolidación del procedimiento marco de identificación inequívoca de usuarios, potenciando el uso de pulsera identificativa y la verificación de la identidad.
- Definición de criterios para la identificación inequívoca y comprobación de la identidad de usuarios en situación de vulnerabilidad.
- Fomento de medidas para garantizar la identidad del paciente en toda la documentación clínica, tanto electrónica como en papel.
- Verificación de la identidad del paciente en todos los momentos del proceso de atención programada y urgente (en el centro sanitario, en el domicilio y en la atención telemática).
- Identificación y trazabilidad de las muestras biológicas, de imágenes y documentos clínicos relacionados con pruebas diagnósticas o terapéuticas, así como la comprobación de la correlación con la identidad del paciente.

Formación y concienciación:

- Concienciación de profesionales para una identificación y verificación inequívoca de pacientes antes de prestar la asistencia.
- Formación de profesionales para la identificación inequívoca del paciente y verificación en el uso de Tecnologías de la Información Sanitarias y específicamente de la Historia Clínica Electrónica.

Corresponsabilizar a pacientes:

- Divulgación de mensajes sobre la importancia de la identificación del paciente y la verificación de la identidad para una prestación de atención sanitaria segura.
- Diseño y puesta en marcha de actuaciones para la participación activa del paciente en la identificación y verificación de su identidad, así como de familiares o acompañantes en los casos necesarios.

ESSPA_A3.G1.E2. Desarrollar actuaciones para mejorar la seguridad de los pacientes en las transferencias.

Orientaciones para la acción

- Integración de los sistemas de información entre los diferentes centros asistenciales del SSPA facilitando la visualización de los registros en las diversas aplicaciones de la historia de salud.
- Desarrollo e implementación de un procedimiento marco que incluya criterios de calidad y seguridad básicos para una correcta transferencia del paciente.
- Uso de herramientas estandarizadas para la comunicación entre profesionales, servicios, centros sanitarios y sociosanitarios que atiendan simultáneamente al paciente.
- Análisis y elaboración de mapas de riesgos en los centros asistenciales que identifiquen los puntos críticos que supongan un riesgo para el paciente en la transferencia, en base a la organización funcional específica.
- Asegurar que pacientes y personas cuidadoras reciban información completa y entendible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, comprobando su comprensión.
- Garantía de información clave al paciente en el momento del alta hospitalaria, referida a los resultados de pruebas, los diagnósticos al alta, el plan de tratamiento, el plan de cuidados y el seguimiento.
- Asegurar transferencias adecuadas desde el hospital a la atención primaria.



ESSPA_A3.G1.E3. Promover medidas para disminuir las infecciones asociadas con la atención sanitaria.**Orientaciones para la acción****Prevención de infecciones en el proceso de atención sanitaria:**

- Impulso de actuaciones para la prevención, control de las infecciones asociadas o relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos, en el marco del programa de prevención autonómico.
- Potenciar las medidas preventivas frente a infecciones relacionadas con uso de catéter venoso central y periférico, dispositivos de ventilación mecánica, sondas vesicales y la detección precoz de sepsis grave y shock séptico.
- Fomento de la estrategia multimodal de la OMS de higiene de manos y el uso adecuado de guantes.
- Facilitar la implicación del paciente y la persona cuidadora en la aplicación de buenas prácticas para la prevención de infecciones y uso adecuado de antimicrobianos.

Sistemas de vigilancia y control de las infecciones en la asistencia sanitaria:

- Desarrollo y consolidación de intervenciones normalizadas para la vigilancia y control de IAAS.
- Implementación de herramientas informáticas a nivel autonómico, para mejorar la vigilancia de infecciones, asociadas a procedimientos y dispositivos en la atención sanitaria.

Fomento de los Sistemas de vigilancia y control de las infecciones en la asistencia sanitaria:

- Desarrollo de acciones de vigilancia y control de las infecciones por bacterias multirresistentes (BMR), tanto hospitalarias como comunitarias, y su notificación en Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA).
- Promover un sistema de alerta corporativo para permitir la adopción temprana de medidas de control y aislamiento evitando la transmisión de bacterias multirresistentes en hospitales y centros sociosanitarios.
- Impulso de medidas para implementar sistemas de vigilancia de las infecciones en los centros sociosanitarios.
- Uso adecuado y prudente de antimicrobianos en el marco de la estrategia corporativa.

Gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material y del entorno sanitario:

- Avance y difusión de una guía de ámbito andaluz para la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del entorno, materiales y equipos.
- Identificación de criterios mínimos relacionados con la seguridad del paciente en las licitaciones de servicios de limpieza, desinfección y esterilización, adaptados a las necesidades de cada entorno asistencial y según protocolos reconocidos.
- Concienciar a profesionales y usuarios sobre la importancia de tener un entorno limpio para la seguridad del paciente.

ESSPA_A3.G1.E4. Avanzar en el uso seguro de la medicación.

Orientaciones para la acción

Minimización de errores asociados al uso de medicación:

- Uso de la prescripción electrónica corporativa como herramienta para minimizar errores de medicación.
- Integración de sistemas de información que permitan la visualización de todas las prescripciones farmacoterapéuticas del paciente en su historia de salud, realizadas desde cualquier ámbito asistencial.
- Consolidar sistemas de apoyo a la decisión clínica e implementar nuevas medidas que guíen, alerten y proporcionen información necesaria para ofrecer opciones terapéuticas individualizadas, efectivas y seguras.
- Desarrollo de herramientas corporativas, para prevenir errores de prescripción, que permitan el ajuste de dosis en relación a características específicas del paciente y de sus patologías.
- Implementación de procedimientos comunes para asegurar las condiciones de conservación en los procesos de recepción, almacenaje y dispensación de medicamentos y productos sanitarios.
- Evaluación de riesgos e identificación de errores de medicación en las distintas fases de utilización del medicamento y en áreas específicas, difundiendo la información junto a recomendaciones de buena práctica
- Programas formativos dirigidos a mejorar las competencias del personal sanitario en el uso seguro del medicamento.
- Impulso a la notificación de incidentes relacionados con la medicación a través del sistema de notificación de incidentes autonómico y del sistema de farmacovigilancia.
- Mejoras en la adquisición, mantenimiento, utilización y estandarización de dispositivos utilizados para preparar y administrar medicamentos, con el fin de reducir los posibles errores humanos.
- Refuerzo de las actuaciones que mejoren el seguimiento y la evaluación del tratamiento farmacológico, la implicación de pacientes en el mismo y el control de botiquines en los hogares.

ESSPA_A3.G1.E4. Avanzar en el uso seguro de la medicación.

Conciliación y revisión de la medicación:

- Avance en un procedimiento marco para la conciliación de la medicación, garantizando transiciones asistenciales seguras entre profesionales, equipos, servicios, centros y ámbitos.
- Desarrollo de herramientas electrónicas corporativas que faciliten la conciliación de la medicación.
- Elaboración de mapas de riesgos de aquellos procesos de atención que presentan necesidades prioritarias de conciliación.
- Mejora de los procedimientos normalizados de revisión global e individualizada de la medicación, principalmente en pacientes polimedicados y/o pluripatológicos.
- Impulso de la revisión periódica del tratamiento, la monitorización de la respuesta terapéutica y la reevaluación de la selección y prescripción de medicamentos, particularmente en pacientes con potenciales problemas de prescripción y de inadecuación.

Medicamentos de alto riesgo:

- Revisión sistemática de los medicamentos calificados de alto riesgo en atención primaria y hospitalaria, estandarizando prescripción, almacenamiento, preparación y administración y evaluando su uso.
- Implementación de prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo en general y especialmente para pacientes con enfermedades crónicas, pediatría y mujeres en periodo de gestación y lactancia.
- Aplicación de métodos barrera para minimizar errores con medicamentos de alto riesgo a lo largo de la cadena farmacoterapéutica.
- Información específica a pacientes sobre estos medicamentos, incluyendo medidas o precauciones a considerar para evitar los errores más frecuentes.

Uso seguro de medicamentos o grupos terapéuticos de riesgo elevado:

- Identificación de medicamentos o grupos terapéuticos que presentan un riesgo elevado en la práctica diaria por su frecuencia de errores y posibles consecuencias, informando a los profesionales de las recomendaciones de buena práctica para minimizarlos.
- Análisis de errores con estos medicamentos o grupos terapéuticos y propuesta de actuaciones preventivas.
- Difusión de buenas prácticas a profesionales para el manejo con tratamientos de riesgo elevado.
- Intervenciones educativas con pacientes en tratamiento con fármacos de riesgo elevado.

ESSPA_A3.G1.E5. Instaurar y reforzar medidas que mejoren la seguridad en la asistencia directa al paciente.

Orientaciones para la acción

Técnicas asistenciales directas y cuidados:

- Inclusión de criterios de seguridad y su monitorización en los planes de cuidados, en atención primaria y hospitalaria.
- Avance en iniciativas para disminuir la incidencia de úlceras por presión (UPP).
- Valoración, prevención y cuidado de pacientes con riesgo de caídas.
- Difusión de procedimientos para la detección precoz y abordaje de pacientes con riesgo de aspiración bronquial.
- Prevención de la malnutrición y deshidratación de pacientes en situaciones especialmente vulnerables.
- Desarrollo de medidas para disminuir los eventos adversos provocados por fallo de rescate en los centros asistenciales.
- Avance en el manejo seguro de sondas vesicales, sondas nasogástricas y vías venosas.
- Mejora de las competencias profesionales para la atención en parada cardiorrespiratoria.

Enfoque terapéutico de prevención y control del dolor:

- Impulso a la implementación de los procedimientos estandarizados existentes en el SSPA.
- Difusión de buenas prácticas para mejorar la seguridad en el manejo individualizado del dolor y su seguimiento.
- Prevención y gestión de eventos adversos ligados al tratamiento del dolor.

Espacios terapéuticos sin contenciones:

- Avance en el desarrollo de un procedimiento normalizado y corporativo para la prevención del uso de contenciones en todos ámbitos del SSPA.
- Planificación de actuaciones preventivas y difusión de buenas prácticas con efectividad demostrada, en cada unidad asistencial, en base a su casuística.
- Fomento del registro de las contenciones.

ESSPA_A3.G1.E6. Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente en la atención quirúrgica.**Orientaciones para la acción****Procedimientos, herramientas y otras medidas:**

- Identificación de mapas de riesgos e implementación de medidas preventivas en la atención al paciente quirúrgico.
- Implementar las recomendaciones de Helsinki de seguridad en anestesia.
- Impulso y mejora de herramientas de prevención de errores como la correcta cumplimentación de listado de verificación de seguridad quirúrgica en atención hospitalaria y primaria.
- Adopción de normas para asegurar el aislamiento, la gestión de la limpieza, desinfección y control ambiental del quirófano.

Manejo seguro del medicamento:

- Conciliación de la medicación durante el proceso quirúrgico.
- Uso seguro de medicación de alto riesgo en el bloque quirúrgico.
- Control de la toxicidad por anestésicos locales.
- Aplicación de protocolos y monitorización del manejo de fármacos que alteran la hemostasia en el proceso quirúrgico.

Implicación del paciente:

- Información a pacientes sobre procedimientos, exámenes o intervenciones quirúrgicas para que participen en la toma de decisiones.
- Facilitar información comprensible y recomendaciones a los pacientes antes y después de su intervención, aplicando correctamente el consentimiento informado.
- Fomentar la participación del paciente quirúrgico en el registro de incidentes y eventos adversos.

ESSPA_A3.G1.E7. Desarrollar acciones para el uso seguro de pruebas diagnósticas in vitro.

Orientaciones para la acción

Procedimientos, herramientas y otras medidas:

- Identificación y trazabilidad de las pruebas diagnósticas asegurando la correlación de las muestras secundarias o alícuotas con la muestra primaria.
- Garantizar el adecuado transporte y almacenaje de muestras.
- Mejorar la coordinación intercentros o interservicios para minimizar retrasos de pruebas y errores diagnósticos.
- Definición de un plan de contingencias ante disfunciones de los sistemas de información y fallos de equipos y dispositivos.
- Supervisión y control para garantizar la seguridad de dispositivos de pruebas en el punto de atención.
- Desarrollo de programas de intercomparabilidad de los sistemas y aparatajes para evitar errores diagnósticos.
- Estandarización de la comunicación de valores de alerta y valores críticos de pruebas diagnósticas que pueden poner en riesgo al paciente.

Cultura de seguridad del paciente:

- Difusión, entre profesionales de los diferentes servicios y centros asistenciales, de criterios para la seguridad del paciente relacionados con el uso de pruebas diagnósticas in vitro.
- Impulsar el uso de la petición electrónica para la solicitud de pruebas diagnósticas in vitro.
- Difundir recomendaciones sobre pruebas de escaso valor para minimizar su uso y evitar riesgos innecesarios.
- Formación específica sobre obtención de muestras biológicas para evitar daños al paciente y resultados erróneos.
- Implicar al paciente en su seguridad, informándole correctamente sobre las condiciones necesarias de preparación para la realización de las pruebas diagnósticas in vitro.

ESSPA_A3.G1.E8. Reforzar medidas para el uso seguro de las radiaciones ionizantes en la atención sanitaria.

Orientaciones para la acción

Justificación del uso de las radiaciones ionizantes:

- Revisión, elaboración y difusión de guías de indicaciones y recomendaciones para la selección, justificación y solicitud de procedimientos con radiaciones ionizantes, minimizando la dosis en pacientes pediátricos y jóvenes.
- Desarrollo de sistemas de apoyo a la toma de decisiones para la prescripción de pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes.
- Reducción de pruebas diagnósticas innecesarias que no aporten valor y de pruebas duplicadas.
- Identificación y difusión de criterios para la validación de las peticiones de pruebas complejas.
- Justificación, antes de su implantación, de innovaciones en técnicas diagnósticas y terapéuticas con radiaciones ionizantes.

Optimización de procedimientos diagnósticos e intervencionistas:

- Definición de niveles de referencia de dosis en el SSPA, valores de alerta y seguimiento en los procedimientos más comunes en diagnóstico e intervencionismo.
- Establecer procedimientos específicos para la optimización de las dosis de radiación, especialmente en pacientes pediátricos.
- Protocolización del seguimiento de pacientes que han recibido altas dosis en procedimientos intervencionistas.
- Registro de la información relativa a la exposición médica en la historia clínica del paciente.
- Desarrollo de los programas de garantía de calidad y seguridad de las instalaciones, el equipamiento y los procedimientos relacionados con radiaciones ionizantes.



ESSPA_A3.G1.E8. Reforzar medidas para el uso seguro de las radiaciones ionizantes en la atención sanitaria.

Orientaciones para la acción

Cultura de seguridad del paciente:

- Realización de análisis de riesgo y desarrollo de planes preventivos de seguridad en los centros y servicios con riesgo asociado a radiaciones ionizantes.
- Formación y concienciación del personal sanitario para aumentar sus competencias en seguridad radiológica del paciente.
- Identificación y difusión de buenas prácticas relacionadas con seguridad radiológica del paciente.
- Implicación del paciente en la seguridad de los procedimientos e intervenciones que se le proponen, facilitándole información comprensible sobre la justificación de la prueba, los riesgos y recomendaciones de preparación.
- Diseño y difusión de información dirigida a pacientes sobre los riesgos-beneficios de las radiaciones ionizantes y la seguridad en los procedimientos médico-radiológicos.

ESSPA_A3.G1.E9. Desplegar actuaciones para mejorar la seguridad del paciente en el proceso transfusional

Orientaciones para la acción

- Avance en la implementación del proceso de soporte de hemoterapia.
- Garantía de seguridad en el proceso transfusional: asegurando la correcta indicación, identificación inequívoca del receptor, petición y componente a transfundir, efectividad de la transfusión, monitorización y prevención de reacciones adversas.
- Garantía de la trazabilidad de los componentes sanguíneos.
- Difusión de recomendaciones para la administración segura de la transfusión.
- Mejora de la comunicación entre el centro de transfusión y los centros hospitalarios para facilitar la información sobre la disponibilidad y garantizar el suministro de componentes sanguíneos.
- Impulso del sistema de hemovigilancia autonómico como fuente de conocimiento para la toma de decisiones y para estimular la declaración de incidentes.

ESSPA_A3.G2. Reforzar la atención segura para pacientes en situación de vulnerabilidad.

ESSPA_A3.G2.E1. Establecer criterios de vulnerabilidad de pacientes para adecuar la asistencia a sus necesidades mejorando su seguridad.

Orientaciones para la acción

- Estandarización a nivel corporativo de criterios de valoración y seguimiento de la vulnerabilidad del paciente.
- Avanzar en el desarrollo de herramientas para mejorar la información a pacientes que presentan barreras de comunicación.
- Adecuación de la asistencia a pacientes en situación de vulnerabilidad.

ESSPA_A3.G2.E2. Incorporar recomendaciones de seguridad específicas en la atención al paciente en situación de vulnerabilidad.

Orientaciones para la acción

- Inclusión de criterios específicos de seguridad para personas en situación de vulnerabilidad en los distintos planes, programas y procesos corporativos.
- Desarrollo de indicadores propios para el seguimiento y monitorización de las actuaciones en estos pacientes.
- Facilitar la presencia de una persona acompañante del paciente en situación de vulnerabilidad, a lo largo de su proceso de atención.

ESSPA_A3.G3. Fortalecer la seguridad de pacientes atendidos en escenarios con riesgos específico o de mayor riesgo.

ESSPA_A3.G3.E1. Potenciar prácticas seguras claves en escenarios de especial riesgo.

Orientaciones para la acción

- Identificación de riesgos y prácticas seguras clave en los servicios de cuidados críticos, urgencias y emergencias, obstetricia y ginecología, pediatría, cuidados paliativos, atención domiciliaria, escenarios de coordinación sociosanitaria, etc.
- Implantación de planes de actuación, seguimiento y evaluación de las prácticas seguras en los escenarios de mayor riesgo.
- Mejorar las competencias profesionales específicas para la seguridad respecto a estos escenarios.

ESSPA_A3.G3.E2. Facilitar el tránsito de pacientes de escenarios de mayor riesgo a otros de menor riesgo.

Orientaciones para la acción

- Protocolizar el tránsito de pacientes de escenarios de mayor riesgo a otros de menor riesgo.
- Desarrollo de medidas para disminuir los tiempos de estancia de pacientes en servicios de alto riesgo, optimizando el alta hospitalaria.
- Fomento de la atención sanitaria en escenarios alternativos a la hospitalización convencional: unidades de corta estancia, hospital de día, hospitalización en domicilio, etc.

Área 4: Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria

El desarrollo de tecnología brinda herramientas para abordar nuevos retos en salud, promueve cambios organizacionales y mecanismos de control, constituyendo un destacable factor estratégico para las organizaciones sanitarias. El avance tecnológico, sin duda, ha contribuido a la mejora de la calidad de la atención y a la seguridad del paciente.

Las tecnologías de la información en salud (TIS), especialmente la Historia Clínica Electrónica (HCE), contemplan aquellos métodos electrónicos que contienen y gestionan información relacionada con el proceso de atención sanitaria. Pueden ser la base de una asistencia sanitaria segura y de calidad, pero al mismo tiempo los propios sistemas introducen riesgos, hasta ahora poco conocidos, con capacidad para hacer daño al paciente.

En el abordaje del binomio salud y tecnologías de la información, se contemplan registros clínicos, telesalud, salud por dispositivos móviles, formación y aprendizaje a distancia, educación continua en tecnologías de la información, estandarización e interoperabilidad.

La HCE no es un simple repositorio con datos de salud, sino que se compone de diferentes sistemas que se relacionan e interactúan entre sí para apoyar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas. No obstante, la HCE no siempre cumple con todas las recomendaciones para la seguridad del paciente.

La gestión de la información vinculada a la HCE se ha identificado como uno de los principales problemas de seguridad en las organizaciones sanitarias. Por ello, es preciso contar con estándares para el diseño, desarrollo, implementación, uso y evaluación de las TIS. En este sentido, las guías SAFER se han convertido en la mejor referencia.

Como el resto de los incidentes y eventos adversos, los relacionados con las TIS son multicausales. Implican características potencialmente inseguras de los sistemas electrónicos, el uso de los mismos y singularidades de los procesos y de las organizaciones en que se desenvuelven.

Actualmente no existen suficientes estudios para conocer la verdadera magnitud del problema, aunque cada día se cuenta con más información e interés al respecto. El instituto ECRI (*Emergency Care Research Institute*) publica cada año el top ten de los riesgos de las tecnologías. Desde 2011 las TIS entraron en este ranking; en el año 2016 se clasificaron en primera posición los riesgos relacionados con "Las configuraciones de las TIS no soportan correctamente los flujos de trabajo reales" y en segunda "Errores de Identificación del Paciente". Posteriormente se han incluido, entre los 'top ten', otros problemas relacionados con la seguridad del paciente, como la gestión de la información clínica de la HCE, la implemen-

tación de herramientas de apoyo a la toma de decisiones, la incorporación de las TIS en los programas de capacitación en seguridad del paciente y la integración de la seguridad en las TIS en la cultura de la Organización.

Otros estudios, como el realizado en 2015 sobre el registro de eventos adversos asociado al *England's Nacional Programme for IT* (NPfIT), también ponen de manifiesto situaciones peligrosas con las TIS, como son: errores en el uso del sistema de identificación del paciente, en el uso de los sistemas de comunicación entre profesionales, el acceso limitado de los profesionales a la información del paciente, elecciones terapéuticas erróneas inducidas por la interface del software, la configuración errónea de dosis de medicamentos en el sistema y la incompleta migración de datos de la historia del paciente a un nuevo sistema.

Un diseño y uso adecuado de las TIS ayuda a reducir los errores y a mejorar la seguridad del paciente; facilita la trazabilidad de los procesos asistenciales y favorece obtener buenos resultados en salud. Las TIS seguras pueden apoyar el diagnóstico y seguimiento del paciente, contribuir a la mejora de la comunicación, la coordinación y la continuidad y ser un excelente soporte para la formación, la información y la participación.

Igualmente, pueden ayudar a impulsar la investigación a través de la gestión de los datos acumulados y de sistemas específicos para la notificación.

Avanzar en estos aspectos es el propósito de los objetivos contenidos en esta área, donde se prioriza tanto la perspectiva de seguridad del paciente en los procesos basados en las TIS como el soporte e impulso de una atención integral segura mediante las tecnologías.



ESSPA_A4.G1. Incorporar la perspectiva de seguridad del paciente a los procesos relacionados con la información y comunicación sanitaria soportados por tecnología.

ESSPA_A4.G1.E1. Identificar criterios de seguridad del paciente para los procesos de diseño, planificación y desarrollo de las tecnologías de la información sanitaria.

Orientaciones para la acción

- Identificación y monitorización de aspectos clave de los sistemas de información que tienen impacto en la seguridad del paciente.
- Desarrollo e implementación de procedimientos institucionales para la identificación y prevención de errores asociados a las TIS.
- Identificación e inclusión de requisitos básicos para la seguridad del paciente en las licitaciones de servicios tecnológicos relacionados con la información sanitaria.

ESSPA_A4.G1.E2. Impulsar la evaluación de las TIS desde la perspectiva de la seguridad del paciente.

Orientaciones para la acción

- Seguimiento y evaluación de criterios de seguridad del paciente en la implantación de las TIS corporativas y locales.
- Avance en el desarrollo de estándares relacionados con la seguridad de la Historia Clínica Electrónica.
- Incorporación de estándares de seguridad en los procesos de evaluación de las aplicaciones, sistemas y en los servicios de tecnología de la información y comunicaciones.
- Impulso de marcos regulatorios en relación a criterios de seguridad del paciente en las TIS.

ESSPA_A4.G2. Potenciar una atención integral segura apoyada en el uso seguro de las tecnologías de la información sanitaria.

ESSPA_A4.G2.E1. Fomentar el desarrollo de las prácticas seguras a través de las TIS.

Orientaciones para la acción

- Identificación e implementación de alertas, barreras y patrones de referencia apoyados en TIS para favorecer el desarrollo de las prácticas seguras.
- Revisión y mejora de los procesos de identificación del paciente en la Historia Clínica Electrónica y en otros registros electrónicos del paciente.
- Mejora de la accesibilidad a informes clínicos y de cuidados, pruebas diagnósticas, planes terapéuticos e información para el seguimiento de pacientes contenidos en soporte electrónico.
- Desarrollo de herramientas electrónicas para mejorar la identidad, trazabilidad y alertas vinculadas al proceso asistencial para minimizar los errores clínicos.

ESSPA_A4.G2.E2. Favorecer la comunicación, coordinación y continuidad mediante el uso seguro de las TIS.

Orientaciones para la acción

- Revisión y mejora de la coordinación e integración de sistemas de información entre centros, servicios y ámbitos.
- Asegurar la fiabilidad e integridad de la información clínica electrónica para la mejora de la seguridad asistencial.
- Capacitación en el uso adecuado de las TIS para garantizar una atención segura a las personas.
- Avance en aplicaciones y herramientas TIS que faciliten la comunicación con pacientes.
- Aplicación de las TIS para una coordinación y comunicación efectiva y sin errores entre profesionales.

Área 5: Implicación activa de pacientes y ciudadanía

Esta área clave se centra en la definición de objetivos para avanzar en la implicación de pacientes y ciudadanía en su seguridad. Las reflexiones actuales se dirigen en dos sentidos; por un lado, se considera la necesidad de progresar en la incorporación de la voz la ciudadanía y pacientes a las estrategias de seguridad, considerando su propia visión sobre las actuaciones sanitarias y teniendo en cuenta su percepción de seguridad a lo largo y en el conjunto de la asistencia; y por otro lado, se profundiza en la participación activa del paciente en la prevención, control y minimización de riesgos concretos y posibles en su atención.

Estos dos enfoques deben complementarse para desarrollar modelos e intervenciones de seguridad que combinen la participación del paciente en la gestión de riesgos específicos y la optimización de las formas de atención, incluyendo tanto herramientas de seguridad en los procesos e intervenciones como elementos de coordinación, organización y trabajo de los equipos.

La participación de pacientes y ciudadanía en la seguridad de la atención sanitaria, integrando su perspectiva ciudadana, es una línea de trabajo presente en las organizaciones de referencia. La OMS orienta sobre la necesidad de crear mecanismos de colaboración en los niveles macro, meso y micro, para potenciar la implicación y el empoderamiento de pacientes y ciudadanía. La Unión Europea comparte este enfoque y ha emitido recomendaciones y ha apoyado proyectos sobre la intervención de pacientes en su propia seguridad.

Otras instituciones promueven estas iniciativas mediante diferentes herramientas y recursos, destacando los proyectos de la *Joint Commission*, el *NHS* y la *AHRQ*. Igualmente, en el ámbito estatal, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 incluye una línea estratégica sobre la participación de pacientes y personas cuidadoras.

En Andalucía, tanto el Plan Andaluz de Salud como el Plan Estratégico de Calidad contemplan de manera central la participación de pacientes y la incorporación de la ciudadanía a las políticas públicas, en un marco social de alianzas y valores entre población y profesionales para mejorar la atención y los resultados en salud. En el ámbito de la seguridad del paciente, el valor de la implicación de los pacientes es una prioridad del SSPA que quedó expresada en los compromisos establecidos desde la primera Estrategia para la Seguridad del Paciente y que ha tenido desarrollos específicos. No obstante, el análisis de situación realizado para la ESSPA muestra que la participación del paciente en su seguridad es un área de mejora identificada por la opinión de profesionales y pacientes y sustentado en los resultados de la evaluación de los servicios y centros asistenciales.



El área clave 5 da respuesta al cambio creciente del papel de pacientes y ciudadanía, en las políticas sanitarias y en los servicios de salud. Contiene objetivos dirigidos fundamentalmente a lograr una mejor información, comunicación y formación

de pacientes y ciudadanía, incorporando a los pacientes de forma individual y colectiva en la planificación y desarrollo de una atención segura para constituirse en una alianza más para profesionales, gestores y decisores del sistema de salud.

ESSPA_A5.G1. Impulsar la información, la comunicación y la formación para pacientes y ciudadanía sobre la seguridad de su atención sanitaria.

ESSPA_A5.G1.E1. Implementar medidas para mejorar la comunicación con el paciente y proporcionar una información comprensible para la seguridad de su atención sanitaria.

Orientaciones para la acción

- Información a pacientes sobre los riesgos de las diferentes actuaciones que se lleven a cabo en su proceso de atención y de las medidas para minimizarlos.
- Estandarización de la comunicación en los puntos críticos del proceso de atención, para asegurar la implicación del paciente en su seguridad.
- Adecuar la información a las características de cada persona dirigiendo la comunicación a aumentar la implicación activa del paciente en las decisiones de su proceso asistencial.
- Verificar la comprensión de la información ofrecida al paciente en relación a las intervenciones y pruebas a las que se le someta, la preparación necesaria y los elementos de seguridad más relevantes.
- Presencia, en caso necesario, de una persona acompañante del paciente a lo largo del proceso de atención, especialmente con menores y pacientes en situación de vulnerabilidad.

ESSPA_A5.G1.E2. Desarrollar actuaciones para concienciar y formar a pacientes y ciudadanía sobre la prevención de riesgos en el sistema sanitario

Orientaciones para la acción

- Formación básica sobre seguridad dirigida a pacientes y ciudadanía.
- Información y divulgación a pacientes y ciudadanía sobre detección, prevención y control de riesgos asistenciales.
- Identificación y fomento de activos comunitarios que ayuden a impulsar la cultura de seguridad del paciente entre la ciudadanía.

ESSPA_A5.G2. Potenciar el papel activo del paciente y la participación de la ciudadanía en la seguridad de la atención sanitaria.

ESSPA_A5.G2.E1. Desarrollar actuaciones para incrementar el papel activo del paciente en la seguridad de su atención.

Orientaciones para la acción

- Desarrollo y difusión de herramientas y actividades para facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones compartida.
- Involucrar a pacientes y a sus acompañantes (cuando sea necesario) en la planificación del alta hospitalaria y en la atención domiciliaria.
- Favorecer la participación del paciente en el análisis y propuestas de mejora detrás la ocurrencia de incidentes y eventos adversos durante su atención.
- Promover la formulación de preguntas por parte de pacientes a profesionales para fomentar su participación en la prevención de riesgos.

ESSPA_A5.G2.E2. Establecer medidas de participación efectiva de la ciudadanía en las políticas de seguridad del paciente.

Orientaciones para la acción

- Desarrollo de instrumentos para la implicación de pacientes y ciudadanía en la implantación, seguimiento y evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente.
- Incorporación de la seguridad del paciente en los planes de participación ciudadana de los servicios sanitarios.
- Promover alianzas con asociaciones de pacientes y grupos de interés para desarrollar acciones para la mejora de la seguridad del paciente.

Área 6: Conocimiento e innovación en seguridad del paciente

Generar, transferir y difundir conocimiento en seguridad del paciente es una prioridad para el SSPA. Una atención sanitaria segura está relacionada directamente con el conocimiento: el que se produce mediante la investigación y la innovación excelentes, el que está contenido en la competencia de sus profesionales y el que se transfiere a la Organización en forma de estándares y prácticas asistenciales de efectividad demostrada. El *conocimiento* se enriquece con la experiencia, como fruto del aprendizaje y mejora continua.

En esta área clave se abordan objetivos relacionados con los diferentes aspectos del conocimiento señalados, dirigiéndolos hacia la mejora de la seguridad de la atención en todos los niveles de responsabilidad del sistema.

Por una parte, el área se centra en la investigación e innovación. Desde el inicio de la constitución de la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* la investigación ha sido una prioridad internacional así como la utilización de los resultados para una reducción del riesgo en el conjunto de los estados miembros. En este marco, la comunidad andaluza estableció objetivos en investigación e innovación sobre seguridad del paciente y se han puesto en marcha diferentes mecanismos de motivación y apoyo para su despliegue, dirigiéndose especialmente hacia los focos identificados en el marco internacional y estatal: cuantificación del daño, análisis de las causas, identificación de soluciones y evaluación del impacto

y de los resultados de la implementación de la evidencia en la práctica diaria. En Andalucía, la investigación y las innovaciones en seguridad del paciente se enmarcan dentro de la Estrategia de Investigación e Innovación en Salud.

Por otra parte, en esta área se aborda también la necesidad de mantener y mejorar el trabajo corporativo en relación a las competencias profesionales en seguridad del paciente, tanto en el sentido de su fortalecimiento a través de formación transversal y específica transferible a los servicios, como en la identificación y definición de las competencias necesarias para gestionar los riesgos y ejercer el liderazgo en seguridad del paciente en el sistema sanitario.

La formación en seguridad ha sido una de las fortalezas identificadas en el SSPA en el período reciente. Es un reto institucional continuar impulsándola y dirigiéndola hacia los diferentes colectivos profesionales. En el marco de la Estrategia de las Políticas de Formación en el SSPA, deben definirse programas que apoyen el despliegue de los compromisos establecidos en la ESSPA.

Además, es necesario establecer alianzas para colaborar con otros sectores dedicados a la capacitación, logrando que los profesionales reciban formación en seguridad desde los niveles iniciales de enseñanza y a lo largo de su recorrido (formación de pregrado, grado, especializada y continuada).

Por último, las redes profesionales y ciudadanas, comunidades de prácticas y redes de centros, son un instrumento con trayectoria en diferentes entornos. En Andalucía, estas redes cuentan con un soporte sólido en los ámbitos de pacientes, salud y seguridad. A través de redes ya establecidas o mediante la generación de nuevas específicas, se promueve el enfoque de aprendizaje y mejora continua, base de la metodología de trabajo en seguridad del paciente. Esto permite a profesio-

nales, equipos, servicios y centros contar con el conocimiento actual sobre buenas prácticas.

Compartir y difundir buenas prácticas efectivas, experiencias y herramientas evaluadas para la mejora de la seguridad es un fin que incrementa la cultura de seguridad y la implementación de soluciones contrastadas y de efectividad demostrada en los centros y servicios sanitarios.



ESSPA_A6.G1. Aumentar y difundir el conocimiento en el SSPA para mejorar la seguridad del paciente.

ESSPA_A6.G1.E1. Fortalecer las competencias profesionales en seguridad del paciente.

Orientaciones para la acción

- Inclusión de contenidos básicos de seguridad del paciente y prácticas seguras en los planes de formación del SSPA.
- Avanzar en planes de formación específicos en seguridad del paciente para el despliegue de los objetivos de la ESSPA.
- Actualización de las competencias profesionales en seguridad del paciente en los mapas y manuales corporativos.
- Impulsar la transferencia del aprendizaje en seguridad del paciente a la práctica profesional.
- Fomento de alianzas para la formación en seguridad del paciente con otros ámbitos e instituciones: pregrado, grado, formación especializada, ámbito sociosanitario, etc.
- Desarrollo de líneas de formación, dirigidas a profesionales, para impulsar el papel activo de pacientes y ciudadanía en su seguridad.

ESSPA_A6.G1.E2. Identificar y compartir información y buenas prácticas para la seguridad del paciente.

Orientaciones para la acción

- Avance en un espacio corporativo para la colaboración, transmisión de información y comunicación sobre seguridad del paciente.
- Fomento de las redes profesionales y ciudadanas para difundir y compartir buenas prácticas, experiencias y herramientas sobre seguridad del paciente.
- Recopilación sistemática, evaluación y difusión de buenas prácticas, experiencias y herramientas para mejorar la seguridad del paciente en el entorno compartido.
- Identificación de prácticas seguras e innovaciones relacionadas con la seguridad del paciente en el ámbito de la comunidad andaluza para su difusión e implementación.

ESSPA_A6.G2. Impulsar la investigación e innovación en seguridad del paciente para la prevención de riesgos y minimización de daños.

ESSPA_A6.G2.E1. Garantizar la perspectiva de seguridad del paciente en la investigación e innovación en salud.

Orientaciones para la acción

- Incorporación de requisitos de seguridad del paciente en convocatorias de proyectos de investigación e innovación y áreas prioritarias de la Consejería de Salud y Familias.
- Desarrollo de medidas corporativas para garantizar la seguridad del paciente en los ensayos clínicos y estudios observacionales.

ESSPA_A6.G2.E2. Potenciar en el SSPA la realización de proyectos de investigación e innovación sobre temas relacionados con la seguridad del paciente.

Orientaciones para la acción

- Impulso de la actividad innovadora e investigadora en seguridad del paciente de profesionales y equipos en convocatorias autonómicas, nacionales e internacionales.
- Fomento de estudios a nivel autonómico sobre seguridad del paciente para medir daños, entender causas, identificar soluciones, evaluar impacto y trasladar evidencias a la práctica.
- Inclusión de líneas específicas relacionadas con la seguridad del paciente en las convocatorias de investigación e innovación de la Consejería de Salud y Familias.
- Promover proyectos específicos sobre organización de los servicios, la práctica asistencial y la innovación de base tecnológica para garantizar la seguridad del paciente.

7

Evaluación y seguimiento



Los objetivos descritos en la Estrategia para la Seguridad del Paciente se desplegarán a través de acciones dirigidas a los niveles macro, meso y micro del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Estas actuaciones se recogerán en planes de acción bienales que se ejecutarán mediante una gestión planificada, incluyendo los oportunos indicadores de seguimiento. A través de estos indicadores se valorará el avance de la ESSPA y el desarrollo de cada actuación propuesta.

La monitorización de las actuaciones e indicadores se calendarizará de modo que sea posible una recogida de información fluida desde las diferentes personas, centros o servicios responsables.

La evaluación de los resultados está vinculada al logro de los objetivos generales y específicos planteados en la ESSPA.

El logro de los objetivos propuestos se medirá mediante indicadores específicos de ámbitos asistenciales concretos. Estos indicadores, pertinentes y relevantes en relación al objetivo, serán identificados de forma clara y se establecerán las fuentes de información una vez verificada la fiabilidad de las mismas.

Para algunos objetivos no será posible obtener la información concreta y de forma accesible. En este caso, a partir del seguimiento de las acciones, se estimará una consecución según el despliegue de las acciones vinculadas.

Por último, es preciso conocer la efectividad de las acciones y contar con una imagen global que describa y mida la situación de la seguridad del paciente en el SSPA. La complejidad de esta valoración y de la posible atribución a la ESSPA de los futuros cambios en el panorama de la seguridad de pacientes, hace imprescindible que la propia Estrategia avance en la identificación de indicadores específicos, de contexto e impacto, que permitan seguir una línea de evaluación futura.

8

Glosario

Aprendizaje: Resultado observado en forma de cambio más o menos permanente del comportamiento de una persona, que se produce como consecuencia de una acción sistemática o simplemente de una práctica realizada.

Atención integral: Enfoque de la atención dirigido a dar respuesta al conjunto de las necesidades del paciente.

Atención integrada: Enfoque de los servicios de salud que tiene como propósito ofrecer una atención continua, no fragmentada que incorpora los diferentes servicios, prestaciones y procesos del sistema para dar coherencia y continuidad a la asistencia, potenciando las sinergias entre los distintos ámbitos del sistema sanitario.

Atención sanitaria: Los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Autoevaluación: Procedimiento de evaluación según el cual un profesional se evalúa a sí mismo, emitiendo juicios sobre aprendizaje logrado o la labor desarrollada.

Cadena farmacológica: Conjunto de fases en el uso del medicamento: selección, prescripción, transcripción (si la hay), validación, preparación, dispensación, administración y seguimiento.

Calidad de vida: Es la que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con las necesidades fundamentales que representa el núcleo de la dimensión de vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Shalock y Verdugo).

Cirugía segura: Conjunto de actuaciones llevadas a cabo para mejorar la seguridad de la atención quirúrgica.

Competencias profesionales: Capacidad para dar respuesta a los requerimientos de la profesión y para realizar actuaciones profesionales específicas.

Conciliación de la medicación: Es un proceso formal y multidisciplinar para lograr que la información que se transmite sobre la medicación del paciente en los puntos de transición o traspaso asistencial sea precisa y completa. Requiere una revisión sistemática y exhaustiva de todos los medicamentos que está tomando el paciente, para asegurar que cualquier fármaco que se añade, cambia o suspende, se evalúa adecuadamente. Los cambios realizados deben ser adecuadamente registrados y comunicados al siguiente proveedor de salud y al paciente.

Contenciones: Métodos extraordinarios con finalidad terapéutica; se trata de la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y al entorno físico que le rodea.

Cultura de seguridad: La cultura de seguridad es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento de los profesionales, a nivel individual o colectivo, que determinan el estilo, la competencia y el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en una Organización.

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella.

Daño asociado a la atención sanitaria: Daño que se deriva de las actuaciones llevadas a cabo durante el proceso de la atención sanitaria o que se asocia a ella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

Error: El hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un evento adverso.

Error de medicación: Acto de equivocación o cualquier incidente prevenible que pueden causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando estos están bajo el control del personal sanitario o del paciente o del consumidor.

Escenarios de mayor riesgo: Aquellos ámbitos en los que, por sus características intrínsecas, hay un alto riesgo de que ocurran eventos adversos graves. No implica que los eventos en estos ámbitos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un evento adverso, las consecuencias suelen ser graves. Ejemplos: servicios de urgencias y emergencias, salud mental, pediatría, salud materno infantil...

Escenarios de mayor riesgo o riesgo específico: Son áreas o procesos asistenciales en los que por las características intrínsecas a su actividad, el paciente estará sometido a mayores riesgos o

los riesgos son concretos en ese medio y necesitan de un abordaje determinado.

Evento adverso: Es el incidente que causa daño al paciente. Suceso o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente como consecuencia de la atención sanitaria.

Evento centinela: Suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente. Todo evento centinela es un evento adverso cuyas consecuencias reúne unas características que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido para evitar que pudiera volver a producirse.

Exposición médica: Exposición a que se someten pacientes o personas asintomáticas en el marco de su propio diagnóstico o tratamiento médico, dental o podológico destinada a beneficiar su salud o bienestar, así como la exposición a que se someten las personas cuidadoras y las personas voluntarias en la investigación médica o biomédica.

Factor contribuyente: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Fallo del sistema: Un defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o las infraestructuras de una Organización.

Farmacovigilancia: Ciencia y actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los eventos adversos de los medicamentos o cualquier problema relacionado con fármacos.

Gestión de riesgos: Conjunto de actividades que intervienen en la reducción de los riesgos de lesión para los pacientes y profesionales y en la reducción de los daños o las pérdidas materiales en las organizaciones sanitarias. La Gestión de riesgos es el conjunto de políticas, recomendaciones, programas e intervenciones que tienen como objetivo prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.

Incidente sin daño: Incidente que alcanza al paciente pero no causa ningún daño apreciable.

Infección asociada con la asistencia sanitaria: Infección adquirida como consecuencia de una intervención sanitaria en cualquier ámbito sanitario (hospital, ámbito ambulatorio, residencias, etc.) y que no estaba presente ni incubándose en el momento de la atención.

Información dosimétrica o relativa a la exposición: Conjunto de indicadores y parámetros que permiten al especialista en radiofísica evaluar o estimar la dosis* recibida por un paciente en un procedimiento médico-radiológico.

Medicamentos de alto riesgo: Son aquellos medicamentos que, cuando se utilizan incorrectamente, presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Ello no implica que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de que ocurran, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Monitorización: Seguimiento periódico del trabajo o actividades puestas en marcha para corregir errores y señalar formas adecuadas de realización.

Prácticas seguras: Intervenciones, estrategias o abordajes orientados a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención del paciente y a mejorar su seguridad.

Prevenible: Que es evitable en las circunstancias particulares del caso.

Primera víctima: Paciente que sufre un evento adverso.

Pulsera identificativa: Dispositivo de identificación que se le coloca al paciente con los datos inequívocos del propio paciente.

Radiaciones ionizantes: Son aquellas radiaciones (ondas electromagnéticas o partículas) con

* Nota aclaratoria

Dependiendo del tipo de exposición, será útil conocer unas u otras magnitudes de dosis:

- Indicadores dosimétricos de cada tipo de procedimiento en diagnósticos son útiles para la optimización de los mismos. (PDSCTDI)
- La dosis absorbida en órganos es útil para evaluar posibles efectos deterministas sobre todo en procedimientos con altas dosis (radioterapia, algunos casos de diagnóstico en medicina nuclear, en CT en diagnóstico y en intervencionismo).
- La dosis efectiva (mSv) puede ser útil para comparar las dosis relativas en diferentes procedimientos diagnósticos, tecnologías o centros. Nunca se debe utilizar para evaluar riesgos individuales. Se puede usar para cálculos de dosis efectivas colectivas con objeto de optimización. Es incorrecto utilizarla para estudios epidemiológicos o proyección del riesgo ya que ocultan grandes incertidumbres biológicas y estadísticas.

energía suficiente para ionizar la materia, extrayendo los electrones de sus estados ligados al átomo. Las principales radiaciones ionizantes son: la radiación alfa, beta y gamma, los rayos x y los neutrones. En medicina, en base a la interacción de la radiación con la materia, se emplean para el diagnóstico de enfermedades a través de la obtención de imágenes y para el tratamiento aprovechando la destrucción de células y tejidos tumorales al aplicar altas dosis de radiación.

Reacciones adversas: Efecto no buscado, que además es perjudicial.

Retroalimentación: Obtención de información rápida de un proceso o los resultados del mismo, de tal manera que esa información pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre el proceso en marcha o sobre procesos futuros.

Resultado para la Organización: Repercusiones en la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente o evento adverso.

Riesgo: Probabilidad de que ocurra un incidente.

Segunda víctima: Profesional sanitario implicado en el evento adverso / error clínico que queda traumatizado por el incidente.

Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.

Sistema de identificación y notificación de incidentes: Sistema que requiere de la recolección de datos y análisis sobre todos los aspectos

relacionados con la atención del paciente en los que ha habido una circunstancia inesperada que podría haber causado o ha causado un daño innecesario al paciente, para evitar su repetición a través del aprendizaje.

Técnicas asistenciales directas: Acciones y medidas preventivas para proporcionar atención en la promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas.

Tercera víctima: Organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente.

Transferencia del paciente: Proceso por el que se traslada la responsabilidad profesional de algunos o todos los aspectos del cuidado del paciente, a otra persona o profesional o grupo de profesionales, de forma puntual/ temporal o permanente, entre diferentes ámbitos de atención (sanitarios, sociosanitarios,...), distintos servicios o centros asistenciales o cambios de turno, asegurando que su paso a otro ámbito no sea efectivo si no se ha comprobado que cumple todos los requisitos necesarios para garantizar la continuidad asistencial, (identificación inequívoca, información clave referente a los diagnósticos al alta, plan terapéutico, tratamiento farmacológico, resultados de las pruebas, los cuidados y el seguimiento).

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

Vulnerabilidad: Mayor posibilidad de sufrir un daño.

9

Abreviaturas

AHRO:	Agency for Healthcare Research and Quality.
AP:	Atención Primaria.
APEAS:	Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.
BMR:	Bacterias multiresistentes.
ECDC:	European Centre for Disease Prevention and Control.
ECRI:	Emergency Care Research Institute.
ENEAS:	Estudio Nacional de Eventos Adversos ligados a la Hospitalización.
EPINE:	Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España.
ESP:	Estrategia para la Seguridad del Paciente.
ESSPA:	Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
HCE:	Historia Clínica Electrónica.
HSPSC:	Hospital Survey on Patient Safety Culture.

IAAS:	Infección asociada a la atención sanitaria (también puede encontrarse como IRAS: Infección relacionadas con la atención sanitaria)
MOSPS:	Medical Office Survey on Patient Safety.
NHS:	National Health Service.
NPfIT:	England's Nacional Programme for IT.
OIEA:	Organismo Internacional de Energía Atómica.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PIRASOA:	Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos.
PBA:	Productos de base alcohólica.
SSPA:	Sistema Sanitario Público de Andalucía.
SVEA:	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.
TIS:	Tecnologías de la Información en salud.
UPP:	Úlceras por Presión.

10

Bibliografía

Bibliografía general

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety Primers. [Internet] [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en: <http://psnet.ahrq.gov/primerHome.aspx>
- Agency for Healthcare Research and Quality. Quality and Patient Safety. [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/index.html>
- Amalberti R, Nicklin W, Braithwaite J. Preparing national health systems to cope with the tsunami of ageing and its associated complexities: Towards more sustainable health care. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(3): 412-4.
- Amo Alfonso M, Rodríguez Rodríguez M. Metodología de elaboración y seguimiento de planes integrales de salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2010.
- Australian Patient Safety Foundation [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.apsf.net.au/>
- Aranaz J, 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*. 2012; 22(6):921-925.
- Astier-Peña MP, et al. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2016; 48:3-7.
- Análisis de la implementación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2006-2010. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2011.
- Análisis de situación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía. Informe abril 2018. Sevilla: Consejería de Salud; 2018.
- Consejo de la Unión Europea. Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria [Internet]. 2009 [consultado 18 de junio de 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_es.pdf
- Chanovas Borrás M, Campodarve I, Tomas Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monografías Emergencias*. 2007;3:7-13.
- Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. [Internet]. Brussels: Council of Europe; 2006 [consultado 2 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
- Dotor Gracia M, et al. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. Cádiz: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial; 2012.
- Cresswell KM, et al. Global Research Priorities to Better Understand the Burden of Iatrogenic Harm in Primary Care: An International Delphi Exercise. *PLoS Med*. 2013; 10(11): e1001554 [consultado 26 junio 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/primary-care-priorities.pdf>
- Diario Oficial de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo sobre seguridad de los pacientes y calidad asistencial, en particular la prevención y la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la resistencia bacte-

Bibliografía general

- riana (2014/C 438/05). [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea C 438/7 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2014.438.01.0007.01.SPA
- Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020. Servicio Madrileño de Salud. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2015.
 - Estrategia de seguridad del paciente 2020. Osakidetza. Victoria: Osakidetza; 2018.
 - Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
 - Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2015.
 - Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006.
 - Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
 - Estrategia SERGAS 2020. [Internet]. Servicio Gallego de Salud; 2016 [consultado 9 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
 - Estrategia para la renovación de la Atención Primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_renovacionap
 - Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
 - Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
 - Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª edición [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía; 2009. [consultado 3 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/guia-diseño-pai-segunda-ed.html>
 - Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
 - Institute for Healthcare improvement. [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.ihl.org/>
 - Joint Commission [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.joint-commission.org/>
 - Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica (ME 5 1_07). Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017.

Bibliografía general

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2006 [consultado 10 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2005/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas Seguras Simples. Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. 2009.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tutorial y herramientas de apoyo a la gestión y mejora de la seguridad del paciente. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2007 [consultado 18 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/docs/interes/4/4c.pdf>
- National Patient Safety Agency, NHS. Seven Steps to patients safety, 2004. En castellano: La seguridad del paciente en siete pasos. Madrid: Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- National Patient Safety Agency (NPSA). [Internet]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1454/national-patient-safety-agency-npsa>
- National Patient Safety Foundation. [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible: <https://www.npsf.org/>
- National Patient Safety Goals. [Internet]. The Joint Commission [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
- National Patient Safety Goals 2018. [Internet]. The Joint Commission [consultado 17 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
- National Health Service [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/>.
- National Health Services Improvement [Internet] [consultado 24 de julio de 2018]. Disponible en: <https://improvement.nhs.uk/improvement-hub/patient-safety/>
- National Institute for Health and Care Excellence. Do not do recommendations. [Internet] [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en:

Bibliografía general

- https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716donotdobookletfinal.pdf
- Il Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2005-2008. Caminando hacia la Excelencia. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
 - Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2010.
 - Procesos asistenciales integrados. [Internet] Consejería de Salud. Junta de Andalucía [consultado 3 de junio de 2018]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai.html>
 - Proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [consultado 25 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm
 - Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet] [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/produccion_cientifica/recomendaciones/
 - Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update: A Consensus Report. [Internet]. Washington DC: National Quality Forum; 2010 [consultado 17 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx
 - Shekelle P, Pronovost P, Wachter R, McDonald K, Schoelles K, Dy S, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med.* 2013;158:362-8.
 - Safer Primary Care. Patient Safety [Internet]. World Health Organization [consultado 26 junio 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/
 - Shojania KG, et al. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 2001; (43): i-x, 1-668.
 - The Joint Commission. Joint Commission International. World Health Organization (WHO).
 - Siete pasos para mejorar la seguridad del paciente en atención primaria. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Reino Unido. Madrid: Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
 - Nueve soluciones para la seguridad del paciente. Geneva: WHO; 2007. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
 - Tomás S, et al. EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 2010; 22: 415-428 [consultado 20 de mayo de 2017]. Disponible en http://www.noble-arp.com/src/img_up/28112012.2.pdf
 - Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Madrid: Editorial Modus Laborandi SL; 2016.

Bibliografía general

- World Health Organization. Patient Safety [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. 2008-2009. Geneva: WHO; 2008.
- World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. 2008-2009. Geneva: WHO; 2008.
- World Health Organization (WHO). Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. WHO; 2009.
- World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Patient safety tool kit. Cairo: World health Organization; 2015.
- World Health Organization (WHO). Patient safety: making health care safer. Geneva: WHO; 2017.
- Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.

Área clave 1: Seguridad en la Organización

- American College of Healthcare Executives and NPSF Lucian Leape Institute. *Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success*. Chicago, IL: American College of Healthcare Executives; 2017.
- Carthey J, Clarke J. *Implementing Human factors in health care; Patient Safety First. How to Guide 2015*. [Internet] [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/humanfactors/>
- Grau, J, Prat, A y Bertrán MJ. Análisis de los incidentes de seguridad clínica. *Jano*. 2011; 1776:73-79.
- Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011; 20:338-43.
- Jha AK. More than 1000 preventable deaths a day is too many: The need to improve patient safety. Testimony before the Committee on Health, Education, Labor and Pensions, Subcommittee on Primary Health and Aging. July 2014. Disponible en: <http://www.help.senate.gov/hearings/more-than-1-000-preventable-deaths-a-day-is-too-many-the-need-to-improve-patient-safety>
- Leotsakos A, Ardolino A, Cheung R, Zheng H, Barraclough B, Walton M. Educating future leaders in patient safety. *J Multidiscip Healthc*. 2014; 7: 381–388.
- Leotsakos A, Petsanis K, Zhao H, Moss R, Monina N. *Leadership Competencies Framework on Patient Safety and Quality of Care (DRAFT)*. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22: 11-18.
- National Patient Safety Foundation. *Free from Harm. Accelerating Patient Safety Improvement fifteen years after To Err is Human*. Boston: NPSF; 2015.
- National Quality Forum. *Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report*. Washington, DC: NQF; 2010.
- Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Procedures for obtaining informed consent. In: *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.
- Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14:231-233.
- Recomendación nº11: Uso seguro del equipamiento electromédico en las unidades asistenciales [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2012 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-11-uso-seguro-del-equipamiento-electromedico-en-las-unidades-asistenciales/
- Recomendación nº 30: Mejora de los equipos de soporte desde las unidades asistenciales [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-30-mejora-de-los-servicios-de-soporte-desde-las-unidades-asistenciales/

Área clave 1: Seguridad en la Organización

- The Joint Commission. Sentinel Event Data-Root Causes by Event Type [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/
- The Joint Commission. Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012 [consultado 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf>
- The Joint Commission. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals Update 2. Joint Commission; January 2016.
- The Joint Commission. Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types. [Internet] [consultado 18 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Event_type_2Q_2016.pdf
- Weaver SJ, et al. Promoting a culture of safety as a patient safety Strategy. a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013; 158(5 Pt. 2): 369–374.
- World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011.

Área clave 2: Gestión de riesgos. Aprendizaje y mejora continua

- AENOR: Norma UNE 179003:2013. Servicios sanitarios. Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente.
- 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: 12-5.
- Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social; 2009.
- Francis R. Freedom to speak up: a review of whistleblowing in the NHS. London, UK: freedom to speak up review; February 2015.
- Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015.
- Grupo de trabajo. Recomendaciones para decir "Lo siento" tras un evento adverso. [Internet]. Madrid; 2016 [consultado 29 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/DECIR-LO-SIENTO-INFORME-FINAL_rev-def.pdf
- Hirsch KA, Wallace DT. Step-by-step guide to effective root cause analysis. Marblehead: Opus communications; 2001.
- Martínez A. Análisis de eventos centinela: una propuesta metodológica. *Rev CONAMED*. 2011;16:34-8.
- Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al., Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 151.
- Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al., Research Group on Second and Third Victims. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 341.
- National Quality Forum. Serious Reportable Events in Healthcare 2011 Update: A consensus report. [Internet]. Washington DC: National Quality Forum; 2011 [consultado 7 de Julio de 2018]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2011/12/Serious_Reportable_Events_in_Healthcare_2011.aspx
- Olivera Cañada G, et al. Identificación de eventos centinela en atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2017; 32: 269-277. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.03.003>
- 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.
- Reporting and learning subgroup of the European Commission PSQCWG. European Commission Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. [Internet]. European

Área clave 2: Gestión de riesgos. Aprendizaje y mejora continua

Commission. 2014 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningystems_en.pdf

- Ruiz-López, González-Rodríguez C, Alcalde J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(2):71-8.
- Scott, SD, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18: 325-30.
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010; 36: 233-240.
- Segundas y terceras víctimas. Proyecto de investigación [Internet] [consultado 18 de junio de 2018]. Disponible en: www.segundasvictimas.es
- Seys D, Scott S, Wu A, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50: 678-687.
- Subgrupo sobre Sistemas de Notificación y Aprendizaje del GTSPCA de la Comisión Europea. Conclusiones y recomendaciones clave sobre los Sistemas de notificación y de aprendizaje en materia de seguridad de los pacientes en toda Europa. Comisión Europea, Grupo de Trabajo sobre Seguridad de los Pacientes y Calidad Asistencial; 2014.
- Taylor S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents. The London protocol. London, [consultado 29 de junio de 2018]. Disponible en: https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol_e.pdf
- Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care*. 2004; 13(4):242-243.
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. From information to action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
- World Health Organization. Patient safety workshop: learning from error. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
- World Health Organization. Minimal Information model for patient safety incident reporting and learning systems. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Wu AW. Medical error: The second victim. *BMJ*. 2000; 320: 726.
- Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res*. 2013 Dec 1; 2(3): e32.
- Wu AW, McCay L, Levinson W, Iedema R, Wallace G, Boyle DJ, et al. Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends. *J Patient Saf*. 2017 Mar; 13(1): 43-49.

Área clave 3: Atención integral segura

Identificación inequívoca del paciente y verificación

- ECRI Institute. ECRI Institute Patient Safety Organization's Deep Dive: Patient Identification. Plymouth Meeting, PA, USA. ECRI Institute PSO; 2016.
- Joint Commission. Standards FAQ Details. Two Patient Identifiers - NPSG - Goal 1 - 01.01.01 [Internet] [consultado 20 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaql-d=662&Progra mld=47121
- Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado 8 de agosto de 2018]. Disponible: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
- Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan S, Cameo, Ferrer Tarrés JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Med Clin Monogr Barcelona. 2008; 131(Supl 3):72-8.
- Patient identification. Safety and quality [Internet]. Australian Commission on safety and quality in health care [consultado 4 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/patient-identification/>
- Procedimiento general de identificación de pacientes. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de salud; 2009 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf
- Recomendación nº 12: Identificación inequívoca de pacientes [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2012 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-12-identificacion-inequívoca-de-pacientes/

Transferencia segura para el paciente

- Australian Council for Safety and Quality in Health Care Clinical handover and patient safety literature review report. 2005 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369A-D4AC5FC2A_CA2571BF0081CD95/\\$File/clinholitrev.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369A-D4AC5FC2A_CA2571BF0081CD95/$File/clinholitrev.pdf)
- Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES). Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente. [Internet]. 2010 [consultado 29 de junio de 2018]. Disponible en http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
- Hicks RW, Santell JP, Cousins DD, et al. MEDMAR-XSM 5th anniversary data report: A chartbook of 2003 findings and trends 1999-2003. Rockville: USP Center for the Advancement of Patient Safety; 2004.
- Joint Commission Perspectives. Sentinel event statistics released for 2015. Joint Commission; 2016 [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en: <http://info.jcrinc.com/rs/494-MTZ-066/images/Sentinel39.pdf>
- Recomendación nº 20: Información y comunicación con el paciente [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2014 [consultado 4 de

Área clave 3: Atención integral segura

julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-20-informacion-y-comunicacion-con-el-paciente/

- Recomendación nº 24: Traspaso de pacientes [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2015 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-24-traspaso-de-pacientes/
- SBAR Tool: Situation Background Assessment Recommendation. [Internet]. Institute for healthcare improvement [consultado 8 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx>
- Singh H, Thomas EJ, Petersen L, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Archives of Internal Medicine*. 2007; 167(19): 2030-2036.
- Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*. 2005; 80:1094-1099.
- Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve questions. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety*. 2005; 5(7):11-11(1).
- The Joint Commission. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. (vol.1, solución 3). Joint Commission Internacional. 2007.
- Webster JS, King HB, Toomey LM, Salisbury ML, Powell SM, Craft B, et al. Understanding quality and safety problems in the ambulatory environment:

seeking improvement with promising teamwork tools and strategies. [Internet]. US Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Webster_76.pdf

- Wong MC, Yee KC, Turner P. Clinical Handover Literature Review. eHealth Services Research Group. University of Tasmania Australia; 2008 [consultado 6 de julio de 2018] <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2008/01/Clinical-Handover-Literature-Review-for-release.pdf>

Seguridad en la atención para minimizar infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). WGLEPS: time to react. Stockholm: ECDC; 2009.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Proposals for EU guidelines on the prudent use of antimicrobials in humans. Stockholm: ECDC; 2017 [consultado 17 de enero de 2018]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/EU-guidelines-prudent-use-antimicrobials.pdf>
- European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. [Internet]. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009. Brussels: European Commission; 2011 [consultado 26 junio 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

Área clave 3: Atención integral segura

- Martín Rodríguez MD, Palacio Lapuente J, Aibar Remón C, Mareca Doñate R, Grupo de Seguridad del Paciente de SEMFYC. Higiene de manos en Atención Primaria. Recomendaciones de SEMFYC para la higiene de manos en atención primaria: una propuesta práctica. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 2010; 18: 123-137.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los Antibióticos. [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2014 [consultado 17 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/docs/plan-estrategico-antibioticos.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102536/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [consultado 5 de agosto de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos". Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [consultado 6 de julio de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255204/1/9789243509761-spa.pdf?ua=1>
- Pittet D. WHO First Global Patient Safety Challenge: saving lives in healthcare through clean hands. *Infection*. 2010; 38: 79-80.
- Plan Nacional Resistencia Antibióticos [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [consultado en 17 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://resistenciaantibioticos.es/es>
- Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de antimicrobianos [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2017 [consultado 19 de junio de 2018]. Disponible en: <http://pirasoa.iavante.es/>
- Recomendación nº 14: Mejora de la Higiene de manos [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2002 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-14-mejora-de-la-higiene-de-manos/>
- Sociedad Española de Medicina Preventiva. Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2017. Informe Global de España. Resumen; 2016. [Internet] [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible

Área clave 3: Atención integral segura

en: <https://www.epine.es/docs/public/reports/esp/2017%20EPINE-EPPS%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>

- World Health organization. Infection prevention and control. [Internet]. World Health organization [consultado 20 junio 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/infection-prevention/en/>
- World Health Organization. Antimicrobial resistance [Internet]. World Health Organization [consultado 20 junio 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/en/>
- World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [consultado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [consultado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/en/
- Galván Banqueri M, Santos Ramos B, Vega Coca MD, Alfaro Lara ER, Nieto Martín MD, Pérez Guerrero C. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2013; 45(1): 6-20.
- Instituto para el uso seguro de los medicamentos [Internet]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/>
- Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KJ. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 397-403.
- Lacasa C, Ayestarán A. Estudio multicéntrico español para la prevención de errores de medicación. Resultados de cuatro años (2007-2011). *Farm Hosp*. 2012; 36(5): 356-67.
- Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. [Internet] [consultado julio 2018]. Disponible en: www.macoalition.org/initiatives.shtml
- Medication reconciliation. Safe clinical practices for implementation (WP5). [Internet]. European Union Network for Patient safety and Quality of Care; 2012 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.pasq.eu/Wiki/SCP/WorkPackage5ToolBoxes/MedicationReconciliation.aspx>
- Buenas prácticas en la conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición interservicios. Observatorio de Seguridad del Paciente. [Internet]. Consejería de Salud [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/uso-seguro-de-medicamentos/documentos/GPS_CONCILIACION_ENTORNO_HOSPITALARIO_VALORADA.pdf

Uso seguro del medicamento

Área clave 3: Atención integral segura

- Medication reconciliation review [Internet]. Institute for Healthcare Improvement; 2018 [consultado 8 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/MedicationReconciliationReview.aspx>
- Medication reconciliation [Internet]. Institute for Safe Medication Practices Canada; 2010-2018 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.ismp-canada.org/medrec/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. [Internet]. 2007 [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>
- Otero-López M, Alonso-Hernández P, Maderuelo-Fernández J, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *MEd Clin.* 2006; 126(3): 81-7.
- Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- Recomendación nº 26: Uso seguro de la medicación en residencias de mayores [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2015 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-26-uso-seguro-de-la-medicacion-en-residencias-de-mayores/
- Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedcados en Atención Primaria. Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud; 2013 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/1302_guia_revision_medicacion_polimedcados_AP.pdf
- The high 5 project. Standard Operating Protocol Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication reconciliation. [Internet]. World Health Organization; 2014 [consultado 8 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>
- Villafaina Barroso A, Rodríguez Pérez B, Ortiz Rodríguez O. Seguridad del paciente con el uso del medicamento: evidencias y estrategias prácticas. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedcación y Salud; 2015.
- World Health Organization. Patient safety. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. [Internet]. World Health Organization [consultado 17 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>

Seguridad en la asistencia directa al paciente

- II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. [Internet]. Consejería de Salud, 2016 [consultado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/publicaciones/listado.asp?mater=14>

Área clave 3: Atención integral segura

- Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta nº 5: precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. [Internet]. Fundación Avedis Donabedian Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes [consultado 12 de julio de 2018]. Disponible en: <http://190.102.131.45/calidad/images/alertas/alerta5.pdf>
- Centros contra el dolor. [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2012 [consultado 19 de junio de 2018]. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_atencion_dolor-1_0.pdf
- Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. [Internet]. Comité de bioética de España; 2016 [consultado 8 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://assets.comitede-bioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
- Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.
- Estrategia de cuidados de Andalucía. Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Sevilla: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2015.
- Guía FASE para la prevención y actuación ante una caída. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017.
- Guía FASE para la prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017.
- Guía FASE para la prevención de úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017.
- Kevin Ann Huckshorn. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. [Internet]. NASMHPD Publications; 2008 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>
- Mental Health Commission. Seclusion and restraint reduction strategy. Dublin; 2014.
- Protocolo de contención mecánica. [Internet]. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [consultado 8 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.faisem.es/index.php/es/documentacion/otras-publicaciones/item/download/300_c2c706ddc06da6a8da3208d13b9f14bf
- Palanca Sánchez I, Puig Riera de Conías MM, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Plan Integral de atención a personas con dolor 2010-2013. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2010 [consultado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_de_atencion_al_dolor/plan_atencion_dolor.pdf

Área clave 3: Atención integral segura

- Recomendación nº7: Evaluación del dolor en los pacientes [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2011 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-7-evaluacion-del-dolor-en-los-pacientes/>
- Tejedor Fernández M, Fernández Ruiz I, Gálvez Mateos R y Pérez Lázaro JJ. Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2011.

Seguridad en el proceso quirúrgico

- Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, et al. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en hospitales españoles. Cir Esp. 2007; 82: 268-77.
- Haynes B, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. New Eng J Med. 2009; 360: 491-499.
- Helsinki declaration. Patient safety [Internet]. European Society of Anaesthesiology; 2014 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.esahq.org/patient-safety/patient-safety/helsinki-declaration>
- Atención al paciente quirúrgico: Proceso Asistencial Integrado. [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dab299_00_indice_julio_2014.pdf
- Moreno Campoy EE, Pérez Santos MJ, Mérida De la Torre FJ. Vigilancia activa de contaminantes ambientales en quirófanos para la minimización de

infecciones Nosocomiales. Revista de Calidad Ambiental Interior en Hospitales y Salas de ambiente controlado. 2011;5:3-15.

- Recomendación nº 31: Seguridad quirúrgica [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-31-seguridad-quirurgica/
- Recomendación nº 35: Bioseguridad ambiental en quirófano [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2018 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-35-bioseguridad-ambiental-en-quirofano/
- Recomendaciones de la Declaración de Helsinki [Internet]. Rev Esp Anestesiología y Reanimación. 2013; 60 (supl.1): 1-104 [consultado 20 septiembre 2018]. Disponible en: <http://sensar.org/2014/recomendaciones-de-la-declaracion-de-helsinki/>
- Safe surgery Patient Safety. [Internet]. World Health Organization; 2018 [consultado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patient-safety/safesurgery/en/index.html>
- World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [consultado 9 de julio de 2018]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf

Seguridad en el uso de pruebas diagnósticas in vitro

- Alguacil A, Cabello J, Cuadrado Cenual MA: "Identificación Inequivoca del Paciente y sus

Área clave 3: Atención integral segura

Muestras Biológicas” En Alguacil A, Santiago A, editores: Herramientas Corporativas en Seguridad Clínica. Madrid: Hospital clínico San Carlos. 2011. p 67-71.

- Alvarez C, Ortega I, CuadradoCenzual MA: “La Seguridad del paciente en el Laboratorio Clínico: Implantación de un protocolo de Identificación Inequivoca de Paciente”. Laboratorio Clínico. 2012; 5 (1): 3-9.
- Carraro P, Plebani M: “Error in Clinical Laboratories or Errors in Laboratory Medicine?” CLin Chem Lab Med 2006;44:750-759.
- Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Global Laboratory Standards for a Healthier World 2018 [consultado 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://clsi.org/>
- Cuadrado Cenzual MA, Collado Yurrita L, De Pedro Moro JA. La seguridad del paciente y el laboratorio clínico. En Bandrés Moya F y Barreiro J, editores. Lecciones magistrales en diagnóstico e innovación. Madrid: Ademas, Comunicación Gráfica Ediciones; 2014. p 447-58.
- International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. Laboratory Errors and Patient Safety (WG-LEPS) 2018 [consultado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ifcc.org/ifcc-education-division/working-groups-special-projects/laboratory-errors-and-patient-safety-wg-leps/>
- Lippi G, Becan-McBride K, Behúlová D, Bowen RA, Church S, Delanghe J, et al. Preanalytical quality improvement: in quality we trust. Clin Chem Lab Med. 2013;51(1):229-41. Review.
- Lippi G, Chance JJ, Church S, Dazzi P, Fontana R, Giavarina D et al. Preanalytical quality improvement: from dream to reality. Clin Chem Lab Med. 2011;49(7):1113-26. Review.
- Lippi G, Fostini R, Guidi GC. Quality Improvement in Laboratory Medicine:Extrana litica Issues. CLin Lab Med 2008; 28(2):285-94
- López-Pelayo I, Fernández-Suarez A, Romero-De-Castilla-Y-Gil R y Zambrana-García JL. Repercusión clínica en la seguridad del paciente de la comunicación de valores críticos de laboratorio Med Clin (Barc). 2012;139(5):221-26
- Mérida FJ, Moreno EE: Fundamentos de Seguridad del Paciente. Análisis y Estrategias en el Laboratorio Clínico. Editorial Panamericana.2011
- Mérida FJ, Moreno EE, Martos F. Impacto de la aplicación de un protocolo para el uso adecuado y seguro de marcadores tumorales. Med Clin (Barc). 2015;145(12):526-28.
- Moreno-Campoy EE, Mérida-De la Torre FJ, Martos-Crespo Plebani M. Identifying risk in the use of tumor markers to improve patient safety. CCLM 2016 dec 1;54(12):1947-53.
- Panunzio AP, Coromoto Núñez M, Molero T. Gestión de la comunicación de valores críticos en el laboratorio. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2016 (35).4: 122-26
- Rocha Bruna Cláudia B., Alves José Adilson R., Pinto Félix Pedro D., Mendes ME, Sumita NM. The critical value concept in clinical laboratory. J. Bras. Patol. Med. Lab 2016 ; 52(1):17-20.
- Ruiz Martín G, Prieto Menchero S. Decisiones inteligentes desde el laboratorio:de elegir sabiamente a dejar de hacer. Asociación Española de Biopatología Médica. Madrid 2015. [consultado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en:

Área clave 3: Atención integral segura

<https://www.aebm.org/images/activos/publicaciones/DecisionesInteligentesdesdeLaboratorio.pdf>

- Salinas M, Lopez-Garrigos M, Uris J, Leiva-Salinas C. La seguridad del laboratorio clave en la seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*. 2013; 28: 63–64.
 - Wagar EA, Stankovic AK, Raabs S, Nakhelh RE, Walsh MK: "Specimen labeling errors. A Q-probes analysis of 147 clinical laboratories". *Arch Pathol Lab Med* 2008;132(10):1617-22.
 - White GH, Campbell CA, Horvath AR. Is This a Critical, Panic, Alarm, Urgent, or Markedly Abnormal Result? *Clin Chem*. 2014;60(12):1569-70
- Uso seguro de las radiaciones ionizantes en la atención sanitaria**
- Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas. Sociedad Española de Radiología Médica. [Internet]. Ministerio de sanidad; 2014 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/SOCIEDAD_ESP_Radiologia_Medica.pdf
 - Directiva Europea 2013/59/EURATOM sobre Normas Básicas de Seguridad para la protección contra riesgos derivados de exposiciones a radiaciones ionizantes. *Diario Oficial de la Unión Europea* L13/1 (17-1-2014).
 - Radiation Protection of Patients (RPOP) [Internet]. International Atomic Energy Agency [consultado 24 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.iaea.org/resources/rpop>
 - Radiotherapy Risk Profile. Technical manual. Geneva: World Health Organization; 2008.
 - Real Decreto 1132/90 por el que se establecen medidas fundamentales de protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos. *Boletín Oficial del Estado*, nº 224, (18-9-1990).
 - Real Decreto 1976/1999 por el que se establecen los criterios de calidad en Radiodiagnóstico. *Boletín Oficial del Estado*, nº 311, (29-12-1999).
 - Real Decreto 1841/1997 por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear. *Boletín Oficial del Estado*, nº 303, (19-12-1997).
 - Real Decreto 1566/1998 por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia. *Boletín Oficial del Estado*, nº 206, (28-8-1998).
 - Real Decreto 1976/1999 por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico. *Boletín Oficial del Estado*, nº 311, (29-12-1999).
 - Real Decreto 815/2001, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. *Boletín Oficial del Estado*, nº 168, (14-7-2001).
 - Task Group on Accident Prevention and Safety in Radiation Therapy. Prevention of accidental exposures to patients undergoing radiation therapy: A report of the International Commission on Radiological Protection (ICRP). *Annals of the ICRP*. 2000; 30(3): 7-70.
 - White Paper: Initiative to reduce unnecessary radiation exposure for medical imaging. [Internet]. U.S. Food and Drug Administration; 2010 [consultado 19 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fda.gov/downloads/Radiation-EmittingProducts/RadiationSafety/RadiationDoseReduction/UCM200087.pdf>

Área clave 3: Atención integral segura

Seguridad en el proceso transfusional

- World Health Organization (WHO). Global Initiative on Radiation Safety in Health Care Settings (on-line) [Internet]. WHO; 2018 [consultado 19 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/ionizing_radiation/medical_radiation_exposure/en/A_guide_to_establishing_a_national_haemovigilance_system. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [consultado 7 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bloodsafety/haemovigilance/haemovigilance-guide/en/>
- Blood transfusion safety [Internet]. World Health Organization [consultado 19 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bloodsafety/universalbts/en/>
- Decreto 49/2017, de 21 de marzo, por el que se constituye la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, y se regula su estructura y funcionamiento. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 58, (27-3-2017).
- Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. 5ª edición. Barcelona: Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular; 2015.
- Blood transfusion, [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng24>
- Reacciones transfusionales. Andalucía, 2005-2010. [Internet]. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012 [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.calidadsaludandalucia.es/es/seguridad_6_8.html
- Real Decreto 1088/2005 por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. Boletín Oficial del Estado, nº 225, (20-9-2005).

Área clave 4: Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria

- Comisión Europea. mHealth [Internet] [consultado 19 de junio de 2018]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/mhealth>
- ECRI Institute. Top 10 Patient Safety Concerns for Healthcare 2018. Executive Brief. [Internet]. ECRI Institute; 2018 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.ecri.org/EmailResources/PSRQ/Top10/2018_PSTop10_ExecutiveBrief.pdf
- Health IT Safety. Guías SAFER [Internet] [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.healthit.gov/topic/safety/safer-guides>
- Magrabi, Farah, et al. Clinical safety of England's national programme for IT: A retrospective analysis of all reported safety events 2005 to 2011. Int J Med Inform. 2015; 84(3): 198-206.

Área clave 4: Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria

- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017). [Internet]. Washington, D.C.; 2011 [consultado 7 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-13-s.pdf>
- Partnership for Health IT Patient Safety. [Internet]. ECRI Institute; 2018 [consultado 7 julio 2018]. Disponible en: <http://www.ecri.org/resource-center/Pages/HITPartnership.aspx>
- Torres A, Santana V, Pérez P y Reyes Alcázar V. Tecnologías de la información y la comunicación en salud: nuevos riesgos, nuevas soluciones para la seguridad del paciente. En: Aranaz J (director). La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. 2ª edición. Madrid: Fundación MAPFRE; 2017. 751-763.

Área clave 5: Implicación activa de ciudadanía y pacientes

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Informe de resultados. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 19 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf
- Barach P. et al. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Geneva: WHO; 2013 [consultado 23 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf
- EMPATHiE. Empowering patients in the management of chronic diseases. Final summary report. [Internet]. Avedis Donabedian Foundation; September 2014 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.eu-patient.eu/contentassets/543c15ed8f8c40f692030a0a0d51b8e2/empathie_frep_en.pdf
- European Patients Forum [Internet]. 2018 [consultado 24 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.eu-patient.eu/>
- Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
- Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2018 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg138>
- Patient safety. Patients for patient safety. [Internet]. World Health Organization; 2018 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/index.html
- Patient Safety and Quality of Care. Special Eurobarometer 411. [Internet]. Brussels: European Commission; 2014 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf

Área clave 5: Implicación activa de ciudadanía y pacientes

- Patient Engagement in Patient Safety: A Framework for the NHS May 2016. Sign up to Safety Patient Engagement in Patient Safety Group [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2016/05/pe-ps-framwrk-apr-16.pdf>
- Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Speak Up Initiatives [Internet]. The Joint Commission; 2018 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/speakup.aspx>

Área clave 6: Conocimiento e innovación en seguridad

- Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JJ, y col. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. Med Clin Monog (Barc). 2008; 131: 12-7.
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [consultado 19 de junio de 2018]. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
- Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, et al. Global priorities for patient safety research. BMJ. 2009; 338: b1775.
- Comunidad en enfermedades crónicas [Internet]. Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas [consultado 28 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.opimec.org/comunidad/comunidades-de-practica/>
- Education and training. Patient safety [Internet]. World Health Organization (WHO); 2018 [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/education/en/>
- Escuela de pacientes [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <https://escueladepacientes.es/>
- Estrategia de Investigación Desarrollo e Innovación en Salud 2014-2018. Sevilla: Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales [2014].
- Formación autoguiada en Seguridad del paciente [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 26 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/formacion/tutoriales>
- Patient safety research: a guide for developing training programmes. Geneva: World Health Organization; 2012.

Área clave 6: Conocimiento e innovación en seguridad

- Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud [consultado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/es/
- Red Andaluza de Salud Pública [Internet]. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [consultado 2 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.saludpublicaandalucia.es/nuestro-trabajo/redes-profesionales/red-andaluza-de-salud-publica-rasp>
- Red de centros y unidades con prácticas seguras [Internet]. Observatorio para la seguridad del paciente [consultado 27 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/red-centrosyunidades/>
- World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Geneva: WHO; 2008.
- World Health Organization (WHO). Patient safety research: introductory course (on-line) [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [consultado 19 de Mayo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patient-safety/research/online_course/en/index.html



ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

del Sistema Sanitario Público de Andalucía



JUNTA DE ANDALUCÍA