

Sistema de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios

Del modelo corporativo de gestión integrada de la calidad del
Servicio Gallego de Salud



SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y
GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS
DEL MODELO CORPORATIVO DE GESTIÓN INTEGRADA DE
LA CALIDAD DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

EDITA

Xunta de Galicia, Servicio Gallego de Salud.

ELABORA

Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad.

MAQUETACIÓN

Vector Digital, SL

FECHA DE PUBLICACIÓN Y LUGAR

Santiago de Compostela, noviembre de 2014

PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO

La *Estratexia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente* ⁽¹⁾ contempla entre los objetivos del Servicio Gallego de Salud “Contribuir a mejorar la sanidad y promover la máxima efectividad, calidad, seguridad, equidad y satisfacción en la provisión de servicios sanitarios, garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario”, para lo cual insta al desarrollo de un Modelo Corporativo de Gestión Integrada de la Calidad.

El Modelo Corporativo de Gestión Integrada de la Calidad se sustentará sobre tres pilares: la Gestión de la Calidad Asistencial, la Seguridad del Paciente y la Atención al Paciente y al Ciudadano. La dimensión de la Seguridad del Paciente tiene características propias, que justifican su abordaje específico y está íntimamente relacionada con los otros dos pilares del Modelo.

El presente **“Sistema de Seguridad y Gestión de Riesgos Sanitarios”** constituye por tanto uno de los tres pilares del Modelo y es un documento que surge con la intención de diseñar una hoja de ruta para las organizaciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud en los próximos años. Se estructura sobre **14 líneas estratégicas**, cada una de ellas con sus correspondientes criterios de evaluación, basadas en directrices consensuadas, priorizadas y refrendadas por los organismos de referencia nacionales e internacionales en Seguridad del Paciente, así como por la evidencia científica disponible. El despliegue de esas líneas estratégicas ayudará a los centros sanitarios a ir progresando en el desarrollo de actividades encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes, y con ello y en definitiva, la calidad de su asistencia.

Este Sistema asociará un módulo de evaluación, resultante del consenso de las líneas estratégicas, los criterios y los indicadores con todos los agentes relevantes implicados.

El Sistema por tanto, potencia la autoevaluación y el benchmarking con el fin de conseguir la máxima participación de los trabajadores y la difusión e implementación de las mejores prácticas en seguridad de paciente.

Se pretende así cumplir uno de los objetivos formulados en la mencionada *Estratexia Sergas 2014* en su apartado 2.6: “Fomentar la cultura de seguridad clínica en la actividad diaria de los trabajadores sanitarios, implantando prácticas seguras que reduzcan la incidencia de eventos adversos. Eliminar o reducir los riesgos relacionados con la asistencia en todos los centros sanitarios”.

1 INTRODUCCIÓN	6
2 METODOLOGÍA	7
3 MARCOS CONCEPTUAL Y NORMATIVO: CONTEXTOS INTERNACIONAL, NACIONAL Y AUTONÓMICO	8
3.1 MARCO CONCEPTUAL	8
Estudios de referencia	8
Estrategia mundial. OMS-Alianza mundial para la seguridad	8
Estrategia europea. Consejo de Europa y Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente	9
Estrategia nacional. Ministerio de sanidad	9
Estrategia autonómica. Servicio Gallego de Salud	10
Instituciones y organismos internacionales de referencia en seguridad de pacientes	10
3.2 MARCO NORMATIVO	11
Ámbito nacional	11
Ámbito autonómico	12
3.3 NORMATIVA ESPECÍFICA PARA LA ACREDITA- CIÓN Y/O CERTIFICACIÓN EN CALIDAD Y SEGU- RIDAD	12
4 SEGURIDAD ASISTENCIAL EN GALICIA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	13
5 LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN SEGURIDAD DE PACIENTE	14





6 JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES PARA CADA LINEA ESTRATÉGICA	15
Estrategia 1: Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes.	15
Estrategia 2: Formación en Seguridad de Pacientes.	17
Estrategia 3: Participación ciudadana en la seguridad de pacientes.	19
Estrategia 4: Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).	22
Estrategia 5: Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras y documentos del paciente.	26
Estrategia 6: Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios.	28
Estrategia 7: Gestión de Riesgos en los Procesos.	31
Estrategia 8: Notificación y análisis de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente.	34
Estrategia 9: Comunicación y continuidad asistencial.	36
Estrategia 10: Seguridad en procesos asistenciales críticos y de riesgo.	38
Estrategia 11: Seguridad en los Servicios de Laboratorio y Diagnóstico por Imagen.	43
Estrategia 12: Seguridad en los Cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento.	46
Estrategia 13: Seguridad del entorno: equipamiento y gestión de residuos sanitarios.	49
Estrategia 14: Investigación e innovación en Seguridad de Pacientes.	51
7 AUTORES REVISORES	53
8 BIBLIOGRAFÍA	54
9 ANEXOS	57
SISTEMAS DE EVALUACIÓN: PANEL DE INDICADORES	64
FICHAS INDIVIDUALIZADAS DE LOS INDICADORES	84

INTRODUCCIÓN

Introducción

La Seguridad del Paciente es un objetivo consolidado y común a todos los sistemas de atención sanitaria, y una dimensión clave de la Calidad Asistencial que se ha de impulsar desde las instituciones públicas, organizaciones y sociedades científicas. La Seguridad del Paciente se define como la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2009) e incluye actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia de la atención sanitaria, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras ⁽²⁾. Asimismo, insiste en la necesidad de un cambio cultural que elimine todo indicio de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores y propicie enfoques proactivos con una orientación sistémica.

La Seguridad en la atención sanitaria es un aspecto muy valorado por los pacientes y sus familiares. Los eventos adversos representan un porcentaje cada vez mayor de las causas globales de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. Además, y en términos globales, los incidentes relacionados con la seguridad y sus consecuencias adquieren enorme trascendencia en el controvertido momento actual, dados los altos costes directos e indirectos que suponen para el sistema sanitario los incidentes de seguridad sin daño y los eventos adversos ⁽³⁾.

Mejorar la seguridad supone incrementar la calidad asistencial en todas sus dimensiones. En la actualidad, la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención en salud ha alcanzado una relevancia prioritaria, determinando la necesidad urgente de garantizar que sus necesidades de salud sean satisfechas en las mejores condiciones posibles, sin verse complicadas por eventos adversos ocurridos durante el proceso de la atención. Conseguir una atención segura y de calidad se logra identificando y generalizando las buenas prácticas que minimizan los eventos adversos.

Metodología

La Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad, del Servicio Gallego de Salud, en consonancia con la Estrategia Sergas 2014 se propuso como objetivo la creación de un Sistema de Seguridad del paciente y que sirviera como hoja de ruta para la mejora de la seguridad asistencial en todos los centros sanitarios públicos gallegos.

El equipo de trabajo de la mencionada Subdirección, desarrolló una labor de recopilación y revisión de documentación partiendo de la bibliografía relevante. A continuación se elaboró un primer borrador de trabajo, en el que se propusieron las líneas estratégicas, los objetivos y criterios de evaluación sobre las áreas que se consideraron esenciales y prioritarias.

Dicho borrador se presentó a los profesionales expertos en Calidad y Seguridad del Servicio Gallego de Salud, para su valoración y propuesta de alegaciones y se procedió a priorizar y consensuar las líneas estratégicas. Tras ello se elaboró el listado de indicadores relacionados con ellas, un indicador por criterio, de modo que permitan medir y monitorizar el sistema a través de una herramienta de evaluación.

MARCOS CONCEPTUAL Y NORMATIVO: CONTEXTOS INTERNACIONAL, NACIONAL y AUTONÓMICO

3.1 Marco conceptual

a) Estudios de referencia

La magnitud y la gravedad de los daños, las consecuencias sanitarias, sociales, éticas y económicas para pacientes, profesionales y organizaciones sanitarias ha provocado que la Seguridad del Paciente sea considerada como una prioridad internacional, nacional y local.

La publicación en 1999 del estudio del **Institute of Medicine, "To err is human"** ⁽⁴⁾ representó una llamada de atención, con repercusiones políticas y mediáticas de gran envergadura y fue decisiva para la definición de nuevas políticas de mejora de la calidad y seguridad en EE.UU y su difusión produjo un gran eco en las sociedades desarrolladas. El informe, basado en revisión de historias clínicas, estimaba un millón de lesiones y entre 44.000 y 98.000 muertes cada año por eventos adversos prevenibles en Estados Unidos, lo cual convertía a los errores médicos en la 8ª causa de mortalidad en USA, si se toma el valor inferior como resultado real (44.000). El problema de la seguridad no era nuevo, pero este informe consiguió que las instituciones sanitarias más importantes del país pusieran en marcha diferentes estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes.

A partir de dicho informe, los principales estudios realizados en USA, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Francia, Holanda, España, Brasil y Suecia confirmaron que entre un 3'8% y un 16'6% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios sufre algún daño relacionado con la asistencia sanitaria.

En España, el estudio de referencia en hospitales, **Estudio Nacional sobre Eventos Adversos (ENEAS)** ⁽⁵⁾ del año 2006, reveló que el porcentaje de eventos adversos en los hospitales españoles era de un 9'3%, alto, pero similar al registrado en los países desarrollados de nuestro entorno. La mitad de ellos, según conclusiones del estudio, evitables. El 7'3% de dichos eventos adversos se clasificaron como moderados o graves, y las tres áreas en las que se concentraban el mayor número de Eventos Adversos, las siguientes: uso de medicamentos, infecciones hospitalarias y procedimientos quirúrgicos.

El **Estudio sobre la seguridad de pacientes en atención primaria de salud (APEAS)** ⁽⁶⁾ demostró una prevalencia de incidentes de seguridad del 18,63 % (IC95%: 17,78 - 19,49) y concluía que aproximadamente 7

de cada 100 ciudadanos se verían afectados cada año si se generalizaran los resultados al conjunto de la población.

La falta de seguridad y los eventos adversos implican, además del sufrimiento personal de quienes los padecen y sus familiares, importantes costes económicos derivados del incremento de estancias hospitalarias. Este "coste de la no seguridad" ha quedado reflejado en múltiples estudios y en documentos del propio Ministerio de Sanidad ^(3,12).

La Organización Panamericana de la Salud ⁽⁷⁾, colaboradora de la OMS, también comprometida con la seguridad del paciente, coordinó el **Estudio epidemiológico de prevalencia de eventos adversos en hospitales de Iberoamérica (IBEAS)** ⁽⁸⁾.

Asimismo, el Ministerio publicó en 2011 el estudio **Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (EARCAS)** ⁽⁹⁾, con el objetivo general de explorar la cultura de la seguridad y la magnitud y trascendencia de los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP) y los Eventos Adversos (EA) en residencias y centros asistenciales sociosanitarios de España.

b) Estrategia mundial: OMS - ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD del PACIENTE

Ante los preocupantes datos arrojados por todos los estudios internacionales sobre incidencia o prevalencia de Eventos Adversos, en 2002 la Asamblea Mundial de la Salud aprueba la necesidad de abordar el problema por parte de todos los países. En el año 2004 la Asamblea de la OMS apoya la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP), liderando así una estrategia de seguridad a nivel mundial. La misión de esta Alianza era coordinar, difundir y acelerar mejoras y facilitar el desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente entre los estados miembros de la OMS.

Algunos de los programas desarrollados han sido "El Reto Global por la Seguridad del Paciente" "Pacientes por la seguridad del Paciente" ⁽¹³⁾, sistemas de notificación y aprendizaje, taxonomía, soluciones de seguridad

en colaboración con la prestigiosa organización Joint Commission International ⁽¹⁰⁾. ("Nueve soluciones para la seguridad del paciente"), disseminación de buenas prácticas ("Seguridad en Acción"), entre otras.

Una de las acciones llevadas a cabo inicialmente fue la elaboración de una nomenclatura común en Seguridad de Pacientes, compartida por todos los sistemas sanitarios a nivel mundial. El producto resultante de esta iniciativa fue el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente ⁽¹¹⁾.

Desde entonces, se denomina **incidente relacionado con la seguridad del paciente** (IRSP) a cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando el evento o circunstancia produce un daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y/o muerte), se dice que se ha producido un **evento adverso** (EA).

Sólo pacientes y ciudadanos bien informados y empoderados pueden contribuir activamente en la mejora de la comunicación y en los resultados en salud, tal como recoge la Organización Mundial de la Salud, (OMS) en su documento "Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks" ⁽¹⁴⁾ ("Explorando la participación de los pacientes en la reducción de riesgos relacionados con la atención sanitaria"), 2013. En él, se insiste en que la seguridad asistencial se ve reforzada cuando los pacientes participan en aspectos clave, tales como: notificación de incidentes, chequeo y doble chequeo de que están recibiendo la medicación correcta, información sobre sus expectativas cuando son sometidos a cualquier proceso quirúrgico, estímulo a que informen sobre cualquier complicación o evento adverso, fomento de su interacción con los profesionales sanitarios en relación con su identificación correcta antes de ser sometidos a cualquier tratamiento, refuerzo de su derecho a recordar a los profesionales la higiene de manos.

En relación con la participación ciudadana, cabe destacar la iniciativa de la Joint Commission International (JCI), desarrollada en su programa Speak up ⁽¹⁵⁾ ("Hable" en versión traducida), donde se insta a los pacientes a tomar un papel activo en la prevención de errores en la atención sanitaria.

c) Estrategia europea: CONSEJO DE EUROPA Y RED DE LA UNIÓN EUROPEA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Consejo de Europa aprobó en 2006 las recomendaciones en seguridad del paciente, por las que insta a los más de 50 países que integran esta organización, a incluir a la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.

El documento del 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" ⁽¹⁶⁾, del año 2009, recoge las actuaciones para la mejora de la seguridad del paciente a nivel europeo (**Anexo 2**).

La Comisión Europea, dentro de su Programa de Salud Pública creó la Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (EUNetPaS) y puso en marcha en 2012 un grupo de trabajo, el Working Patient Safety Group, (PaSQ Joint Action -JA) ⁽¹⁷⁾. Este grupo está formado por representantes de 27 estados miembros y colabora con organizaciones internacionales de referencia, para discutir y avanzar conjuntamente en temas relacionados con la seguridad del paciente, incidiendo de modo especial en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Es un proyecto en el cual España, - y Galicia en concreto -, están participando activamente. Sus objetivos y líneas de trabajo figuran en el **anexo 3**.

La preocupación por incorporar a los pacientes también tiene referentes europeos. El National Health Service (NHS) en Febrero de 2012 publicó la guía clínica "Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services" ⁽¹⁸⁾, que recoge las recomendaciones elaboradas a partir de experiencias de participación ciudadana. En este documento se enfatiza la relevancia de los pacientes como agentes activos en la mejora de la seguridad, insistiendo en la necesidad de aumentar los niveles de alfabetización sanitaria y de autonomía del paciente para la gestión de su propia salud.

d) Estrategia nacional: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Desde el año 2005, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, en coordinación con las comunidades autónomas, viene desarrollando una estrategia para la seguridad del paciente a nivel nacional, como elemento indispensable para mejorar la calidad asistencial.

En la Jornada Nacional sobre Eventos Adversos de mayo de 2006 se presentaron los resultados del estudio ENEAS ⁽⁵⁾, impulsado por el Ministerio. En 2008 se publicaron los resultados del estudio APEAS ⁽⁶⁾. La Declaración de los Profesionales por la Seguridad del Paciente ⁽¹⁹⁾ de 2006, a la que se adscribieron más de 100 sociedades científicas recogió un compromiso de lucha por una asistencia segura por parte de los profesionales, sin precedentes en nuestro país.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud se elaboró en 2006 con el objetivo principal de dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, incrementando la cohesión del

sistema; garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad.

En 2010 se elaboró un nuevo Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud ⁽²⁰⁾ cuya Estrategia 8 hace referencia a "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS", desglosada en 6 grandes objetivos, que llevan aparejados proyectos específicos (**anexo 4**).

El compromiso del Ministerio de Sanidad con la OMS se recogió de manera explícita en el documento "Retos para la Seguridad del Paciente" (**anexo 5**).

La participación y el empoderamiento de los ciudadanos y pacientes en su propia seguridad asistencial han ido cobrando importancia creciente a nivel internacional. En este sentido el Ministerio de Sanidad organizó el Panel de expertos "Los pacientes por la seguridad de los pacientes", en respuesta a la necesidad de conocer las opiniones, expectativas y posicionamiento de expertos y representantes de asociaciones de pacientes, de consumidores y usuarios y de defensores del paciente en diferentes Comunidades Autónomas sobre este tema y sobre su participación en futuras acciones encaminadas a prevenir riesgos y proponer soluciones vinculadas a la seguridad de pacientes. El resultado del taller es el documento "La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente" ⁽²¹⁾ (Ministerio de Sanidad, 2011).

Existen otras iniciativas de participación ciudadana como la "Declaración de Barcelona" ⁽²²⁾ de las Asociaciones de pacientes en el 2003 o la "Declaración de Zaragoza" ⁽²³⁾ de Atención al Usuario de 2011.

e) Estrategia autonómica. SERVICIO GALLEGO DE SALUD

El Servicio Gallego de Salud publicó en 2010 la **Estrategia Sergas 2014** ⁽¹⁾, que incluye en su objetivo 2.6, dentro de las líneas de trabajo para la mejora de la Seguridad de los Pacientes, la formación de los profesionales y la difusión de la cultura de calidad y seguridad en los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud: Creación de los Núcleos de Seguridad en todas las organizaciones, Implantación de la Norma UNE 179003/2013 Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), mejora de la seguridad en los cuidados: prevención de Úlceras por Presión (UPP), programa Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, higiene de manos, prevención de caídas, identificación inequívoca de pacientes y seguridad relacionada con el uso de medicamentos.

La Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad del Servicio Gallego de Salud viene desarrollando desde el año 2009 otras intervenciones que se pueden consultar en la Intranet relacionadas con la Seguridad de

los Pacientes y alineadas con la Estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) ⁽²⁰⁾.

Entre ellas cabe destacar el desarrollo de una intensa actividad en la línea de trabajo de sensibilización y formación acreditada en Seguridad del Paciente para profesionales sanitarios y no sanitarios, con un número creciente de cursos tanto presenciales como on line puestos en marcha en los últimos años.

En el año 2011 se elaboró el documento "Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia" ⁽²⁴⁾, con la intención de mejorar el abordaje de estas complejas situaciones de una forma sistemática, respetuosa e integrada en todo nuestro sistema sanitario.

En relación con los pacientes y los ciudadanos, la Comunidad Autónoma Gallega, a través de la **Ley 8/2008 Ley de Saúde de Galicia**, regula entre otros, sus derechos y deberes así como su participación en la gestión del sistema público de salud de Galicia.

El Servicio Gallego de Salud contempla en su **Estrategia SERGAS 2014** ⁽¹⁾ al paciente como el centro del sistema sanitario. En el objetivo 1.7 "Participación de los ciudadanos y de los pacientes", se insiste en fomentar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario como forma de entender sus necesidades y conseguir su implicación y responsabilidad tanto en el sistema como en su propia salud.

El **Plan de Prioridades sanitarias 2011-2014** ⁽²⁵⁾, renovado en 2014 identifica como una gran área conjunta de mejora de nuestro sistema sanitario, la de los Derechos Sanitarios de los Usuarios y la Calidad de los procesos asistenciales.

El compromiso con la participación y con la formación de los ciudadanos en la seguridad queda patente en iniciativas como la puesta en marcha de la **Escola Galega de Saúde para Cidadáns** ⁽²⁶⁾, que funciona desde el año 2009, y en cuyas actividades han participado en torno a 9000 ciudadanos.

En esta misma línea y con el objetivo de empoderar a los pacientes y ciudadanos y escuchar su voz se crea el Consejo Asesor de Pacientes (Orden 22-Agosto 2011), como órgano de asesoramiento del Servicio Gallego de Salud.

El "Manifiesto de pacientes y ciudadanos por la higiene de manos" ⁽²⁷⁾ de 2013 nace asimismo del compromiso del Gobierno Gallego con la participación de los pacientes.

f) Instituciones y organismos internacionales de referencia en Seguridad de Pacientes

Las organizaciones de reconocimiento internacional que han servido como referencia en la elaboración de este documento figuran en el **anexo 1**.

3.2 Marco normativo

a) Ámbito nacional

- Constitución Española de 1978, que en su artículo 43, reconoce el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud.
- LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a todos la población española, orientando el sistema sanitario a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y al acceso igualitario a las prestaciones sanitarias, con amplia participación ciudadana, promoviendo la rehabilitación y reinserción social.
- LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, de protección de datos de carácter personal.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13-12-1999, de protección de datos de carácter personal.
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- LEY 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la participación activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.
- LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, recoge en su artículo 27 la integración del principio de igualdad en la política de salud y la perspectiva de género.
- LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- REAL DECRETO 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- REAL DECRETO 41/2013 sobre Protección Radiológica.
- REAL DECRETO 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia.
- REAL DECRETO – LEY 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico.
- ORDEN PRE/1435/2013, de 23 de julio, por la que se desarrolla el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres en materia de transporte sanitario por carretera.
- Proyecto de REAL DECRETO por el que se establecen las garantías de calidad y seguridad en la prestación de la asistencia sanitaria (en tramitación).
- REAL DECRETO 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear. RD 1976/1999 DE 23 de diciembre que establece los criterios de calidad en radiodiagnóstico.
- RD 815/2001 de 13 de julio sobre justificación del uso de radiaciones ionizantes para la protección de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
- RD 1841/1997 de 5 de diciembre por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear.
- Protocolo español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico. Rev2011.
- Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.
- Orden SCO/322/2007, de 9 de febrero, por la que se establecen los requisitos de trazabilidad y de notificación de reacciones y efectos adversos graves de la sangre y de los componentes sanguíneos.
- Real Decreto 1343/2007, de 11 de octubre, por el que se establecen normas y especificaciones relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión.
- Orden SPI/2101/2011, de 22 de julio, por la que se modifica el Anexo V del Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE núm. 159, de 4 de julio).

b) Ámbito autonómico

- LEY 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
- LEY 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- LEY 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- DECRETO 43/2013, del 21 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.
- DECRETO 41/2013, del 21 de febrero por el que se establece la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad.
- DECRETO 111/2013, del 4 de julio, por el que se modifican los decretos 41 y 43/2013, del 21 de febrero, por los que se establecen las estructuras orgánicas de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud.
- DECRETO 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.
- DECRETO 104/2005, de 6 de mayo, de garantías de tiempos máximos de espera en la atención sanitaria.
- DECRETO 205/2007, de 27 de septiembre, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el sistema sanitario público gallego.
- DECRETO 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.
- DECRETO 60/2012, del 26 de enero, por el que se crea la Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor.
- ORDEN 22 de agosto de 2011, por la que se crea el Consejo Asesor de pacientes.
- Proyecto de Ley de garantías de prestaciones sanitarias (en tramitación).
- Decreto 100/2005, de 21 de abril por el que se regula la hemodonación y hemoterapia en la Comunidad Autónoma de Galicia, DOG núm. 88 de 9 de mayo).
- Decreto 276/2001, de 27 de septiembre, de adaptación de las fundaciones sanitarias a la disposición adicional séptima de la Ley 5/2000, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y de régimen presupuestario y administrativo (DOG núm. 208 de 26 de octubre), modificado por el Decreto 195/2011, de 13 de octubre (DOG núm. 202 de 21 de octubre).

Y toda la Normativa vigente, consultable en la Intranet del Servicio Gallego de Salud ⁽²⁸⁾.

3.3 Normativa específica para la acreditación y/o certificación en calidad y seguridad

a) Certificación

- Norma UNE 179003/2013 Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.
- Norma UNE 179006/2013, Sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los hospitales.
- PNE 179007 Servicios Sanitarios. Sistema de gestión de la calidad para laboratorios de reproducción humana asistida.
- Norma UNE 171340, Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en los hospitales.
- Norma UNE 179002/2011 Servicios sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad para empresas de transporte sanitario.
- Norma UNE-EN ISO 14001/2004 Sistemas de gestión ambiental. Requisitos con orientación para su uso.
- Norma UNE-EN ISO 15189:2007 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia.

b) Acreditación

- Joint Commission International (JCI). Accreditation Standards for Hospitals, 5th Edition. 2013.
- Joint Commission International (JCI) Accreditation Standards for Ambulatory Care, 2nd Edition. 2009.

c) Modelo de autoevaluación para la excelencia

- Modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) de excelencia. 2013.

4

SEGURIDAD ASISTENCIAL EN GALICIA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Desde el año 2010 se viene realizando el seguimiento y evaluación de una serie de indicadores de seguridad de pacientes, que nos ha permitido conocer la realidad de nuestros centros en esta dimensión, comparar los resultados y logros entre los diferentes centros, darlos a conocer a los equipos directivos y responsables de calidad de los mismos, proponer e implementar medidas de mejora*.

Para la recopilación de los datos necesarios para el seguimiento de los indicadores, se han utilizado como fuentes de información:

- Memorias / Informes de Benchmarking anuales.
- Informes de Auditorías periódicas.
- Indicadores de seguridad cuadro de mando SIAC/ ATENEA.
- Indicadores del Sistema Nacional de Salud.
- Sinasp.
- Resultados de Neumonía Zero y Bacteriemia Zero.
- Registros del programa de enfermería hospitalaria Gacela.

Se ha promovido la utilización de Benchmarking como herramienta de comparación, comunicación de las mejores prácticas con el fin de potenciar la comunicación y la participación de los trabajadores.

*Los resultados y la evolución de este trabajo, puede consultarse en el documento de trabajo y no para difusión, en PDF "Seguimiento y Evolución de Calidad y Seguridad pacientes 2012" que se puede solicitar y consultar en las gerencias de cada EOXI.

5

LINEAS ESTRATÉGICAS EN SEGURIDAD DE PACIENTE

Estrategia 1	Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes.
Estrategia 2	Formación en Seguridad de Pacientes.
Estrategia 3	Participación ciudadana en la seguridad del paciente.
Estrategia 4	Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
Estrategia 5	Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente.
Estrategia 6	Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios.
Estrategia 7	Gestión de Riesgos en los Procesos.
Estrategia 8	Notificación y análisis de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente. SiNASP (Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente).
Estrategia 9	Comunicación y continuidad asistencial.
Estrategia 10	Seguridad en procesos asistenciales críticos y de riesgo. 1. Seguridad en Cirugía y Anestesia. 2. Seguridad en los Servicios de Urgencias y Emergencias. 3. Seguridad en las Unidades de Críticos. 4. Seguridad Obstétrica y Neonatal. 5. Seguridad en las Unidades de Hemodiálisis. 6. Seguridad en los Servicios de Oncohematología. 7. Seguridad en Radioterapia. 8. Seguridad en Medicina Nuclear. 9. Seguridad en Salud Mental. 10. Seguridad Transfusional.
Estrategia 11	Seguridad en los Servicios de Laboratorio y Diagnóstico por Imagen.
Estrategia 12	Seguridad en los Cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento.
Estrategia 13	Seguridad del entorno: equipamiento y gestión segura de residuos sanitarios.
Estrategia 14	Investigación e innovación en Seguridad de Pacientes.

LINEAS ESTRATÉGICAS: JUSTIFICACION, OBJETIVOS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes

Justificación

La prestación de una atención excelente al paciente requiere de un liderazgo efectivo. Dicho liderazgo proviene de los gobernantes, los líderes, los directivos y los mandos intermedios que ocupen puestos de responsabilidad.

Quienes dirigen, forman, administran y gestionan una organización tienen autoridad y responsabilidad formal. Colectiva e individualmente les compete a los líderes cumplir con las leyes y garantizar que la organización responde a la población de pacientes que atiende. **El nivel de desarrollo del resto de líneas estratégicas contempladas en este documento, depende en gran medida de la competencia y el compromiso de los líderes.**

La Gestión de Riesgos debe estar presente en las Políticas, los procesos y las prácticas de la organización. Asimismo, debe ser tenida en cuenta tanto en el diseño como en la ejecución y mejora de los procesos asistenciales y no asistenciales, con la finalidad de que se reduzca todo aquello que no añada valor al proceso y que pueda ser desencadenante de eventos adversos.

Objetivos

Definir y aprobar la Política de Gestión de Riesgos de la organización.

1.1

Implantar y mantener un Sistema de Gestión de Riesgos, que recoja los procesos, los objetivos, los recursos y el sistema de evaluación y mejora necesarios para garantizar su funcionamiento.

1.2

Fomentar la cultura de seguridad en toda la organización.

1.3

Garantizar una buena comunicación interna y externa relacionada con la Seguridad del Paciente.

1.4

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 1.1 - Definir y aprobar la Política de Gestión de Riesgos de la organización.

1.1.1. La organización dispone de una Política de Gestión de Riesgos alineada con la estrategia del Servicio Gallego de Salud.

Indicador



1.1.1.1. La organización dispone de una Política de Gestión de Riesgos alineada con la estrategia del Servicio Gallego de Salud.

Para el objetivo 1.2.- Implantar y mantener un Sistema de Gestión de Riesgos, que recoja los procesos, los objetivos, los recursos y el sistema de evaluación y mejora necesarios para garantizar su funcionamiento.

1.2.1. La organización dispone de objetivos operativos del sistema de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente, documentados y aprobados, que revisa y renueva periódicamente.

Indicador



1.2.1.1. La Comisión de Dirección aprueba y renueva los objetivos operativos del sistema de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente.

1.2.2. La organización dispone de una estructura para la gestión de riesgos que contempla que:

- Existe al menos **un profesional referente de Calidad y/o Seguridad del Paciente** en el centro cuyas funciones asistenciales y objetivos incluyen explícitamente la gestión de la seguridad y la calidad asistencial.
- Se designa un **representante de la Dirección** responsable del sistema de gestión de riesgos, que analiza de forma sistemática los incidentes, realiza propuestas de mejora y las traslada para su autorización a la Comisión de Dirección.

Indicador

- 1.2.2.1.   Existe al menos un profesional referente de Seguridad del Paciente y un representante de la Dirección responsable del sistema de gestión de riesgos.

1.2.3. Existe un cuadro de mando de seguridad, con indicadores que permiten verificar el funcionamiento del sistema de gestión de riesgos, y un procedimiento de seguimiento y revisión de los mismos.

Indicador

- 1.2.3.1.   Existe un cuadro de mando que permite verificar y realizar seguimiento del funcionamiento del sistema de gestión de riesgos.

1.2.4. Los líderes aprueban las acciones de tratamiento del riesgo y las acciones correctivas necesarias, implementando las mejores prácticas para mejorar la seguridad del paciente.

Indicador

- 1.2.4.1.   Los líderes aprueban las acciones de tratamiento del riesgo y las acciones correctivas.

1.2.5. La organización revisa anualmente el funcionamiento del sistema de gestión de riesgos, haciendo comparaciones a nivel interno y con otras organizaciones cuando estén disponibles y con los estándares predefinidos.

Indicador

- 1.2.5.1.   Existe un informe anual de revisión de resultados de Gestión de Riesgo, con aplicación de benchmarking.

Para el objetivo 1.3.- Fomentar la cultura de seguridad en toda la organización.

1.3.1. Los líderes conocen los riesgos de los procesos de la organización y participan periódicamente en visitas estructuradas en los servicios/unidades.

Indicador

- 1.3.1.1.   Número de rondas de seguridad realizadas anualmente con participación de algún miembro de la dirección, documentadas.

1.3.2. Los líderes conocen las percepciones y expectativas que la sociedad tiene sobre la seguridad del paciente.

Indicador

- 1.3.2.1.   Los líderes realizan encuestas de percepción de la sociedad sobre la seguridad del paciente.

1.3.3. Los líderes demuestran que los trabajadores de la organización participan en proyectos de mejora y en actividades para fomentar la cultura de seguridad del paciente y reconocen su contribución a los logros alcanzados.

Indicador

- 1.3.3.1.   Los líderes reconocen expresamente la contribución de los profesionales a los logros alcanzados en Seguridad de Pacientes.

Para el objetivo 1.4.- Garantizar una buena comunicación interna y externa relacionada con la Seguridad del Paciente.

1.4.1. Los líderes utilizan sistemas de retroalimentación para informar a los trabajadores sobre el funcionamiento, los resultados del Sistema de Gestión de Riesgos y las acciones de mejora implementadas.

Indicador

- 1.4.1.1.   Los líderes realizan sesiones para informar a los trabajadores sobre el funcionamiento, los resultados del Sistema de Gestión de Riesgos y las acciones de mejora implementadas.

1.4.2. Los líderes utilizan un procedimiento para identificar y gestionar los eventos adversos graves y eventos centinela.

Indicador

- 1.4.2.1.   Número de reclamaciones de la Organización relacionadas con Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves.

Estrategia 2.- Formación en Seguridad de Pacientes

Justificación

La atención sanitaria precisa profesionales y personas capacitadas para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes garantizando su seguridad y la calidad de la atención.

La organización debe asegurar que cualquier persona que preste servicios en ella sea competente, tomando como base una formación y experiencia adecuadas. La organización debe identificar las necesidades formativas asociadas a su sistema de Gestión de Riesgos proporcionando a sus trabajadores la formación necesaria para cubrir estas necesidades, evaluando la eficacia de la formación y manteniendo los correspondientes registros para su evaluación, análisis y mejora. La formación debe estar orientada a la acción y adaptada a los distintos perfiles profesionales y de responsabilidad de los trabajadores.

Objetivos

Identificar anualmente las necesidades formativas en materia de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.	Disponer de un Plan actualizado de formación en gestión de riesgos y seguridad del paciente en la organización.	Facilitar y exigir formación en Seguridad de Pacientes a los proveedores de servicios subcontratados, con la finalidad de involucrarlos en la gestión de riesgos.	Realizar sesiones clínicas multidisciplinares de revisión de casos y Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes graves de seguridad y de revisión de Alertas de Seguridad.	Fomentar que los trabajadores formados actúen como formadores en actividades formativas relacionadas con la seguridad del paciente.
2.1	2.2	2.3	2.4	2.5

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 2.1.- Identificar anualmente las necesidades formativas en materia de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

2.1.1. La organización identifica las necesidades formativas en materia de gestión de riesgos utilizando varias fuentes de información:

- Los resultados de la evaluación de la calidad y seguridad.
- La incorporación de nuevas tecnologías y procedimientos clínicos.
- Los cambios en la organización.
- La información procedente de la percepción sobre seguridad de los pacientes y de los trabajadores.

Indicador

2.1.1.1.	Existe un procedimiento para la identificación de las necesidades formativas de los profesionales relacionadas con la Gestión de Riesgos.
----------	---

Para el objetivo 2.2.- Disponer de un Plan actualizado de formación en gestión de riesgos y seguridad del paciente en la organización.

2.2.1. La organización dispone de un Plan de Formación en materia de gestión de riesgos y seguridad del paciente documentado y aprobado que se revisará con una periodicidad anual.

Indicador

2.2.1.1.	Existe un plan de formación anual en seguridad del paciente.
----------	--

Para el objetivo 2.3.- Facilitar y exigir formación en Seguridad de Pacientes a los proveedores de servicios subcontratados, con la finalidad de involucrarlos en la gestión de riesgos.

2.3.1. La organización facilita y exige a los trabajadores de sus proveedores de servicios subcontratados formación en materia de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

Indicador

2.3.1.1.	Porcentaje de trabajadores de los servicios subcontratados que han recibido formación en Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.
----------	---

Para el objetivo 2.4.- Realizar sesiones clínicas multidisciplinares de revisión de casos y Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes graves de seguridad y de revisión de Alertas de Seguridad.

2.4.1. La organización realiza sesiones clínicas de revisión de eventos adversos graves y eventos centinela, utilizando la metodología ACR.

Indicador

2.4.1.1. N° de sesiones clínicas de revisión de eventos adversos graves y eventos centinela, utilizando la metodología ACR.

2.4.2. Se revisan y difunden entre los profesionales las alertas sobre Seguridad del Paciente y se garantiza la adecuación de las prácticas de la organización a las mismas.

Indicador

2.4.2.1. Existe un sistema de información a los profesionales que difunde las alertas sobre Seguridad del Paciente, análisis de incidentes e implantación de buenas prácticas y sus resultados.

Para el objetivo 2.5.- Fomentar que los trabajadores formados actúen como formadores en actividades docentes relacionadas con la seguridad del paciente.

2.5.1. Los profesionales de la organización participan como formadores en acciones formativas en materia de gestión de riesgos y seguridad del paciente.

Indicador

2.5.1.1. Porcentaje de profesionales de la organización que han participado como docentes en acciones formativas de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.

Estrategia 3.- Participación ciudadana en Seguridad del Paciente

Justificación

El cambio en el perfil de los pacientes, el desarrollo de su derecho a la autonomía y a la toma de decisiones sobre su propia salud supone para nuestra organización un reto y una oportunidad. Que los pacientes participen, tanto de manera individual como colectiva, que se formen y contribuyan con los profesionales en todo lo que tiene que ver con sus problemas de salud es muy positivo para el avance hacia un sistema más seguro. Nadie está más interesado en su seguridad que el propio paciente. Incorporar su conocimiento es una línea de desarrollo que se está abordando en todos los sistemas sanitarios que quieren mejorar esta dimensión de la calidad, también en el gallego. Los pacientes y ciudadanos bien informados y empoderados pueden contribuir activamente en la mejora de su salud.

Todos los organismos de referencia en Seguridad de pacientes enfatizan la relevancia de los propios pacientes como agentes activos en la mejora de la seguridad, insistiendo en la necesidad de aumentar los niveles de alfabetización sanitaria⁽²⁹⁾ y de autonomía del paciente para la gestión segura de su propia salud.

La participación activa y responsable de los ciudadanos es además una garantía de transparencia en la gestión de la asistencia sanitaria pública, uno de los valores que se recogen de manera explícita en la Estrategia Sergas 2014.

Objetivos

Mejorar los niveles de alfabetización sanitaria de la población, dotando a los ciudadanos y pacientes de información, formación y habilidades en autocuidados, recursos sanitarios y soporte necesario para promover su participación activa en la corresponsabilización y gestión segura de su salud.

3.1

Implicar y dar participación a los pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias individuales y colectivas.

3.2

Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente.

3.3

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 3.1 - Mejorar los niveles de alfabetización sanitaria de la población, dotando a los ciudadanos y pacientes de información, formación y habilidades en autocuidados, recursos sanitarios y soporte necesario para promover su participación activa en la corresponsabilización y gestión de su salud.

3.1.1. El centro evalúa las necesidades educativas del paciente y su familia y dispone de un Plan de Formación dirigido a pacientes/ciudadanos.

Indicador



3.1.1.1. Se dispone de un Plan de Formación en Seguridad del Paciente dirigido a pacientes/ciudadanos..

3.1.2. Se potencia la participación de los pacientes, conjuntamente con los profesionales, como pacientes formadores de otros pacientes con similares patologías..

Indicador



3.1.2.1. Número de Pacientes Expertos en la organización, desagregados por patologías.

3.1.3. Se programan y llevan a cabo espacios de comunicación, que propicien el intercambio de conocimientos, inquietudes y experiencias entre pacientes y profesionales sanitarios.

Indicador



3.1.3.1. Nº de pacientes de la Organización que participan en Foros, conferencias, congresos y jornadas.

3.1.4. Se forma a la ciudadanía para que puedan ejercer sus derechos de prevención, atención y protección en materia de Violencia de Género.

Indicador

- 3.1.4.1.  N° de ciudadanos formados en actividades relacionadas con la prevención atención y protección de la violencia de género.

Para el objetivo 3.2.- Implicar y dar participación a los pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias individuales y colectivas .

3.2.1. Se informa a los pacientes y ciudadanos sobre reclamaciones y eventos adversos ocurridos durante la utilización de los servicios sanitarios en el Sistema Público de Salud.

Indicador

- 3.2.1.1.  N° de actas de la Comisión de Participación Ciudadana en las que existen evidencias de información sobre reclamaciones y eventos adversos.

3.2.2. Se informa a las asociaciones de pacientes sobre la organización, sus recursos y resultados, para potenciar la transparencia y su participación informada en las diferentes políticas de salud.

Indicador

- 3.2.2.1.  N° de actividades de seguridad de pacientes realizadas con participación de asociaciones de pacientes.

3.2.3. Se favorece la participación de las asociaciones de pacientes en la elaboración de los procedimientos y guías de atención e información.

Indicador

- 3.2.3.1.  Porcentaje de procedimientos y guías de la EOXI en las que han participado asociaciones de pacientes.

3.2.4. Se favorece la participación de las asociaciones de pacientes en las comisiones técnicas específicas de mejora de la atención de patologías crónicas.

Indicador

- 3.2.4.1.  Número de asociaciones de pacientes que participan en comisiones técnicas.

Para el objetivo 3.3.- Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente.

3.3.1. Se dispone y difunde una guía con recomendaciones dirigidas a pacientes y familiares, para la prevención de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, que contemple los siguientes aspectos:

- a) Autocuidados para la prevención de caídas.
- b) Autocuidados para la prevención de úlceras por presión.
- c) Autocuidados para la prevención de infecciones.
- d) Autocuidados para un uso seguro de la medicación.
- e) Autocuidados para el control de la comprobación de la identificación de pacientes, pruebas diagnósticas y lugar de intervención.
- f) Inclusión de los documentos: "Declaración de los pacientes por la seguridad de los pacientes" y "Manifiesto de pacientes y ciudadanos por la higiene de manos".

Indicador

- 3.3.1.1.  Porcentaje de pacientes que conocen la Guía con recomendaciones para la seguridad del paciente.

3.3.2. Se pone a disposición de los ciudadanos un sistema de notificación de incidentes de seguridad y se les facilita información clara y precisa de cómo notificar.

Indicador

- 3.3.2.1.  La organización realiza al menos una actividad anual para informar a los pacientes/ciudadanos de cómo notificar incidentes de seguridad..

3.3.3. Se realiza periódicamente recogida de información sobre su percepción de seguridad clínica.

Indicador

- 3.3.3.1.  Porcentaje de pacientes encuestados que manifiestan recibir una asistencia "segura" o "muy segura".

3.3.4. Se fomenta que los pacientes formulen a los profesionales sanitarios que los atienden las preguntas que necesiten sobre sus problemas de salud.

Indicador

- 3.3.4.1.  Existe un procedimiento de ayuda a los pacientes para formular preguntas en relación con su proceso.

3.3.5. Se fomenta que los pacientes actúen como barrera de seguridad en los errores de medicación fomentando la notificación de Reacciones Adversas a la Medicación (RAM).

Indicador

- 3.3.5.1.   Porcentaje de pacientes que conocen el sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM).
-

3.3.6. Se implica a los pacientes en su identificación inequívoca, instándoles a colaborar con los profesionales sanitarios en la prevención de este tipo de errores.

Indicador

- 3.3.6.1.   Porcentaje de pacientes que firma el lugar correcto en intervenciones quirúrgicas de doble miembro.
-

3.3.7. Se implica a los pacientes y ciudadanos en los aspectos relacionados con la prevención de las IRAS (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria) y se fomenta su participación en los procesos de prevención y control. Se anima a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que los atienden la necesidad de una correcta higiene de manos.

Indicador

- 3.3.7.1.   Número de actividades sobre Higiene de Manos en las que han participado pacientes.
-

Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Justificación

La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario. El estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles (EPINE) indica que en el año 2012 en Galicia entre el 6,3% y 7,7% de los pacientes hospitalizados presentaron una infección relacionada con la atención sanitaria, y este porcentaje se eleva a un valor entre el 6,77% y el 8,76%, en los hospitales de más de 500 camas. Así mismo el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos en los Hospitales (ENEAS) ⁽⁵⁾ señala, en el año 2005, que el 25,34% de los eventos adversos identificados estaban relacionados con la presencia de una infección desarrollada en el hospital.

A partir de los resultados del estudio SENIC³⁰ *Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control* existe base científica que demuestra que la implantación en los hospitales de programas de vigilancia, prevención y control de la infección, pueden reducir de manera importante el riesgo de infección.

El objetivo de estos programas de prevención y control de infecciones de una organización es identificar y disminuir los riesgos de contracción y transmisión de infecciones entre los pacientes, el personal, los profesionales sanitarios, los voluntarios, los estudiantes y las visitas.

Los riesgos de infección y las actividades del programa pueden diferir de una organización a otra, dependiendo de las actividades y servicios clínicos de la organización, la población de pacientes que atiende, su ubicación geográfica, el volumen de pacientes y el número de empleados.

Los programas efectivos tienen en común líderes identificados, personal bien capacitado, métodos para detectar y abordar los riesgos de infección en forma proactiva, políticas y procedimientos adecuados, formación del personal y coordinación en toda la organización.

En España la norma UNE179006 "Sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los hospitales", recoge los requisitos que deben cumplir los sistemas de vigilancia para la prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria..

Objetivos

Implantar en la organización un Sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS.	Potenciar el trabajo de los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica para el control de la infección como órgano de asesoramiento de la dirección y facilitador de la participación de los profesionales sanitarios en todos aquellos temas relativos a la vigilancia, prevención y control de IRAS.	Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema.	Reducir la infección relacionada con la asistencia sanitaria en la organización.	Mejorar la cultura de la organización en relación a la vigilancia, prevención y control de las IRAS.
4.1	4.2	4.3	4.4	4.5

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 4.1.- Implantar en la organización un Sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS.

4.1.1. La organización ha incluido en la Política de la organización la política para el sistema de vigilancia, prevención y control de la infección y el alcance del mismo:

Indicador

- 4.1.1.1. Existe una Política en la organización referida al sistema de vigilancia, prevención y control de la infección.

4.1.2. La organización planifica el sistema para la vigilancia, prevención y control de infecciones para conseguir los objetivos de la prevención y control de infecciones y el plan se revisa anualmente.

Indicador

4.1.2.1.  Existe un plan de acción anual para la disminución de la Infección según la Norma UNE 179006, aprobado por la dirección.

4.1.3. La organización mantiene la integridad del sistema de control de infecciones cuando se planifican e introducen cambios en la organización.

Indicador

4.1.3.1.  Existe un procedimiento para el mantenimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección cuando se planifican e introducen cambios en la organización.

4.1.4. La organización revisa periódicamente el funcionamiento del sistema, analiza el cumplimiento de los objetivos marcados e implanta las acciones de mejora necesarias en base a la revisión del sistema y análisis de resultados.

Indicador

4.1.4.1.  Existe en la organización un informe anual de revisión por la dirección del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria.

4.1.5. La organización establece planes de contingencia ante riesgos potenciales que así lo requieran o adapta para su aplicación los establecidos por la administración pública correspondiente.

Indicador

4.1.5.1.  Existen en la organización procedimientos para la elaboración de planes de contingencia sobre Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Para el objetivo 4.2.- Potenciar el trabajo de los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica para el control de la infección como órgano de asesoramiento de la dirección y facilitador de la participación de los profesionales sanitarios en todos aquellos temas relativos a la vigilancia, prevención y control de IRAS.

4.2.1. Los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica conocen y analizan los patrones de resistencia a los antimicrobianos de los microorganismos más relevantes aislados en los pacientes de la organización y facilitados por el servicio de

microbiología y analizan y proponen acciones de mejora a partir de dicha información.

Indicador

4.2.1.1.  Número de informes anuales sobre resistencia a antimicrobianos

4.2.2. Los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica establecen y evalúan de manera periódica la política antimicrobiana del centro.

Indicador

4.2.2.1.  Existe un informe de revisión anual de la política antimicrobiana de la organización.

Para el objetivo 4.3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema.

4.3.1. La organización implanta el procedimiento operativo "Precauciones especiales de hospitalización para pacientes con enfermedades transmisibles o colonizados por microorganismos multirresistentes.

Indicador

4.3.1.1.  Está implantado un procedimiento de aislamientos para la prevención de IRAS.

4.3.2. La organización implanta un procedimiento operativo para la realización aséptica de las principales técnicas invasivas.

Indicador

4.3.2.1.  Prevalencia de infección nosocomial adquirida en el propio centro en especialidades quirúrgicas.

4.3.3. La organización implanta un procedimiento operativo para la Higiene de manos y uso de guantes.

Indicador

4.3.3.1.  Consumo en litros de preparado de base alcohólica (PBA) para la higiene de las manos por cada mil estancias.

4.3.4. La organización implanta un procedimiento de utilización de equipos de protección individual (EPI).

Indicador



4.3.4.1. Disponibilidad de gafas de protección en los servicios de Cuidados Críticos (UCI, REA, UCI Coronaria), Servicios Quirúrgicos, S. Urgencias

4.3.5. La organización implanta un procedimiento para el uso adecuado de antimicrobianos que se revisa anualmente.

Indicador



4.3.5.1. Porcentaje de adecuación de la profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos

4.3.6. La organización implanta un procedimiento operativo de Esterilización.

Indicador



4.3.6.1. Existe un procedimiento operativo de esterilización en la organización

4.3.7. La organización implanta un procedimiento operativo de Desinfección.

Indicador



4.3.7.1. Existe un procedimiento operativo de desinfección en la organización.

4.3.8. La organización implanta un procedimiento operativo para garantizar la bioseguridad ambiental (agua, aire y alimentos).

Indicador



4.3.8.1. Número de brotes anuales de Legionella.

4.3.9. La organización implanta un procedimiento operativo de limpieza de instalaciones.

Indicador



4.3.9.1. Porcentaje de pacientes satisfechos con la limpieza de las instalaciones.

Para el objetivo 4.4.- Reducir la infección relacionada con la asistencia sanitaria en la organización.

4.4.1. La organización detecta los brotes epidémicos de infección.

Indicador



4.4.1.1. La organización implanta un procedimiento para la identificación y gestión de brotes epidémicos.

4.4.2. La organización identifica y evalúa los factores de riesgo asociados a las IRAS.

Indicador



4.4.2.1. La organización dispone de un procedimiento implantado para identificar y evaluar los factores de riesgo asociados a las IRAS.

4.4.3. La organización garantiza que se incorporan criterios de prevención de la infección en el diseño o reformas de áreas hospitalarias o cambio de uso de las mismas.

Indicador



4.4.3.1. La organización dispone de un procedimiento implantado que garantiza que se incorporan criterios de prevención de la infección en el diseño o reformas de áreas hospitalarias o cambio de uso de las mismas.

4.4.4. La organización garantiza que se tienen en cuenta criterios de prevención de infecciones en la contratación de servicios externos, compra de equipos o dispositivos en relación a posibles riesgos de infección.

Indicador



4.4.4.1. La servicios contratados cumplen con los requisitos de prevención de la infección incluidos en los pliegos de contratación.

4.4.5. La organización implementa las medidas más adecuadas de prevención y control de IRAS, que evalúa periódicamente colaborando activamente con las autoridades sanitarias en la vigilancia epidemiológica.

Indicador



4.4.5.1. Disminución de la tasa de IRAS

Para el objetivo 4.5.- Mejorar la cultura de la organización en relación a la vigilancia, prevención y control de las IRAS.

4.5.1. Realizar actividades de información y sensibilización para la prevención y control de las IRAS.

Indicador

4.5.1.1. Número de actividades de información y sensibilización realizadas para la prevención y control de las IRAS.



Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente

Justificación

Los errores relacionados con el paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las fases del diagnóstico y tratamiento. De las 4086 notificaciones realizadas en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la seguridad del Paciente (SiNASP) ⁽³¹⁾ entre enero de 2011 y octubre de 2013, 748 (el 18,3%) tienen que ver con errores de identificación de pacientes, de muestras o de peticiones de pruebas complementarias. Los pacientes pueden estar en una situación de riesgo en cuanto a la identificación por presentar discapacidades sensoriales, alteraciones del nivel de conciencia, disminución de su nivel de alerta, debido a sus cuadros clínicos o a iatrogenia, o por ser cambiados de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital. Por ello la intención de esta estrategia es triple: en primer lugar, identificar de forma fiable a la persona como aquella a quien está dirigido el servicio o el tratamiento; en segundo lugar hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona; en tercer lugar, que todas las muestras y peticiones se correspondan con el paciente correcto. Es imperativo que en todos los procedimientos asistenciales que se realicen en los centros del Servicio Gallego de Salud se garantice que se está tratando al paciente correcto.

Los errores de identificación de muestras biológicas, en ocasiones de obtención compleja, como las biopsias o los fluidos corporales que precisan técnicas invasivas para su extracción – líquidos cefalorraquídeos, pleurales, sinoviales, pericárdicos – constituyen un problema nada desdeñable para los centros, siendo muy llamativo el porcentaje de notificaciones en SiNASP que tienen relación con ello. Dada la trascendencia potencial de un error de este tipo en el abordaje diagnóstico y/o terapéutico de un determinado paciente, los hospitales y servicios de Atención Primaria deben tomar medidas que los eviten, garantizando procedimientos de identificación y transporte de muestras seguros..

También son frecuentes los fallos de identificación de pruebas de imagen radiológicas, que crean problemas de error diagnóstico y obligan en ocasiones a repetir exploraciones, con la subsecuente dosis de radiación añadida al paciente, la insatisfacción por los daños, la pérdida de tiempo que le supone repetir una prueba complementaria, la trascendencia que puede tener en su proceso clínico una demora diagnóstica o terapéutica, la sobrecarga de trabajo de personal, la alteración de la planificación de agendas de trabajo de los servicios, la pérdida de prestigio y el daño a la imagen del centro, y el coste evitable, directo e indirecto de este tipo de errores prevenibles.

Objetivos

Conseguir que la comprobación inequívoca de la identidad de los pacientes antes de cualquier intervención sanitaria sea una práctica interiorizada por todos los profesionales del Servicio Gallego de Salud.

5.1

Garantizar la correcta identificación madre-hijo en todos los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.

5.2

Garantizar en todo procedimiento intervencionista, que se trata del paciente correcto, el lugar correcto y el procedimiento correcto.

5.3

Garantizar en todos los centros la correcta identificación de documentos, muestras biológicas y estudios de diagnóstico por imagen de los pacientes, disminuyendo los errores de identificación.

5.4

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 5.1.- Conseguir que la comprobación inequívoca de la identidad de los pacientes antes de cualquier intervención sanitaria sea una práctica interiorizada por todos los profesionales del Servicio Gallego de Salud.

5.1.1. Los centros disponen de un procedimiento de identificación y comprobación de identidad inequívoca de pacientes, actualizado, disponible y adecuadamente difundido entre los trabajadores y se evalúa el grado de adherencia al procedimiento de forma sistemática. Se extremen las medidas adoptadas en los pacientes vulnerables: pacientes en coma, con sedación farmacológica, deterioro cognitivo, soledad, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriales y desamparo social, o con cualquier otra situación clínica que aumente el riesgo de error.

Indicador

5.1.1.1.  Porcentaje de pacientes identificados conforme a procedimiento

Para el objetivo 5.2.- Garantizar la correcta identificación madre-hijo en todos los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.

5.2.1. Los centros disponen de un procedimiento de identificación y comprobación de identidad inequívoca madre-hijo, actualizado, disponible y adecuadamente difundido entre los profesionales y cuya implantación y nivel de cumplimiento se auditan periódicamente.

Indicador

5.2.1.1.  Porcentaje de identificación madre-hijo conforme a procedimiento.

Para el objetivo 5.3.- Garantizar en todo procedimiento intervencionista, que se trata del paciente correcto, el lugar correcto y el procedimiento correcto.

5.3.1. Los centros disponen de un procedimiento de comprobación de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto, previa a cualquier intervención asistencial, y especialmente en áreas quirúrgicas e intervencionistas.

Indicador

5.3.1.1.  Porcentaje de pacientes que manifiestan haber sido consultados para la comprobación de paciente correcto/lugar correcto/procedimiento correcto.

Para el objetivo 5.4.- Garantizar en todos los centros la correcta identificación de documentos, muestras biológicas y estudios de diagnóstico por imagen de los pacientes, disminuyendo los errores de identificación.

5.4.1. Los centros disponen de un procedimiento de comprobación de la correcta identificación, transporte, conservación y gestión de muestras biológicas.

Indicador

5.4.1.1.  Existe un procedimiento de comprobación de la correcta identificación, transporte, conservación y gestión de muestras biológicas

5.4.2. Se miden los errores de identificación de muestra en los servicios centrales y se establecen medidas correctoras orientadas a la mejora continua.

Indicador

5.4.2.1.  Número de reuniones del grupo de análisis de errores de identificación de muestras.

5.4.3. Los centros disponen de un procedimiento de comprobación de la correcta identificación de estudios de diagnóstico por imagen.

Indicador

5.4.3.1.  Porcentaje de utilización de los registros para la comprobación de la correcta identificación de estudios de diagnóstico por la imagen.

5.4.4. Se miden los errores de identificación de estudios de diagnóstico por imagen y se establecen las medidas correctoras orientadas a la mejora continua.

Indicador

5.4.4.1.  Número de reuniones del grupo de análisis de errores de identificación de estudios de diagnóstico por imagen.

Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios

Justificación

Los errores de medicación son la causa más frecuente de errores en nuestros centros, tal como se constata a través de nuestra experiencia con el SiNASP ³¹ (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la seguridad del Paciente), y en concordancia con el resto de sistemas sanitarios que han estudiado el tema. De las 4086 notificaciones realizadas en el (SiNASP) entre enero de 2011 y octubre de 2013, 1283 (el 31'4%), se relacionan con el uso de medicamentos.

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento del paciente, es fundamental su gestión adecuada para garantizar su seguridad. Se considera "medicación de alto riesgo" aquella medicación implicada en un porcentaje alto de errores y/o eventos centinela, medicación que implica un riesgo alto de eventos adversos y medicación de aspecto o nombre similar. Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP) disponen de listas de medicación de alto riesgo. Un problema de seguridad de los medicamentos mencionado con frecuencia es la administración involuntaria de electrolitos concentrados. El medio más efectivo para disminuir estos incidentes es desarrollar un procedimiento para la gestión de medicación de alto riesgo que incluya una lista de medicamentos que la organización considera de alto riesgo en base a sus propios datos, que identifica las áreas donde estos medicamentos son necesarios y que identifica cómo se etiquetan de forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de forma que su acceso esté restringido a fin de evitar su administración involuntaria.

Tal como reflejan dos estudios llevados a cabo desde del Ministerio de Sanidad de los años 2007 y 2011 respectivamente sobre Implantación de Prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles ³² (ISMP) y en los que participaron hospitales del Servicio Gallego de Salud, los hospitales van acometiendo la implantación de diversas prácticas de seguridad prioritarias recomendadas por organismos expertos en seguridad, como el uso de jeringas orales, la utilización de bombas de infusión con sistemas de protección de flujo libre y la retirada de electrolitos de las unidades asistenciales.

Asimismo se ha demostrado que la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, como la prescripción electrónica asistida, con sistemas de alerta y ayuda a la prescripción y el registro electrónico de administración de medicamentos, contribuye de manera importante a la disminución de los errores de medicación.

Objetivos

Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo.

6.1

Garantizar en todos los centros la seguridad de los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

6.2

Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación, preparación, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos.

6.3

Incrementar la notificación de Reacciones Adversas a la Medicación (RAM) por parte de los profesionales.

6.4

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 6.1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo.

6.1.1. Se dispone de procedimientos que facilitan la toma de decisiones y que alertan ante posibles errores de dosificación, frecuencia, contraindicaciones e interacciones medicamentosas, previo a la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.

Indicador

6.1.1.1.



Se dispone de procedimientos que alertan ante posibles errores de dosificación, frecuencia, contraindicaciones e interacciones medicamentosas, previos a la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.

6.1.2. Se dispone y aplica un procedimiento de registro, control y gestión de incidencias relacionadas con medicamentos.

Indicador

- 6.1.2.1. Se dispone y aplica un procedimiento de registro, control y gestión de incidencias relacionadas con medicamentos.

6.1.3. Se establece un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridad y alertas relacionadas con los medicamentos.

Indicador

- 6.1.3.1. Existe un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridad ocurridos en el centro y alertas relacionadas con los medicamentos.

6.1.4. Se establecen medidas para reducir el riesgo ante medicamentos con nombres parecidos y con etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.

Indicador

- 6.1.4.1. Se incorporan medidas para reducir el riesgo ante medicamentos con nombres parecidos y con etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.

6.1.5. Se dispone de un listado con los medicamentos de alto riesgo que se usan en el centro, y de un procedimiento actualizado sobre el manejo de los mismos que incluye la evaluación de su conocimiento por los profesionales.

Indicador

- 6.1.5.1. Existe un listado con los medicamentos de alto riesgo que se usan en el centro y los procedimientos correspondientes para su manejo.

6.1.6. Existe un listado de abreviaturas admitidas y consensuadas en el centro cuya interpretación es inequívoca y conocida por todos los profesionales.

Indicador

- 6.1.6.1. Existe un listado de abreviaturas admitidas y consensuadas en el centro cuya interpretación es inequívoca y conocida por todos los profesionales.

6.1.7. Se evalúa periódicamente la seguridad del sistema de uso de medicamentos del centro.

Indicador

- 6.1.7.1. Se evalúa periódicamente la seguridad del sistema de uso de medicamentos del centro a través del Cuestionario establecido por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP).

Para el objetivo 6.2.- Garantizar en todos los centros la seguridad de los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

6.2.1. Se dispone de un procedimiento de control de caducidad de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

Indicador

- 6.2.1.1. Porcentaje de unidades en las que no se detectan caducidades de medicamentos

6.2.2. Se dispone un lugar, con acceso restringido, para el almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

Indicador

- 6.2.2.1. Las áreas de almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos de los Servicios de Farmacia son de acceso restringido.

6.2.3. Se dispone de un procedimiento de control de condiciones de conservación, como la temperatura, de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos en las zonas de almacenamiento, incluyendo los situados en el frigorífico.

Indicador

- 6.2.3.1. Porcentaje de unidades con sistemas de control de la temperatura en el almacén de los medicamentos.

6.2.4. Se dispone de un procedimiento de revisión de los botiquines tanto en el Servicio de Farmacia como en las distintas unidades, servicios o consultas del centro para garantizar las condiciones de conservación, caducidad, presencia de medicamentos no autorizados y cantidades disponibles.

Indicador

- 6.2.4.1.  Está implantado un procedimiento de revisión de los botiquines para garantizar las condiciones de conservación, caducidad, presencia de medicamentos no autorizados y cantidades disponibles.

Para el objetivo 6.3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos.

6.3.1. Se dispone de un modelo único de registro de tratamiento para cada paciente donde aparecen como mínimo los siguientes datos: medicación actualizada del paciente, dosis, frecuencia, vía de administración y fechas de prescripción y revisión de tratamiento.

Indicador

- 6.3.1.1.  Porcentaje de registros de tratamiento correctamente cumplimentados.

6.3.2. Se dispone de un sistema que permite evaluar la trazabilidad del medicamento en el proceso prescripción-dispensación-administración.

Indicador

- 6.3.2.1.  Está implantado un procedimiento para evaluar la trazabilidad del medicamento en el proceso prescripción-dispensación-administración.

6.3.3. Se dispone y aplica un procedimiento o sistema de administración de la medicación donde se recogen los "cinco correctos": medicamento correcto, paciente correcto, dosis correcta, hora correcta y vía de administración correcta.

Indicador

- 6.3.3.1.  Está implantado un procedimiento de administración de la medicación donde se recogen los "cinco correctos".

6.3.4. Se dispone y utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar la medicación del paciente al ingreso en el centro, tras el alta y durante los traslados a otras unidades, servicios o niveles asistenciales.

Indicador

- 6.3.4.1.  Está implantado un procedimiento para conciliar la medicación del paciente.

6.3.5. Se dispone y utiliza un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos y dietéticos de pacientes pluripatológicos y polimedicados.

Indicador

- 6.3.5.1.  Está implantado un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos y dietéticos de pacientes pluripatológicos y polimedicados.

6.3.6. Las soluciones intravenosas, las concentraciones, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados y etiquetados de forma inequívoca en los dispositivos de administración.

Indicador

- 6.3.6.1.  Porcentaje de soluciones intravenosas administradas correctamente etiquetadas.

6.3.7. Está estandarizada la práctica del doble chequeo en la prescripción, preparación y/o administración de fármacos de alto riesgo.

Indicador

- 6.3.7.1.  Porcentaje de unidades en las que se practica doble chequeo en la administración de fármacos de alto riesgo.

Para el objetivo 6.4.- Incrementar la notificación de Reacciones Adversas a la Medicación (RAM) por parte de los profesionales.

6.4.1. Se establecen mecanismos para incrementar la notificación de reacciones adversas a la medicación.

Indicador

- 6.4.1.1.  Número de sesiones sobre el uso del sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) dirigidas a los profesionales.

Estrategia 7.- Gestión de Riesgos en los Procesos

Justificación

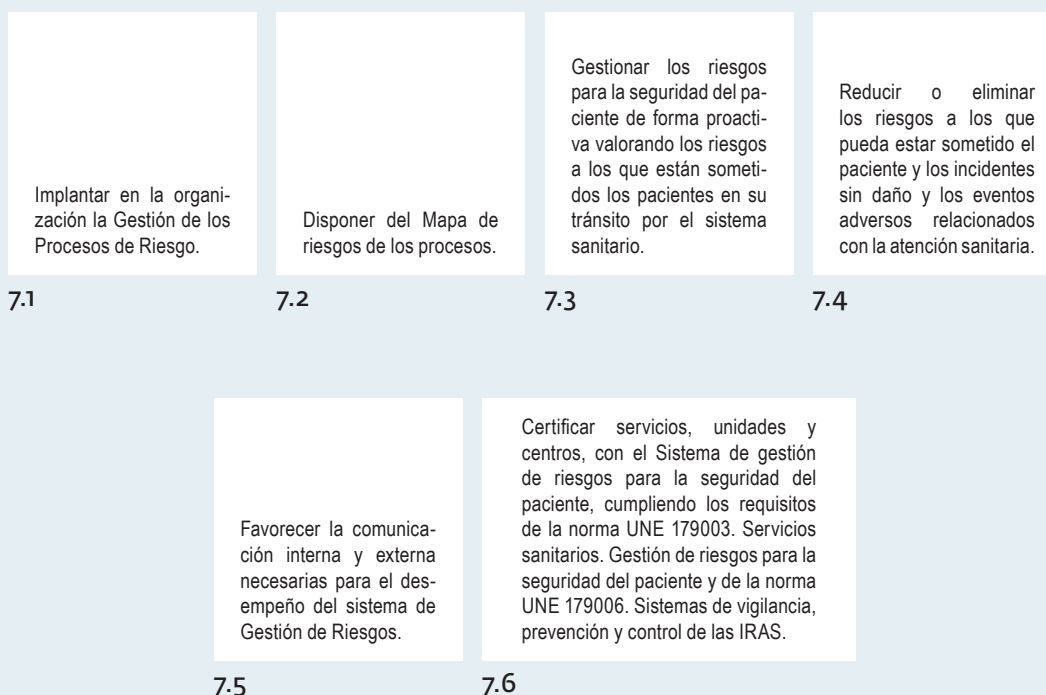
La Gestión por Procesos es una herramienta fundamental en la que se basan tanto por las normas ISO 9000 como el Modelo EFQM de Excelencia. El enfoque basado en procesos es un principio de gestión básico que se traduce en una mejora significativa en todos los ámbitos de gestión de nuestras organizaciones para la obtención de manera eficiente de resultados relativos a la satisfacción del cliente y de las restantes partes interesadas, mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso. Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona identificando los puntos críticos y disminuyendo la variabilidad y, por tanto, mejorando la seguridad del paciente.

En el sector sanitario, el riesgo es inherente a la mayoría de las actividades clínicas. La gestión de los riesgos clínicos para la mejora de la seguridad del paciente tiene el objetivo de identificar las situaciones de riesgo de los procesos e implantar las acciones necesarias para su prevención, reducción o en su caso controlar su impacto, teniendo presente la imposibilidad de conseguir alcanzar el riesgo cero. La Norma UNE 179003 recoge los requisitos que deben cumplir las organizaciones que implanten sistemas de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

La gestión de los riesgos debe ser tenida en cuenta tanto en el diseño como en la ejecución de los procesos, con intención de reducir todo aquello que no añada valor al proceso y pueda ser desencadenante de eventos adversos, aplicando estándares de calidad y seguridad, para hacer más eficientes los procesos y la utilización de los recursos disponibles, mejorando la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes y profesionales del Servicio Gallego de Salud.

Objetivos



Criterios para la evaluación

Para el objetivo 7.1.-Implantar en la organización la Gestión de los Procesos de Riesgo.

7.1.1. La organización identifica los procesos necesarios para el desempeño del sistema de gestión de la seguridad y su aplicación a través de la organización y determina la secuencia e interacción de estos procesos en el mapa de procesos de la organización.

Indicador

7.1.1.1.  Existe un **mapa de procesos** de riesgo de la organización.

7.1.2. La organización determina los indicadores de Seguridad de los procesos de riesgo.

Indicador

7.1.2.1.  Porcentaje de procesos de riesgo con **indicadores de seguridad** definidos.

7.1.3. La organización realiza el seguimiento, la medición y el análisis de los procesos identificados como de riesgo.

Indicador

7.1.3.1.  Porcentaje de procesos de riesgo medidos.

7.1.4. La organización implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Indicador

7.1.4.1.  Porcentaje de cumplimiento de Objetivos del Plan de Seguridad del Paciente

Para el objetivo 7.2.- Disponer del Mapa de Riesgo de los procesos.

7.2.1. La organización analiza los procesos e identifica y documenta su mapa de riesgos, que tiene en cuenta las interacciones entre los procesos asistenciales y no asistenciales, que revisa y actualiza periódicamente o cuando se identifican nuevos riesgos.

Indicador

7.2.1.1.  Porcentaje de unidades asistenciales que disponen de mapas de riesgos.

Para el objetivo 7.3.- Gestionar los riesgos para la seguridad del paciente de forma proactiva valorando los riesgos a los que están sometidos los pacientes en su tránsito por el sistema sanitario.

7.3.1. La organización dispone de un Manual del Sistema de Gestión de Riesgos.

Indicador

7.3.1.1.  Existe un Manual de Gestión de riesgos de la organización.

7.3.2. La organización revisa sus procesos críticos para la identificación proactiva de riesgos, análisis, evaluación, mediante la herramienta Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), e implementa, de ser necesario, las acciones de tratamiento que resulten de este ejercicio.

Indicador

7.3.2.1.  Porcentaje de procesos de riesgo con AMFE realizado.

Para el objetivo 7.4.- Reducir o eliminar los riesgos a los que pueda estar sometido el paciente y los incidentes sin daño y los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria.

7.4.1. La organización establece y prioriza las acciones de tratamiento de los peligros/riesgos identificados, una vez evaluados, las documenta, monitoriza, establece responsabilidades y evalúa comprobando la efectividad de las mismas.

Indicador

 7.4.1.1. Existen Planes de tratamiento de riesgos siguiendo las directrices de la Norma UNE 179003.

7.4.2. La organización establece, documenta y publica las buenas prácticas en Seguridad de Pacientes, basadas en la evidencia, garantizando la accesibilidad a la información en los lugares de trabajo.

Indicador

 7.4.2.1. Se difunden e implementan prácticas seguras

Para el objetivo 7.5.- Favorecer la comunicación interna y externa necesaria para el desempeño del sistema de Gestión de Riesgos.

7.5.1. La organización establece, documenta y mantiene los canales y procedimientos normalizados de comunicación interna y externa que garantizan el desempeño de su sistema de gestión de riesgos.

Indicador

 7.5.1.1. Número de sesiones generales relacionadas con la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.

Para el objetivo 7.6.- Certificar servicios, unidades y centros, con el Sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente, cumpliendo los requisitos de la norma UNE 179003. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente y de la norma UNE 179006. Sistemas de vigilancia, prevención y control de las IRAS.

7.6.1. La organización certifica Servicios Unidades o centros, con el Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente que cumplen los requisitos de la norma UNE 179003 Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.

Indicador

 7.6.1.1. Porcentaje de unidades certificadas con la NORMA UNE 179003.

7.6.2. El Centro está certificado con el sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS que cumplen los requisitos de la norma UNE 179006 "Sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los hospitales.

Indicador

 7.6.2.1. El centro está certificado con la NORMA UNE 179006.

Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente. SiNASP-Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Justificación

La notificación voluntaria de incidentes de seguridad por los profesionales se considera una herramienta de primera línea para el aprendizaje y la mejora de la seguridad asistencial, y si se comparte el aprendizaje obtenido, beneficia a todas las organizaciones del sistema y a sus usuarios. Desde el año 2011 todos los hospitales del Servicio gallego de Salud y Povisa tienen implantado el **Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente** (SiNASP)⁽³¹⁾.

La **Estrategia Sergas 2014**⁽¹⁾ contempla en su objetivo general "Fomentar la cultura de seguridad clínica en la actividad diaria de los profesionales, implantando prácticas seguras que reduzcan la incidencia de eventos adversos". Por otro lado, en dicha estrategia se contempla la puesta en marcha de estructuras para la seguridad de pacientes y gestión de riesgos. El proyecto SiNASP sirvió en Galicia para revisar la estructura y dotar de funcionalidad a dichas unidades mediante la creación de los Núcleos de Seguridad.

El SiNASP permite conocer, analizar y extraer conocimiento de los incidentes, estimula el trabajo en equipo y la toma de acciones para la mejora. Además permite al Servicio Gallego de Salud disponer de una base de datos global en la que se incluyen todos los incidentes notificados, lo cual permite avanzar en el conocimiento que las instituciones tienen de los problemas de seguridad que afectan a nuestros pacientes y poner en marcha la gestión y mejora de los riesgos.

El uso responsable del SiNASP debe ser fomentado por los líderes de los centros sanitarios, enfatizando su carácter confidencial y su orientación al aprendizaje y la mejora.

Por otro lado, estos sistemas fomentan el trabajo en equipo, y abren a los profesionales que lo deseen la posibilidad de comunicar situaciones mejorables que de otro modo podrían no llegar a ser conocidas por quienes pueden y deben solucionarlas.

Disponer de un sistema de notificación de incidentes es, por otro lado, un requisito de la Norma de Gestión de Riesgos Clínicos (UNE 179003), cuya implantación se contempla también como elemento clave de la Estrategia Sergas 2014.

Objetivos

Consolidar la notificación y la gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos como una práctica habitual por parte de los profesionales y gestores del Servicio Gallego de Salud para la mejora del sistema sanitario público.

8.1

Garantizar la existencia y el funcionamiento en la organización de un Núcleo de Seguridad activo y comprometido con la Seguridad del Paciente.

8.2

Estandarizar en todos los centros del Servicio Gallego de Salud la gestión de los eventos adversos graves y los eventos centinelas, de manera sistemática.

8.3

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 8.1 - Consolidar la notificación y la gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos como una práctica habitual por parte de los profesionales y gestores del Servicio Gallego de Salud para la mejora del sistema sanitario público.

8.1.1. El SiNASP está implantado en la organización, existe un gestor principal y una red de gestores alternativos que procesan las notificaciones.

Indicador

8.1.1.1. Existe en la organización un gestor principal y una red de gestores alternativos que procesan las notificaciones.

8.1.2. Se fomenta la notificación y se monitoriza el volumen de notificaciones.

Indicador

8.1.2.1.  Porcentaje de notificaciones en SINASP en relación con el personal sanitario.

8.1.3. Las notificaciones son gestionadas de manera sistemática y efectiva.

Indicador

8.1.3.1.  Porcentaje de notificaciones en SINASP gestionadas en menos de 30 días.

8.1.4. Se implantan mejoras a raíz de las notificaciones.

Indicador

8.1.4.1.  Porcentaje de notificaciones cerradas con acciones de mejora.

8.1.5. Se elaboran informes basados en el SINASP que se difunden entre los profesionales comprometidos con el aprendizaje y la mejora. Se incluye en todos los informes una cláusula de confidencialidad recordando a los profesionales la obligatoriedad de hacer un uso restringido, y responsable de la información obtenida.

Indicador

8.1.5.1.  Número de informes difundidos en relación con el SINASP.

Para el objetivo 8.2.- Garantizar la existencia y el funcionamiento en la organización de un Núcleo de Seguridad activo y comprometido con la Seguridad del Paciente.

8.2.1. El Núcleo de Seguridad se reúne con periodicidad como mínimo bimensual, y existen actas que reflejan sus compromisos.

Indicador

8.2.1.1.  Número de reuniones del Núcleo de Seguridad.

8.2.2. Se gestionan de manera integrada los incidentes de los distintos niveles asistenciales, y en el Núcleo de Seguridad participan profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.

Indicador

8.2.2.1.  Se evidencia participación de profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria en el Núcleo de Seguridad.

8.2.3. Se constata la participación de algún miembro de la Dirección en las reuniones y acuerdos de los Núcleos de Seguridad.

Indicador

8.2.3.1.  Se evidencia participación de la Dirección en las reuniones y acuerdos de los Núcleos de Seguridad.

8.2.4. Se realizan Análisis Causas Raíz en los incidentes notificados como SAC₁, y en todos los Eventos Centinela que se producen en los centros.

Indicador

8.2.4.1.  Porcentaje de Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados sobre incidentes SAC₁ y SAC₂.

Para el objetivo 8.3.- Estandarizar en todos los centros del Servicio Gallego de Salud la gestión de los eventos adversos graves y los eventos centinelas, de manera sistemática.

8.3.1. Los miembros de los equipos directivos y los responsables de Calidad de la organización conocen y utilizan, en caso necesario, la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos Graves y Eventos Centinela en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.

Indicador

8.3.1.1.  Porcentaje de directivos y mandos intermedios que conocen la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos Graves y Eventos Centinela.

8.3.2. Se documentan y archivan los estudios e investigaciones realizados en los eventos centinela sucedidos en la organización.

Indicador

8.3.2.1.  Porcentaje de eventos centinela en los que se realiza informe.

Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial

Justificación

La atención al paciente es un esfuerzo complejo sumamente dependiente de la comunicación. Esta comunicación es para la comunidad, los pacientes y las familias, y para otros profesionales sanitarios. La insuficiente o inadecuada transmisión de información es una de las causas raíz más común de los incidentes de seguridad del paciente y es reconocida por los notificantes como factor contribuyente en el 60% de los incidentes notificados en el SiNASP. En nuestro complejo sistema sanitario son muchos los profesionales que intervienen sobre un mismo paciente, y es preciso extremar las precauciones en este sentido para asegurar la continuidad asistencial, fluida y sin riesgos. Es necesario dejar constancia de lo hecho y transmitirlo bien al resto de profesionales que tengan que intervenir sobre el paciente. Todos los agentes implicados en la seguridad del paciente deben estar adecuadamente informados de los proyectos de seguridad que se desarrollen en el SERGAS, de acuerdo con su nivel de competencias y su perfil profesional. Es todo un reto, pero un requisito indispensable para una atención multidisciplinar segura.

La continuidad en la prestación de servicios es asimismo determinante para la seguridad del Paciente. Existe un elemento vertebrador de toda la información que se genera sobre un paciente, que es la Historia Clínica. Todos los profesionales tienen la obligación de registrar sus intervenciones en este documento común, que en Galicia, además, es electrónico y se comparte entre todos los niveles de la organización. El uso responsable, confidencial y seguro de la Historia Clínica es la mejor garantía de comunicación y de continuidad de cuidados entre profesionales

En un sistema sanitario complejo como es el nuestro, existe asimismo otro elemento clave para asegurar que la atención sanitaria no se fragmenta ni se interrumpe, y es la figura de profesionales de referencia para el paciente, distintos según los distintos escenarios de la atención: médico de cabecera, gestores de procesos, médico responsable durante un proceso de hospitalización.. Los centros del Servicio Gallego de Salud deben fomentar la incorporación y la consolidación de este tipo de agentes.

Una de las premisas para el éxito de cualquier plan es la existe una buena comunicación a todos los niveles. La continuidad asistencial, depende en gran medida de ello.

Objetivos

Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes.	Mejorar la comunicación entre profesionales para garantizar a los pacientes una atención continuada.	Garantizar la continuidad de los procesos en todos los niveles de las organizaciones, definiendo procedimientos centrados en las transiciones asistenciales.	Mejorar la comunicación entre los gestores y los profesionales.	Mejorar la comunicación entre los centros sanitarios y la comunidad.
9.1	9.2	9.3	9.4	9.5

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 9.1.- Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes.

9.1.1. La organización dispone de un Manual de Estilo conocido por toda la organización, en el que se contempla que los profesionales se presentan al paciente, le informan sobre su cualificación profesional y sobre lo que le van a hacer, y comprueban su identidad antes de cualquier intervención.

Indicador

-  9.1.1.1. Porcentaje de pacientes que manifiestan que los profesionales que les han atendido se les han presentado.

9.1.2. Durante todo el proceso de hospitalización de un paciente se le explican a éste y/o a la persona designada por él, las actuaciones a realizar por los profesionales, asegurándose de que lo comprenden.

Indicador

-  9.1.2.1. Porcentaje de pacientes que refieren estar satisfechos con la información recibida.

9.1.3. El informe de alta tras la hospitalización recoge toda la información que el paciente necesita para garantizar la continuidad y seguridad de sus cuidados.

Indicador

- 9.1.3.1.  Porcentaje de pacientes que responden que la información que se les ha transmitido en el informe de alta les ha resultado útil para continuar con sus cuidados.

9.1.4. Los profesionales conocen e informan a los pacientes sobre su derecho a expresar sus Instrucciones Previas y el procedimiento para hacerlo, y respetan la voluntad de los pacientes manifestada en dicho documento.

Indicador

- 9.1.4.1.  Porcentaje de profesionales que conocen el derecho de los pacientes a expresar sus Instrucciones Previas (IP).

Para el objetivo 9.2.- Mejorar la comunicación entre profesionales para garantizar una atención continuada a los pacientes.

9.2.1. Existe un procedimiento ágil, conocido por todos los profesionales e inequívoco, de reconocimiento, comunicación y activación de respuesta óptima ante un deterioro agudo y crítico de la situación clínica de un paciente y existe un equipo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

Indicador

- 9.2.1.1.  Porcentaje de profesionales que conocen el procedimiento de actuación ante la Parada Cardiorrespiratoria y dónde consultarlo.

9.2.2. Existe un procedimiento que regula la comunicación de los profesionales durante las guardias localizadas.

Indicador

- 9.2.2.1.  Existe un procedimiento de comunicación de los profesionales durante las guardias localizadas.

9.2.3. Las prescripciones médicas se transmiten por escrito, salvo en situaciones excepcionales de Urgencia o Emergencia que se contemplan de manera explícita en un procedimiento conocido por todos los profesionales.

Indicador

- 9.2.3.1.  Porcentaje de profesionales que conocen el procedimiento de prescripciones médicas verbales.

9.2.4. El centro tiene implantado un procedimiento que regula y monitoriza la comunicación en las interconsultas médicas entre profesionales de distintas especialidades, y en él se acuerdan tiempos de respuesta, sistemas de información y comunicación interprofesional.

Indicador

- 9.2.4.1.  Existe un procedimiento sobre plazos de respuesta a interconsultas entre servicios.

Para el objetivo 9.3.- Garantizar la continuidad de los procesos en todos los niveles de las organizaciones, definiendo procedimientos centrados en las transiciones asistenciales.

9.3.1. Las organizaciones disponen de un procedimiento para las transiciones asistenciales, que regule la derivación y traslado de pacientes entre distintos centros asistenciales, y entre distintas unidades o servicios del mismo hospital. Estos procedimientos se revisan y actualizan periódicamente.

Indicador

- 9.3.1.1.  Existe un procedimiento de derivación/ traslado de pacientes entre centros y entre unidades del mismo centro.

9.3.2. Las organizaciones disponen de un procedimiento de comunicación para la continuidad de la asistencia entre profesionales de una misma unidad, especialmente en las Unidades de Críticos. Se garantiza la continuidad asistencial entre turnos de trabajo mediante el registro de toda la actividad en la Historia Clínica y a través de reuniones del equipo al inicio y al final de cada jornada.

Indicador

- 9.3.2.1.  Existe un procedimiento de comunicación entre turnos para los profesionales de una misma unidad.

Para el objetivo 9.4.- Mejorar la comunicación entre los gestores y los profesionales.

9.4.1. Se fomenta la comunicación bidireccional entre directivos y profesionales.

Indicador

- 9.4.1.1.  Número de reuniones sobre Seguridad de pacientes entre directivos y profesionales.

Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos y/o de riesgo

Justificación

Existen en nuestras organizaciones sanitarias procesos de alta complejidad, que incluyen diagnósticos, tratamientos de riesgo, equipos de alta tecnología de complicada utilización, calibración y mantenimiento, en los cuales algunos errores pueden producir daños severos para el paciente. Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.

Objetivos



Criterios para la evaluación

Para el objetivo 10.1.- Garantizar la seguridad de los procesos en Cirugía y Anestesia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.1.1. Está implantado un procedimiento de Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, siguiendo las recomendaciones de la OMS y se evalúa periódicamente la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras que contempla dicho listado y se monitoriza el cumplimiento de los aspectos esenciales que contempla en el cuadro de mando como son:

- a) la profilaxis antibiótica.
- b) la prevención de tromboembolismo.

Indicador



10.1.1.1.

Porcentaje de pacientes de Cirugía programada con listado de verificación de Seguridad Quirúrgica con todos los criterios cumplimentados.

10.1.2. Existe un procedimiento para garantizar la ausencia de material extraño tras la intervención.

Indicador

- 10.1.2.1. Existe un procedimiento para garantizar la ausencia de material extraño tras la intervención.

10.1.3. Se aplican las recomendaciones sobre la preparación prequirúrgica encaminadas a prevenir la infección de herida quirúrgica:

- Uso de antisépticos de base alcohólica para la preparación de la piel.
- Instruir a los pacientes en el uso de jabones con clorhexidina durante al menos tres días antes de la cirugía.
- Cribado de pacientes portadores de *Stafilococo aureus* y descolonización de portadores mediante administración de mupirocina intranasal⁽³³⁾.
- Eliminación de vello⁽³⁹⁾

Indicador

- 10.1.3.1. Porcentaje de pacientes portadores de *Staphylococcus aureus* Meticilin Resistente que se descoloniza previamente a la cirugía electiva cardíaca, ortopédica y neurocirugía con implante.

10.1.4. Existe un procedimiento para evitar problemas relacionados con la esterilización del material garantizando la disponibilidad y la trazabilidad del material.

Indicador

- 10.1.4.1. Existencia de un procedimiento que garantiza la trazabilidad del material quirúrgico.

10.1.5. Se garantiza que el uso de vestimenta, lencería y calzado de quirófano se restringe a las áreas quirúrgicas, incidiendo en que el no cumplimiento de esta norma atenta contra la seguridad del paciente.

Indicador

- 10.1.5.1. Número de profesionales con uniforme de uso exclusivo en quirófano que lo llevan fuera de áreas quirúrgicas.

Para el objetivo 10.2.- Garantizar la seguridad en los procesos de los Servicios de Urgencias y Emergencias de todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.2.1. Se registran, analizan y se establecen mecanismos de triaje para mejorar los tiempos de atención y racionalizar los recursos en función de la patología.

Indicador

- 10.2.1.1. Porcentaje de pacientes de Urgencias que son clasificados (triados) en menos de 30 minutos.

10.2.2. En las patologías cuyo pronóstico es tiempo-dependiente, como la patología coronaria aguda (IAM, infarto agudo de miocardio) y la patología cerebrovascular aguda (Ictus), se garantiza que el diagnóstico y la aplicación del tratamiento se hacen dentro de los márgenes de respuesta establecidos como seguros.

Indicador

- 10.2.2.1. Porcentaje de realización de Angioplastia primaria en IAM dentro de los 90 minutos de la llegada al hospital.

10.2.3. Se miden, evalúan y mejoran los tiempos de atención y respuesta en Urgencias.

Indicador

- 10.2.3.1. Porcentaje de pacientes clasificados con código "naranja" según sistema de triaje Manchester que se cierran antes de 10 minutos.

10.2.4. Se realizan ejercicios de simulación periódicos y multidisciplinarios sobre Parada Cardiorrespiratoria y Atención al Paciente Politraumatizado como herramienta de formación para los profesionales.

Indicador

- 10.2.4.1. Porcentaje de médicos y enfermeros de Urgencias formados y reciclados en Parada Cardiorrespiratoria y Atención al Paciente Politraumatizado.

Para el objetivo 10.3.- Garantizar la seguridad en los procesos de las Unidades de Críticos de todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.3.1. Las Unidades de Críticos del Servicio Gallego de Salud han implantado y mantienen activos los programas:

- Bacteriemia Zero.
- Neumonía Zero.
- Resistencias Zero.
- Sepsis Zero.

Indicador



10.3.1.1.

Todas las Unidades de Cuidados Críticos de la Organización han implantado los programas Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero y Sepsis Zero.

10.3.2. La Unidades de Críticos trabajan con los siguientes procedimientos documentados que se revisan y actualizan periódicamente:

- Atención a pacientes en coma que se revisan y actualizan periódicamente.
- Prevención de la infección urinaria asociada a catéter.
- Uso uniforme de los servicios de resucitación en toda la organización
- Prevención de extubaciones no planificadas y, en caso de que se produjeran, de intervención en las extubaciones no planificadas.
- Prevención de errores en las conexiones de catéteres y otras vías
- Manipulación, uso y administración de sangre y hemoderivados.
- Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas.
- Atención a pacientes inmunodeprimidos.
- Utilización de medicamentos de alto riesgo.
- Revisión del carro de paradas.
- Información y comunicación a pacientes y familiares.
- Atención al paciente y comunicación de la información en las transiciones asistenciales.

Indicador



10.3.2.1.

Las unidades de críticos tienen implantados procedimientos sobre los 12 procesos de riesgo incluidos en este criterio.

Para el objetivo 10.4.- Mejorar la seguridad en Obstetricia y Neonatología en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.4.1. Está implantado un procedimiento de atención al parto normal.

Indicador



10.4.1.1.

Existe un procedimiento de atención al parto normal.

10.4.2. Se monitoriza el porcentaje de partos por cesárea de la unidad y se establecen medidas para reducir la variabilidad interprofesional en la elección de esta técnica.

Indicador



10.4.2.1.

Existe un procedimiento de indicación de cesárea conocido por todos los profesionales del servicio.

10.4.3. Existe un procedimiento de adecuación, mantenimiento y revisión de las incubadoras de las unidades y de transporte, que garantizan su uso seguro.

Indicador



10.4.3.1.

Existe un registro de comprobación del estado de las incubadoras de transporte antes de su uso.

Para el objetivo 10.5.- Garantizar la seguridad en Oncohematología/Hospital de día en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.5.1. Los procesos clave de la Unidad están definidos y existe un Mapa de Riesgos de los procesos, y se establecen medidas de prevención para ellos.

Indicador



10.5.1.1.

Existe un Mapa de Riesgos en la unidad de Oncohematología.

10.5.2. Existe un Plan de Acogida de pacientes que acuden a la unidad por primera vez para el inicio de tratamiento y de modo sucesivo durante el desarrollo del mismo hasta su finalización.

Indicador



10.5.2.1.

Existe un plan de acogida de pacientes en la Unidad de Oncohematología.

10.5.3. Existe un procedimiento de uso seguro de citostáticos por vía intravenosa, con el fin de garantizar la seguridad del paciente, en el que se contemplan tanto medidas de protección y actuación en caso de contaminación por exposición accidental, como medidas para garantizar la correcta gestión de los residuos citostáticos.

Indicador

-  10.5.3.1. Existe un procedimiento de uso seguro de citostáticos.

10.5.4. La Unidad está certificada según la Norma UNE 179003/2013 Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

Indicador

-  10.5.4.1. La Unidad de Oncohematología está certificada según Norma UNE 179003/2013.

Para el objetivo 10.6.- Garantizar la seguridad en las Unidades de Diálisis en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.6.1. Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

Indicador

-  10.6.1.1. Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Diálisis.

10.6.2. Existe un Plan de Acogida de pacientes que acuden a la unidad por primera vez para el inicio de tratamiento.

Indicador

-  10.6.2.1. Existe un plan de acogida de pacientes en la Unidad de Diálisis.

10.6.3. Existe un listado de puestos y equipos de diálisis, con un plan de mantenimiento que garantiza la seguridad de su uso.

Indicador

-  10.6.3.1. Existe un listado de puestos y equipos de diálisis, con un plan de mantenimiento que garantiza la seguridad de su uso.

10.6.4. Existe un procedimiento de atención a complicaciones clínicas frecuentes durante las sesiones de diálisis.

Indicador

-  10.6.4.1. Existe un procedimiento de atención a complicaciones clínicas frecuentes durante las sesiones de diálisis.

10.6.5. Existe un procedimiento de atención a situaciones de urgencia y/o emergencia vital intradiálisis, en especial a la Parada Cardiorespiratoria.

Indicador

-  10.6.5.1. Existe un procedimiento de atención a situaciones de urgencia y/o emergencia vital intradiálisis.

10.6.6. La Unidad está certificada según la Norma UNE 179003/2013 Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

Indicador

-  10.6.6.1. La Unidad de Diálisis está certificada según Norma UNE 179003/2013.

Para el objetivo 10.7.- Garantizar la seguridad en Radioterapia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.7.1. Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

Indicador

-  10.7.1.1. Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia.

10.7.2. Los centros de Radioterapia, en aplicación del Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, elaboran y remiten a la Consellería de Sanidad, con carácter anual, un informe en el que se recogen los incidentes de seguridad

Indicador

-  10.7.2.1. Se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia.

10.7.3. Los centros de Radioterapia disponen de un procedimiento específico para el registro y gestión de reacciones clínicas distintas de las esperadas.

Indicador

- 10.7.3.1.   Existe un registro de reacciones clínicas distintas de las esperadas en Radioterapia.

Para el objetivo 10.8.- Garantizar la seguridad en Medicina Nuclear en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.8.1. Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

Indicador

- 10.8.1.1.   Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Medicina Nuclear.

10.8.2. Los Servicios de Medicina Nuclear, en aplicación del Real Decreto 1841/1997, disponen de procedimientos para optimización de la dosis absorbida recibida por los pacientes como consecuencia del acto médico.

Indicador

- 10.8.2.1.   Existe un procedimiento de optimización de dosis absorbida por los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Medicina Nuclear.

10.8.3. Las Unidades de Medicina Nuclear tienen implantado un sistema de gestión de incidencias relacionadas con la seguridad del paciente.

Indicador

- 10.8.3.1.   Existe un registro de reacciones clínicas distintas de las esperadas en Medicina Nuclear.

Para el objetivo 10.9.- Garantizar la seguridad en Salud Mental en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.9.1. Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

Indicador

- 10.9.1.1.   Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Salud Mental.

10.9.2. La organización dispone al menos de los siguientes procedimientos para el manejo y la prevención de incidentes de seguridad que afectan de manera especial a los pacientes con enfermedad mental ⁽³⁵⁾

- Caídas y otros accidentes
- Comportamiento agresivo o antisocial
- Incidentes relacionados con la seguridad sexual
- Suicidio y autolesiones de pacientes con trastorno mental
- Fuga y desaparición de pacientes
- Medicación
- Contención mecánica

Indicador

- 10.9.2.1.   Existen procedimientos para el manejo y prevención de los principales incidentes de seguridad que afectan a los pacientes con enfermedad mental.

Para el objetivo 10.10.- Garantizar la Seguridad Transfusional en todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

10.10.1. La organización garantiza la trazabilidad de toda la cadena Transfusional.

Indicador

- 10.10.1.1.   Existe un protocolo de administración segura de componentes sanguíneos que incluye la comprobación de grupo ABO a pie de cama.

Estrategia 11.- Seguridad en los Servicios de Laboratorio y Diagnóstico por Imagen

Justificación

Las pruebas diagnósticas constituyen un pilar fundamental para llevar a cabo un proceso efectivo de evaluación del paciente. Sus resultados determinan en gran medida las necesidades inmediatas y continuas de tratamiento del paciente durante su atención sanitaria.

Los errores en los procedimientos de técnicas diagnósticas obligan en ocasiones a repetir pruebas y exploraciones, con las subsecuentes consecuencias para el paciente y la organización. Para el paciente suponen insatisfacción por los daños y las molestias; la pérdida de tiempo que le supone repetir una prueba complementaria, la trascendencia que puede tener en su proceso clínico una demora diagnóstica o terapéutica, o un error; el impacto emocional que puede tener el recibir un diagnóstico erróneo, o un tratamiento inadecuado. Para la organización implican entre otras, sobrecarga de trabajo de personal, alteración de la planificación de agendas de trabajo de los servicios, pérdida de prestigio, daño a la imagen del centro, y costes evitables, directos e indirectos de este tipo de errores, en muchos casos prevenibles.

Un importante volumen de notificaciones del SiNASP⁽³¹⁾ se relaciona con errores en la aplicación de técnicas propias de los servicios centrales diagnósticos como son los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen. La mejora de la seguridad para nuestros pacientes no puede obviar los problemas que surgen de una aplicación incorrecta de técnicas diagnósticas, que son claves para el resto de procesos asistenciales.

Objetivos

Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los **servicios de laboratorio** de los centros.

11.1

Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de **diagnóstico por imagen** de los centros.

11.2

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 11.1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros.

11.1.1. El centro dispone de un programa de seguridad del laboratorio implementado que se sigue y se documenta.

Indicador

11.1.1.1.  Existe un Programa de seguridad del laboratorio.

11.1.2. La organización mide los tiempos de respuesta de los estudios de laboratorio y evalúa los resultados en función de los cuales emprende acciones de mejora.

Indicador

11.1.2.1.  Porcentaje de estudios de laboratorio de urgencias que cumplen el tiempo de respuesta establecido.

11.1.3. Existe un procedimiento para informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.

Indicador

11.1.3.1.  Existencia de un procedimiento para informar de resultados críticos de pruebas de laboratorio.

11.1.4. Todo el equipo usado para análisis de laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad, y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Indicador

11.1.4.1.  Existe un registro de mantenimiento, calibración e inspección de los equipos de laboratorio.

11.1.5. Se dispone de reactivos esenciales y demás suministros y se evalúan para garantizar la precisión y exactitud de los resultados.

Indicador

11.1.5.1.  Número de roturas de stock de reactivos esenciales.

11.1.6. Existe un procedimiento para almacenar, manipular, conservar y desechar de forma segura los reactivos.

Indicador

11.1.6.1.  Existe un procedimiento para almacenar, manipular, conservar y desechar de forma segura los reactivos.

11.1.7. Existe un procedimiento para almacenar, manipular, conservar y desechar de forma segura las muestras.

Indicador

11.1.7.1.  Existe un procedimiento para recoger, identificar, manipular, conservar, transportar y desechar de forma segura las muestras.

11.1.8. Existe un procedimiento para la validación de los informes de laboratorio.

Indicador

11.1.8.1.  Existe un procedimiento para la validación de los resultados de laboratorio.

11.1.9. La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad y seguridad de todos los procesos de mantenimiento de los servicios de laboratorio.

Indicador

11.1.9.1.  Se hace un informe de revisión por la dirección en relación con el mantenimiento de los equipos de laboratorio.

11.1.10. El servicio de laboratorio está certificado según la Norma UNE-EN ISO 15189:2007 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia.

Indicador

11.1.10.1.  El servicio de laboratorio está certificado y se mantiene según la Norma UNE-EN ISO 15189:2007.

Para el objetivo 11.2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros.

11.2.1. El centro dispone de un Programa de Garantía de Calidad, según el RD 1976/1999 y está implementado el programa de protección radiológica, que se sigue y se documenta.

Indicador

11.2.1.1.  Existencia del Programa de garantía de calidad y protección radiológica en radiodiagnóstico.

11.2.2. El centro mide y pone a disposición de los pacientes el cálculo y sumatorio de radiaciones recibidas a lo largo de su proceso asistencial.

Indicador

11.2.2.1.  Porcentaje cumplimentación del registro de dosis de radiación en la historia clínica del paciente.

11.2.3. El centro establece medidas para disminuir los errores de diagnóstico realizando actividades como estudios de concordancia entre "pares".

Indicador

11.2.3.1.  Porcentaje de concordancia de estudios entre pares en radiología convencional.

11.2.4. Existe un procedimiento para informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.

Indicador

11.2.4.1.  Existencia procedimiento para informar de resultados críticos de pruebas diagnósticas por imagen.

11.2.5. Todo el equipo usado para estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se registran estas actividades.

Indicador

11.2.5.1. Existen registros actualizados de los controles de mantenimiento y calibración de los equipos de radiodiagnóstico.



11.2.6. Los procedimientos de control de la calidad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente están implementados, se cumplen y se documentan.

Indicador

11.2.6.1. Porcentaje de procedimientos de seguridad relatados en este criterio que están implantados en los servicios de diagnóstico por imagen.



11.2.7. La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad y seguridad de todos los procesos de mantenimiento de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Indicador

11.2.7.1. Se hace un informe de revisión por la dirección de los procesos de mantenimiento de los equipos de radiología y diagnóstico por la imagen.



Estrategia 12.- Seguridad en los Cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento

Justificación

Los cuidados comprenden una serie de procedimientos y técnicas que requieren una especial precaución debido no sólo al riesgo intrínseco que alguno de ellos comporta para la seguridad de los pacientes sino también por el volumen y el alcance de los mismos tanto en los centros hospitalarios como en el ámbito extra hospitalario. Cada día millones de acciones se llevan a cabo como consecuencia de los cuidados proporcionados a nuestra ciudadanía. Por ello es necesario establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados, estableciéndose posteriormente un sistema de priorización según su alta frecuencia de aparición, su elevada evitabilidad o la gravedad de sus consecuencias.

Los cuidados han de ser abordados desde un enfoque multidisciplinar, pero en este campo el personal de enfermería tiene una importancia crucial. Históricamente las enfermeras han tenido muy presente los cuidados relacionados con la prevención de algunos eventos adversos como las úlceras por presión, las caídas y las flebitis. Existen procedimientos específicos para su prevención mediante escalas de evaluación del riesgo y aplicación de cuidados oportunos.

El informe ENEAS⁽⁵⁾ atribuye un 7,63% de los Eventos adversos a causas relacionadas con los cuidados, entre los que señala:

- Escaras.
- No confirmación de órdenes "raras".
- Catéteres mal insertados.
- Aspiración broncopulmonar en anciano demenciado.
- Flebitis.
- Hematuria por arrancamiento de sonda.
- Deterioro cognitivo del paciente.
- No programación de ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Déficit neurológico de reciente aparición.
- Fallo en el mecanismo de alarma del sistema de monitorización.

El estudio de referencia en seguridad de los cuidados es el estudio: **Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA⁽³⁶⁾**, a partir del cual se propusieron diversos estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente para los hospitales del Servicio Nacional de Salud. En este sentido varios hospitales fundamentalmente los que participaron en su definición, pusieron en marcha algunos estándares específicos que en el mismo se recogen como el manejo del dolor, la prevención de caídas o de úlceras por presión en el ámbito hospitalario, la mejora de la formación en seguridad y de sensibilización de profesionales y pacientes y como consecuencia obtuvieron mejoras.

Las úlceras por presión de grado III o IV de origen nosocomial, la muerte o grave incapacidad derivada de una caída en el entorno sanitario, o un suicidio, se consideran eventos centinela y deben ser abordados como tal⁽³⁷⁾. Estos eventos tienen como característica común la gravedad de sus consecuencias y el hecho de ser claramente prevenibles.

El abordaje en la prevención del suicidio debe ser una prioridad. Los suicidios en el ámbito sanitario existen y su probabilidad de ocurrencia va en aumento. Es necesario establecer medidas para identificar y tratar la conducta suicida siguiendo las recomendaciones existentes⁽³⁸⁾. La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento.

La violencia de género es uno de los problemas sociales más complejos y preocupantes de la actualidad. Sin embargo su magnitud todavía nos resulta bastante desconocida. Tanto es así, que el principal problema consiste en la no identificación, es decir, no se sospecha el origen de las lesiones ya que la víctima puede ocultarlo e incluso negarlo. Es imprescindible familiarizar a los profesionales de la salud para mejorar el abordaje y la detección de estas situaciones.

Objetivos

Mejorar la seguridad de los cuidados en los centros asistenciales a partir de la implantación de procedimientos actualizados sobre los aspectos clave descritos a continuación, incorporando información para los pacientes.

12.1

Identificar y gestionar los riesgos de los procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento que puedan comprometer la seguridad del paciente.

12.2

Incorporar como una práctica habitual en los centros la evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención, que deberán quedar reflejados en el plan de cuidados de la historia clínica del paciente.

12.3

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 12.1.- Mejorar la seguridad de los cuidados en los centros asistenciales a partir de la implantación de procedimientos actualizados sobre los aspectos clave, incorporando información para los pacientes:

- Prevención de caídas y lesiones asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Seguridad en las contenciones mecánicas.
- Prevención de la malnutrición.
- Prevención de la broncoaspiración.
- Detección y asistencia al paciente frágil.
- Prevención del deterioro cognitivo.
- Abordaje integral del dolor.
- Prevención del suicidio.
- Prevención de fugas.
- Prevención de raptos y abandonos en el ámbito hospitalario.
- Prevención de reacciones alérgicas al látex.
- Prevención de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Prevención de las hemorragias en pacientes de riesgo como anticoagulados, postquirúrgicos y sometidos a procedimientos invasivos.
- Actuación ante situaciones emergentes graves de pacientes, con dispositivos de atención inmediata a la Parada Cardiorespiratoria.
- Prevención de quemaduras por dispositivos asistenciales.
- Detección y prevención de la violencia de género.

12.1.1. El centro dispone de procedimientos actualizados para la seguridad en los cuidados que están disponibles para los profesionales, en los que se incluyen información para pacientes y familiares/cuidadores.

Indicador



12.1.1.1.

Existencia de los 17 procedimientos de seguridad en los cuidados, recogidos en este criterio, actualizados y disponibles para los profesionales.

12.1.2. El centro dispone de un sistema de evaluación del cumplimiento de los procedimientos en el que se incluye el registro, monitorización y análisis de los aspectos de seguridad en los cuidados mencionados y se establecen medidas de mejora.

Indicador



12.1.2.1.

Se incluyen indicadores de riesgos en los cuidados en el cuadro de mando de la organización para su evaluación, revisión y mejora.

Para el objetivo 12.2.- Identificar y gestionar los riesgos de los procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento que puedan comprometer la seguridad del paciente.

12.2.1. El centro tiene identificados y gestiona los riesgos de los procedimientos técnicos relacionados con la inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos, como: catéteres, sondas, cánulas, drenajes y otros.

Indicador



12.2.1.1.

Existe un mapa de riesgos de los procedimientos de inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos.

12.2.2. El centro tiene identificados y gestiona los riesgos de los procedimientos clínicos relacionados con la realización de curas de heridas/úlceras/lesiones para garantizar la integridad cutánea.

Indicador



12.2.2.1.

Existe un mapa de riesgos de los procedimientos clínicos relacionados con el mantenimiento de la integridad cutánea.

12.2.3. El centro dispone de un procedimiento de revisión y mantenimiento de los carros de parada.

Indicador

12.2.3.1.   Porcentaje de carros de parada se mantienen según procedimiento.

Para el objetivo 12.3.- Incorporar como una práctica habitual en los centros la evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención, que deberán quedar reflejados en el plan de cuidados de la historia clínica del paciente.

12.3.1. Se establece un plan de cuidados individualizado para cada paciente en el que se contempla la evaluación de riesgos, las escalas de valoración y las acciones preventivas adecuadas que se evalúan de manera periódica.

Indicador

12.3.1.1.   Porcentaje de pacientes con acciones preventivas adecuadas en relación con su Plan de Cuidados Individualizado (PCI).

12.3.2. Los profesionales introducen en el sistema de información corporativo los datos necesarios para el seguimiento de indicadores de seguridad de paciente y adoptan propuestas de mejora en relación con los hallazgos encontrados.

Indicador

12.3.2.1.   Porcentaje de incidentes registrados que concuerdan con incidentes observados.

Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios

Justificación

La asistencia sanitaria se presta en entornos concretos, cuyos niveles de seguridad son también responsabilidad de la organización. Los centros deben disponer de infraestructuras, equipamientos y material sanitario que cumplan requisitos de seguridad. Es necesario reducir y controlar los posibles riesgos para prevenir accidentes y lesiones tanto de ciudadanos como de profesionales.

Los edificios y terrenos pertenecientes a la organización sanitaria deben de garantizar la seguridad y accesibilidad de sus usuarios, teniendo presente la eliminación de barreras arquitectónicas.

Una gestión efectiva incluye planificación, educación y control, en la que los líderes planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para respaldar en forma segura y efectiva los servicios clínicos prestados, todo el personal recibe educación sobre las instalaciones, sobre cómo reducir los riesgos y cómo controlar e informar situaciones que representan riesgos.

La seguridad del entorno debe integrar la gestión de residuos y productos peligrosos. Las organizaciones sanitarias son generadoras de una gran cantidad de desechos, cuya adecuada gestión aumenta la seguridad de los pacientes y la de los profesionales, además de contribuir a la mejora medioambiental. La forma en que una organización gestiona los residuos que genera es un valioso indicador de responsabilidad social corporativa.

Objetivos

Gestionar las infraestructuras y equipamientos de modo que se garantice su idoneidad y la seguridad en su uso, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.	Gestionar de forma eficiente y segura las eventuales situaciones de emergencias externas y/o internas en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.
13.1	13.2

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 13.1.- Gestionar las infraestructuras y equipamientos de modo que se garantice su idoneidad y la seguridad en su uso, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.

13.1.1. Los profesionales son informados sobre el uso seguro de las instalaciones y equipos que manejan.

Indicador	
13.1.1.1.	Porcentaje de unidades en las que el Manual de Acogida se recoge información sobre el uso seguro de instalaciones y equipos.

13.1.2. Los responsables de los servicios y unidades informan al personal a su cargo sobre la utilización, y mantenimiento de equipos nuevos con la antelación suficiente para que los cambios sean asimilados por los profesionales.

Indicador	
13.1.2.1.	Se informa por correo corporativo sobre la introducción de equipos nuevos a los profesionales afectados, con la antelación suficiente para que asuman el cambio.

13.1.3. Los profesionales implicados en la utilización de equipos destinados al diagnóstico y tratamiento reciben la formación adecuada a su nivel técnico y especialidad.

Indicador

13.1.3.1.



Porcentaje de equipos en los que existen fichas de instrucciones técnicas básicas necesarias para el buen uso de los aparatos de electromedicina, comprensibles y accesibles para los profesionales que los usan

13.1.4. Existe un procedimiento de revisión de caducidades de material fungible.

Indicador

13.1.4.1.



Porcentaje de unidades en las que no se objetiva material fungible caducado.

Para el objetivo 13.2.- Gestionar de forma eficiente y segura las eventuales situaciones de emergencias externas y/o internas en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.

13.2.1. Se dispone de un Plan de Emergencias adaptado al centro y actualizado con las actuaciones específicas a realizar por los profesionales, pacientes y familiares ante situaciones de emergencias externas e internas que les puedan afectar: incendios, inundaciones, derrames de productos tóxicos, etc.

Indicador

13.2.1.1.



Existencia de Planes de Emergencias actualizados.

13.2.2. Se dispone de un plan de formación anual dirigido a todos los trabajadores sobre medidas de seguridad en situaciones de emergencias internas y externas

Indicador

13.2.2.1.



Porcentaje de trabajadores formados en el Plan de Emergencias en los últimos dos años.

13.2.3. Los centros realizan simulacros de evacuación y emergencia de forma sistemática y planificada e informe descriptivo, analizando el desarrollo del mismo e incluyendo las oportunidades de mejora detectadas.

Indicador

13.2.3.1.



Se realizan simulacros sistemáticos de evacuación y emergencia cada 2 años como mínimo.

13.2.4. Se dispone de un número de teléfono único que activa el Plan de Emergencias del centro y está visible y accesible para los profesionales.

Indicador

13.2.4.1.



Porcentaje de áreas y/o unidades en las que está visible el número de teléfono único que activa el Plan de Emergencias.

Estrategia 14.- Investigación e Innovación en Seguridad del Paciente

Justificación

La investigación en Seguridad del Paciente es un componente esencial para la elaboración y aplicación de una política eficaz. Debe impulsarse en todos los ámbitos de la atención para conocer la incidencia, prevalencia y causas de los eventos adversos y poder desarrollar soluciones factibles, efectivas y eficientes.

La reciente Ley 5/2013, do 30 de mayo, de fomento de la investigación y de la innovación de Galicia - que actualiza la ley 12/1993, del 6 de agosto, de fomento de la investigación y del desarrollo tecnológico -, constituye el marco legal de referencia vigente, y da cabida a los cambios normativos producidos recientemente tanto en el ámbito gallego como en el estatal, así como a las recomendaciones y escenarios propuestos desde la Unión Europea.

El sector sanitario en Galicia es un agente competitivo de alto nivel técnico y científico, capaz de generar proyectos de alto impacto socio-económico. El reto es convertir el conocimiento depositado en las personas en valor, y ser capaces de mejorar la seguridad de los servicios que ofrece el Servicio Gallego de Salud.

Objetivos

Impulsar la investigación en Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud.

14.1

Potenciar la gestión innovadora de la Seguridad del Paciente en la organización, favoreciendo y potenciando el uso de nuevas tecnologías y su aplicación en la mejora de la Seguridad del Paciente.

14.2

Criterios para la evaluación

Para el objetivo 14.1.- Impulsar la investigación en Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud.

14.1.1. Se coordinan y desarrollan líneas de investigación en Seguridad de Pacientes con enfoques multidisciplinares: investigación básica, epidemiológica, clínica y de gestión.

Indicador

14.1.1.1. Existencia de un programa de investigación con una línea de Seguridad del Paciente.



14.1.2. Existen en los programas de investigación de la organización estudios que mejoren el conocimiento sobre aspectos clave en Seguridad del Paciente, como:

- Incidencia y prevalencia de eventos adversos
- Costes de la no seguridad
- Evaluación del impacto de las intervenciones para la mejora de la Seguridad del Paciente.
- Análisis de riesgos en áreas asistenciales específicas.

Indicador

14.1.2.1. Número de estudios de investigación sobre aspectos clave en seguridad del paciente.



14.1.3. Se colabora con las universidades de la Comunidad Autónoma, Sociedades Científicas y proyectos nacionales e internacionales, para potenciar la investigación en SP.

Indicador

14.1.3.1. Número de estudios multicéntricos o coordinados sobre seguridad de pacientes en los que participen investigadores de la organización.



14.1.4. Se realizan en el ámbito de la organización tesis doctorales y publicaciones en revistas científicas relacionadas con la Seguridad de los Pacientes.

Indicador

14.1.4.1. Número de publicaciones en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridad de pacientes.



14.1.5 Se realizan en el ámbito de la organización. presentaciones a congresos relacionadas con la Seguridad de los Pacientes.

Indicador

14.1.5.1. Número de comunicaciones a congresos relacionadas con la Seguridad del Paciente.



Para el objetivo 14.2.- Potenciar la gestión innovadora de la Seguridad del Paciente en la organización, favoreciendo y potenciando el uso de nuevas tecnologías y su aplicación en la mejora de la Seguridad del Paciente.

14.2.1. Se introducen en determinados procesos de riesgo, sistemas a prueba de error basados en la aplicación de nuevas tecnologías y encaminados a mejorar su seguridad.

Indicador

14.2.1.1. Número de procesos de riesgo con sistemas "a prueba de error".



14.2.2. Los sistemas y procedimientos innovadores en Seguridad de Pacientes son refrendados desde la Agencia de Tecnologías Sanitarias del Servicio Gallego de Salud.

Indicador

14.2.2.1. Número de sistemas y procedimientos innovadores en Seguridad del Paciente.



14.2.3. Se fomenta la obtención de patentes de los sistemas y/o tecnologías relacionados con la prevención de riesgos y errores.

Indicador

14.2.3.1. Existencia de un registro de patentes en relación con sistemas y/o tecnologías sobre prevención de riesgos y errores.



Este documento ha sido realizado por:

- **DIRECCIÓN**

Carreras Viñas, Mercedes

- **COORDINACIÓN**

Pais Iglesias, Beatriz

- **GRUPO DE TRABAJO**

Carreras Viñas, Mercedes
Fiuza Barreiro, Belén
García Cepeda, Begoña

Graña Garrido, Maria Isabel
Martín Rodríguez, Maria Dolores
Pais Iglesias, Beatriz

Rodríguez Pérez, Bárbara
Sobral Fernández, Yolanda

- **REVISORES Y COLABORADORES DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD**

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los que con sus conocimientos y dedicación, han colaborado en la revisión de este sistema y en la elaboración de indicadores y el consenso de estándares. Muchas de sus aportaciones han enriquecido este trabajo.

Abraira García, Luisa
Álvarez Fernández, M^a Olga
Alvarez Vázquez, Juan Carlos
Carbón Otero, Mariana
Castro Lareo, Beatriz
Castro Pérez, José Manuel
Cernadas Arcas, M^a Irene
Crespo Diz, Carlos
Dominguez Arias, Begoña
Enríquez de Salamanca Hollzinger, Ignacio
Esperón Güimil, José Antonio
Ezpeleta Sáenz de Urturi, Estíbaliz
Faccio López, Susana Beatriz
Fernández García, Adelina
Fernández López, Alicia

Fernández Rodríguez, M^a Ángeles
García Comesaña, Julio
García del Pino Castro, Isabel
Garrido Filgueiras, María Jesús
Gómez Fandiño, Yolanda
Gonzalez Vazquez, Antía
Iglesias Casas, Gregorio
Larriba Leira, Laura
López-Pardo y Pardo, Estrella
Martínez López, M^a Angeles
Morado Quiñoá, Purificación
Muñoz Mella, María Antonia
Neira Dopazo, José Alfonso
Oliveira Lorenzo, Clara
Ortigueira Espinosa, José Antonio

Pardo Lemos, Inmaculada
Pesado Cartelle, Jose
Piñeiro Redondo, Alicia
Portela Orjales, Daniel
Reza Castiñeiras, Pilar
Roca Bergantiños, M^a Olga
Rodríguez Calvo, Inmaculada
Rodríguez Castaño, Mónica
Rodríguez Dapena, Silvia
Rodríguez Lorenzo, David
Rodríguez Vázquez, Pastora
Suárez Soto, Ramona
Vázquez Martínez, Ana

- 1 Estratexia Sergas 2014: La Sanidad Pública al Servicio del Paciente.
Ref: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- 2 Organización Mundial de la Salud.
Ref: <http://www.who.int/patientsafety/es/OMS>
- 3 Revisión bibliográfica sobre trabajos de Costes de la "No seguridad del paciente", Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
- 4 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000.
- 5 Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS).
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- 6 Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria (APEAS)
Ref: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
- 7 Organización Panamericana de la Salud.
Ref: <http://www.paho.org>
- 8 Estudio IBEAS Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica.
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/INFORMEIBEAS.pdf>
- 9 Estudio EARCAS Eventos Adversos en Residencias y Centros Sociosanitarios.
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/earcas.pdf>
- 10 Joint Commission International.
Ref: <http://es.jointcommissioninternational.org/>
- 11 Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente
Ref: <http://www.who.int/patientsafety/en>
- 12 The global burden of unsafe medical care: analytic modeling of observational studies. BMJ Qual Saf 2013 22:809-815
Ashish K Jha, Itziar Larizgoitia, Carmen Audera-Lopez, et al.
- 13 Pacientes en defensa de su seguridad.
Ref: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html
- 14 Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013.
Ref: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks>
- 15 Speak Up Joint Commission Help Prevent Errors in your Care.
Ref: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf>

- 16** Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria".
Ref: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf
- 17** Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial, (PaSQ Joint Action -JA).
Ref: <http://www.pasq.eu/>
- 18** Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult services. Febrero 2012 NHS
Ref: <http://publications.nice.org.uk/patient-experience-in-adult-nhs-services-improving-the-experience-of-care-for-people-using-adult-cg138>
- 19** Declaración de los Profesionales por la Seguridad del Paciente de 2006
Ref: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/Declaracion_Profesionales_SP.pdf
- 20** Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
<http://www.msssi.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
- 21** La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. 2010.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf
- 22** Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes
Ref: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/o7o8o6132617.pdf>
- 23** Declaración de Zaragoza Atención al Paciente
Ref: http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/Otros/Campanias/Documentos/declaracion_de_zaragoza.pdf
- 24** Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia.
Ref: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2253-ga.pdf>
- 25** Plan de Prioridades sanitarias Sergas 2011-2014.
Ref: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF-2058-ga.pdf>
- 26** Escola Galega de Saúde para Cidadáns.
Ref: <http://www.sergas.es/EscolaSaude/PortadaEscola.aspx?IdPaxina=75000>
- 27** Manifiesto de pacientes y ciudadanos por la higiene de manos. 2013.
http://www.sergas.es/Docs/EGSPC/Manifiesto%20Pacientes%20_galego.pdf
- 28** Normativa vigente en la intranet del Servicio Gallego de Salud.
Ref: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_To1.aspx?IdPaxina=62115
- 29** Glosario de la OMS.
<http://www.eps-salud.com.ar/glosariooms.htm>
- 30** Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3243099>
- 31** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)
- 32** Evolución de Prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011) Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad 2012
Ref: http://seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/evolucion_practicas_seguras_medicamentos.pdf
- 33** How-to Guide: Prevent surgical site Infection for Hip and Knee Arthroplasty. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
Ref: www.ihl.org

- 34** Estándares de acreditación en transfusión sanguínea. Comité de acreditación en Transfusión. CAT 2006.
Ref: http://www.sets.es/index.php?option=com_content&view=article&id=82:estandares-de-acreditacion-del-cat&catid=43:guias&Itemid=41
- 35** Con la Seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente, Ministerio de Sanidad 2008
Ref: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridadenmente.pdf>
- 36** Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.
Ref: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
- 37** Never events. National Quality Forum.
http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx
- 38** Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_resum.pdf
- 39** Bloque quirúrgico, estándares y recomendaciones. Informe, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política social.
Ref: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/resumen_ejecutivo.htm
- 40** "Towards a Safer Radiotherapy" National Health Service 2008.
Ref: https://www.rcr.ac.uk/docs/oncology/pdf/Towards_saferRT_final.pdf

Anexo 1: Instituciones y Organismos Internacionales de referencia en Seguridad de Pacientes

• ESTADOS UNIDOS

- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations:
<http://www.jcaho.org>
- Joint Commission International Center for Patient Safety
<http://www.jcpatientsafety.org/>
- Agency for Health Care Research and Quality
<http://www.ahrq.gov/>
- Institute for Health Care Improvement
<http://www.ihl.org/ihl>
- American Society for Health Care Risk Management
<http://www.ashrm.org/ashrm/index.jsp>
- Institute for Safe Medication Practices
<http://www.ismp.org/>
- Partnership for Patient Safety
<http://www.p4ps.org/>
- National Center for Patient Safety Department of Veterans Affairs
<http://www.patientsafety.gov/>

• EUROPA

- The European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ Joint Action
<http://www.pasq.eu/>

• ESPAÑA

- Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
<http://www.seguridadelpaciente.es/>
- Biblioteca Cochrane Plus
<http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>
- Catalogo de Guías del Sistema Nacional de Salud
<http://www.guiasalud.es/>
- Instituto Donabedian
<http://www.fadq.org>
- Instituto para el Uso Seguro de los medicamentos
<http://www.usal.es/ismp>
- Sociedad Española de Calidad Asistencial
<http://www.calidadasistencial.es/>
- Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios
<http://www.aegris.org/>
- Universidad de los Pacientes
<http://www.universidadpacientes.org/>

• REINO UNIDO

- National Patient Safety Agency
www.npsa.nhs.uk/
- Saferhealthcare
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>
- Clinical Safety Research Unit.
<http://www.csru.org.uk/>
- Patient Safety Research Programme-University of Birmingham
<http://www.pcpoh.bham.ac.uk/publichealth/psrp/>

• CANADÁ

- Canadian Institute for Health Information
<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Home/home/cihioooooo>
- Canadian Patient Safety Institute
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/>
- Safer Healthcare Now!
<http://www.saferhealthcarenow.ca/>

• FRANCIA

- Haute Autorité de Santé
<http://www.has-sante.fr>

Anexo 2: Recomendación del Consejo Europeo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009)

1. Fomentar el establecimiento y desarrollo de políticas y programas nacionales sobre seguridad del paciente.
2. Capacitar e informar a los ciudadanos y a los pacientes.
3. Apoyar el establecimiento, o reforzar los existentes, de sistemas de información y aprendizaje de eventos adversos sin sanciones.
4. Promover la educación y la formación de los profesionales sanitarios en materia de Seguridad del paciente.
5. Clasificar y medir la seguridad del paciente a escala comunitaria, colaborando entre sí y con la Comisión Europea.
6. Compartir conocimientos, experiencias y buenas prácticas.
7. Desarrollar y promover la investigación en materia de seguridad del paciente.
8. Adoptar y aplicar al nivel adecuado una estrategia de prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Ref: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

Anexo 3: Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (PaSQ Joint Action) Objetivos del Working Safety Group

El Working Patient Safety Group ha creado la Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial, (PaSQ Joint Action -JA) una red europea en seguridad de pacientes, cuyos objetivos son:

Objetivo general: Contribuir a la seguridad del paciente (SP) y a una buena calidad asistencial (CA)

- 1.** Apoyando la implementación de las Recomendaciones del Consejo sobre SP mediante la cooperación entre los Estados Miembros (EM) y las instituciones europeas e internacionales:
 - Compartiendo conocimiento, experiencia y buenas prácticas a través del trabajo conjunto y del análisis de la posibilidad de transferencia de estas prácticas.
 - Contribuyendo a la implementación en los EM de buenas prácticas seleccionadas
- 2.** Fortaleciendo la cooperación entre los EM y las instituciones de la UE en materia de calidad asistencial (CA), incluyendo la SP y la implicación de los pacientes (IP):
 - Obteniendo claves sobre la organización de la SP y los sistemas de gestión de la CA en los EM
 - Compartiendo buenas prácticas en SP y CA (Calidad Asistencial)
 - Reflexionando sobre los principios de una buena CA
 - Construyendo y/o consolidando una red de organizaciones para una colaboración permanente en materia de CA, incluyendo la SP y la IP

El periodo previsto para PaSQ JA es de 36 meses (1 de abril de 2012 – 31 de marzo de 2015) y se llevará a cabo a través de 7 áreas de trabajo (Work Packages –WP): :

WP1: Coordinación de PaSQ JA

Objetivo: gestionar el proyecto y asegurar que se implementa según lo planificado.
Coordinación: Haute Autorité de Santé (HAS), Francia.

WP2: Divulgación de PaSQ JA

Objetivo: asegurar que los resultados y productos del proyecto llegan a los grupos diana.
Coordinación: Agency for Quality and Accreditation in Health Care and Social Welfare (AQAH), Croacia.

WP3: Evaluación de PaSQ JA

Objetivo: verificar que el proyecto se implementa según lo planificado y logra sus objetivos.
Coordinación: National and Kapodistrian University of Athens (NKUA), Grecia.

WP4: Buenas prácticas clínicas en seguridad del paciente

Objetivo: identificar, evaluar y hacer visibles buenas prácticas clínicas en SP y establecer mecanismos de intercambio sobre ellas.
Coordinación: Danish Society for Patient Safety (DSPS), Dinamarca.

WP5: Implantación de iniciativas en seguridad del paciente

Objetivo: implementación y seguimiento de prácticas en SP en centros sanitarios de los EM.
Coordinación: German Agency for Quality in Medicine (AQuMed), Alemania.

WP6: Colaboración en sistemas de gestión de la calidad asistencial en la UE

Objetivo: fortalecer la cooperación entre los EM y las instituciones colaboradoras del proyecto en cuestiones relativas a los sistemas de gestión de la calidad asistencial, incluyendo la seguridad y la implicación de los paciente.

Coordinación: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), España.

WP7: Sostenibilidad de la red

Objetivo: mantener una colaboración permanente para establecer mecanismos de aprendizaje entre los EM y las instituciones europeas relevantes.

Coordinación: Ministry of Health (SKMoH), Eslovaquia.



Ref: <http://www.pasq.eu>

Anexo 4: Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud 2010

En 2010 se elaboró un nuevo Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud cuya Estrategia 8 hace referencia a: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.

La estrategia se desglosa en 6 grandes objetivos, que llevan aparejados propuestas de proyectos específicos:

1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.
2. Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.
3. Implantar prácticas seguras en el SNS.
4. Promover la investigación en seguridad de los pacientes.
5. Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes.
6. Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales.

Ref: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/eco3.htm>

Anexo 5: Compromiso del Ministerio de Sanidad con la OMS en los Retos para la Seguridad del Paciente

El compromiso del Ministerio de Sanidad con la OMS en los Retos para la Seguridad del Paciente incluye

1. Promover los más altos estándares de práctica y comportamiento para reducir los riesgos asociados a los cuidados de salud.
2. Fomentar y mantener colaboraciones con las sociedades científicas, escuelas de formación, centros docentes, universidades y centros sanitarios de otros estados miembros de la OMS para asegurar la
3. total utilización del conocimiento y la experiencia en el campo de los Eventos Adversos asociados a los cuidados de salud.
3. Propiciar el apoyo a los responsables de gestión y a los líderes profesionales para promover la mejora de las intervenciones para reducir los Eventos Adversos asociados a los cuidados de Salud.

Referencia: Conferencia Internacional en Seguridad del Paciente: Retos y realidades en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

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

Anexo 6: Directrices y Recomendaciones Europeas sobre Seguridad Transfusional

- Convenio de 4 abril 1997, ratificado por Instrumento de 23 julio 1999, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (BOE 20 octubre 1999), modificado por Protocolo de 12 de enero 1998, ratificado por Instrumento de 7 de enero 2000.
- Directiva 2002/98/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de enero de 2003 por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes y por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE.
- Directiva 2004/33/CE DE LA COMISIÓN de 22 de marzo de 2004 por la que se aplica la Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere a determinados requisitos técnicos de la sangre y los componentes sanguíneos (Texto pertinente a efectos del EEE).
- Directiva 2005/61/CE DE LA COMISIÓN de 30 de septiembre de 2005 por la que se aplica la Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo relativo a los requisitos de trazabilidad y a la notificación de reacciones y efectos adversos graves (Texto pertinente a efectos del EEE).
- Directiva 2005/62/CE DE LA COMISIÓN de 30 de septiembre de 2005 Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere a las normas y especificaciones comunitarias relativas a un sistema de calidad para los centros de transfusión sanguínea.
- Resolución del Consejo de Europa (2008) sobre responsabilidad del donante y la limitación a la donación de sangre y componentes sanguíneos. Adoptado por el Comité de Ministros el 12 de marzo de 2008.

SISTEMA DE EVALUACIÓN: PANEL de INDICADORES

LISTADO DE INDICADORES

Estrategia 1.- Liderazgo y gestión en seguridad de pacientes

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
1.1.1.1. 	La organización dispone de una Política de Gestión de Riesgos alineada con la estrategia del Servicio Gallego de Salud.	Dicotómico s/n		Liderazgo	1
1.2.1.1. 	La Comisión de Dirección aprueba y renueva los objetivos operativos del sistema de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente.	Dicotómico s/n		Liderazgo	2
1.2.2.1. 	Existe al menos un profesional referente de Seguridad del Paciente y un representante de la Dirección responsable del sistema de gestión de riesgos.	Dicotómico s/n		Liderazgo	3
1.2.3.1. 	Existe un cuadro de mando que permite verificar y realizar seguimiento del funcionamiento del sistema de GR.	Dicotómico s/n		Liderazgo	4
1.2.4.1. 	Los líderes aprueban las acciones de tratamiento del riesgo y las acciones correctivas.	Dicotómico s/n		Liderazgo	5
1.2.5.1. 	Existe un informe anual de revisión de resultados de Gestión de Riesgo, con aplicación de benchmarking.	Dicotómico s/n		Liderazgo	6
1.3.1.1. 	Número de rondas de seguridad realizadas anualmente con participación de algún miembro de la dirección, documentadas.	Número de rondas de seguridad realizadas anualmente con participación de algún miembro de la dirección, documentadas	>3 Anuales	Liderazgo	7
1.3.2.1. 	Los líderes realizan encuestas de percepción de la sociedad sobre la seguridad del paciente.	Dicotómico s/n		Liderazgo	8
1.3.3.1. 	Los líderes reconocen expresamente la contribución de los profesionales a los logros alcanzados en Seguridad de Pacientes.	Dicotómico s/n		Liderazgo	9
1.4.1.1. 	Los líderes realizan sesiones para informar a los trabajadores sobre el funcionamiento, los resultados del Sistema de Gestión de Riesgos y las acciones de mejora implementadas.	Dicotómico s/n		Liderazgo	10
1.4.2.1. 	Número de reclamaciones de la Organización relacionadas con Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves.	Número de reclamaciones de la Organización relacionadas con Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves	≤ 5	Liderazgo	11

Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
2.1.1.1. 	Existe un procedimiento para la identificación de las necesidades formativas de los profesionales relacionadas con la Gestión de Riesgos.	Dicotómico s/n		Formación	1
2.2.1.1. 	Existe un plan de formación anual en seguridad del paciente.	Dicotómico s/n		Formación	2
2.3.1.1. 	Porcentaje de trabajadores de los servicios subcontratados que han recibido formación en Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.	$(\text{N}^{\circ} \text{Trabajadores que recibieron formación} / \text{N}^{\circ} \text{Total trabajadores}) \times 100$	$\geq 75 \%$	Formación	3
2.4.1.1. 	Nº de sesiones clínicas de revisión de eventos adversos graves y eventos centinela, utilizando la metodología ACR.	Nº de sesiones clínicas de revisión de eventos adversos graves y eventos centinela, utilizando la metodología ACR	≥ 3	Formación	4
2.4.2.1. 	Existe un sistema de información a los profesionales que difunde las alertas sobre Seguridad del Paciente, análisis de incidentes e implantación de buenas prácticas y sus resultados.	Dicotómico s/n		Formación	5
2.5.1.1. 	Porcentaje de profesionales de la organización que han participado como docentes en acciones formativas de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.	$(\text{Número de profesionales de la organización que han participado en acciones formativas de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente} / \text{N}^{\circ} \text{de profesionales de la organización}) \times 100$	$\geq 10 \%$	Formación	6

Estrategia 3 - Participación ciudadana en seguridad del paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
3.1.1.1. 	Se dispone de un Plan de Formación en Seguridad del Paciente dirigido a pacientes/ciudadanos.	Dicotómico s/n		Ciudadanos	1
3.1.2.1. 	Número de Pacientes Expertos.	Número de pacientes expertos en la Organización, desagregados por patología	≤ 25 por EOXI y patología	Ciudadanos	2
3.1.3.1. 	Nº de pacientes de la Organización que participan en Foros, conferencias, congresos y jornadas.	Nº de pacientes de la Organización que participan en Foros, conferencias, congresos y jornadas	≥ 15	Ciudadanos	3
3.1.4.1. 	Nº de ciudadanos formados en actividades relacionadas con la prevención, atención y protección de la violencia de género.	Nº de ciudadanos formados en actividades relacionadas con la prevención, atención y protección de la violencia de género.	≥ 50	Ciudadanos	4
3.2.1.1. 	Nº de actas de la Comisión de Participación Ciudadana en las que existen evidencias de información sobre reclamaciones y eventos adversos.	Nº de actas de la Comisión de Participación Ciudadana en las que existen evidencias de información sobre reclamaciones y eventos adversos.	≥ 2 anuales	Ciudadanos	5
3.2.2.1. 	Nº de actividades de seguridad de pacientes realizadas con participación de asociaciones de pacientes.	Nº de actividades de seguridad de pacientes realizadas con participación de asociaciones de pacientes	≥ 2 anuales	Ciudadanos	6
3.2.3.1. 	Porcentaje de procedimientos y guías de la organización en las que han participado asociaciones de pacientes.	(Nº de procedimientos y guías en las que han participado asociaciones de pacientes / Nº de procedimientos y guías) x 100	≥ 10 %	Ciudadanos	7
3.2.4.1. 	Número de asociaciones de pacientes que participan en comisiones técnicas.	Número de asociaciones de pacientes que participan en comisiones técnicas.	≥ 3	Ciudadanos	8
3.3.1.1. 	Porcentaje de pacientes que conocen la Guía con recomendaciones para la seguridad del paciente.	Número de pacientes observados que conocen la Guía / nº pacientes observados	≥ 25 %	Ciudadanos	9
3.3.2.1. 	La organización realiza al menos una actividad anual para informar a los pacientes/ciudadanos de cómo notificar incidentes de seguridad.	Dicotómico sí/no		Ciudadanos	10
3.3.3.1. 	Porcentaje de pacientes encuestados que manifiestan recibir una asistencia "segura" o "muy segura".	(Nº de pacientes que responden "Segura" o "Muy Segura" / Nº de pacientes que responden la encuesta) x 100	≥ 85 %	Ciudadanos	11
3.3.4.1. 	Existe un procedimiento de ayuda a los pacientes para formular preguntas en relación con su proceso.	Dicotómico sí/no		Ciudadanos	12

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
3.3.5.1. 	Porcentaje de pacientes que conocen el sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM).	$(\text{N}^{\circ} \text{ pacientes que conocen sistema de notificación RAM} / \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes observados}) \times 100$	$\geq 50 \%$	Ciudadanos	13
3.3.6.1. 	Porcentaje de pacientes que firma el lugar correcto en intervenciones quirúrgicas de doble miembro.	$(\text{N}^{\circ} \text{ pacientes que firman el lugar correcto} / \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes observados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Ciudadanos	14
3.3.7.1. 	Nº de actividades sobre Higiene de Manos en los que han participado los pacientes.	Número de actividades sobre Higiene de Manos en las que han participado pacientes.	≥ 1	Ciudadanos	15

Estrategia 4 - Prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
4.1.1.1. 	Existe una Política en la organización referida al sistema de vigilancia, prevención y control de la infección.	Dicotómico sí/no		Infección	1
4.1.2.1. 	Existe un plan de acción anual para la disminución de la Infección según la Norma UNE 179006, aprobado por la dirección.	Dicotómico sí/no		Infección	2
4.1.3.1. 	Existe un procedimiento para el mantenimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección cuando se planifican e introducen cambios en la organización.	Dicotómico sí/no		Infección	3
4.1.4.1. 	Existe en la organización un informe anual de revisión por la dirección del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria.	Dicotómico sí/no		Infección	4
4.1.5.1. 	Existen en la organización procedimientos para la elaboración de planes de contingencia sobre Infecciones relacionadas con la atención sanitaria.	Dicotómico sí/no		Infección	5
4.2.1.1. 	Número de informes anuales sobre resistencia a antimicrobianos.	Número de informes sobre resistencia a antimicrobianos.	≥ 2 anuales	Infección	6
4.2.2.1. 	Existe un informe de revisión anual de la política antimicrobiana de la organización.	Dicotómico sí/no		Infección	7
4.3.1.1. 	Está implantado un procedimiento de aislamientos para la prevención de IRAS.	Dicotómico sí/no		Infección	8
4.3.2.1. 	Prevalencia de infección nosocomial adquirida en el propio centro en especialidades quirúrgicas.	$\left(\frac{\text{Nº de IRAS identificadas en CIRUGIA} / \text{Nº pacientes intervenidos observados}}{100} \right) \times 100$	≤ 3 %	Infección	9
4.3.3.1. 	Consumo en litros de preparado de base alcohólica (PBA) entregados para la higiene de las manos por cada mil estancias	$\left(\frac{\text{Nº de litros de PBA entregados} / \text{Nº estancias}}{1000} \right) \times 1000$	≥ 15 por 1000	Infección	10
4.3.4.1. 	Disponibilidad de gafas de protección en los servicios de Cuidados Críticos (UCI, REA, UCI Coronaria), Servicios Quirúrgicos, S. Urgencias	Dicotómico sí/no		Infección	11
4.3.5.1. 	Porcentaje de adecuación de la profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos.	$\left(\frac{\text{Nº IQ con profilaxis AB adecuada} / \text{Nº total IQ con profilaxis AB}}{100} \right) \times 100$	≥ 98 %	Infección	12
4.3.6.1. 	Existe un procedimiento operativo de esterilización en la organización.	Dicotómico sí/no		Infección	13
4.3.7.1. 	Existe un procedimiento operativo de desinfección en la organización.	Dicotómico sí/no		Infección	14

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
4.3.8.1. 	Número de brotes anuales de Legionella.	Nº de brotes de Legionella / año	o	Infección	15
4.3.9.1. 	Porcentaje de pacientes satisfechos con la limpieza de las instalaciones.	$\frac{\text{Nº encuestados satisfechos con limpieza}}{\text{Nº total encuestados}} \times 100$	≥ 95 %	Infección	16
4.4.1.1. 	La organización implanta un procedimiento para la identificación y gestión de brotes epidémicos.	Dicotómico sí/no		Infección	17
4.4.2.1. 	La organización dispone de un procedimiento implantado para identificar y evaluar los factores de riesgo asociados a las IRAS.	Dicotómico sí/no		Infección	18
4.4.3.1. 	La organización dispone de un procedimiento implantado que garantiza que se incorporan criterios de prevención de la infección en el diseño o reformas de áreas hospitalarias o cambio de uso de las mismas.	Dicotómico sí/no		Infección	19
4.4.4.1. 	Los servicios contratados cumplen con los requisitos de prevención de la infección incluidos en los pliegos de contratación.	Dicotómico sí/no		Infección	20
4.4.5.1. 	Disminución de la tasa de IRAS	Reducción de la tasa de IRAS con respecto al año anterior	≥ 0,1 %	Infección	21
4.5.1.1. 	Número de actividades de información y sensibilización realizadas para la prevención y control de las IRAS.	Número de información y sensibilización realizadas para la prevención y control de las IRAS.	≥ 3 anuales	Infección	22

Estrategia 5 - Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
5.1.1.1. 	Porcentaje de pacientes identificados conforme a procedimiento.	$\frac{(\text{Nº pacientes portadores de pulsera identificativa} / \text{Total de pacientes del alcance del procedimiento})}{x 100}$	100%	Identif	1
5.2.1.1. 	Porcentaje de identificación madre-hijo conforme a procedimiento.	$\frac{(\text{Nº de madres/bebés portadores de pulsera iden.} / \text{Total de pacientes del alcance del procedimiento})}{x 100}$	100%	Identif	2
5.3.1.1. 	Porcentaje de pacientes que manifiestan haber sido consultados para la comprobación de paciente correcto / lugar correcto / procedimiento correcto.	$(\text{Nº pacientes sometidos a un proced. X que manifiestan que los profesionales han comprobado junto a él lugar, identidad y procedimiento} / \text{Nº total de pacientes sometidos al procedimiento encuestados}) x 100$	$\geq 98 \%$	Identif	3
5.4.1.1. 	Existe un procedimiento de comprobación de la correcta identificación, transporte, conservación y gestión de muestras biológicas.	Dicotómico sí/no		Identif	4
5.4.2.1. 	Número de reuniones del grupo de análisis de errores de identificación de muestras.	Número de reuniones del grupo	≥ 3 anuales	Identif	5
5.4.3.1. 	Porcentaje de utilización de los registros para la comprobación de la correcta identificación de estudios de diagnóstico por la imagen.	$\frac{(\text{Nº de estudios de diagnóstico por imagen con registro de comprobación de identificación} / \text{Número total de estudios de imagen realizados en la organización})}{x 100}$	$\geq 98 \%$	Identif	6
5.4.4.1. 	Número de reuniones del grupo de análisis de errores de identificación de estudios de diagnóstico por imagen.	Nº de reuniones del grupo	≥ 3 anuales	Identif	7

Estrategia 6 - Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
6.1.1.1. 	Se dispone de procedimientos que alertan ante posibles errores de dosificación, frecuencia, contraindicaciones e interacciones medicamentosas, previo a la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.	Dicotómico s/n		Medicación	1
6.1.2.1. 	Se dispone y aplica un procedimiento de registro, control y gestión de incidencias relacionadas con medicamentos.	Dicotómico s/n		Medicación	2
6.1.3.1. 	Existe un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridad ocurridos en el centro y alertas relacionadas con los medicamentos.	Dicotómico s/n		Medicación	3
6.1.4.1. 	Se incorporan medidas para reducir el riesgo ante medicamentos con nombres parecidos y con etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.	Dicotómico s/n		Medicación	4
6.1.5.1. 	Existe un listado con los medicamentos de alto riesgo que se usan en el centro y los procedimientos correspondientes para su manejo.	Dicotómico s/n		Medicación	5
6.1.6.1. 	Existe un listado de abreviaturas admitidas y consensuadas en el centro cuya interpretación es inequívoca y conocida por todos los profesionales.	Dicotómico s/n		Medicación	6
6.1.7.1. 	Se evalúa periódicamente la seguridad del sistema de uso de medicamentos del centro a través del Cuestionario establecido por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP).	Dicotómico s/n		Medicación	7
6.2.1.1. 	Porcentaje de unidades en las que no se detectan caducidades de medicamentos.	$\left(\frac{\text{Nº de unidades en las que no se evidencian medicamentos caducados}}{\text{Nº de unidades observadas}} \times 100 \right)$	$\geq 98 \%$	Medicación	8
6.2.2.1. 	Las áreas de almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos de los Servicios de Farmacia son de acceso restringido.	Dicotómico s/n		Medicación	9
6.2.3.1. 	Porcentaje de unidades con sistemas de control de temperatura en el almacén de medicamentos.	$\left(\frac{\text{Nº de unidades con control de temperaturas en el almacén de medicamentos}}{\text{Nº de unidades observadas}} \times 100 \right)$	$\geq 98 \%$	Medicación	10
6.2.4.1. 	Está implantado un procedimiento de revisión de los botiquines para garantizar las condiciones de conservación, caducidad, presencia de medicamentos no autorizados y cantidades disponibles.	Dicotómico s/n		Medicación	11
6.3.1.1. 	Porcentaje de registros de tratamiento correctamente cumplimentados.	$\left(\frac{\text{Nº registros de tratamiento correctamente cumplimentados}}{\text{Nº de registros de tratamiento observados}} \times 100 \right)$	$\geq 98 \%$	Medicación	12
6.3.2.1. 	Está implantado un procedimiento para evaluar la trazabilidad del medicamento en el proceso prescripción-dispensación-administración.	Dicotómico s/n		Medicación	13

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
6.3.3.1. 	Está implantado un procedimiento de administración de la medicación donde se recogen los "cinco correctos".	Dicotómico s/n		Medicación	14
6.3.4.1. 	Está implantado un procedimiento estandarizado para conciliar la medicación del paciente.	Dicotómico s/n		Medicación	15
6.3.5.1. 	Está implantado un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos y dietéticos de pacientes pluripatológicos y polimedicados.	Dicotómico s/n		Medicación	16
6.3.6.1. 	Porcentaje de soluciones intravenosas administradas correctamente etiquetadas.	$\left(\frac{\text{Nº de medicamentos administrados correctamente etiquetados}}{\text{Nº de medicamentos administrados observados}} \right) \times 100$		Medicación	17
6.3.7.1. 	Porcentaje de unidades en las que se practica doble chequeo en la administración de fármacos de alto riesgo.	$\left(\frac{\text{Nº de unidades con práctica de doble chequeo de administración de fármacos de alto riesgo}}{\text{Total de fármacos de alto riesgo administrados}} \right) \times 100$		Medicación	18
6.4.1.1. 	Número de sesiones sobre el uso del sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) dirigidas a los profesionales.	Número de sesiones sobre el uso del sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) dirigidas a los profesionales.		Medicación	19

Estrategia 7 - Gestión de riesgos en los procesos

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
7.1.1.1. 	Existe un mapa de procesos de riesgo de la organización.	Dicotómico sí/no		Procesos	1
7.1.2.1. 	Porcentaje de procesos de riesgo con indicadores de seguridad definidos.	$\frac{\text{(Nº procesos de riesgo con indicadores de seguridad definidos / Nº procesos de riesgo documentados)}}{100}$	$\geq 90 \%$	Procesos	2
7.1.3.1. 	Porcentaje de procesos de riesgo medidos.	$\frac{\text{(Nº procesos de riesgo documentados, implantados y medidos / Nº procesos de riesgo documentados)}}{100}$	$\geq 50 \%$	Procesos	3
7.1.4.1. 	Porcentaje de Cumplimiento de Objetivos del Plan de Seguridad del Paciente.	$\frac{\text{(Nº de objetivos de mejora del Plan de S.P. alcanzados / Nº de objetivos de mejora del Plan de S.P.)}}{100}$	$\geq 75 \%$	Procesos	4
7.2.1.1. 	Porcentaje de unidades asistenciales que disponen de mapa de riesgos.	$\frac{\text{(Nº de unidades con mapas de riesgos / Nº de unidades asistenciales o servicios)}}{100}$	$\geq 75 \%$	Procesos	5
7.3.1.1. 	Existe un Manual de Gestión de riesgos de la Organización.	Dicotómico sí/no		Procesos	6
7.3.2.1. 	Porcentaje de procesos de riesgo con AMFE realizado.	$\frac{\text{(Nº procesos de riesgo con AMFE realizado / Nº total de procesos de riesgo)}}{100}$	$\geq 20 \%$	Procesos	7
7.4.1.1. 	Existe Planes de Tratamiento de riesgos siguiendo las directrices de la Norma UNE 179003.	Dicotómico sí/no		Procesos	8
7.4.2.1. 	Se difunden e implementan prácticas seguras.	Dicotómico sí/no		Procesos	9
7.5.1.1. 	Número de sesiones generales relacionadas con la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.	Nº de sesiones generales relacionadas con la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente	≥ 2 año	Procesos	10
7.6.1.1. 	Porcentaje de unidades certificadas en Sistema de Gestión de Riesgos con la NORMA UNE 179003.	$\frac{\text{(Nº unidades asistenciales certificadas / Nº total de unidades asistenciales)}}{100}$	$\geq 10 \%$	Procesos	11
7.6.2.1. 	El centro está certificada con la NORMA UNE 179006.	Dicotómico sí/no		Procesos	12

Estrategia 8 - Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SINASP - Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
8.1.1.1. 	Existe en la Organización un gestor principal y una red de gestores alternativos que procesan las notificaciones.	Dicotómico sí/no		Sinasp	1
8.1.2.1. 	Porcentaje de notificaciones en SINASP en relación con el personal sanitario.	$(\text{N}^\circ \text{ incidentes notificados en periodo analizado} / \text{N}^\circ \text{ de personal sanitario del centro}) \times 100$	$\geq 7 \%$	Sinasp	2
8.1.3.1. 	Porcentaje de notificaciones en SINASP gestionadas en menos de 30 días.	$(\text{N}^\circ \text{ notificaciones gestionadas en menos de 30 días} / \text{N}^\circ \text{ total notificaciones recibidas}) \times 100$	$\geq 90 \%$	Sinasp	3
8.1.4.1. 	Porcentaje de notificaciones cerradas con acciones de mejora.	$(\text{N}^\circ \text{ notificaciones cerradas con acciones de mejora} / \text{N}^\circ \text{ total notificaciones cerradas}) \times 100$	$\geq 50 \%$	Sinasp	4
8.1.5.1. 	Número de informes difundidos en relación con el SINASP.	Nº de informes elaborados en el centro en el periodo analizado que se han difundido entre los profesionales	≥ 3 anuales	Sinasp	5
8.2.1.1. 	Número de reuniones del Núcleo de Seguridad.	Nº de reuniones del Núcleo de Seguridad en el periodo analizado	8	Sinasp	6
8.2.2.1. 	Se evidencia participación de profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria en el Núcleo de Seguridad.	Dicotómico sí/no		Sinasp	7
8.2.3.1. 	Se evidencia participación de la Dirección en las reuniones y acuerdos de los Núcleos de Seguridad.	Dicotómico sí/no		Sinasp	8
8.2.4.1. 	Porcentaje de Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados sobre incidentes SAC 1 y SAC 2.	$(\text{N}^\circ \text{ ACR finalizados sobre SAC1 y SAC2} / \text{N}^\circ \text{ total de notificaciones SAC1 y SAC2}) \times 100$	$\geq 90 \%$	Sinasp	9
8.3.1.1. 	Porcentaje de directivos y mandos intermedios que conocen la Guía de Eventos Centinela.	$(\text{N}^\circ \text{ de miembros del equipo directivo que conocen la Guía} / \text{N}^\circ \text{ miembros de equipo directivo y mandos intermedios}) \times 100$	100%	Sinasp	10
8.3.2.1. 	Porcentaje de eventos centinela en los que se realiza informe.	$(\text{N}^\circ \text{ de informes de eventos centinela realizados} / \text{N}^\circ \text{ total de eventos centinela notificados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Sinasp	11

Estrategia 9 - Comunicación y continuidad asistencial

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
9.1.1.1. 	Porcentaje de pacientes que manifiestan que los profesionales que les han atendido se les han presentado.	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes que responden afirmativamente al ítem} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes encuestados}) \times 100$	$\geq 85 \%$	Comunicación	1
9.1.2.1. 	Porcentaje de pacientes que refieren estar satisfechos con la información recibida.	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que responden satisfecho o muy satisfecho al ítem de la encuesta} / \text{Número total de pacientes encuestados}) \times 100$	$\geq 94 \%$	Comunicación	2
9.1.3.1. 	Porcentaje de pacientes que responden que la información que se les ha dado en el informe de alta les ha resultado útil y suficiente para continuar con sus cuidados.	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes que responden afirmativamente al ítem} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes encuestados}) \times 100$	$\geq 90 \%$	Comunicación	3
9.1.4.1. 	Porcentaje de profesionales que conocen el derecho de los pacientes a expresar sus Instrucciones Previas (IP).	$(\text{N}^\circ \text{ profesionales que conocen el derecho de los pacientes a expresar sus IP} / \text{N}^\circ \text{ total de profesionales encuestados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Comunicación	4
9.2.1.1. 	Porcentaje de profesionales que conocen el procedimiento de actuación ante la parada cardiorespiratoria y dónde consultarlo.	$(\text{N}^\circ \text{ de profesionales que conocen el procedimiento y dónde consultarlo} / \text{N}^\circ \text{ de profesionales entrevistados}) \times 100$	$\geq 90 \%$	Comunicación	5
9.2.2.1. 	Existe un procedimiento de comunicación de los profesionales durante las guardias localizadas.	Dicotómico sí/no		Comunicación	6
9.2.3.1. 	Porcentaje de profesionales que conocen el procedimiento de prescripciones médicas verbales.	$\text{N}^\circ \text{ de profesionales que conocen el procedimiento de prescripciones médicas verbales} / \text{N}^\circ \text{ de profesionales entrevistados}$	$\geq 95\%$	Comunicación	7
9.2.4.1. 	Existe un procedimiento sobre plazos de respuesta a interconsultas entre servicios.	Dicotómico sí/no		Comunicación	8
9.3.1.1. 	Existe procedimiento de derivación/traslado de pacientes entre centros y entre unidades del mismo centro.	Dicotómico sí/no		Comunicación	9
9.3.2.1. 	Existe un procedimiento de comunicación entre turnos para los profesionales de una misma unidad.	Dicotómico sí/no		Comunicación	10
9.4.1.1. 	Número de reuniones sobre Seguridad de pacientes entre directivos y profesionales.	$\text{Número de reuniones sobre Seguridad de pacientes entre directivos y profesionales}$	≥ 1 anual	Comunicación	11

Estrategia 10- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
10.1.1.1. 	Porcentaje de pacientes de Cirugía programada con listado de verificación de Seguridad Quirúrgica con todos los criterios cumplimentados.	(Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica con todos los criterios cumplimentados / Pacientes sometidos a intervención quirúrgica programada) x 100	≥ 85 %	Procesos críticos y de riesgo (área quirúrgica)	1
10.1.2.1. 	Existe un procedimiento para garantizar la ausencia de material extraño tras la intervención.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	2
10.1.3.1. 	Porcentaje de pacientes portadores de Staphylococcus aureus Meticilín Resistente que se descoloniza previamente a la cirugía electiva cardíaca, ortopédica y neurocirugía con implante.	(Nº de pacientes portadores de S. aureus descolonizados previamente a la cirugía / Nº de pacientes portadores conocidos de Staphylococcus aureus que se someten a la cirugía) x 100	≥ 98 %	Procesos críticos y de riesgo	3
10.1.4.1. 	Existencia de un procedimiento que garantiza la trazabilidad del material quirúrgico.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	4
10.1.5.1. 	Nº de profesionales con uniforme de uso exclusivo en quirófano que lo llevan fuera de áreas quirúrgicas.	Nº de profesionales con uniforme de uso exclusivo en quirófano que lo llevan fuera de áreas quirúrgicas	≤ 1	Procesos críticos y de riesgo	5
10.2.1.1. 	Porcentaje de pacientes de Urgencias que son clasificados (triados) en menos de 30 minutos.	(Nº de pacientes clasificados (triados) en menos de 30' / Nº de pacientes atendidos) x 100	≥ 80 %	Procesos críticos y de riesgo (urgencias)	6
10.2.2.1. 	Porcentaje de realización de Angioplastia primaria en IAM dentro de los 90 minutos de la llegada al hospital.	(Nº de pacientes con IAM con realización de angioplastia < de 90' / Nº de pacientes con IAM con realización de angioplastia) x 100	≥ 85 %	Procesos críticos y de riesgo	7
10.2.3.1 	Porcentaje de pacientes clasificados con código "naranja" según sistema de triaje Manchester que se cierran antes de 10 minutos.	(Nº de pacientes con código "naranja" cerrados antes de 10 minutos / Nº total de pacientes triados con código "naranja") x 100	≥ 20 %	Procesos críticos y de riesgo	8
10.2.4.1 	Porcentaje de médicos y enfermeros formados y reciclados en Parada Cardiorespiratoria y Atención al Paciente Politraumatizado.	(Nº médicos y enfermeros del Servicio que han hecho al menos 1 curso en los últimos 2 años / Nº médicos y enfermeros del Servicio de Urgencias) x 100	≥ 98 %	Procesos críticos y de riesgo	9
10.3.1.1. 	Todas las unidades de cuidados críticos de la Organización han implantado los programas Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero y Sepsis Zero.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo (críticos)	10
10.3.2.1. 	Las unidades de críticos tienen implantados procedimientos sobre los 12 procesos de riesgo incluidos en este criterio.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	11

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
10.4.1.1. 	Existe un procedimiento de atención al parto normal.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo (obstetricia)	12
10.4.2.1. 	Existe un procedimiento de indicación de cesárea conocido por todos los profesionales del servicio.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	13
10.4.3.1. 	Existe un registro de comprobación del estado de las incubadoras de transporte antes de su uso.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	14
10.5.1.1. 	Existe un Mapa de Riesgos en la unidad de Oncohematología.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo (oncohematolg)	15
10.5.2.1. 	Existe un plan de acogida de pacientes en la Unidad de Oncohematología.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	16
10.5.3.1. 	Existe un procedimiento de uso seguro de citostáticos.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	17
10.5.4.1. 	La Unidad de Oncohematología está certificada según Norma UNE 179003/2013.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	18
10.6.1.1. 	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Diálisis.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo (diálisis)	19
10.6.2.1. 	Existe un plan de acogida de pacientes en la Unidad de Diálisis.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	20
10.6.3.1. 	Existe un listado de puestos y equipos de diálisis, con un plan de mantenimiento que garantiza la seguridad de su uso.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	21
10.6.4.1. 	Existe un procedimiento de atención a complicaciones clínicas frecuentes durante las sesiones de diálisis.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	22
10.6.5.1. 	Existe un procedimiento de atención a situaciones de urgencia y/o emergencia vital intradiálisis.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	23
10.6.6.1. 	La Unidad de Diálisis está certificada según Norma UNE 179003/2013.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	24

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
10.7.1.1. 	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia.	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia.		Procesos críticos y de riesgo (radioterapia)	25
10.7.2.1. 	Se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia.	Se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia		Procesos críticos y de riesgo	26
10.7.3.1. 	Existe un registro de reacciones clínicas distintas de las esperadas en Radioterapia.	Existe un registro de reacciones clínicas distintas de las esperadas en Radioterapia.		Procesos críticos y de riesgo	27
10.8.1.1. 	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Medicina Nuclear.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo (medic. Nuclear)	28
10.8.2.1. 	Existe un procedimiento de optimización de dosis absorbida por los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Medicina Nuclear.	Dicotómico		Procesos críticos y de riesgo	29
10.8.3.1. 	Existe un registro de reacciones clínicas distintas a las esperadas en Medicina Nuclear.	Dicotómico		Procesos críticos y de riesgo	30
10.9.1.1. 	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Salud Mental.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo (salud mental)	31
10.9.2.1. 	Existen procedimientos para el manejo y prevención de los principales incidentes de seguridad que afectan a los pacientes con enfermedad mental.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	32
10.10.1.1. 	Existe un protocolo de administración segura de componentes sanguíneos que incluye la comprobación de grupo ABO a pie de cama.	Dicotómico sí/no		Procesos críticos y de riesgo	33

Estrategia 11 - Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
11.1.1.1. 	Existe un Programa de seguridad del laboratorio.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	1
11.1.2.1. 	Porcentaje de estudios de laboratorio de urgencias que cumplen el tiempo de respuesta establecido.	$(\text{N}^{\circ} \text{ estudios de lab. de urgencias que cumplen tiempo de respuesta establecido} / \text{N}^{\circ} \text{ de estudios totales}) \times 100$	$\geq 95 \%$	Laborat y rx	2
11.1.3.1. 	Existencia de un procedimiento para informar de resultados críticos de pruebas de laboratorio.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	3
11.1.4.1. 	Existe un registro de mantenimiento, calibración e inspección de los equipos de laboratorio.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	4
11.1.5.1. 	Número de roturas de stock de reactivos esenciales.	Número de roturas de stock de reactivos esenciales	≤ 1 anual	Laborat y rx	5
11.1.6.1. 	Existe un procedimiento para almacenar, manipular, conservar y desechar de forma segura los reactivos.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	6
11.1.7.1. 	Existe un procedimiento para recoger, identificar, manipular, conservar, transportar y desechar de forma segura las muestras.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	7
11.1.8.1. 	Existe un procedimiento para la validación de los resultados de laboratorio.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	8
11.1.9.1. 	Se hace un informe de revisión por la dirección en relación con el mantenimiento de los equipos de laboratorio.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	9
11.1.10.1. 	El servicio de laboratorio está certificado según la Norma UNE-EN ISO 15189:2007.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	10
11.2.1.1. 	Existencia del Programa de garantía de calidad y protección radiológica en radiodiagnóstico.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	11
11.2.2.1. 	Porcentaje de cumplimentación del registro de dosis de radiación en la historia clínica del paciente.	$(\text{N}^{\circ} \text{ de historias revisadas con registro de radiación cumplimentado} / \text{N}^{\circ} \text{ historias revisadas}) \times 100$	$\geq 80 \%$	Laborat y rx	12

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
11.2.3.1. 	Porcentaje de concordancia de estudios entre pares en radiología convencional.	$\left(\frac{\text{Nº estudios con diagnóstico concordante de entre una muestra aleatoria de estudios incluidos en SIDI} / \text{Nº total de estudios analizados}}{100} \right) \times 100$	$\geq 98 \%$	Laborat y rx	13
11.2.4.1. 	Existencia procedimiento para informar de resultados críticos de pruebas diagnósticas por imagen.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	14
11.2.5.1. 	Existen registros actualizados de los controles de mantenimiento y calibración de los equipos de diagnóstico por imagen.	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	15
11.2.6.1. 	Porcentaje de procedimientos de seguridad relatados en este criterio que están implantados en los servicios de diagnóstico por imagen	$\left(\frac{\text{Nº de proc. de seguridad del paciente implantados}}{6} \right) \times 100$	$\geq 80 \%$	Laborat y rx	16
11.2.7.1. 	Se hace un informe de revisión por la dirección de los procesos de mantenimiento de los equipos de radiología y diagnóstico por la imagen	Dicotómico sí/no		Laborat y rx	17

Estrategia 12 - Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
12.1.1.1. 	Existencia de los 17 procedimientos de seguridad en los cuidados recogidos en este criterio, actualizados y disponibles para los profesionales.	Dicotómico sí/no		Cuidados	1
12.1.2.1. 	Se incluyen indicadores de riesgos en los cuidados en el cuadro de mando de la organización para su evaluación, revisión y mejora.	Dicotómico sí/no		Cuidados	2
12.2.1.1. 	Existe un mapa de riesgos de los procedimientos de inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos.	Dicotómico sí/no		Cuidados	3
12.2.2.1. 	Existe un mapa de riesgos de los procedimientos clínicos relacionados con el mantenimiento de la integridad cutánea.	Dicotómico sí/no		Cuidados	4
12.2.3.1. 	Porcentaje de carros de parada que se mantienen según procedimiento.	$\frac{\text{Nº de carros de parada auditados que cumplen según procedimiento}}{100 \text{ Nº de carros de parada auditados}} \times 100$	$\geq 98 \%$	Cuidados	5
12.3.1.1. 	Porcentaje de paciente con acciones preventivas adecuadas en relación con su Plan de Cuidados Individualizado (PCI)	$\frac{(\text{Nº de pacientes observados con acciones adecuadas al PCI} / \text{Nº total de pacientes observados})}{100} \times 100$	$\geq 98 \%$	Cuidados	6
12.3.2.1. 	Porcentaje de incidentes registrados que concuerdan con incidentes observados.	$\frac{(\text{Nº de Incidentes registrados que concuerdan con los observados} / \text{Nº Incidentes registrados})}{100} \times 100$	$\geq 98 \%$	Cuidados	7

Estrategia 13 - Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
13.1.1.1. 	Porcentaje de unidades en las que en el Manual de Acogida se recoge información sobre el uso seguro de instalaciones y equipos.	$(\text{N}^\circ \text{ unidades en cuyo Manual de Acogida se contempla dicha información} / \text{N}^\circ \text{ de unidades observadas}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Entorno	1
13.1.2.1. 	Se informa por correo corporativo sobre la introducción de equipos nuevos a los profesionales afectados, con la antelación suficiente para que asuman el cambio.	Dicotómico sí/no		Entorno	2
13.1.3.1. 	Porcentaje de equipos en los que existen fichas de instrucciones técnicas básicas necesarias para el buen uso de los aparatos de electromedicina, comprensibles y accesibles para los profesionales que lo usan.	$(\text{N}^\circ \text{ equipos observados con ficha de instrucciones} / \text{N}^\circ \text{ de nuevos equipos observados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Entorno	3
13.1.4.1. 	Porcentaje de unidades en las que no se objetiva material fungible caducado.	$(\text{N}^\circ \text{ unidades en que no se objetiva material fungible caducado} / \text{N}^\circ \text{ de unidades observadas}) \times 100$	$\geq 95 \%$	Entorno	4
13.2.1.1. 	Existencia de Planes de Emergencias actualizados.	Dicotómico sí/no		Entorno	5
13.2.2.1. 	Porcentaje de trabajadores formados en el Plan de Emergencias en los últimos dos años.	$(\text{N}^\circ \text{ de trabajadores formados en el Plan de Emergencias en los dos últimos años} / \text{N}^\circ \text{ de trabajadores}) \times 100$	$\geq 70 \%$	Entorno	6
13.2.3.1. 	Se realizan simulacros sistemáticos de evacuación y emergencia cada 2 años como mínimo.	Dicotómico sí/no		Entorno	7
13.2.4.1. 	Porcentaje de áreas y/o unidades en las que está visible el número de teléfono único que activa el Plan de Emergencias.	$(\text{N}^\circ \text{ áreas y/o unidades en las que está visible el número de tel. único} / \text{N}^\circ \text{ de unidades o áreas observadas}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Entorno	8

Estrategia 14 - Investigación e Innovación en seguridad del paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Líneas	Nº Indic.
14.1.1.1. 	Existencia de un programa de investigación con una línea de Seguridad de Pacientes.	Dicotómico sí/no		Investigación	1
14.1.2.1. 	Número de estudios de investigación sobre aspectos clave en seguridad del paciente	Nº de estudios de investigación realizado sobre SP	≥ 1 anual	Investigación	2
14.1.3.1. 	Número de estudios multicéntricos o coordinados sobre seguridad de pacientes en los que participen investigadores de la organización	Nº de estudios multicéntricos o coordinados sobre seguridad de pacientes en los que participen investigadores de la organización	1 cada dos años	Investigación	3
14.1.4.1. 	Número de publicaciones en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridad de pacientes.	Nº de publicaciones en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase PsycINF sobre seguridad de pacientes.	1 cada dos años	Investigación	4
14.1.5.1 	Número de comunicaciones a congresos relacionadas con la Seguridad del Paciente	Nº de comunicaciones a congresos relacionadas con la Seguridad de los Pacientes	≥ 10 anuales	Investigación	5
14.2.1.1. 	Número de procesos de riesgo con sistemas "a prueba de error"	Nº de procesos de riesgo en los que se ha introducido algún sistema a prueba de error.	1 cada dos años	Investigación	6
14.2.2.1. 	Número de sistemas y procedimientos innovadores en Seguridad del Paciente	Nº de sistemas y procedimientos innovadores en Seguridad de Pacientes	1 cada dos años	Investigación	7
14.2.3.1. 	Existencia de un registro de patentes en relación con sistemas y/o tecnologías sobre prevención de riesgos y errores.	Dicotómico sí/no		Investigación	8

FICHAS DE LOS INDICADORES

A continuación se presenta una ficha con la descripción detallada de cada uno de los indicadores.

Al tratarse de un Sistema que va a ir evolucionando en el tiempo, hemos eliminado de forma deliberada de las fichas el campo del **estándar**, manteniéndolo sólo en el listado previo, de modo que su modificación a los largo de los años no suponga una reedición de cada una de las fichas.

Estrategia 1.- Liderazgo y gestión en seguridad de pacientes

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Definir y aprobar la Política de Gestión de Riesgos de la organización. 1.1.1. La organización dispone de una Política de Gestión de Riesgos alineada con la estrategia de la organización.

INDICADOR 1.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	La organización dispone de una Política de Gestión de Riesgos alineada con la estrategia del Servicio Gallego de Salud.
JUSTIFICACIÓN	La prestación de una atención excelente al paciente requiere de un liderazgo efectivo. La alta dirección debe demostrar su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de riesgos, así como con la mejora continua de su efectividad. La Gestión de Riesgos debe estar presente en las Políticas, los procesos y las prácticas de la organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégico de la Organización. Documentación Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente de la Organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009. Ref: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implantar y mantener un Sistema de Gestión de Riesgos, que recoja los procesos, los objetivos, los recursos y el sistema de evaluación y mejora necesarios para garantizar su funcionamiento. 1.2.1 La organización dispone de objetivos operativos del sistema de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente, documentados y aprobados, que revisa y renueva periódicamente.

INDICADOR 1.2.1.1.	 
NOMBRE DEL INDICADOR	La Comisión de Dirección aprueba y renueva los objetivos operativos del sistema de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	Los objetivos del sistema de gestión de riesgo están enfocados a mejorar los niveles de seguridad de la atención sanitaria, como causa primaria, y a disminuir las demandas asociadas a los errores, como causa secundaria.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégicos de la Organización; pacto de objetivos con los distintos servicios, Informe de revisión del sistema de gestión de riesgos por la dirección. Actas de comisiones de dirección.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1.-Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2.-Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3.-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implantar y mantener un Sistema de Gestión de Riesgos, que recoja los procesos, los objetivos, los recursos y el sistema de evaluación y mejora necesarios para garantizar su funcionamiento. 1.2.2 La organización dispone de una estructura para la gestión de riesgos que contempla como mínimo que: · Existe al menos un profesional referente de Calidad y/o Seguridad del Paciente en el centro cuyas funciones asistenciales y objetivos incluyen explícitamente la gestión de la seguridad y la calidad asistencial. · Se designa un representante de la Dirección responsable del sistema de gestión de riesgos, que analiza de forma sistemática los incidentes, realiza propuestas de mejora y las traslada para su autorización a la Comisión de Dirección.

INDICADOR 1.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe al menos un profesional referente de Seguridad del Paciente y un representante de la Dirección responsable del sistema de gestión de riesgos.
JUSTIFICACIÓN	La alta dirección de la organización debe asegurar que está definida y comunicada la asignación de las responsabilidades y la autoridad de cada una de las personas que forman parte de la estructura de gestión de riesgos dentro de la organización. Además la alta dirección debe designar a uno de sus miembros, quien con independencia de otras responsabilidades tiene la responsabilidad y la autoridad para asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el funcionamiento del Sistema de Gestión de Riesgos, informar a la Dirección del desempeño del Sistema y asegurar que se promueve la cultura de seguridad en la organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El cumplimiento del indicador implica que existen las dos figuras.
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégicos de la Organización: Actas del Núcleo de Seguridad. Documentación del Sistema de Gestión de Riesgos de la Organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: http://www.msssi.gob.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implantar y mantener un Sistema de Gestión de Riesgos, que recoja los procesos, los objetivos, los recursos y el sistema de evaluación y mejora necesarios para garantizar su funcionamiento. 1.2.3 Existe un cuadro de mando de seguridad, con indicadores que permiten verificar el funcionamiento del sistema de gestión de riesgos, y un procedimiento de seguimiento y revisión de los mismos.

INDICADOR 1.2.3.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un cuadro de mando que permite verificar y realizar seguimiento del funcionamiento del sistema de GR.
JUSTIFICACIÓN	Para la gestión de riesgos, la organización debe establecer, implementar y documentar los objetivos de seguridad del paciente en cada servicio, unidad asistencial o proceso. Así mismo debe de establecer los indicadores que permitan verificar la eficacia de la gestión de riesgos, alineados con los indicadores globales de rendimiento de la organización. El Cuadro de Mando es un instrumento útil para ayudar a la implementación efectiva del Sistema de Gestión de Riesgos en la organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El indicador se cumple si existe el cuadro de mando y el procedimiento de seguimiento y revisión, ambos requisitos.
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégicos de la Organización; cuadro de mando de la Organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/ 4. J. Bisbe, J. Barrubés. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. Rev Esp Cardiol. 2012; 65 (10): 919–927.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implantar y mantener un Sistema de Gestión de Riesgos, que recoja los procesos, los objetivos, los recursos y el sistema de evaluación y mejora necesarios para garantizar su funcionamiento 1.2.4. Los líderes aprueban las acciones de tratamiento del riesgo y las acciones correctivas necesarias, implementando las mejores prácticas para mejorar la seguridad del paciente.

INDICADOR 1.2.4.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Los líderes aprueban las acciones de tratamiento del riesgo y las acciones correctivas.
JUSTIFICACIÓN	La alta dirección de la organización debe asegurar que está definida y comunicada la asignación de responsabilidades para el inicio de acciones para prevenir o reducir los eventos adversos de los riesgos así como para la gestión del tratamiento del riesgo hasta que alcance un nivel aceptable para la organización, facilitando los medios adecuados para implementar y mantener un óptimo desempeño del sistema de gestión de riesgos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégicos de la Organización. Unidad de Calidad/Núcleo Seguridad: Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad y del Sistema de Gestión de Riesgos de la Organización. Registros acciones de tratamiento del riesgo y acciones correctivas.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3. O. Moracho. Benchmarking y Cottleing: eficiencia en acción. Rev Calid Asist. 2011;26(5):278-280 4. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.mssi.gob.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implantar y mantener un Sistema de Gestión de Riesgos, que recoja los procesos, los objetivos, los recursos y el sistema de evaluación y mejora necesarios para garantizar su funcionamiento. 1.2.5 La organización revisa anualmente el funcionamiento del sistema de gestión de riesgos, haciendo comparaciones a nivel interno y con otras organizaciones cuando estén disponibles y con los estándares predefinidos.

INDICADOR 1.2.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un informe anual de revisión de resultados de Gestión de Riesgo, con aplicación de benchmarking.
JUSTIFICACIÓN	El benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los resultados, productos, servicios y formas de trabajo en las organizaciones, para identificar de esta forma las mejores prácticas e incorporarlas en la organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	U. Calidad / Núcleo de Seguridad: Informe anual de revisión de resultados del sistema de gestión de riesgos por la dirección; cuadros de mando de la organización; estudios de Benchmarking; actas del comité de dirección.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1..Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3. O. Moracho. Benchmarking y Cottleing: eficiencia en acción. Rev Calid Asist. 2011;26(5):278-280 4. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Fomentar la cultura de seguridad en toda la organización. 1.3.1 Los líderes conocen los riesgos de los procesos de la organización y participan periódicamente en visitas estructuradas en los servicios/unidades.

INDICADOR 1.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de rondas de seguridad realizadas anualmente con participación de algún miembro de la dirección, documentadas.
JUSTIFICACIÓN	El taller de expertos convocados en el año 2005 por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo concluye que entre los Problemas prioritarios para el SNS en seguridad de pacientes y gestión de riesgos se encuentra el "Escaso compromiso real y permanente por parte de los gestores y de las autoridades por la mejora de la calidad y la seguridad". Es fundamental que los líderes de una organización conozcan y participen en la gestión de riesgos de la organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de rondas de seguridad realizadas, con participación de algún representante de la dirección, documentadas.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Observaciones: los líderes realizarán visitas estructuradas a los servicios-unidades con una frecuencia mínima de una vez/cuatrimestre.
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégicos de la Organización; Actas/registros de las rondas de seguridad de los servicios/unidades; auditorías; entrevistas a los profesionales de los diferentes servicios/unidades.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ 4. Programa Bacteriemia Zero. MSSSI http://www.msssi.gob.es/ 5. Programa Neumonía Zero. MSSSI http://www.msssi.gob.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 3.- Fomentar la cultura de seguridad en toda la organización. 1.3.2 Los líderes conocen las percepciones y expectativas que la sociedad tiene sobre la seguridad del paciente.

INDICADOR 1.3.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Los líderes realizan encuestas de percepción de la sociedad sobre la seguridad del paciente.
JUSTIFICACIÓN	La identificación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés y su incorporación al desarrollo y revisión de la estrategia de la organización y sus políticas de apoyo es fundamental para implantar la Misión y Visión de la organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Observaciones: la organización realizará estudios para conocer las percepciones y expectativas que los usuarios tienen acerca de la seguridad del paciente al menos una vez cada dos años.
FUENTES DE DATOS	Informe de resultados de encuestas a usuarios.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Cada dos años.
BIBLIOGRAFÍA	1. Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for Health care organizations (second editions). Ed. Aspen Publisher, Inc. Gaithersburg. 1999. Maryland. USA. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 4. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Disponible en: http://www.msssi.gob.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Fomentar la cultura de seguridad en toda la organización 1.3.3 Los líderes demuestran que los trabajadores de la organización participan en proyectos de mejora y en actividades para fomentar la cultura de seguridad del paciente y reconocen su contribución a los logros alcanzados.

INDICADOR 1.3.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Los líderes reconocen expresamente la contribución de los profesionales a los logros alcanzados en Seguridad de Pacientes.
JUSTIFICACIÓN	Los líderes de una organización obtendrán los mejores resultados de los profesionales si estos son informados, convencidos y tenidos en cuenta a la hora de fijar objetivos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Actas de comisiones; correos y/o cartas de felicitación a trabajadores; encuestas de percepción sobre seguridad del paciente realizadas a los profesionales.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Conger JA. The necessary art of persuasion. Harvard Business Review 1998;7:84-95 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 4.- Garantizar una buena comunicación interna y externa relacionada con la Seguridad del Paciente. 1.4.1 Los líderes utilizan sistemas de retroalimentación para informar a los trabajadores sobre el funcionamiento, los resultados del Sistema de Gestión de Riesgos y las acciones de mejora implementadas.

INDICADOR 1.4.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Los líderes realizan sesiones para informar a los trabajadores sobre el funcionamiento, los resultados del Sistema de Gestión de Riesgos y las acciones de mejora implementadas.
JUSTIFICACIÓN	Puede existir un excelente proceso de comunicación sin llegar a conseguirse la excelencia de una organización, pero es imposible conseguir la excelencia de una organización sin un excelente proceso de comunicación.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégicos de la Organización; boletines de seguridad; información y documentación varia (intranet...).
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Magdalena J. La comunicación como factor básico para el logro de la excelencia de cualquier organización. Rev Calidad Asistencial 2004;19(2):92-4 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Garantizar una buena comunicación interna y externa relacionada con la Seguridad del Paciente. 1.4.2 Los líderes utilizan un procedimiento para identificar y gestionar los eventos adversos graves y eventos centinela.

INDICADOR 1.4.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de reclamaciones de la Organización relacionadas con Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves.
JUSTIFICACIÓN	Un Evento Centinela es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene riesgo de causarlos. Se llama centinela porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar respuesta para controlar la aparición de nuevos casos. En 1996, la <i>Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations</i> (JCAHO) estableció una política para identificar, documentar, evaluar y prevenir eventos centinelas (eventos adversos con resultado de muerte o pérdida de función de un paciente). La política de eventos centinela requiere el análisis de los datos a través de un análisis causa raíz, la implantación de estrategias de prevención y la monitorización de las estrategias implantadas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de reclamaciones de la organización relacionada con Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental reclamaciones.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia. Xunta de Galicia 2013. 2. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es

Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 1.- Identificar anualmente las necesidades formativas en materia de gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2.1.1 La organización identifica las necesidades formativas en materia de gestión de riesgos utilizando varias fuentes de información.

INDICADOR 2.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento para la identificación de las necesidades formativas de los profesionales relacionadas con la Gestión de Riesgos.
JUSTIFICACIÓN	La atención sanitaria precisa profesionales y personas capacitadas para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes garantizando su seguridad y la calidad de la atención.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Fuentes de información: · Los resultados de la evaluación de la calidad y seguridad. · La incorporación de nuevas tecnologías y procedimientos clínicos. · Los cambios en la organización. · La información procedente de la percepción sobre seguridad de los pacientes y de los trabajadores.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: · U. Formación: informes sobre identificación de necesidades formativas. · U. Calidad: Informes de revisión anual del Sistema de Gestión de Riesgos por la dirección y Procedimientos de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de Calidad de S.N.S. Retos y realidades en el Sistema Nacional de Salud de España. [Madrid]: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. 3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente : recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. 36 p. p. 4. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 5. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Disponer de un Plan actualizado de formación en Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente en la Organización. 2.2.1 La organización dispone de un Plan de Formación en materia de gestión de riesgos y seguridad del paciente documentado y aprobado.

INDICADOR 2.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un plan de formación anual en Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	La organización debe asegurar que cualquier persona que preste servicios en ella sea competente, tomando como base una formación y experiencia adecuadas. Muchos errores e incidentes de seguridad se originan a partir de deficiencias formativas de algún o algunos profesionales.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico SÍ / NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El Plan se revisa anualmente, en base a los resultados de funcionamiento del sistema de gestión de riesgos, al cumplimiento de los objetivos anuales de Seguridad y a las necesidades formativas identificadas.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: · U. Formación/U. Calidad: Plan de formación anual y sus correspondientes registros. · U. Calidad: Documentación del Sistema de Gestión de Riesgos de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de Calidad de S.N.S. Retos y realidades en el Sistema Nacional de Salud de España. [Madrid]: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. 3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente : recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. 36 p. p. 4. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 5. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Facilitar y exigir formación en Seguridad de Pacientes a los proveedores de servicios subcontratados, con la finalidad de involucrarlos en la gestión de riesgos. 2.3.1 La organización facilita y exige a los trabajadores de sus proveedores de servicios subcontratados formación en materia de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

INDICADOR 2.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de trabajadores de los servicios subcontratados que han recibido formación en Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	La organización debe asegurar que cualquier persona que preste servicios en ella sea competente, tomando como base una formación y experiencia adecuadas.
NUMERADOR	Nº Trabajadores de servicios subcontratados(SS) que recibieron formación en GR y SP.
DENOMINADOR	Nº total trabajadores servicios subcontratados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de Trabajadores que recibieron formación} / \text{Nº Total trabajadores}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Como mínimo debe incluirse al servicio de Mantenimiento, Limpieza, Hostelería, Lencería, en una acción formativa anual.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: · Área de Gestión.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente : recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. 36 p. p. 3. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 4. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Realizar sesiones clínicas multidisciplinares de revisión de casos y Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes graves de seguridad y de revisión de Alertas de Seguridad. 2.4.1 La organización realiza sesiones clínicas de revisión de eventos adversos graves y eventos centinela, utilizando la metodología ACR.

INDICADOR 2.4.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de sesiones clínicas de revisión de eventos adversos graves y eventos centinela, utilizando la metodología ACR.
JUSTIFICACIÓN	La revisión de casos (eventos adversos graves y eventos centinela) debe ser una herramienta que involucre a todos los profesionales para adoptar la estrategia de aprender de los errores como camino de aprendizaje y mejora de la seguridad.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de sesiones clínicas de revisión de eventos adversos graves y eventos centinela, utilizando la metodología ACR
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Deberá realizarse al menos una sesión anual en los siguientes servicios: UCI, UCCoronarios, Reanimación, U. medulares, U. Quemados, S. Urgencias, U. Diálisis, U. Oncohematología hospitalización y hospital de día, S. Radioterapia, S. Medicina Nuclear, Servicios Quirúrgicos. En las Sesiones participarán los profesionales en formación del Servicio/Unidad.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: Unidad de Formación/U. Calidad: actas sesiones clínicas.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 3. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Realizar sesiones clínicas multidisciplinares de revisión de casos y Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes graves de seguridad y de revisión de Alertas de Seguridad. 2.4.2 Se revisan y difunden entre los profesionales las alertas sobre Seguridad del Paciente y se garantiza la adecuación de las prácticas de la organización a las mismas.

INDICADOR 2.4.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un sistema de información a los profesionales que difunde las alertas sobre Seguridad del Paciente, análisis de incidentes e implantación de buenas prácticas y sus resultados.
JUSTIFICACIÓN	La revisión de casos (eventos adversos graves y eventos centinela) debe ser una herramienta que involucre a todos los profesionales para adoptar la estrategia de aprender de los errores como camino de aprendizaje y mejora de la seguridad.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: Unidad de Formación/U. Calidad: Registros y accesibilidad de la información intranet.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	- Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. - WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf - Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridad de pacientes
OBJETIVO 5	Objetivo 5.- Fomentar que los trabajadores formados actúen como formadores en actividades formativas relacionadas con la seguridad del paciente. 2.5.1 Los profesionales de la organización participan como formadores en acciones formativas en materia de gestión de riesgos y seguridad del paciente.

INDICADOR 2.5.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de profesionales de la organización que han participado como docentes en acciones formativas de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	La organización fomenta que los trabajadores actúen como formadores en actividades formativas relacionadas con la S.P. La atención sanitaria precisa profesionales y personas capacitadas para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes garantizando su seguridad y la calidad de la atención.
NUMERADOR	Número de profesionales de la organización que han participado en acciones formativas de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.
DENOMINADOR	Nº de profesionales de la organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Número de profesionales de la organización que han participado en acciones formativas de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente}}{\text{Nº de profesionales de la organización}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: Unidad de Formación/U. Calidad: Registros de formación de acciones formativas/ docentes.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 3. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Estrategia 3 - Participación ciudadana en seguridad del paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1: Mejorar los niveles de alfabetización sanitaria de la población, dotando a los ciudadanos y pacientes de información, formación y habilidades en autocuidados, recursos sanitarios y soporte necesario para promover su participación activa en la corresponsabilización y gestión segura de su salud. 3.1.1 El centro evalúa las necesidades educativas del paciente y su familia y dispone de un Plan de Formación dirigido a pacientes/ciudadanos.

INDICADOR 3.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se dispone de un Plan de Formación en Seguridad del Paciente dirigido a pacientes/ ciudadanos.
JUSTIFICACIÓN	La OMS define la Alfabetización Sanitaria como el conjunto de habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. La educación para la salud es un elemento clave en el empoderamiento de los pacientes para que asuman la responsabilidad de las decisiones relacionadas con su proceso.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Para el desarrollo del Plan se realizará una evaluación de las necesidades de los pacientes / ciudadanos.
FUENTES DE DATOS	Documentación del EOXI.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161. 3. Estrategia Sergas 2014.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1: Mejorar los niveles de alfabetización sanitaria de la población, dotando a los ciudadanos y pacientes de información, formación y habilidades en autocuidados, recursos sanitarios y soporte necesario para promover su participación activa en la corresponsabilización y gestión segura de su salud. 3.1.2 Se potencia la participación de los pacientes, conjuntamente con los profesionales, como pacientes formadores de otros pacientes con similares patologías.

INDICADOR 3.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de Pacientes Expertos en la Organización, desagregados por patologías.
JUSTIFICACIÓN	La eficacia de programas de formación en autocuidados se ha evaluado en estudios internacionales obteniendo resultados de mejora en la calidad de vida, la autoeficacia, el control de la enfermedad y el aumento de la actividad social, mejora en la relación y comunicación con los profesionales sanitarios y un uso más apropiado de los recursos sanitarios. Existe un proyecto de Paciente Experto en el Servicio Gallego de Salud.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de pacientes expertos en la Organización, desagregados por patologías.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Paciente Experto: Paciente crónico, competente, que ha sido formado en autocuidados para ser capaz de corresponsabilizarse en el mantenimiento de su salud y calidad de vida. Paciente Experto Tutor: Paciente Experto que reúne las competencias y habilidades necesarias para formar a otros pacientes, en colaboración con un profesional sanitario. Para formar pacientes Expertos, es necesario disponer de un paciente Experto/Tutor que junto con un profesional imparta la formación. Las patologías más relevantes, en las que es preciso disponer de paciente Experto son las siguientes: Diabetes, Insuficiencia cardíaca, Insuficiencia Renal, Artritis y artrosis, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple, Cáncer, EPOC, Trasplantes, Epilepsia, Daño Cerebral Adquirido, Seguridad de pacientes, Salud Mental y Alzheimer.
FUENTES DE DATOS	Documentación del EOXI.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown Jr BW, Ritter PL, González VM, Laurent DD, Holman HR. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial. Medical Care, 37(1):5-14, 1999. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1: Mejorar los niveles de alfabetización sanitaria de la población, dotando a los ciudadanos y pacientes de información, formación y habilidades en autocuidados, recursos sanitarios y soporte necesario para promover su participación activa en la corresponsabilización y gestión segura de su salud. 3.1.3 Se programan y llevan a cabo espacios de comunicación, que propicien el intercambio de conocimientos, inquietudes y experiencias entre pacientes y profesionales sanitarios.

INDICADOR 3.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de pacientes de la Organización que participan en Foros, conferencias, congresos y jornadas.
JUSTIFICACIÓN	Los Foros, Conferencias, Congresos y Jornadas son un elemento fundamental para el intercambio de conocimiento y experiencia entre profesionales y colectivos, obteniendo así una mejora en la práctica de gestión de riesgos y seguridad de paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de pacientes de la Organización que participan en Foros, conferencias, congresos y jornadas.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de los pacientes participantes.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1: Mejorar los niveles de alfabetización sanitaria de la población, dotando a los ciudadanos y pacientes de información, formación y habilidades en autocuidados, recursos sanitarios y soporte necesario para promover su participación activa en la corresponsabilización y gestión segura de su salud. 3.1.4 Se forma a la ciudadanía para que puedan ejercer sus derechos de prevención, atención y protección en materia de Violencia de Género.

INDICADOR 3.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de ciudadanos formados en actividades relacionadas con la prevención, atención y protección de la violencia de género.
JUSTIFICACIÓN	La ciudadanía debe estar formada para que puedan ejercer sus derechos de prevención, atención y protección en Violencia de Género.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de personas formadas en violencia de género.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de personas formadas en violencia de género.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero. Versión 1. Febreiro 2009. Servicio Galego de Saúde. 2. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 3. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. 4. Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. 5. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2: Implicar y dar participación a los pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias individuales y colectivas. 3.2.1 Se informa a los pacientes y ciudadanos sobre reclamaciones y eventos adversos ocurridos durante la utilización de los servicios sanitarios en el Sistema Público de Salud.

INDICADOR 3.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de actas de la Comisión de Participación Ciudadana en las que existen evidencias de información sobre reclamaciones y eventos adversos.
JUSTIFICACIÓN	La participación es un elemento fundamental para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. La Estrategia SERGAS 2014 recoge en su objetivo 1.7" Fomentar la participación del ciudadano en el sistema sanitario como forma de entender sus necesidades y lograr su implicación y responsabilidad, tanto en el sistema como con su propia salud".
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de actas de la Comisión en las que existen evidencias de información sobre reclamaciones y eventos adversos.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Actas de la Comisión de Participación Ciudadana.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ley de Saúde de Galicia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implicar y dar participación a los pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias individuales y colectivas. 3.2.2 Se informa a las asociaciones de pacientes sobre la organización, sus recursos y resultados, para potenciar la transparencia y su participación informada en las diferentes políticas de salud.

INDICADOR 3.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de actividades de seguridad de pacientes realizadas con participación de asociaciones de pacientes.
JUSTIFICACIÓN	La participación es un elemento fundamental para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. La Estrategia SERGAS 2014 recoge en su objetivo 1.7" Fomentar la participación del ciudadano en el sistema sanitario como forma de entender sus necesidades y lograr su implicación y responsabilidad, tanto en el sistema como con su propia salud".
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de actividades de seguridad de pacientes realizadas con participación de asociaciones de pacientes.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Informa a las asociaciones de sus recursos y resultados.
FUENTES DE DATOS	Registro de las actividades y relación de asociaciones participantes.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Estrategia Sergas 2014. 2. Ruiz-Azola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implicar y dar participación a los pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias individuales y colectivas. 3.2.3 Se favorece la participación de las asociaciones de pacientes en la elaboración de los procedimientos y guías de atención e información.

INDICADOR 3.2.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de procedimientos y guías de la Organización en las que han participado asociaciones de pacientes.
JUSTIFICACIÓN	La participación es un elemento fundamental para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. La Estrategia SERGAS 2014 recoge en su objetivo 1.7" Fomentar la participación del ciudadano en el sistema sanitario como forma de entender sus necesidades y lograr su implicación y responsabilidad, tanto en el sistema como con su propia salud".
NUMERADOR	Nº de procedimientos y guías de la Organización en las que han participado asociaciones de pacientes.
DENOMINADOR	Nº procedimientos y guías de la Organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de procedimientos y guías en las que han participado asociaciones de pacientes}}{\text{Nº de procedimientos y guías}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de participantes en la elaboración de procedimientos y guías.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Implicar y dar participación a los pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias individuales y colectivas. 3.2.4 Se favorece la participación de las asociaciones de pacientes en las comisiones técnicas específicas de mejora de la atención de patologías crónicas.

INDICADOR 3.2.4.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de asociaciones de pacientes que participan en comisiones técnicas.
JUSTIFICACIÓN	La participación es un elemento fundamental para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. La Estrategia SERGAS 2014 recoge en su objetivo 1.7" Fomentar la participación del ciudadano en el sistema sanitario como forma de entender sus necesidades y lograr su implicación y responsabilidad, tanto en el sistema como con su propia salud".
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de asociaciones de pacientes que participan en comisiones técnicas.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de participantes en las Comisiones Técnicas.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3: Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente. 3.1 Se dispone y difunde una guía con recomendaciones dirigidas a pacientes y familiares, para la prevención de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, que contemple los siguientes aspectos. a) Autocuidados para la prevención de caídas, b) Autocuidados para la prevención de úlceras por presión. c) Autocuidados para la prevención de infecciones. d) Autocuidados para un uso seguro de la medicación. e) Recomendaciones para el control de la comprobación de la identificación de pacientes, pruebas diagnósticas y lugar de intervención. f) Inclusión de los documentos: "Declaración de los pacientes por la seguridad de los pacientes" y "Manifiesto de pacientes y ciudadanos por la higiene de manos".

INDICADOR 3.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que conocen la Guía con recomendaciones para la seguridad del paciente.
JUSTIFICACIÓN	La Organización debe garantizar que los pacientes y sus familiares conocen las recomendaciones del centro encaminadas a disminuir los incidentes relacionados con la seguridad.
NUMERADOR	Pacientes observados que conocen la Guía.
DENOMINADOR	Pacientes observados.
FÓRMULA	$(N^{\circ} \text{ de pacientes observados que conocen la Guía} / N^{\circ} \text{ de pacientes observados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Que contemple los siguientes aspectos: Autocuidados para la prevención de caídas, de úlceras por presión y de infecciones, y para un uso seguro de la medicación. Además de recomendaciones para el control de la comprobación de la identificación de pacientes, pruebas diagnósticas y lugar de intervención. Debe incluir la Declaración de los pacientes por la seguridad de los pacientes y el Manifiesto de pacientes y ciudadanos por la higiene de manos.
FUENTES DE DATOS	Encuesta.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Pacientes en defensa de su seguridad. Ref: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html 2. <i>Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks</i>, 2013 http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente. 3.3.2 Se pone a disposición de los ciudadanos un sistema de notificación de incidentes de seguridad y se les facilita información clara y precisa de cómo notificar.

INDICADOR 3.3.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	La organización realiza al menos una actividad anual para informar a los pacientes/ ciudadanos de cómo notificar incidentes de seguridad.
JUSTIFICACIÓN	Es muy importante para la gestión de riesgos y seguridad de pacientes que éstos dispongan de un sistema accesible para poder notificar los incidentes relacionados con la seguridad.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se utilizará para ello el sistema corporativo que será facilitado por Servicios Centrales.
FUENTES DE DATOS	Documentación del sistema.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). 2. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente. 3.3.3 Se realiza periódicamente recogida de información sobre su percepción de seguridad clínica.

INDICADOR 3.3.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes encuestados que manifiestan recibir una asistencia "segura" o "muy segura".
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de pacientes que responden "Segura" " o "Muy Segura" x 100.
DENOMINADOR	nº de pacientes que responden la encuesta.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responden "Segura" " o "Muy Segura"}}{\text{nº de pacientes que responden la encuesta}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	La Organización ha de realizar encuestas de percepción de seguridad entre los pacientes para comprobar si la cultura de seguridad es efectiva. En la actualidad se utiliza el modelo Séneca. Si en el futuro aparecen nuevas encuestas se valorará su uso.
FUENTES DE DATOS	Encuestas de percepción de seguridad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Mínimo cada 3 años.
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente. 3.3.4 Se fomenta que los pacientes formulen a los profesionales sanitarios que los atienden las preguntas que necesiten sobre sus problemas de salud.

INDICADOR 3.3.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de ayuda a los pacientes para formular preguntas en relación con su proceso.
JUSTIFICACIÓN	La organización dispone de un procedimiento de ayuda a los pacientes y familiares para que elaboren las preguntas más relevantes en relación con su proceso.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentación de la Organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Speak Up Joint Commission Help Prevent Errors in your Care. Ref: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf 4. Ask Me 3 Program National Patient Safety Foundation. http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente. 3.3.5 Se fomenta que los pacientes actúen como barrera de seguridad en los errores de medicación fomentando la notificación de Reacciones Adversas a la Medicación (RAM).

INDICADOR 3.3.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que conocen el sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM).
JUSTIFICACIÓN	La organización facilitará información a los pacientes y familiares sobre el uso del sistema de notificación RAM para pacientes.
NUMERADOR	Pacientes observados que conocen el sistema de notificación.
DENOMINADOR	Pacientes observados.
FÓRMULA	$(\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que conocen el sistema de notificación} / \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes observados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Encuesta.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente. 3.3.6 Se implica a los pacientes en su identificación inequívoca, instándoles a colaborar con los profesionales sanitarios en la prevención de este tipo de errores.

INDICADOR 3.3.6.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que firma el lugar correcto en intervenciones quirúrgicas de doble miembro.
JUSTIFICACIÓN	La utilización de métodos que aseguren la identificación inequívoca de los pacientes es clave para mejorar la seguridad y eliminar factores que contribuyen a la aparición de incidentes en el proceso de atención sanitaria, en este proceso es muy importante la participación activa de los pacientes, que así podrán actuar como barrera para evitar incidentes.
NUMERADOR	Nº de pacientes que firman el lugar correcto.
DENOMINADOR	Nº de pacientes observados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de pacientes que firman el lugar correcto} / \text{Nº de pacientes observados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Pacientes que no puedan contestar y no estén acompañados en el momento de la auditoria Anual.
FUENTES DE DATOS	Auditorías observacionales.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation. Universal Protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery. AORN J. 2006; 84 Suppl 1:S27-9. 2. Lista de verificación del proceso quirúrgico: una estrategia de seguridad clínica M González Sobrado - 2013 - bucservo1.unican.es 3. World Health Organization. Patient safety. Safe Surgery Saves Lives. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación ciudadana en seguridad del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Involucrar a los pacientes en los procesos relacionados con la seguridad del paciente. 3.3.7 Se implica a los pacientes y ciudadanos en los aspectos relacionados con la prevención de las IRAS (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria) y se fomenta su participación en los procesos de prevención y control. Se anima a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que los atienden la necesidad de una correcta higiene de manos.

INDICADOR 3.3.7.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de actividades sobre Higiene de Manos en las que han participado pacientes.
JUSTIFICACIÓN	La implicación de los pacientes en los procesos de seguridad aumenta las barreras de prevención.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de actividades sobre Higiene de Manos en las que han participado pacientes.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El tipo de actividades puede ser variable: demostraciones de la técnica, concursos de ideas, dibujos, talleres, jornadas...
FUENTES DE DATOS	Registro de actividades sobre higiene de manos en las que han participado pacientes.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Pacientes en defensa de su seguridad. Ref: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html 2. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013. Ref: 3. Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria". Ref: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf 4. Manifiesto de pacientes y ciudadanos por la higiene de manos. 2013. http://www.sergas.es/Docs/EGSPC/Manifiesto%20Pacientes%20galego.pdf

Estrategia 4 - Prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 1	Objetivo 1.-Implantar en la organización un sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS. 4.1.1 La organización ha incluido en la Política de la organización la política para el sistema de vigilancia, prevención y control de la infección y el alcance del mismo.

INDICADOR 4.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe una Política en la organización referida al sistema de vigilancia, prevención y control de la infección.
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario. El Estudio EPINE indica que en el año 2011, entre el 6,1% y el 6,5% de los pacientes hospitalizados presentaron una IRAS, y este porcentaje se eleva al 6,9% y al 7,5% en los hospitales de más de 500 camas. Así mismo, el Estudio ENEAS señaló, en el año 2005, que el 25,34% de los eventos adversos detectados habían estado relacionados con la presencia de una infección desarrollada en el hospital. Como consecuencia, el reducir este riesgo es uno de los objetivos de calidad de la mayoría de las organizaciones sanitarias.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: · Plan Estratégico. · Plan de calidad/ Sistema de Gestión de la Calidad. · Sistema de Gestión de Riesgos de la organización. · Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Pujol M. Limón E. Epidemiología general de las infecciones Nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(2):108–113. 3. Componentes básicos para los programas de prevención y control de Infecciones. OMS 2008. 4. Plan MIRMHGA. 5. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 1	Objetivo 1.-Implantar en la organización un sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS. 4.1.2 La organización planifica el sistema para la vigilancia, prevención y control de infecciones para conseguir los objetivos de la prevención y control de infecciones y el plan se revisa anualmente.

INDICADOR 4.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un plan de acción anual para la disminución de la Infección según la Norma UNE 179006, aprobado por la dirección.
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario. A partir de los resultados del estudio SENIC existe base científica que demuestra que la implantación en los hospitales de programas de vigilancia, prevención y control de la Infección, pueden reducir de manera importante el riesgo de infección.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: Plan de acción y objetivos para la vigilancia y control de la infección relacionada con la atención sanitaria de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 7 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Pujol M. Limón E. Epidemiología general de las infecciones Nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(2):108–113. 4. Componentes básicos para los programas de prevención y control de Infecciones. OMS 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 1	Objetivo 1.-Implantar en la organización un sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS. 4.1.3 La organización mantiene la integridad del sistema de control de infecciones cuando se planifican e introducen cambios en la organización.

INDICADOR 4.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento para el mantenimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección cuando se planifican e introducen cambios en la organización.
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario. Por ello, las organizaciones deben identificar y disminuir los riesgos de contracción y transmisión de infecciones entre los pacientes, el personal, los profesionales sanitarios, los voluntarios, los estudiantes y las visitas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: · Procedimientos del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria. · S. Medicina Preventiva: Registros de comunicación de introducción o modificación de técnicas o dispositivos que pueda suponer un riesgo de infección; ejecución de obras (diseño, modificación, remodelación, etc.) que afecten a las áreas asistenciales.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 6, 10 y 11 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Pujol M. Limón E. Epidemiología general de las infecciones Nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(2):108–113. 4. Componentes básicos para los programas de prevención y control de Infecciones. OMS 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 1	Objetivo 1.-Implantar en la organización un sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS. 4.1.4. La organización revisa periódicamente el funcionamiento del sistema, analiza el cumplimiento de los objetivos marcados e implanta las acciones de mejora necesarias en base a la revisión del sistema y análisis de resultados.

INDICADOR 4.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe en la organización un informe anual de revisión por la dirección del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria.
JUSTIFICACIÓN	La dirección, al menos una vez al año, debe revisar el sistema para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema.
NUMERADOR	incluyendo la política y los objetivos, el sistema de comunicación y los recursos asignados.
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El informe incluirá la revisión del sistema por parte de los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica, que rendirán cuentas una vez al año a la Dirección sobre los resultados del sistema y sus mejoras. El equipo de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica debe ser un órgano de asesoramiento de la dirección y facilitador de la participación de los profesionales sanitarios en todos aquellos temas relativos a la vigilancia, prevención y control de las IRAS. Debe conocer los planes de vigilancia, prevención y control de las IRAS y sus resultados, proponer a la dirección objetivos o planes en relación con la prevención de infecciones si lo considera oportuno, conocer el plan de auditorías y los resultados de las mismas y proponer acciones de mejora, realizar recomendaciones a la dirección para la mejora del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: · Documento de revisión por la dirección del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria. · Actas de las reuniones de la Comisión de Dirección.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 12.3 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 1	Objetivo 1.-Implantar en la organización un sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS. 4.1.5 La organización establece planes de contingencia ante riesgos potenciales que así lo requieran o adapta, para su aplicación, los establecidos por la administración pública correspondiente.

INDICADOR 4.1.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existen en la organización procedimientos para la elaboración de planes de contingencia sobre Infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario. Por ello, las organizaciones deben identificar y disminuir los riesgos de contracción y transmisión de infecciones entre los pacientes, el personal, los profesionales sanitarios, los voluntarios, los estudiantes y las visitas. Un Plan de contingencia contempla las medidas técnicas, humanas y organizativas necesarias para garantizar la continuidad de la atención sanitaria ante riesgos que suponen una amenaza para el normal funcionamiento del sistema de prestación de atención sanitaria.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría: Procedimientos del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	- Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 7.2 de la Norma. AENOR 2013. - Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. - Componentes básicos para los programas de prevención y control de Infecciones. OMS 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Potenciar el trabajo de los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica para el control de la infección como órgano de asesoramiento de la dirección y facilitador de la participación de los profesionales sanitarios en todos aquellos temas relativos a la vigilancia, prevención y control de IRAS. 4.2.1 Los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica conocen y analizan los patrones de resistencia a los antimicrobianos de los microorganismos más relevantes aislados en los pacientes de la organización, facilitados por el servicio de microbiología, y analizan y proponen acciones de mejora a partir de dicha información.

INDICADOR 4.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de informes anuales sobre resistencia a antimicrobianos.
JUSTIFICACIÓN	El uso inadecuado e irracional de los antimicrobianos crea condiciones favorables a la aparición y propagación de microorganismos resistentes. Las infecciones causadas por microorganismos resistentes no responden al tratamiento ordinario, lo que trae como consecuencia una enfermedad prolongada y el riesgo de morir. Cada año se producen en el mundo unos 440 000 casos nuevos de tuberculosis multirresistente que causan al menos 150 000 muertes. Un alto porcentaje de infecciones hospitalarias se debe a bacterias muy resistentes, como <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de informes anuales sobre resistencia a antimicrobianos.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría.
FUENTES DE DATOS	Auditoría: · Actas e informes de los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica. · Informes del responsable del Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección /Dirección/Microbiología. · Intranet.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 9.3 y 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Potenciar el trabajo de los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica para el control de la infección como órgano de asesoramiento de la dirección y facilitador de la participación de los profesionales sanitarios en todos aquellos temas relativos a la vigilancia, prevención y control de IRAS. 4.2.2 Los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica establecen y evalúan de manera periódica la política antimicrobiana del centro..

INDICADOR 4.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un informe de revisión anual de la política antimicrobiana de la organización.
JUSTIFICACIÓN	En el pasado decenio se ha producido un dramático aumento en todo el mundo de la difusión de microbios farmacorresistentes. El tratamiento de las principales enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, la neumonía y el paludismo, resulta cada vez más difícil y costoso, pues los microbios desarrollan resistencia a muchos de los medicamentos disponibles. Las prácticas inapropiadas de prescripción, que incluyen la elección errónea del medicamento y la dosificación o duración del tratamiento incorrectas, la mala observación del tratamiento y el empleo de medicamentos de baja calidad, son elementos que contribuyen a la aparición de microbios farmacorresistentes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría.
FUENTES DE DATOS	Auditoría: · Actas e informes de los equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica. · Informes del responsable del Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección. · Intranet.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 9.3 y 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.1 La organización implanta el procedimiento operativo "Precauciones especiales de hospitalización para pacientes con enfermedades transmisibles o colonizados por microorganismos multirresistentes.

INDICADOR 4.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Está implantado un procedimiento de aislamientos para la prevención de IRAS.
JUSTIFICACIÓN	Necesidad de controlar la diseminación de los gérmenes multirresistentes entre pacientes y pacientes-profesionales en el hospital para evitar el incremento de pacientes infectados o colonizados por este tipo de gérmenes, posibles eventos adversos y hacer un uso eficiente de los recursos disponibles.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría.
FUENTES DE DATOS	Auditoría: · Procedimiento disponible y accesible en los puntos de trabajo. · Existe registros relacionados con el procedimiento.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 9.3 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.2 La organización implanta un procedimiento operativo para la realización aséptica de las principales técnicas invasivas.

INDICADOR 4.3.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Prevalencia de infección nosocomial adquirida en el propio centro en especialidades quirúrgicas.
JUSTIFICACIÓN	Los procedimientos invasivos, son necesarios para prestar la atención necesaria a determinados pacientes, pero al mismo tiempo abren una puerta de entrada a los microorganismos en el cuerpo del paciente; el aumento de procedimientos invasivos genera mayor contacto físico del trabajador de la salud con los pacientes, además de la manipulación de equipos o productos sanitarios. Todas las razones mencionadas hacen de los procedimientos de la Técnica Aséptica una estrategia fundamental para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
NUMERADOR	Nº de infecciones nosocomiales adquiridas (INA) en propio centro observadas en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.
DENOMINADOR	Nº de pacientes intervenidos observados en especialidades quirúrgicas (CIR).
FÓRMULA	$(\text{Nº de INA identificadas en cirugía} / \text{Nº pacientes intervenidos observados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El resultado se extrae de la tabla del EPINE que incluye número y prevalencia de infecciones total y parcial en pacientes operados (tabla 45 EPINE).
FUENTES DE DATOS	Estudio EPINE.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.3 La organización implanta un procedimiento operativo para la Higiene de manos y uso de guantes.

INDICADOR 4.3.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Consumo en litros de preparado de base alcohólica (PBA) entregados para la higiene de las manos por cada mil estancias.
JUSTIFICACIÓN	La correcta higiene de las manos con agua y jabón o con PBA es un procedimiento eficaz para la prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria.
NUMERADOR	Nº de litros entregados en los distintos servicios del hospital (solo unidades o plantas de hospitalización).
DENOMINADOR	Número de pacientes ingresados en todos los servicios, incluido pediatría.
FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de litros de PBA entregados}}{\text{Nº pacientes días}} \times 1000$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Nº de pacientes-días: Se refiere a la suma de pacientes ingresados diariamente durante el periodo de tiempo establecido. Para contabilizar los pacientes, el día de admisión debe contarse pero no el día de alta. Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como 1. <i>Se excluyen en el numerador los pacientes atendidos en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospitales de día, zona de quirófanos, etc.</i> Para obtener el nº de litros entregados, en algunos casos será necesario hacer el cálculo en función de los ml de los envases dispensados. <i>Se excluyen los entregados en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.</i>
FUENTES DE DATOS	Responsables de calidad de la organización: · Consumo PBA Dirección de Gestión EOXI. · Estancias de S. Admisión EOXI.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. WHO guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Ginebra 2009. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf 4. Documento Joint Commission: Measuring hand hygiene adherence, 2009. 5. MSSSI. Indicadores de seguimiento de la Estrategia de Higiene de Manos.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.4 La organización implanta un procedimiento de utilización de equipos de protección individual (EPI).

INDICADOR 4.3.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Disponibilidad de gafas de protección en los servicios de Cuidados Críticos (UCI, REA, UCI Coronaria), Servicios Quirúrgicos, S. Urgencias.
JUSTIFICACIÓN	Prevención de accidentes de Bioseguridad relacionados con las salpicaduras de fluidos/restos biológicos
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría observación.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.5 La organización implanta un procedimiento para el uso adecuado de antimicrobianos que se revisa anualmente.

INDICADOR 4.3.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de adecuación de la profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos.
JUSTIFICACIÓN	Un objetivo de la profilaxis antibiótica es conseguir niveles séricos y tisulares de bactericida en el momento de la incisión de la piel. Los estudios llevados a cabo durante los años 60 y 70 demostraron que la razón más frecuente del fallo de la profilaxis era el retraso en la administración de antibióticos hasta después de la operación. Se ha encontrado que la menor incidencia de infección postoperatoria estaba asociada con la administración de antibióticos durante la primera hora antes de la cirugía. El riesgo de infección se incrementaba progresivamente cuanto mayor era el tiempo entre la administración y la incisión de la piel.
NUMERADOR	Nº de intervenciones (IQ) con profilaxis antibiótica (AB) adecuada en tiempo y con el antibiótico de elección .
DENOMINADOR	Nº de intervenciones con prescripción de profilaxis antibiótica .
FÓRMULA	$\frac{\text{Nº IQ con profilaxis AB adecuada}}{\text{Nº total IQ con prescripción de profilaxis AB}} \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Exclusiones: · Pacientes con diagnóstico principal sugestivo de enfermedad infecciosa preoperatoria. Observaciones: · Se valorará de manera global y desagregada para los siguientes procesos: Cirugía de bypass aorto-coronario, otra cirugía cardíaca, cirugía vascular, artroplastia de rodilla y cadera, cirugía de colon e histerectomía. · Se considera adecuada cuando se cumplen las siguientes condiciones: se realiza la administración 60 minutos o menos antes de la incisión quirúrgica. Tipo de antibiótico: según protocolo propio del hospital.
FUENTES DE DATOS	Auditoría observación: Sistema Información Hospitalaria Historia Clínica/ Libro de quirófano.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) SCIP-Inf-1a-2h 2. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:247-280. 3. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health Syst Pharm. 1999;56:1839-1888. 4. The Medical letter. Antimicrobial prophylaxis for Surgery. Med Lett Drugs Ther. 2009; 82: 47-52. Gilbert DN, Moellering RC Jr., Elipoulos GM, Chamber HF, Saag MS, eds. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2009. 39st ed. Sperryville, VA: Antimicrobial Therapy, Inc; 2009. 5. Itani KMF, Wilson SE, Awad SS, Jensen EH, Finn TS, Abramson MA. Ertapenem versus cefotetan prophylaxis in elective colorectal surgery. N Engl J Med. 2006 Dec 21; 355 (25): 2640-2651. 6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins ACOG Practice Bulletin No 104 Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Obstet Gynecol May 2009; 113(5) : 1180-1189 7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/24. 9. Bratzler DW, Houck PM, for the Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Group. Antimicrobial prophylaxis for surgery: An advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. CID. 2004;38(15 June):1706-1715.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.6 La organización implanta un procedimiento operativo de Esterilización.

INDICADOR 4.3.6.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento operativo de esterilización en la organización.
JUSTIFICACIÓN	La esterilización de productos sanitarios es una actividad imprescindible y de máxima relevancia para la prevención de riesgos microbiológicos en los centros sanitarios, ya que de ella depende de forma directa toda el área quirúrgica y muchos otros servicios que practican procedimientos invasivos y que emplean productos y materiales estériles. La calidad de los servicios prestados en las organizaciones sanitarias está determinada por la existe un proceso de esterilización eficaz.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría. La limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos deberá realizarse de acuerdo a los mismos estándares en cualquier lugar de la organización. Este procedimiento se hace extensivo a la lencería que se utiliza en procedimientos invasivos.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de IRAS. Documentación S. Medicina Preventiva /U. Esterilización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. Pág. 154. 3. Plan MIRMIHGA. Guía de procedimientos de esterilización no medio hospitalario.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.7 La organización implanta un procedimiento operativo de Desinfección.

INDICADOR 4.3.7.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento operativo de desinfección en la organización.
JUSTIFICACIÓN	El medio ambiente es un elemento básico en la cadena epidemiológica de transmisión de la infección en los centros sanitarios. La limpieza, la desinfección junto con la esterilización del instrumental y material utilizado en la práctica clínica diaria, son una herramienta esencial en la lucha contra la transmisión de la infección. Las organizaciones sanitarias deben establecer unos requisitos mínimos para garantizar la eficiencia del proceso, el cumplimiento de la legislación vigente y la seguridad del proceso, así como hacer una selección racional y uso apropiado de desinfectantes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante auditoría. La limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos deberá realizarse de acuerdo a los mismos estándares en cualquier lugar de la organización. Este procedimiento se hace extensivo a la lencería y ropa de cama.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de IRAS. Documentación S. Medicina Preventiva /S. Limpieza.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. Pág. 154. 3. Plan MIRMIHGA. Guía de procedimientos de desinfección de productos sanitarios en el medio hospitalario y Guía DDD.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.8 La organización implanta un procedimiento operativo para garantizar la bioseguridad ambiental (agua, aire y alimentos).

INDICADOR 4.3.8.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de brotes de Legionella.
JUSTIFICACIÓN	El RD 865/2003 hace referencia en varias ocasiones a la calidad del agua de las instalaciones con probabilidad de propagar <i>Legionella</i>. Concretamente en el artículo 8.1.c. se indica la necesidad de disponer de un programa de tratamiento del agua que asegure su calidad. Decreto 9/2001, do 11 de enero, por el que se regulan los criterios sanitarios para la prevención de la contaminación por legionella en las instalaciones térmicas. Orden del 14 de abril de 2004 de regulación de la formación del personal que realiza operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de las instalaciones susceptibles de propagar la legionelosis y el procedimiento para la autorización de las entidades de formación. Orden del 9 de febrero de 2005 por la que se modifica la del 14 de abril de 2004. Orden do 15 de febrero de 2008 por la que se modifica la del 14 de abril de 2004.
NUMERADOR	Nº de brotes de Legionella.
DENOMINADOR	Año
FÓRMULA	Nº de brotes de Legionella / año
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registros S. Medicina Preventiva.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Manual de prevención e control ambiental da Legionelose. Consellería de Sanidade. 2010.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Implantar los procedimientos operativos relacionados con el control y prevención de IRAS necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema. 4.3.9 La organización implanta un procedimiento operativo de limpieza de instalaciones.

INDICADOR 4.3.9.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes satisfechos con la limpieza de las instalaciones.
JUSTIFICACIÓN	El mantenimiento de la limpieza del entorno inanimado, contribuye a evitar la transmisión de agentes infecciosos. Aunque sea bajo el riesgo de transmisión de agentes infecciosos a través de dicho entorno, los objetos manchados podrían contribuir a una transmisión secundaria, por la contaminación de las manos del personal sanitario o por el contacto con equipos médicos que a continuación se utilizan con los pacientes.
NUMERADOR	Nº encuestado satisfechos con la limpieza.
DENOMINADOR	Nº total de encuestados.
FÓRMULA	$(\text{Nº encuestado satisfechos con la limpieza} / \text{Nº total de encuestados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Medición mediante encuesta a pacientes.
FUENTES DE DATOS	Encuesta de satisfacción usuarios/pacientes.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. Pág 154. 3. Plan MIRMIHGA. Guía de procedimientos de Limpieza no medio hospitalario.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Reducir la infección relacionada con la asistencia sanitaria en la organización. 4.4.1 La organización detecta los brotes epidémicos de infección.

INDICADOR 4.4.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	La organización implanta un procedimiento para la identificación y gestión de brotes epidémicos.
JUSTIFICACIÓN	Cada año, miles de personas enferman a causa de distintos procesos que cursan en forma de brotes. Aunque la mortalidad imputable directa sea muy baja, en ciertos grupos de riesgo (ancianos, inmunodeprimidos, etc.) un brote puede tener consecuencias fatales. Por otra parte, el costo económico directo e indirecto representa cifras importantes como para considerarlo un problema de salud pública. En rigor, la estrategia correcta frente a los brotes es la de prevención primaria al ser muchos de ellos evitables. No obstante, se considera indispensable aplicar medidas de prevención secundaria tales como detectar lo antes posible la aparición de los brotes y evitar su extensión y agravamiento poniendo en práctica las medidas correctoras adecuadas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documentación del Sistema de Vigilancia, prevención y control de la infección/ Documentación S. Medicina preventiva.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Reducir la infección relacionada con la asistencia sanitaria en la organización. 4.4.2 La organización identifica y evalúa los factores de riesgo asociados a las IRAS.

INDICADOR 4.4.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	La organización dispone de un procedimiento implantado para identificar y evaluar los factores de riesgo asociados a las IRAS.
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario (Estudio ENEAS). Por ello, las organizaciones deben los factores de riesgo asociados a las IRAS, analizarlos, evaluarlos y tratarlos para evitar su impacto en los pacientes, o de no ser posible, controlar y minimizar este impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Auditoría documental. Se considerarán los factores de riesgo intrínsecos de los pacientes que pueden contribuir al desarrollo de la infección relacionada con la atención sanitaria.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documentación del Sistema de Vigilancia, prevención y control de la infección/ Documentación S. Medicina preventiva. Mapa de riesgos relacionado con la infección.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA. 4. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponible en http://www.cdc.gov/ncidod/dghp/pdf/isolation2007.pdf 5. Prevención de las infecciones nosocomiales. OMS guía práctica 2ª edición. Disponible en http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf 6. Documento de consenso sobre recomendaciones y recursos necesarios para un programa de control de la infección nosocomial en los hospitales españoles. Disponible en http://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geih/dcientificos/documentos/geih_dyc1_1999.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Reducir la infección relacionada con la asistencia sanitaria en la organización. 4.4.3 La organización garantiza que se incorporan criterios de prevención de la infección en el diseño o reformas de áreas hospitalarias o cambio de uso de las mismas.

INDICADOR 4.4.3-1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	La organización dispone de un procedimiento implantado que garantiza que se incorporan criterios de prevención de la infección en el diseño o reformas de áreas hospitalarias o cambio de uso de las mismas.
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario (Estudio ENEAS). Por ello, las organizaciones deben los factores de riesgo asociados a las obras y cambios estructurales en la organización, analizarlos, evaluarlos y tratarlos para evitar su impacto en los pacientes, o de no ser posible, controlar y minimizar este impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documentación del Sistema de Vigilancia, prevención y control de la infección/ Documentación S. Medicina preventiva. Registros de recomendaciones emitidos ante la comunicación de obras/cambios en la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA. 4. Prevención de las infecciones nosocomiales. OMS guía práctica 2ª edición. Disponible en http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf 5. Documento de grupo de trabajo de la S. Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y el INSALUD. Recomendaciones para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones en Hospitales en Obras. Marzo 2001. Disponible http://www.sempsph.com/images/stories/recursos/pdf/protocolos/2012/109_Hospitales_en_Obras.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Reducir la infección relacionada con la asistencia sanitaria en la organización. 4.4.4 La organización garantiza que se tienen en cuenta criterios de prevención de infecciones en la contratación de servicios externos, compra de equipos o dispositivos en relación a posibles riesgos de infección.

INDICADOR 4.4.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Los servicios contratados cumplen con los requisitos de prevención de la infección incluidos en los pliegos de contratación.
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario (Estudio ENEAS). Por ello, las organizaciones deben los factores de riesgo relacionados con las IRAS en la organización, incluyendo la compra de servicios y productos/equipos/dispositivos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Registros de Inspecciones de Higiene. Documentación S. Medicina Preventiva /compras/contratación/suministros.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Reducir la infección relacionada con la asistencia sanitaria en la organización. 4.4.4 La organización garantiza que se tienen en cuenta criterios de prevención de infecciones en la contratación de servicios externos, compra de equipos o dispositivos en relación a posibles riesgos de infección.

INDICADOR 4.4.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Disminución de la tasa de IRAS
JUSTIFICACIÓN	La infección constituye actualmente uno de los riesgos más importantes que pueden afectar al paciente durante el proceso de asistencia en un centro sanitario (Estudio ENEAS). Por ello, las organizaciones deben los factores de riesgo relacionados con las IRAS en la organización, incluyendo la compra de servicios y productos/equipos/dispositivos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Reducción de la tasa de IRAS con respecto al año anterior.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Indicadores de seguimiento infección nosocomial prevalencia EPINE. Objetivos a alcanzar: Tasa de Infecciones nosocomiales ≤ Tasa media Galicia (Prevalencia % = 8,03) Fuente EPINE Tabla nº3
FUENTES DE DATOS	EPINE
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Prevención de las infecciones nosocomiales. OMS guía práctica 2ª edición. Disponible en http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf 4. B. Bermejo, J. García de Jalón, J. Insausti. Vigilancia y control de las infecciones nosocomiales: EPINE, VICONOS, PREVINE, ENVIN-UCI

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
OBJETIVO 5	Objetivo 5.- Mejorar la cultura de la organización en relación a la vigilancia, prevención y control de las IRAS. 4.5.1 Realizar actividades de información y sensibilización para la prevención y control de las IRAS.

INDICADOR 4.5.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de actividades de información y sensibilización realizadas para la prevención y control de las IRAS.
JUSTIFICACIÓN	Las organizaciones sanitarias que tienen un sistema de vigilancia, prevención y control de IRAS efectivo tienen que formar a sus trabajadores en el funcionamiento del sistema y los procedimientos operativos para la prevención y control de la infección. La información se debe hacer extensiva a los pacientes y usuarios de los centros asistenciales. La información incluirá los resultados de funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de la infección, cumplimiento de objetivos y seguimiento de indicadores.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de actividades de información y sensibilización realizadas para la prevención y control de las IRAS.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Auditoría documental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría registros/documentación S. Medicina Preventiva y U. Docente.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Punto 10 de la Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA.

Estrategia 5 - Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Conseguir que la comprobación inequívoca de la identidad de los pacientes antes de cualquier intervención sanitaria sea una práctica interiorizada por todos los profesionales del Servicio Gallego de Salud. 5.1.1 Los centros disponen de un procedimiento de identificación y comprobación de identidad inequívoca de pacientes, actualizado, disponible y adecuadamente difundido entre los trabajadores y se evalúa el grado de adherencia al procedimiento de forma sistemática. Se extremen las medidas adoptadas en los pacientes vulnerables: pacientes en coma, con sedación farmacológica, deterioro cognitivo, soledad, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriales y desamparo social, o con cualquier otra situación clínica que aumente el riesgo de error.

INDICADOR 5.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes identificados conforme a procedimiento.
JUSTIFICACIÓN	Existe en el Servicio Gallego de Salud un procedimiento corporativo, elaborado desde Servicios Centrales en 2011 y consensuado y adoptado por todos los centros desde entonces. Su cumplimiento es una barrera para la minimización de errores de identificación.
NUMERADOR	Número de pacientes portadores de pulsera identificativa
DENOMINADOR	Total de pacientes del alcance del procedimiento
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Número de pacientes portadores de pulsera identificativa}}{\text{Total de pacientes del alcance del procedimiento}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Las contempladas en el procedimiento.
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la correcta identificación madre-hijo en todos los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 5.2.1 Los centros disponen de un procedimiento de identificación y comprobación de identidad inequívoca madre-hijo, actualizado, disponible y adecuadamente difundido entre los profesionales y cuya implantación y nivel de cumplimiento se auditan periódicamente.

INDICADOR 5.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de identificación madre-hijo conforme a procedimiento.
JUSTIFICACIÓN	Existe en el Servicio Gallego de Salud un procedimiento corporativo de Identificación Madre/Hijo, elaborado desde Servicios Centrales en 2011 y consensuado y adoptado por todos los centros desde entonces. Su cumplimiento es una barrera para la minimización de errores de identificación en este ámbito, en el que los errores de identificación pueden adquirir dimensiones trágicas.
NUMERADOR	Número de madres/bebés portadores de pulsera identificativa.
DENOMINADOR	Total de pacientes del alcance del procedimiento.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Número de madres/bebés portadores de pulsera identificativa}}{\text{Total de pacientes del alcance del procedimiento}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3. -Garantizar en todo procedimiento intervencionista, que se trata del paciente correcto, el lugar correcto y el procedimiento correcto. 5.3.1 Los centros disponen de un procedimiento de comprobación de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto, previa a cualquier intervención asistencial, y especialmente en áreas quirúrgicas e intervencionistas.

INDICADOR 5.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que manifiestan haber sido consultados para la comprobación de paciente correcto/lugar correcto/procedimiento correcto.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº pacientes sometidos a un procedimiento X que manifiestan que los profesionales han comprobado junto a él lugar, identidad y procedimiento .
DENOMINADOR	Nº total de pacientes sometidos al procedimiento encuestados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº pacientes sometidos a un procedimiento X que manifiestan que los profesionales han comprobado junto a él lugar, identidad y procedimiento}}{\text{Nº total de pacientes sometidos al procedimiento encuestados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Encuesta. Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente
OBJETIVO 4	Objetivo 4. - Garantizar en todos los centros la correcta identificación de documentos, muestras biológicas y estudios de diagnóstico por imagen de los pacientes, disminuyendo los errores de identificación. 5.4.1 Los centros disponen de un procedimiento de comprobación de la correcta identificación, transporte, conservación y gestión de muestras biológicas.

INDICADOR 5.4.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existen procedimientos de comprobación de la correcta identificación, transporte, conservación y gestión de muestras biológicas.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente
OBJETIVO 4	Objetivo 4. - Garantizar en todos los centros la correcta identificación de documentos, muestras biológicas y estudios de diagnóstico por imagen de los pacientes, disminuyendo los errores de identificación. 5.4.2 Se miden los errores de identificación de muestra en los servicios centrales y se establecen medidas correctoras orientadas a la mejora continua.

INDICADOR 5.4.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de reuniones del grupo de análisis de errores de identificación de muestras.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de reuniones del grupo.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Actas de las reuniones del grupo.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente
OBJETIVO 4	Objetivo 4. - Garantizar en todos los centros la correcta identificación de documentos, muestras biológicas y estudios de diagnóstico por imagen de los pacientes, disminuyendo los errores de identificación. 5.4.3 Los centros disponen de un procedimiento de comprobación de la correcta identificación de estudios de diagnóstico por imagen.

INDICADOR 5.4.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de utilización de los registros para la comprobación de la correcta identificación de estudios de diagnóstico por la imagen.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Número de estudios de diagnóstico por imagen con registro de comprobación de identificación.
DENOMINADOR	Número total de estudios de imagen realizados en la organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº estudios de diagnóstico por imagen con registro de comprobación de identificación}}{\text{Nº total de estudios de imagen realizados en la organización}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente
OBJETIVO 4	Objetivo 4. - Garantizar en todos los centros la correcta identificación de documentos, muestras biológicas y estudios de diagnóstico por imagen de los pacientes, disminuyendo los errores de identificación. 5.4.4 Se miden los errores de identificación de estudios de diagnóstico por imagen y se establecen las medidas correctoras orientadas a la mejora continua.

INDICADOR 5.4.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de reuniones del grupo de análisis de errores de identificación de estudios de diagnóstico por imagen.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de reuniones del grupo de análisis de errores de diagnóstico de estudio por imagen.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Actas de las reuniones del grupo.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	
BIBLIOGRAFÍA	

Estrategia 6 - Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo. 6.1.1 Se dispone de procedimientos que faciliten la toma de decisiones y que alerte ante posibles errores de dosificación, frecuencia, contraindicaciones e interacciones medicamentosas, previo a la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.
INDICADOR 6.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se dispone de procedimientos que alerten ante posibles errores de dosificación, frecuencia, contraindicaciones e interacciones medicamentosas, previo a la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.
JUSTIFICACIÓN	Los errores de medicación y sus consecuencias negativas constituyen en la actualidad un grave problema, con importantes repercusiones no sólo desde un punto de vista asistencial y económico, sino también porque generan la desconfianza de los pacientes en el sistema sanitario. La amplia variedad y complejidad de medicamentos genera una sobrecarga informativa que hace difícil a los profesionales sanitarios mantener al día sus conocimientos para conseguir una óptima utilización de este recurso sanitario. De ahí la importancia de: · Favorecer estrategias de gestión del conocimiento dirigidas a sintetizar la información y seleccionar aquella de mayor evidencia. · Desarrollar procedimientos de soporte a la decisión clínica en el campo de la farmacoterapia.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Procedimientos. Programas de alerta Documentos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo. 6.1.2 Se dispone y aplica un procedimiento de registro, control y gestión de incidencias relacionadas con medicamentos.

INDICADOR 6.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se dispone y aplica un procedimiento de registro, control y gestión de incidencias relacionadas con medicamentos.
JUSTIFICACIÓN	Los acontecimientos adversos por medicamentos y sus consecuencias negativas, constituyen un grave problema de salud pública, cuya prevención precisa de la participación y el esfuerzo de todos. Los sistemas de notificación, la información generada y la resolución de estos problemas permiten a las organizaciones identificar los errores, aprender de las experiencias y plantear las mejoras correspondientes
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Informe del Servicio de Farmacia.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.aemps.es/profHumana/farmacovigilancia/home.htm 2. http://www.ismp-espana.org/ 3. https://www.sinasp.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo. 6.1.3 Se dispone y aplica un procedimiento de registro, control y gestión de incidencias relacionadas con medicamentos.

INDICADOR 6.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridad ocurridos en el centro y alertas relacionadas con los medicamentos.
JUSTIFICACIÓN	Mantener informados a los profesionales sanitarios de todas aquellas novedades y alertas farmacológicas que representen un posible riesgo para la salud de los pacientes, con el fin de garantizar una utilización correcta de los medicamentos. Esta información se debe canalizar y difundir de acuerdo a su contenido.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	No se contemplan excepciones.
FUENTES DE DATOS	Boletines de Seguridad . Intranet . Correos corporativos enviados a los profesionales. Sesiones de presentación de casos relacionado con incidentes de medicamentos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/calidad/instrucciones-defectos-calidad.htm (acceso revisado el 18 de febrero de 2013).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo. 6.1.4 Se establecen medidas para reducir el riesgo ante medicamentos con nombres parecidos y con etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.

INDICADOR 6.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se incorporan medidas para reducir el riesgo ante medicamentos con nombres parecidos y con etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.
JUSTIFICACIÓN	La confusión entre medicamentos con nombres o envases similares es una causa frecuente de errores de medicación. Son varios los factores que contribuyen y aumentan este riesgo y pueden ocurrir en cualquier etapa del sistema de utilización de los medicamentos, desde la prescripción a la administración, pasando por el almacenamiento, la transcripción o la dispensación. Dada su complejidad, todos los agentes deben sensibilizarse de la importancia que tienen en la seguridad del paciente y establecer prácticas seguras para evitar los errores por esta causa.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	No se contemplan excepciones.
FUENTES DE DATOS	Auditorías observacionales. Procedimientos de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/ 2. www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo. 6.1.5 Se dispone de un listado con los medicamentos de alto riesgo que se usan en el centro, y de un procedimiento actualizado sobre el manejo de los mismos que incluye la evaluación de su conocimiento por los profesionales.

INDICADOR 6.1.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un listado con los medicamentos de alto riesgo que se usan en el centro y los procedimientos correspondientes para su manejo.
JUSTIFICACIÓN	Los "medicamentos de alto riesgo" son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. El ISMP establece una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en los hospitales que constituye la lista de referencia utilizada mundialmente. A su vez, recomienda establecer y difundir una relación con los medicamentos de alto riesgo disponibles en la institución
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos y procedimientos de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo. 6.1.6 Existe un listado de abreviaturas admitidas y consensuadas en el centro cuya interpretación es inequívoca y conocida por todos los profesionales.

INDICADOR 6.1.6.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un listado de abreviaturas admitidas y consensuadas en el centro cuya interpretación es inequívoca y conocida por todos los profesionales.
JUSTIFICACIÓN	La utilización de abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados en la prescripción médica para indicar el medicamento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración es una causa conocida de errores de medicación. Puede dar lugar a una interpretación equivocada por profesionales no familiarizados. El ISMP aconseja que cada institución establezca medidas o procedimientos específicos para evitar los errores de medicación por estas causas. Estas recomendaciones han sido recogidas por numerosas organizaciones y sociedades.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El listado estará disponible en la Intranet de la EOXI.
FUENTES DE DATOS	Documentos y procedimientos de la organización. Intranet.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/ 2. The National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: A 3. Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum, 2003 (Document NQFCR-05-03).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir los errores de medicación en los centros del Servicio Gallego de Salud, en especial aquellos relacionados con medicamentos de alto riesgo. 6.1.7 Se evalúa periódicamente la seguridad del sistema de uso de medicamentos del centro.

INDICADOR 6.1.7.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se evalúa periódicamente la seguridad del sistema de uso de medicamentos del centro a través del Cuestionario establecido por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP).
JUSTIFICACIÓN	Dentro de la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el SNS, la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos se contempla como una de las áreas fundamentales, ya que los errores de medicación son los tipos más frecuentes de errores y de los que se dispone de más información, fundamentalmente de aquellos que suceden en el ámbito hospitalario. Es, por tanto, que parece necesario disponer de herramientas que ayuden a evaluar este sistema, para conocer los riesgos, identificar oportunidades de mejora y proponer recomendaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes orientadas a la puesta en marcha de acciones de mejora en los centros sanitarios.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se utilizará el cuestionario del ISMP por ser el de referencia en el momento de elaboración de este documento. Si en el futuro apareciera un método de autoevaluación mejor, se valorará su sustitución.
FUENTES DE DATOS	Cuestionario establecido por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP).
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Al menos una vez cada dos años.
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/ 2. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar en todos los centros la seguridad de los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos. 6.2.1 Se dispone de un procedimiento de control de caducidad y condiciones de conservación de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

INDICADOR 6.2.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades en las que no se evidencian medicamentos caducados.
JUSTIFICACIÓN	Un control adecuado de las condiciones de conservación y caducidad de los medicamentos y productos sanitarios es fundamental para preservar su actividad farmacológica de forma óptima para su administración al paciente. Establecer procedimientos que faciliten y agilicen dicho control, permitirá ir avanzando en el desarrollo de actividades que reduzcan la incidencia de eventos adversos y, con ello, mejorar la seguridad de los pacientes y su calidad asistencial.
NUMERADOR	Nº de unidades en las que no se evidencian medicamentos caducados.
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas.
FÓRMULA	$(\text{Nº de unidades en las que no se evidencian medicamentos caducados} / \text{Nº de unidades observadas}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar en todos los centros la seguridad de los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos. 6.2.2 Se dispone de un lugar, con acceso restringido, para el almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

INDICADOR 6.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Las áreas de almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos de los Servicios de Farmacia son de acceso restringido.
JUSTIFICACIÓN	El área de almacenamiento debe cumplir los requisitos necesarios para garantizar las condiciones óptimas de conservación según corresponda a las características de cada producto, respetando las indicaciones del fabricante en función de sus características de fragilidad, condiciones especiales de luz, ventilación, temperatura, o humedad. Su acceso restringido a personal autorizado y capacitado ofrece una mayor seguridad y protección de los productos almacenados, con objeto de garantizar la integridad, conservación y control, manteniéndolos de manera inalterada y ordenada.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditorías.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar en todos los centros la seguridad de los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos. 6.2.3 Se dispone de un procedimiento de control de condiciones de conservación, como la temperatura de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos en las zonas de almacenamiento, incluyendo los situados en el frigorífico.

INDICADOR 6.2.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades con sistemas de control de temperatura en el almacén de medicamentos.
JUSTIFICACIÓN	Comprobar regularmente la temperatura de las zonas de almacenamiento es necesario para asegurar que los medicamentos se mantienen dentro del rango establecido. Cobra especial relevancia en aquellos medicamentos o productos sanitarios que requieren condiciones especiales de conservación, como ocurre con los termolábiles. Para éstos, es fundamental que la cadena de frío se mantenga sin interrupciones desde su fabricación hasta la administración al paciente, garantizando así que llegan en óptimas condiciones
NUMERADOR	Nº de unidades con control de temperaturas en el almacén de medicamentos
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas
FÓRMULA	$(\text{Nº de unidades con control de temperaturas en el almacén de medicamentos} / \text{Nº de unidades observadas}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar en todos los centros la seguridad de los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos. 6.2.4 Se dispone de un procedimiento de revisión de los botiquines tanto en el Servicio de Farmacia como en las distintas unidades, servicios o consultas del centro para garantizar las condiciones de conservación, caducidad, presencia de medicamentos no autorizados y cantidades disponibles.

INDICADOR 6.2.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Está implantado un procedimiento de revisión de los botiquines para garantizar las condiciones de conservación, caducidad, presencia de medicamentos no autorizados y cantidades disponibles.
JUSTIFICACIÓN	Los botiquines deben estar perfectamente definidos en cuanto a lugar de ubicación, contenido y cantidad de medicamentos, requisitos de conservación y personal responsable de su custodia. Llevar a cabo revisiones periódicas, mediante procedimientos previamente establecidos, va a garantizar su correcto funcionamiento y mantenimiento, así como un adecuado control y conservación de los medicamentos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos y procedimientos de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos. 6.3.1 Se dispone de un modelo único de registro de tratamiento para cada paciente donde aparecen como mínimo los siguientes datos: medicación actualizada del paciente, dosis, frecuencia, vía de administración y fechas de prescripción y revisión de tratamiento.

INDICADOR 6.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de registros de tratamiento correctamente cumplimentados.
JUSTIFICACIÓN	Disponer de un único modelo de registro de tratamiento para cada paciente evita su transcripción por parte de otros profesionales a otros registros, lo que se traduce en una disminución de errores de medicación y una mayor seguridad para los pacientes. La estandarización de la prescripción médica es el primer paso para aumentar la seguridad en el proceso prescripción-dispensación- administración.
NUMERADOR	Nº de registros de tratamiento correctamente cumplimentados.
DENOMINADOR	Nº de registros de tratamiento observados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de registros de tratamiento correctamente cumplimentados}}{\text{Nº de registros de tratamiento observados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoria de registros.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. www.ismp-espana.org 2. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario_seguridad_sistema_medicamentos_hospitales.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos. 6.3.2 Se dispone de un sistema que permita evaluar la trazabilidad del medicamento en el proceso prescripción dispensación-administración.

INDICADOR 6.3.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Está implantado un procedimiento para evaluar la trazabilidad del medicamento en el proceso prescripción dispensación-administración.
JUSTIFICACIÓN	La Ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, se refiere a la trazabilidad de los medicamentos con el fin de lograr un adecuado abastecimiento del mercado y establecer garantías de seguridad para los ciudadanos. Un sistema de trazabilidad facilita el seguimiento de cada medicamento y permite reaccionar ante riesgos detectados en la calidad y seguridad de los medicamentos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos. 6.3.3 Se dispone y aplica un procedimiento o sistema de administración de la medicación donde se recogen los "cinco correctos": medicamento correcto, paciente correcto, dosis correcta, hora correcta y vía de administración correcta.

INDICADOR 6.3.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Está implantado un procedimiento de administración de la medicación donde se recogen los "cinco correctos".
JUSTIFICACIÓN	Los "cinco correctos" para la administración de medicamentos, permiten al personal de enfermería que va a administrar una medicación seguir algunas precauciones estándares con el fin de evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error. La tecnología en la administración de medicamentos es esencial para mejorar la seguridad en todo el proceso. Es importante promover la incorporación de nuevas tecnologías que han demostrado aumentar la seguridad del proceso de administración tales como los sistemas automatizados de dispensación, la hoja de administración para enfermería informatizada y los sistemas de código de barras en el proceso de administración.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos y procedimientos de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos. 6.3.4 Se dispone y utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar la medicación del paciente al ingreso en el centro, tras el alta y durante los traslados a otras unidades, servicios o niveles asistenciales.

INDICADOR 6.3.4.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Está implantado un procedimiento para conciliar la medicación del paciente.
JUSTIFICACIÓN	Un % elevado de los errores de medicación (EM) comunes en el ámbito hospitalario ocurren durante la transición de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales. La conciliación de la medicación (CM) se define como el proceso que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararlo con la prescripción médica después de la transición asistencial. Desde las instituciones sanitaria de mayor prestigio a nivel mundial, se reconoce la CM como la solución a esta problemática.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos y procedimientos de la organización. Auditorías.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. DOCUMENTO DE CONSENSO. Conciliación de los medicamentos en los Servicios de Urgencias. Grupo REDFASTER (SEFH), España.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos. 6.3.5 Se dispone y utiliza un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos y dietéticos de pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedicados.

INDICADOR 6.3.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Está implantado un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos y dietéticos de pacientes pluripatológicos y polimedicados.
JUSTIFICACIÓN	La polifarmacia resulta difícil de manejar y es susceptible de numerosos errores y problemas relacionados con los medicamentos. Para el paciente aumenta el riesgo de padecer reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y su incidencia se incrementa con el número de medicamentos consumidos. Existen una serie de factores de riesgo que contribuyen a la aparición de RAM en este tipo de pacientes, por tanto, debe ponerse especial atención en la revisión de los tratamientos con el fin de realizar intervenciones necesarias que den lugar a una mejor atención sanitaria.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos y procedimientos de la organización. Auditorías.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. C. Galán-Retamal, R. Garrido-Fernández, S. Fernández-Espínola, V. Padilla-Marín. Seguimiento del paciente anciano polimedicado en un área de salud. Farm. Hosp. Vol. 34. Núm. 06.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos. 6.3.6 Las soluciones intravenosas, las concentraciones, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados y estandarizados y etiquetados de forma inequívoca en los dispositivos de administración.

INDICADOR 6.3.6.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de soluciones intravenosas administradas correctamente etiquetadas.
JUSTIFICACIÓN	La estandarización de las soluciones intravenosas en cuanto a concentración, dosis y tiempo de administración es fundamental para minimizar errores. Esto es especialmente relevante para los medicamentos de alto riesgo. Por tanto, siempre que sea posible, se prefiere la utilización de mezclas intravenosas o jeringas precargadas preparadas comercialmente.
NUMERADOR	Nº de soluciones iv administrados correctamente etiquetados.
DENOMINADOR	Nº de soluciones iv administradas observados
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de soluciones iv administrados correctamente etiquetados}}{\text{Nº de soluciones iv administradas observados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Documentos y procedimientos de la organización. Auditorías.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Estandarizar en todos los centros la aplicación de procedimientos sobre seguridad en la prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación, productos sanitarios y fluidos. 6.3.7 Está estandarizada la práctica del doble chequeo en la prescripción, preparación y/o administración de fármacos de alto riesgo.

INDICADOR 6.3.7.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades en las que se practica doble chequeo en la administración de fármacos de alto riesgo.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario implantar controles en los procedimientos de trabajo que permitan detectar e interceptar los errores. Un ejemplo práctico de esta medida es la implantación de sistemas de "doble chequeo", ya que es menos probable que dos personas distintas se equivoquen al controlar el mismo proceso. Siendo muy recomendable su puesta en práctica para medicamentos de alto riesgo.
NUMERADOR	Nº unidades con práctica de doble chequeo de administración de fármacos de alto riesgo.
DENOMINADOR	Total de unidades observadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº unidades con práctica de doble chequeo de administración de fármacos de alto riesgo}}{\text{Total de unidades observadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría. Registro doble chequeo de fármacos de alto riesgo.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Incrementar la notificación de Reacciones Adversas a la Medicación (RAM) por parte de los profesionales. 6.4.1 Se establecen mecanismos para incrementar la notificación de reacciones adversas a la medicación (RAM).

INDICADOR 6.4.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de sesiones sobre el uso del sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) dirigidas a los profesionales.
JUSTIFICACIÓN	Los profesionales sanitarios tienen la obligación de notificar las sospechas de reacciones adversas de los medicamentos autorizados, incluidas las de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas, según dispone la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios mediante la regulación del Sistema Español de Farmacovigilancia. La información derivada de la notificación de las RAM es de gran utilidad para determinar posibles riesgos no conocidos anteriormente o cambios en la gravedad o frecuencia de riesgos ya conocidos. Por tanto un incremento de dichas notificaciones garantiza una mayor seguridad en el uso de los medicamentos y como consecuencia una mayor seguridad para los pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de sesiones sobre el uso del sistema RAM dirigidas a los profesionales.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro del Sistema de Farmacovigilancia de las CCAA de las comunicaciones de sospechas de RAM a través de la tarjeta amarilla.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

Estrategia 7 - Gestión de riesgos en los procesos

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Implantar en la organización la gestión de los procesos de riesgo. 7.1.1 La organización identifica los procesos necesarios para el desempeño del sistema de gestión de la seguridad y su aplicación a través de la organización y determina la secuencia e interacción de estos procesos en el mapa de procesos de la organización.

INDICADOR 7.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de procesos de riesgo de la organización.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario que la organización revise y defina su mapa de procesos de riesgo para garantizar un adecuado desempeño de sus sistema de gestión de riesgos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: Sí/No
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Existe el documento. Revisar que se hayan incluido los procesos de apoyo.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2. Normas ISO 9001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Implantar en la organización la gestión de los procesos de riesgo. 7.1.2 La organización determina los indicadores de Seguridad de los procesos de riesgo.

INDICADOR 7.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de procesos de riesgo con indicadores de seguridad definidos.
JUSTIFICACIÓN	En el ámbito sanitario, debemos enfocar nuestro trabajo a la gestión de riesgos para asegurarnos de que ponemos controles o barreras para evitar que los riesgos lleguen a los pacientes, eliminándolos o, si no es posible, minimizando sus consecuencias. Para ello es necesario que dispongamos de un sistema de monitorización que nos permita saber cómo controlamos los procesos. En los procesos de riesgo se identifican indicadores de SP.
NUMERADOR	Nº de procesos de riesgo con indicadores de seguridad definidos.
DENOMINADOR	Nº de procesos de riesgo documentados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de procesos de riesgo con indicadores de seguridad definidos}}{\text{Nº de procesos de riesgo documentados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Son Procesos de Riesgo los relacionados con: · Servicios de atención a pacientes críticos: UCI, REA, Quemados, Medulares, Unidades Cuidados Coronarios ... · Diálisis · Urgencias · Anestesia · Cirugía (todas las especialidades quirúrgicas) · Obstetricia · Procesos que requieren procedimientos invasivos (U. arritmias, hemodinámica, radiología intervencionismo, etc.) · Trasplantes · Utilización de Sangre y Hemoderivados · Utilización de Medicamentos de alto riesgo · Psiquiatría · Esterilización · Contención mecánica · Otros procesos identificados por la organización Se considera que un proceso está documentado cuando existe documento, se ha implantado y se mide.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2. Normas ISO 9001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Implantar en la organización la gestión de los procesos de riesgo. 7.1.3 La organización realiza el seguimiento, la medición y el análisis de los procesos identificados como de riesgo.

INDICADOR 7.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de procesos de riesgo medidos.
JUSTIFICACIÓN	Asegurar que la organización realiza el seguimiento, la medición y el análisis de los procesos de riesgo de la organización.
NUMERADOR	Nº de procesos de riesgo documentados, implantados y medidos.
DENOMINADOR	Nº de procesos de riesgo totales
FÓRMULA	$(\text{Nº de procesos de riesgo documentados, implantados y medidos} / \text{Nº de procesos de riesgo totales}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Son Procesos de Riesgo los relacionados con: · Servicios de atención a pacientes críticos: UCI, REA, Quemados, Medulares, Unidades Cuidados Coronarios ... · Diálisis · Urgencias · Anestesia · Cirugía (todas las especialidades quirúrgicas) · Obstetricia · Procesos que requieren procedimientos invasivos (U. arritmias, hemodinámica, radiología intervencionismo, etc.) · Trasplantes · Utilización de Sangre y Hemoderivados · Utilización de Medicamentos de alto riesgo · Psiquiatría · Esterilización · Contención mecánica · Otros procesos identificados por la organización
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2. Normas ISO 9001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Implantar en la organización la gestión de los procesos de riesgo. 7.1.4 La organización implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

INDICADOR 7.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de Objetivos del Plan de Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	Asegurar que la organización implemente las acciones necesarias para la mejora de la Seguridad del Paciente en los procesos.
NUMERADOR	Nº de objetivos de mejora continua de la S.P. alcanzados.
DENOMINADOR	Nº de objetivos totales de mejora continua de la S. P.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de objetivos de mejora continua de la S.P. alcanzados}}{\text{Nº de objetivos totales de mejora continua de la S. P.}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los objetivos deben referirse a diferentes procesos (no todos los que se planteen pueden ser del mismo proceso), y deben estar relacionados con la gestión de riesgos para la seguridad del paciente.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Apartado 4.10.1.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Disponer del Mapa de Riesgo de los procesos de riesgo. 7.2.1 La organización analiza los procesos e identifica y documenta su mapa de riesgos, que tiene en cuenta las interacciones entre los procesos asistenciales y no asistenciales, que revisa y actualiza periódicamente o cuando se identifican nuevos riesgos.

INDICADOR 7.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades asistenciales que disponen de mapa de riesgos.
JUSTIFICACIÓN	Asegurar que la organización analiza los procesos e identifica y documenta su mapa de riesgos, que tiene en cuenta las interacciones entre los procesos asistenciales y no asistenciales, que revisa y actualiza periódicamente o cuando se identifican nuevos riesgos.
NUMERADOR	Nº unidades con mapas de riesgos.
DENOMINADOR	Nº unidades asistenciales.
FÓRMULA	$(\text{Nº unidades con mapas de riesgos} / \text{Nº unidades asistenciales}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Revisar que se hayan incluido los riesgos relacionados con los procesos de apoyo.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Apartado 4.9.1. 2. Joint Commission Standards Accreditation for Hospitals 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Gestionar los riesgos para la seguridad del paciente de forma proactiva valorando los riesgos a los que están sometidos los pacientes en su tránsito por el sistema sanitario. 7.3.1 La organización dispone de un Manual del Sistema de Gestión de Riesgos.

INDICADOR 7.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un Manual de Gestión de Riesgos de la Organización.
JUSTIFICACIÓN	Documento que recoge la planificación, organización, responsabilidades, recursos, procedimientos, funcionamiento, seguimiento, revisión y mejora continua del Sistema de Gestión de Riesgos de la EOXI (cómo gestionar los riesgos en general, los documentos, registros, etc.)
NUMERADOR	Existe documento
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico: SÍ/NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Este Manual se puede fusionar con el Manual de Calidad y/o gestión ambiental.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Apartado 4.9.1.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Gestionar los riesgos para la seguridad del paciente de forma proactiva valorando los riesgos a los que están sometidos los pacientes en su tránsito por el sistema sanitario. 7.3.2 La organización revisa al menos un proceso crítico al año, para la identificación proactiva de riesgos, análisis, evaluación, mediante la herramienta Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), e implementa, de ser necesario, las acciones de tratamiento que resulten de este proceso.

INDICADOR 7.3.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de procesos de riesgo con AMFE realizado.
JUSTIFICACIÓN	Asegurar que la organización revisa al menos un proceso crítico al año, para la identificación proactiva de riesgos, análisis, evaluación, mediante la herramienta Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) e implementa, de ser necesario, las acciones de tratamiento que resulten de este proceso.
NUMERADOR	Nº de procesos de riesgo con AMFE realizado.
DENOMINADOR	Nº total de procesos de riesgo.
FÓRMULA	$(\text{Nº de procesos de riesgo con AMFE realizado} / \text{Nº total de procesos de riesgo}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El análisis proactivo debe incluir al menos definición del riesgo, origen o fuente del riesgo, sus causas y las consecuencias.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2. Joint Commission Standards Accreditation for Hospitals 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Reducir o eliminar los riesgos a los que pueda estar sometido el paciente y los incidentes sin daño y los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. 7.4.1 La organización establece y prioriza las acciones de tratamiento de los peligros/riesgos identificados, una vez evaluados, las documenta, monitoriza, establece responsabilidades y evalúa comprobando la efectividad de las mismas.

INDICADOR 7.4.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existen Planes de Tratamiento de riesgos siguiendo las directrices de la Norma UNE 179003.
JUSTIFICACIÓN	La organización, una vez identificados, analizados y evaluados los riesgos, deberá establecer las acciones de tratamiento necesarias para: a. Evitar el riesgo, decidiendo no iniciar o interrumpir la actividad que da origen al riesgo; b. Modificar la actividad que lo origina o establecer nuevas actuaciones o procedimientos de actuación con la finalidad de reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o de mitigar la severidad de sus consecuencias, o de compartir el riesgo con otras partes; y c. Mantener el riesgo.
NUMERADOR	Existen planes de tratamiento que cumplen los requisitos de la norma UNE 179003.
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los Planes de tratamiento deben estar documentados y contener al menos la siguiente información: · El objetivo. · Los beneficios que se esperan conseguir. · Los indicadores. · Las personas con autoridad para adoptar el programa y las responsabilidades de su implementación. · Las acciones que se proponen. · Los requisitos de la vigilancia y de información. · Los requisitos de los recursos. · El cronograma La organización, una vez hecho el mapa de riesgos con el nivel de riesgo calculado, debe evaluar los riesgos y, en base a criterios documentados, debe seleccionar la alternativa más apropiada basándose en una ponderación de los beneficios potenciales frente al esfuerzo y el coste requeridos para la aplicación de la alternativa elegida. Los requisitos legales y reglamentarios, y la responsabilidad social de la organización deben ser tenidos en cuenta a la hora de establecer los tratamientos. Para dar por cumplido el objetivo, el plan debe estar en proceso (en plazo, pero que alguna de las acciones se haya realizado), o finalizado verificando el cumplimiento del plan aprobado.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad y gestión de riesgos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2. Joint Commission Standards Accreditation for Hospitals 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Reducir o eliminar los riesgos a los que pueda estar sometido el paciente y los incidentes sin daño y los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. 7.4.2 La organización establece, documenta y publica las buenas prácticas en Seguridad de Pacientes,, basadas en la evidencia, garantizando la accesibilidad a la información en los lugares de trabajo.

INDICADOR 7.4.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se difunden e implementan prácticas seguras.
JUSTIFICACIÓN	Las acciones que se realicen que disminuyan tanto la gravedad del riesgo como su probabilidad, deben ser difundidas en la organización, con objeto de que la información esté accesible al personal.
NUMERADOR	Existe un sistema de comunicación / retroalimentación sobre prácticas seguras en la organización.
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El sistema de comunicación/retroalimentación debe estar implementado, ser continuo y dinámico. Se considerará que no existe si sólo hay un acta de una reunión en un año, o si sólo se ha realizado una sesión en un año. La comunicación debe tener al menos una frecuencia trimestral, y puede realizarse a través de diferentes canales: correos internos, carteles, boletines, sesiones informativas/formativas intracentro o intraunidad, actas de reuniones, que pueden ser simultáneos.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad y gestión de riesgos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 5	Objetivo 5.- Favorecer la comunicación interna y externa necesaria para el desempeño del sistema de Gestión de Riesgos. 7.5.1 La organización establece, documenta y mantiene los canales y procedimientos normalizados de comunicación interna y externa que garantizan el desempeño de su sistema de gestión de riesgos.

INDICADOR 7.5.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de sesiones generales relacionadas con la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	La organización debe establecer un procedimiento de auditorías tanto internas como externas, de forma que se ponga de relieve si la gestión de riesgos es dinámica y efectiva.
NUMERADOR	Realización de auditoría interna/externa según proceda.
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de sesiones generales relacionadas con la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se considera como criterio de aceptación que al menos se realice auditoría interna, siendo preferible que esta auditoría interna la lleve a cabo personal de otro hospital, porque será más objetivo y además favorece el aprendizaje y la mejora.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad y gestión de riesgos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. 2. Normas de la familia ISO 9000.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Certificar servicios, unidades y centros, con el Sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente, cumpliendo los requisitos de la norma UNE 179003. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente y de la norma UNE 179006. Sistemas de vigilancia, prevención y control de las IRAS. 7.6.1 La organización certifica Servicios Unidades o centros, con el Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente que cumplen los requisitos de la norma UNE 179003 Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.

INDICADOR 7.6.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades certificadas en Sistema de Gestión de Riesgos con la NORMA UNE 179003.
JUSTIFICACIÓN	· Mejorar la Seguridad del Paciente en la EOXI. · Obtener un reconocimiento externo social y público de la Gestión de Riesgos y la Seguridad del Paciente en la EOXI.
NUMERADOR	Nº de servicios/unidades asistenciales certificadas.
DENOMINADOR	Nº de servicios/unidades asistenciales.
FÓRMULA	$(\text{Nº de unidades asistenciales certificadas} / \text{Nº de unidades asistenciales}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Realización de auditoría externa por empresa acreditada que certifiquen que se gestionan los riesgos siguiendo los requisitos de la norma UNE 179003.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad y gestión de riesgos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Gestión de riesgos en los procesos
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Certificar servicios, unidades y centros, con el Sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente, cumpliendo los requisitos de la norma UNE 179003. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente y de la norma UNE 179006. Sistemas de vigilancia, prevención y control de las IRAS. 7.6.2 El Centro está certificada con el sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS que cumplen los requisitos de la norma UNE 179006 "Sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los hospitales.

INDICADOR 7.6.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	El centro está certificado con la Norma UNE 179006.
JUSTIFICACIÓN	· Disminución de la incidencia y prevalencia de las IRAS en la Organización. · Mejorar la Seguridad del Paciente. · Reconocimiento externo social y público al trabajo realizado.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Realización de auditorías externas por empresa acreditada que certifiquen que existe un sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS que cumple los requisitos de la norma UNE 179006.
FUENTES DE DATOS	Documentación Unidad/Servicio de Calidad y gestión de riesgos/S. medicina Preventiva.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006 Sistemas de vigilancia, prevención y control de las IRAS.

Estrategia 8 - Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP - Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Consolidar la notificación y la gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos como una práctica habitual por parte de los profesionales y gestores del Servicio Gallego de Salud para la mejora del sistema sanitario público. 8.1.1 El SiNASP está implantado en la organización, existe un gestor principal y una red de gestores alternativos que procesan las notificaciones.

INDICADOR 8.1.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe en la Organización un gestor principal y una red de gestores alternativos que procesan las notificaciones.
JUSTIFICACIÓN	Un sistema de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	SiNASP
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual gestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Consolidar la notificación y la gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos como una práctica habitual por parte de los profesionales y gestores del Servicio Gallego de Salud para la mejora del sistema sanitario público. 8.1.2 Se fomenta la notificación y se monitoriza el volumen de notificaciones.

INDICADOR 8.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de notificaciones en SiNASP en relación con el personal sanitario.
JUSTIFICACIÓN	Indicación del nivel de utilización del SiNASP en el centro, indica su aceptación y su uso.
NUMERADOR	Nº de incidentes notificados en el periodo analizado.
DENOMINADOR	Nº de personal sanitario del centro
FÓRMULA	$(\text{Nº de incidentes notificados en el periodo analizado} / \text{Nº de personal sanitario del centro}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	FÓRMULA automático de la aplicación SiNASP y cuadro de mandos del hospital.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Monitorización continua. Evaluación ANUAL
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual gestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Consolidar la notificación y la gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos como una práctica habitual por parte de los profesionales y gestores del Servicio Gallego de Salud para la mejora del sistema sanitario público. 8.1.3 Las notificaciones son gestionadas de manera sistemática y efectiva.

INDICADOR 8.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de notificaciones en SiNASP gestionadas en menos de 30 días.
JUSTIFICACIÓN	Proporciona información sobre la agilidad en la gestión del sistema.
NUMERADOR	Nº de notificaciones recibidas hace más de 30 días gestionadas.
DENOMINADOR	Nº total de notificaciones recibidas hace más de 30 días.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de notificaciones recibidas hace más de 30 días gestionadas}}{\text{Nº total de notificaciones recibidas hace más de 30 días}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Notificaciones gestionadas: Notificaciones que han pasado a estado "cerrado", indicando que ya se ha terminado su gestión. Las notificaciones gestionadas tendrán documentadas las acciones de gestión
FUENTES DE DATOS	FÓRMULA automático de la aplicación SiNASP
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Monitorización continua. Evaluación Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de indicadores SiNASP 2011.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Consolidar la notificación y la gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos como una práctica habitual por parte de los profesionales y gestores del Servicio Gallego de Salud para la mejora del sistema sanitario público. 8.1.4 Se implantan mejoras a raíz de las notificaciones

INDICADOR 8.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de notificaciones cerradas con acciones de mejora.
JUSTIFICACIÓN	El fin de este sistema de notificación es el aprendizaje y mejora de la seguridad de los pacientes. Este indicador informa sobre la eficacia real del sistema para introducir cambios que mejoren la situación previa. El fin último del sistema no es la notificación en sí, sino la implantación de mejoras en las organizaciones.
NUMERADOR	Número de notificaciones cerradas con acciones de mejora
DENOMINADOR	Número de notificaciones cerradas.
FÓRMULA	$(\text{Nº de notificaciones cerradas con acciones de mejora} / \text{Nº de notificaciones cerradas}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Explicación de términos: · Notificaciones cerradas: Aquellas en las que el gestor SiNASP de centro ha realizado gestiones documentadas oportunas. · Notificaciones cerradas con acciones de mejora: Aquellas en las que el Núcleo de Seguridad haya decidido poner en marcha algún cambio funcional, estructural, organizativo o procedimental.
FUENTES DE DATOS	FÓRMULA automático de la aplicación SiNASP.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Monitorización continua. Evaluación Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de indicadores SiNASP 2011.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Consolidar la notificación y la gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos como una práctica habitual por parte de los profesionales y gestores del Servicio Gallego de Salud para la mejora del sistema sanitario público. 8.1.5 Se elaboran informes basados en el SiNASP que se difunden entre los profesionales comprometidos con el aprendizaje y la mejora. Se incluye en todos los informes una cláusula de confidencialidad recordando a los profesionales la obligatoriedad de hacer un uso restringido, y responsable de la información obtenida.

INDICADOR 8.1.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de informes difundidos en relación con el SiNASP.
JUSTIFICACIÓN	El fin de este sistema de notificación es el aprendizaje y mejora de la seguridad de los pacientes. Este indicador informa sobre la retroalimentación que reciben los profesionales sanitarios del centro (potenciales notificantes). En el feedback que se da a los profesionales es necesario garantizar el principio básico de la confidencialidad de la información con el fin de evitar el uso indebido de la misma.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de informes elaborados en el centro en el periodo analizado que se han difundido entre los profesionales.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Explicación de términos: · Informes elaborados: Número total de informes realizados en el centro conteniendo información de las notificaciones recibidas y las acciones de mejora durante el periodo de análisis. Todos los informes incluirán una cláusula de confidencialidad.
FUENTES DE DATOS	Cálculo automático del sistema y/o existe los informes y comprobación de su difusión.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de indicadores SiNASP 2011 y elaboración propia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la existencia y el funcionamiento en la organización de un Núcleo de Seguridad activo y comprometido con la Seguridad del Paciente. 8.2.1 El Núcleo de Seguridad se reúne con periodicidad como mínimo cada dos meses, y existen actas que reflejan sus compromisos.

INDICADOR 8.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de reuniones del Núcleo de Seguridad.
JUSTIFICACIÓN	Con este indicador se pretende monitorizar si el circuito y sistema de trabajo diseñado para analizar las notificaciones e implementar mejoras en el centro está realmente activo, que es el objetivo último del sistema.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de reuniones del Núcleo de Seguridad en el periodo analizado.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Actas de reuniones del Núcleo de seguridad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual gestor SiNASP 2013. 2. Elaboración propia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la existencia y el funcionamiento en la organización de un Núcleo de Seguridad activo y comprometido con la Seguridad del Paciente. 8.2.2 Se gestionan de manera integrada los incidentes de los distintos niveles asistenciales, y en el Núcleo de Seguridad participan profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.

INDICADOR 8.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se evidencia participación de profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria en el Núcleo de Seguridad.
JUSTIFICACIÓN	Gestión integrada de los incidentes de distintos niveles asistenciales.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Actas de reuniones del Núcleo de seguridad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Elaboración propia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la existencia y el funcionamiento en la organización de un Núcleo de Seguridad activo y comprometido con la Seguridad del Paciente. 8.2.3 Se constata la participación de algún miembro de la Dirección en las reuniones y acuerdos de los Núcleos de Seguridad.

INDICADOR 8.2.3.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se evidencia participación de la Dirección en las reuniones y acuerdos de los Núcleos de Seguridad.
JUSTIFICACIÓN	Entre los roles y responsabilidades del equipo directivo definidos en el manual del Gestor Sinasp 2013 está: · Participar activamente en la difusión de información sobre seguridad del paciente y el sistema de notificación a los profesionales del centro. · Nombrar un Núcleo de Seguridad de la organización y designar a los profesionales integrantes de dicho Núcleo, cuando no exista previamente una unidad funcional o comisión. Aprobar sus funciones y difundir esta información en la organización. · Designar un responsable del SiNASP en el centro y comunicar su nombramiento al coordinador del SiNASP en la Comunidad Autónoma. Aprobar el nombramiento de los "gestores del sistema", propuestos por el la Unidad funcional / Núcleo de Seguridad.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Actas de reuniones del Núcleo de seguridad.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual gestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la existencia y el funcionamiento en la organización de un Núcleo de Seguridad activo y comprometido con la Seguridad del Paciente. 8.2.4 Se realizan Análisis Causas Raíz en los incidentes notificados como SAC1, y en todos los Eventos Centinela que se producen en los centros.

INDICADOR 8.2.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados sobre incidentes SAC 1 y SAC 2.
JUSTIFICACIÓN	Informa sobre la profundidad de análisis de los incidentes, con el fin de promover el aprendizaje y la mejora. La realización de Análisis Causa Raíz de los eventos adversos graves y de los eventos centinela es una herramienta de aprendizaje de primer orden, de carácter reactivo, que se traduce en la implantación de cambios y mejoras en los procesos que han fallado, para prevenir futuros errores.
NUMERADOR	Nº Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados sobre SAC 1 y SAC 2.
DENOMINADOR	Nº total de notificaciones SAC 1 y eventos centinela registrados en la organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados sobre SAC 1 y SAC 2}}{\text{Nº total de notificaciones SAC 1 y eventos centinela registrados en la organización}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Aclaración de términos: ACR: Análisis Causa Raíz, metodología de análisis en profundidad de incidentes de seguridad.
FUENTES DE DATOS	Cálculo automático del sistema.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual gestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.-- Estandarizar en todos los centros del Servicio Gallego de Salud la gestión de los eventos adversos graves y los eventos centinelas, de manera sistemática. 8.3.1 Los miembros de los equipos directivos y los responsables de Calidad de la organización conocen y utilizan, en caso necesario, la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos Graves y Eventos Centinela en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud.

INDICADOR 8.3.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de directivos y mandos intermedios que conocen la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos Graves y Eventos Centinela.
JUSTIFICACIÓN	Responder de una forma adecuada en tiempo y forma a este tipo de situaciones catastróficas, siguiendo la metodología de referencia en el Servicio Gallego de Salud.
NUMERADOR	Nº de miembros del equipo directivo que conocen la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos Graves y Eventos Centinela.
DENOMINADOR	Nº de miembros del equipo directivo y mandos intermedios.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de miembros del equipo directivo que conocen la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos Graves y Eventos Centinela}}{\text{Nº de miembros del equipo directivo y mandos intermedios}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se incluyen los Responsables de Calidad de la Organización en el concepto de mandos intermedios.
FUENTES DE DATOS	· Entrevista al equipo directivo y mandos intermedios para saber si conocen la guía, si está actualizada y como acceder a ella. · Localización de la Guía en la web del centro de forma accesible. · Documentos en los que conste que se ha utilizado la Guía (investigación de eventos centinela, ACR, etc).
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia 2013. 2. Elaboración propia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. SiNASP -Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
OBJETIVO 3	Objetivo 3.-- Estandarizar en todos los centros del Servicio Gallego de Salud la gestión de los eventos adversos graves y los eventos centinelas, de manera sistemática. 8.3.2 Se documentan y archivan los estudios e investigaciones realizados en los eventos centinela sucedidos en la organización.

INDICADOR 8.3.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de eventos centinela en los que se realiza informe.
JUSTIFICACIÓN	Informa sobre la gestión de eventos centinela realizada por los gestores y otros profesionales sanitarios del centro.
NUMERADOR	Nº de informes de eventos centinela realizados.
DENOMINADOR	Nº total de eventos centinela notificados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de informes de eventos centinela realizados} / \text{Nº total de eventos centinela notificados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Eventos centinela: Un Evento Centinela es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene riesgo de causarlos. Se llama centinela porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar respuesta para controlar la aparición de nuevos casos. Todo evento centinela es un evento adverso.
FUENTES DE DATOS	Documentación del Centro.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia 2013. 2. Elaboración propia.

Estrategia 9 - Comunicación y continuidad asistencial

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes. 9.1.1 La organización dispone de un Manual de Estilo conocido por toda la organización, en el que se contempla que los profesionales sanitarios se presentan al paciente, le informan sobre su cualificación profesional y sobre lo que le van a hacer, y comprueban su identidad antes de cualquier intervención.

INDICADOR 9.1.1.1.	 
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que manifiestan que los profesionales que les han atendido se les han presentado.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de pacientes que responden afirmativamente a este ítem.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes encuestados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responden afirmativamente a este ítem}}{\text{Nº total de pacientes encuestados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Encuesta de satisfacción. Dimensión satisfacción.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes. 9.1.2 Durante todo el proceso de hospitalización de un paciente se le explican a éste y/o a sus familiares, las actuaciones a realizar por los profesionales, asegurándose de que lo comprenden.

INDICADOR 9.1.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que refieren estar satisfechos con la información recibida.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de pacientes que responden satisfecho o muy satisfecho al ítem de la encuesta
DENOMINADOR	Número total de pacientes encuestados
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responden satisfecho o muy satisfecho al ítem de la encuesta}}{\text{Nº total de pacientes encuestados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registros de Atención al paciente. Programa QUERES si procede.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes. 9.1.3 El informe de alta tras la hospitalización recoge toda la información que el paciente necesita para garantizar la continuidad y seguridad de sus cuidados.

INDICADOR 9.1.3.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que responden que la información que se les ha transmitido en el informe de alta les ha resultado útil y suficiente para continuar con sus cuidados.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de pacientes que responden afirmativamente a este ítem.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes encuestados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responden afirmativamente a este ítem}}{\text{Nº total de pacientes encuestados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	En el caso de pacientes pediátricos o dependientes, la pregunta iría dirigida a sus cuidadores.
FUENTES DE DATOS	Encuesta de satisfacción.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes. 9.1.4 Los profesionales conocen e informan a los pacientes sobre su derecho a expresar sus Instrucciones Previas y el procedimiento para hacerlo, y respetan la voluntad de los pacientes manifestada en dicho documento.

INDICADOR 9.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de profesionales que conocen el derecho de los pacientes a expresar sus Instrucciones Previas (IP).
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de profesionales que conocen el derecho de los pacientes a expresar sus IP.
DENOMINADOR	Nº total de profesionales encuestados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de profesionales que conocen el derecho de los pacientes a expresar sus IP} / \text{Nº total de profesionales encuestados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Entrevistas. Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Mejorar la comunicación entre profesionales para garantizar una atención continuada a los pacientes. 9.2.1 Existe un procedimiento ágil, conocido por todos los profesionales e inequívoco, de reconocimiento, comunicación y activación de respuesta óptima ante un deterioro agudo y crítico de la situación clínica de un paciente y existe un equipo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

INDICADOR 9.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de profesionales que conocen el procedimiento de actuación ante la parada cardiorespiratoria y dónde consultarlo.
JUSTIFICACIÓN	La situación de Parada Cardiorespiratoria constituye es una situación de emergencia por excelencia. El tiempo de respuesta, dependiente en gran parte de una comunicación eficaz entre los distintos agentes que necesariamente han de intervenir es decisiva para garantizar un buen resultado. Los centros han de velar por la existe este procedimiento, por su actualización oportuna, y han de garantizar que sus profesionales lo conocen y saben aplicarlo.
NUMERADOR	Número de profesionales que conocen el procedimiento y dónde consultarlo.
DENOMINADOR	Número de profesionales entrevistados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Número de profesionales que conocen el procedimiento y dónde consultarlo}}{\text{Número de profesionales entrevistados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría. Entrevistas a los profesionales.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 5ª edición. (Standars-Only Version, 2013). 2. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 3. DECRETO 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. 4. LEY 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. LEY 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Mejorar la comunicación entre profesionales para garantizar una atención continuada a los pacientes. 9.2.2 Existe un procedimiento que regula la comunicación de los profesionales durante las guardias localizadas.

INDICADOR 9.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de comunicación de los profesionales durante las guardias localizadas.
JUSTIFICACIÓN	Existen algunas especialidades en las que los profesionales realizan guardias localizadas. En estos casos, la información que se transmite de manera bilateral, las decisiones diagnósticas y terapéuticas que se adoptan, y las circunstancias y tiempos de presentación en el centro en caso de ser necesario, han de estar regulados y han de permitir la trazabilidad, para no comprometer la continuidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría DOCUMENTAL
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Mejorar la comunicación entre profesionales para garantizar una atención continuada a los pacientes. 9.2.3 Las prescripciones médicas se transmiten por escrito, salvo en situaciones excepcionales de Urgencia o Emergencia que se contemplan de manera explícita en un procedimiento conocido por todos los Profesionales.

INDICADOR 9.2.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de profesionales que conocen el procedimiento de prescripciones médicas verbales.
JUSTIFICACIÓN	Las prescripciones verbales son menos seguras que las prescripciones escritas. Están sujetas a un componente de subjetividad importante y dificultan la trazabilidad. Las malas interpretaciones sobre una prescripción están en la base de muchos incidentes de seguridad, y esto se intensifica cuando la prescripción es verbal.
NUMERADOR	Número de profesionales que conocen el procedimiento de prescripciones médicas.
DENOMINADOR	Número de profesionales entrevistados.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de profesionales que conocen el procedimiento de prescripciones médicas}}{\text{Número de profesionales entrevistados}}$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría. Entrevista a profesionales
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Mejorar la comunicación entre profesionales para garantizar una atención continuada a los pacientes. 9.2.4 El centro tiene implantado un procedimiento que regula y monitoriza la comunicación en las interconsultas médicas entre profesionales de distintas especialidades, y en él se acuerdan tiempos de respuesta, sistemas de información y comunicación interprofesional.

INDICADOR 9.2.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento sobre plazos de respuesta a interconsultas entre servicios.
JUSTIFICACIÓN	Es habitual, dada la complejidad de los procesos de la atención sanitaria y el carácter pluripatológico de muchos pacientes, que durante el ingreso hospitalario de un paciente por una causa principal, se recurra a la consulta a especialistas de otras áreas o especialidades. La resolución de estas consultas, que a menudo prolongan la estancia media de los pacientes en los centros, aumentando con ello el riesgo de presentar eventos adversos, ha de ser ágil, debe estar documentada y tiene que permitir la trazabilidad del proceso.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Garantizar la continuidad de los procesos en todos los niveles de las organizaciones, definiendo procedimientos centrados en las transacciones asistenciales. 9.3.1 Las organizaciones disponen de un procedimiento para las transiciones asistenciales, que regule la derivación y traslado de pacientes entre distintos centros asistenciales, y entre distintas unidades o servicios del mismo hospital. Estos procedimientos se revisan y actualizan periódicamente.

INDICADOR 9.3.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe procedimiento de derivación/traslado de pacientes entre centros y entre unidades del mismo centro.
JUSTIFICACIÓN	Los traslados de pacientes suponen puntos críticos para la seguridad asistencial. Es preciso garantizar una correcta transmisión de información entre los distintos profesionales que intervienen en los mismos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Garantizar la continuidad de los procesos en todos los niveles de las organizaciones, definiendo procedimientos centrados en las transacciones asistenciales. 9.3.2 Las organizaciones disponen de un procedimiento de comunicación para la continuidad de la asistencia entre profesionales de una misma unidad, especialmente en las Unidades de Críticos. Se garantiza la continuidad asistencial entre turnos de trabajo mediante el registro de toda la actividad en la Historia Clínica y a través de reuniones del equipo al inicio y al final de cada jornada.

INDICADOR 9.3.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de comunicación entre turnos para los profesionales de una misma unidad.
JUSTIFICACIÓN	Los intercambios de información entre profesionales una vez que finaliza un turno de trabajo y empieza el siguiente, son cruciales para la continuidad de la asistencia y para garantizar la seguridad del paciente. Han de realizarse de manera sistemática y rigurosa, utilizando para ello herramientas estandarizadas y siempre que sea posible validadas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Herramienta SBAR (SAER en su traducción al español). IHI institute for Healthcare Improvement. http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación y continuidad asistencial
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Mejorar la comunicación entre los gestores y los profesionales. 9.4.1 Se fomenta la comunicación bidireccional entre directivos y profesionales.

INDICADOR 9.4.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de reuniones sobre Seguridad de Pacientes entre directivos y profesionales.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de reuniones sobre Seguridad de Pacientes entre directivos y profesionales.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Sobre Seguridad de Pacientes.
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estrategia 10- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Garantizar la seguridad en los procesos en Cirugía y Anestesia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.1.1 Está implantado un procedimiento de Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, siguiendo las recomendaciones de la OMS y se evalúa periódicamente la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras que contempla dicho listado y se monitoriza el cumplimiento de los aspectos esenciales que contempla en el cuadro de mando como son la profilaxis antibiótica y la prevención de tromboembolismo.

INDICADOR 10.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes de Cirugía programada con listado de verificación de Seguridad Quirúrgica con todos los criterios cumplimentados
JUSTIFICACIÓN	Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
NUMERADOR	Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado, con todos los criterios cumplimentados.
DENOMINADOR	Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con listado de verificación de Seguridad Quirúrgica documentado.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado, con todos los criterios cumplimentados}}{\text{Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con listado de verificación de Seguridad Quirúrgica documentado}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Listado de verificación de seguridad quirúrgica (checklist). Documentado con todos los criterios cumplimentados: constancia de una hoja de verificación de Seguridad Quirúrgica con todos los criterios cumplimentados, en la historia clínica o cualquier otro sistema de registro.
FUENTES DE DATOS	Hoja de verificación de Seguridad Quirúrgica en la historia clínica o cualquier otro sistema de registro.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Mensual
BIBLIOGRAFÍA	1. IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 29-07-11]. Surgical Checklist [aproximadamente 3 pantallas] 2. http://app.ihl.org/imap/tool/www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/ssl_checklist_spanish.pdf 3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9. 4. WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition), Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. 5. Joint Commission: Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Meta 4. Enero 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Garantizar la seguridad en los procesos en Cirugía y Anestesia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.1.2 Existe un procedimiento para garantizar la ausencia de material extraño tras la intervención.

INDICADOR 10.1.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento para garantizar la ausencia de material extraño tras la intervención.
JUSTIFICACIÓN	Las prácticas recomendadas de AORN para el recuento de gasas, agujas e instrumentos, y la declaración sobre prevención de retención de cuerpos extraños en las heridas quirúrgicas del American College of Surgeons (ACS) son instrumentos a tener en cuenta para disminuir los errores. Los instrumentos deben contarse en todos los procedimientos en los cuales exista la posibilidad de que un instrumento pueda olvidarse.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se incluye cirugía abierta. El procedimiento habrá de contemplar necesariamente la activación de una alerta con instrucciones precisas en caso de conteo no conforme.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ministerio de Sanidad y Política Social; Informes, Estudios e Investigación 2009; Bloque Quirúrgico, Estándares y Recomendaciones: 9. Indicadores de Calidad (200-201)..

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Garantizar la seguridad en los procesos en Cirugía y Anestesia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.1.3 Se aplican las recomendaciones sobre la preparación prequirúrgica encaminadas a prevenir la infección de herida quirúrgica: · Uso de antisépticos de base alcohólica para la preparación de la piel. · Instruir a los pacientes en el uso de jabones con clorhexidina durante al menos tres días antes de la cirugía. · Cribado de pacientes portadores de <i>Staphylococcus aureus</i> y descolonización de portadores mediante administración de mupirocina intranasal³³. · Eliminación de vello³⁹.

INDICADOR 10.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes portadores de <i>Staphylococcus aureus</i> Meticilin resistente que se descoloniza previamente a la cirugía electiva cardíaca, ortopédica y neurocirugía con implante.
JUSTIFICACIÓN	La colonización por <i>Staphylococcus aureus</i> favorece la infección quirúrgica.
NUMERADOR	Nº de pacientes portadores de <i>S. aureus</i> descolonizados previamente a la cirugía.
DENOMINADOR	Nº de pacientes portadores conocidos de <i>Staphylococcus aureus</i> que se someten a la cirugía.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes portadores de } S. \text{ aureus descolonizados previamente a la cirugía}}{\text{Nº de pacientes portadores conocidos de } S. \text{ aureus que se someten a la cirugía}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Recomendado para cirugía electiva cardíaca, ortopédica y neurocirugía con implante.
FUENTES DE DATOS	Historia Clínica consulta Prequirúrgica.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Trimestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Bode LGM, et al . Preventing SSI in nasal carriers of Staph Aureus NEJM 2010;362:9-17. 2. S.I. Berríos Torres, MD Surgical Site Infection (SSI) Toolkit disponible en http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/toolkits/SSI_toolkit021710SIBT_revised.pdf accedido lunes, 09 de diciembre de 2013 12:24:46.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Garantizar la seguridad en los procesos en Cirugía y Anestesia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.1.4 Existe un procedimiento para evitar problemas relacionados con la esterilización del material garantizando la disponibilidad y la trazabilidad del material quirúrgico.

INDICADOR 10.1.4.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia de un procedimiento que garantiza la trazabilidad del material quirúrgico.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Enero 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Garantizar la seguridad en los procesos en Cirugía y Anestesia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.1.5 Se garantiza que el uso de vestimenta, lencería y calzado de quirófano se restringe a las áreas quirúrgicas, incidiendo en que el no cumplimiento de esta norma atenta contra la seguridad del paciente.

INDICADOR 10.1.5.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de profesionales con uniforme de uso exclusivo en quirófano que lo llevan fuera de áreas quirúrgicas.
JUSTIFICACIÓN	Las normas básicas para mantener la asepsia quirúrgica, recomendadas por la Association of periOperative Registered Nurses (AORN) son un conjunto de medidas que hay que aplicar en el BQ. Constituye la primera estrategia para un control satisfactorio de las infecciones, al implantar unos principios higiénicos básicos para evitar la transmisión de microorganismos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de profesionales con uniforme de uso exclusivo en quirófano que lo llevan fuera de áreas quirúrgicas.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Enero 2008. 1. Ministerio de Sanidad y Política Social; Informes, Estudios e Investigación 2009; Bloque Quirúrgico, Estándares y Recomendaciones: 9. Indicadores de Calidad (200-201).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la seguridad en los procesos de los Servicios de Urgencias y Emergencias de todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.2.1 Se registran, analizan y se establecen mecanismos de triaje para mejorar los tiempos de atención y racionalizar los recursos en función de la patología.

INDICADOR 10.2.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes de Urgencias que son clasificados (triados) en menos de 30 minutos.
JUSTIFICACIÓN	La clasificación de los pacientes según su grado de urgencia, en función de una evaluación rápida y estructurada permite la priorización de la actividad asistencial y posibilita la identificación de los pacientes de mayor riesgo.
NUMERADOR	Número de pacientes triados en menos de 30´
DENOMINADOR	Número de pacientes atendidos.
FÓRMULA	$(\text{Número de pacientes triados en menos de 30´} / \text{Número de pacientes atendidos}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Las que contemple el procedimiento de triaje.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Tomás S, Saura RM, Duñol R. Servicios de Urgencias; indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Agencia de Evaluación de Tecnología y Recursos Médicos del Servei Català de la Salut, Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia y Fundación Avedis Donabedian. Abril 2001. http://www.gencat.cat/salut/depsan 2. Documento marco sobre Estándares De Calidad De La Atención Urgente a los Ciudadanos y las Ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la seguridad en los procesos de los Servicios de Urgencias y Emergencias de todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.2.2 En las patologías cuyo pronóstico es tiempo-dependiente, como la patología coronaria aguda (IAM) y la patología cerebrovascular aguda (Ictus), se garantiza que el diagnóstico y la aplicación del tratamiento se hacen dentro de los márgenes de respuesta establecidos como seguros.

INDICADOR 10.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de realización de Angioplastia primaria en IAM dentro de los 90 minutos de la llegada al hospital.
JUSTIFICACIÓN	El tratamiento del IAM es una emergencia cardiológica. Su pronóstico dependerá, en gran parte, de una serie de medidas destinadas a reducir al máximo la lesión miocárdica. El tiempo es crítico ya que la ventana terapéutica es muy estrecha.
NUMERADOR	Nº de pacientes con IAM cuyo tiempo desde la llegada al hospital hasta la realización de angioplastia < de 90' x 100
DENOMINADOR	Nº de pacientes con IAM con realización de angioplastia.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes con IAM cuyo tiempo desde la llegada al hospital hasta la realización de angioplastia} < \text{de } 90'}{\text{Nº de pacientes con IAM con realización de angioplastia}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	60 primeros minutos tras la llegada del paciente al Servicio de Urgencias del hospital.
FUENTES DE DATOS	Registros médico y de enfermería de urgencias. Sistema de Triage Manchester si está implantado en el centro.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Mensual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la seguridad en los procesos de los Servicios de Urgencias y Emergencias de todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.2.3 Se miden, evalúan y mejoran los tiempos de atención y respuesta en Urgencias.

INDICADOR 10.2.3.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes clasificados con código "naranja" según sistema de triaje Manchester que se cierran antes de 10 minutos.
JUSTIFICACIÓN	El registro sistemático de los aspectos más relevantes de la atención urgente y emergente permite el seguimiento y evaluación de la calidad de dichos servicios, así como la introducción de mejoras, fundamentalmente referidos a indicadores de tiempo y accesibilidad. Conocer y minimizar los tiempos de respuesta es un objetivo fundamental de los Servicios de Urgencias. Darlos a conocer a los usuarios facilita la gestión de sus expectativas.
NUMERADOR	Nº de pacientes con código "naranja" cerrados antes de 10 minutos.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes triados con código "naranja".
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes con código "naranja" cerrados antes de 10 minutos}}{\text{Nº total de pacientes triados con código "naranja"}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de tiempos en programa Manchester o el sistema de gestión que tenga implantado el Servicio de Urgencias.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Tomás S, Saura RM, Duñol R. Servicios de Urgencias; indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Agencia de Evaluación de Tecnología y Recursos Médicos del Servei Català de la Salut, Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia y Fundación Avedis Donabedian. Abril 2001. http://www.gencat.cat/salut/depsan 2. Documento marco sobre Estándares De Calidad De La Atención Urgente a los Ciudadanos y las Ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Garantizar la seguridad en los procesos de los Servicios de Urgencias y Emergencias de todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.2.4 Se realizan ejercicios de simulación periódicos y multidisciplinarios sobre Parada Cardiorespiratoria y Atención al Paciente Politraumatizado como herramienta de formación para los profesionales.

INDICADOR 10.2.4.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos y enfermeros formados y reciclados en Parada Cardiorrespiratoria y Atención al Paciente Politraumatizado.
JUSTIFICACIÓN	Las tasas de supervivencia tras Parada Cardiorespiratoria están aumentando con la formación específica del personal. Tanto la Parada CR como la Atención al Paciente Politraumatizado requieren, para obtener buenos resultados clínicos, la formación continuada y la coordinación de los distintos profesionales que intervienen en su atención urgente.
NUMERADOR	Nº de médicos y enfermeros del Servicio que han hecho al menos un curso en los últimos dos años.
DENOMINADOR	Nº de médicos y enfermeros del Servicio de Urgencias.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de médicos y enfermeros del Servicio que han hecho al menos un curso en los últimos dos años}}{\text{Nº de médicos y enfermeros del Servicio de Urgencias}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Siempre que sea posible, los cursos contendrán ejercicios de simulación y prácticas de Megacode.
FUENTES DE DATOS	Plan de formación y listados de alumnos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Programa regional de formación sanitaria en RCP. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2066&idsec=882 .

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Garantizar la seguridad en los procesos de las Unidades de Críticos de todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.3.1 Las Unidades de Críticos del Servicio Gallego de Salud han implantado y mantienen activos los programas: · Bacteriemia Zero. · Neumonía Zero. · Resistencias Zero. · Sepsis Zero.

INDICADOR 10.3.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Todas las Unidades de Cuidados Críticos de la Organización han implantado los programas Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero y Sepsis Zero.
JUSTIFICACIÓN	La infección relacionada con la atención sanitaria es una de las principales complicaciones infecciosas del paciente ingresado en UCI, relacionados claramente con un incremento de la morbilidad y con los costes sanitarios. La monitorización de la incidencia de esta patología tras la implementación de una serie de medidas sencillas pero eficaces para prevenir y controlar la infección debería de contemplarse como prioritario en las unidades de atención a pacientes críticos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	A medida que se implanten los programas Resistencias y Sepsis Zero desde el Ministerio de Sanidad, se irán incluyendo nuevos indicadores relacionados con ellos. Unidades de Cuidados Críticos: UCI Adultos, UCI Pediatría, Reanimación, Unidad de Cuidados Coronarios, Unidad de Quemados.
FUENTES DE DATOS	Documentación clínica, Programas ENVIN-UCI, Neumonía Zero y Bacteriemia Zero.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Monitorización mensual. Evaluación anual.
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2.-Programas Resistencia Zero, Neumonía Zero y Bacteriemia Zero. MSSSI. http://intranet/Paginas/grupos.aspx?IdContido=51&lista=15&menu=8 http://intranet/Paginas/grupos.aspx?IdContido=67&lista=15&menu=8.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Garantizar la seguridad en los procesos de las Unidades de Críticos de todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.3.2 La Unidades de Críticos trabajan con los siguientes procedimientos documentados que se revisan y actualizan periódicamente: · Atención a pacientes en coma que se revisan y actualizan periódicamente. · Prevención de la infección urinaria asociada a catéter. · Uso uniforme de los servicios de resucitación en toda la organización · Prevención de extubaciones no planificadas y, en caso de que se produjeran, de intervención en las extubaciones no planificadas. · Prevención de errores en las conexiones de catéteres y otras vías · Manipulación, uso y administración de sangre y hemoderivados. · Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas. · Atención a pacientes inmunodeprimidos. · Utilización de medicamentos de alto riesgo. · Revisión del carro de paradas. · Información y comunicación a pacientes y familiares. · Atención al paciente y comunicación de la información en las transiciones asistenciales.

INDICADOR 10.3.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Las unidades de críticos tienen implantados procedimientos sobre los 12 procesos de riesgo incluidos en este criterio.
JUSTIFICACIÓN	La atención a los pacientes críticos lleva implícita una serie de riesgos, bien conocidos. Implantar procedimientos que gestionen de manera proactiva dichos riesgos, es una barrera para la aparición de eventos adversos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Para cumplir el indicador, se solicitará evidencia de procedimientos documentados sobre todos los aspectos que describe el criterio.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: procedimientos de las Unidades de Cuidados Críticos.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual.
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Mejorar la seguridad en Obstetricia y Neonatología en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.4.1 Está implantado un procedimiento de atención al parto normal .

INDICADOR 10.4.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de atención al parto normal.
JUSTIFICACIÓN	Disminuir la variabilidad en el parto y favorecer la participación de la mujer en la toma de decisiones.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
ESTANDAR	100 %
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Siempre que sea posible, los cursos contendrán ejercicios de simulación y prácticas de Megacode.
FUENTES DE DATOS	Prueba documental que avale la existencia e implementación del mismo.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Bianual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guía de práctica clínica en el SNS. Disponible en: http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca 2. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2009. Ministerio de Sanidad Y Política Social 3. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo 4. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Mejorar la seguridad en Obstetricia y Neonatología en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.4.2 Se monitoriza el porcentaje de partos por cesárea de la Unidad y se establecen medidas para reducir la variabilidad interprofesional en la elección de esta técnica .

INDICADOR 10.4.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de indicación de cesárea conocido por todos los profesionales del servicio.
JUSTIFICACIÓN	La cesárea es una intervención médico-quirúrgica. Es una cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal mayor que la de un parto normal y posibilidad de secuelas para madre y recién nacido. La OMS incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. En la actualidad, la tasa de cesáreas es un indicador monitorizado por los Sistemas de Información del Sergas (ATENEA). Se constata una importante variabilidad entre los distintos centros, y entre los distintos profesionales de cada centro en la indicación de esta técnica. Aunque no existe un estándar aceptado sobre la tasa idónea de cesáreas, sí existe consenso internacional sobre la necesidad de racionalizar su indicación. Hay ejemplos tanto a nivel nacional como autonómico de cómo disminuye la tasa de cesáreas en aquellos servicios en los que se consensúa entre los profesionales en qué circunstancias clínicas está indicada la cesárea como alternativa al parto vaginal y en las que se establecen barreras como la ratificación de la indicación por otro especialista.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los Servicios de Obstetricia deben tener documentado en qué situaciones está indicada, con carácter general, la práctica de una cesárea electiva, y deben medir la adecuación y el nivel de cumplimiento de dichos criterios en la práctica. Antes de la indicación de una cesárea electiva por parte de los facultativos, debería cumplimentarse un Check list de indicación de Cesárea, previamente consensuado por los profesionales del Servicio y validado por la dirección del centro, en donde quede justificada la decisión de manera consistente con el procedimiento.
FUENTES DE DATOS	Auditoria documental
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Monitorización continua. Evaluación anual.
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guía de práctica clínica en el SNS. Disponible en: http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca 2. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2009. Ministerio de Sanidad Y Política Social 3. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 4	Objetivo 4.- Mejorar la seguridad en Obstetricia y Neonatología en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.4.3 Existe un procedimiento de adecuación, mantenimiento y revisión de las incubadoras de las Unidades y de transporte, que garantizan su uso seguro.

INDICADOR 10.4.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un registro de comprobación del estado de las incubadoras de transporte antes de su uso.
JUSTIFICACIÓN	Antes de usar una incubadora de transporte el personal debe asegurarse de su correcto funcionamiento, anticipándose así a problemas que podrían surgir durante el traslado, y que podrían ocasionar serios problemas al niño.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoria documental. Se solicitarán registros de las fichas de revisión.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1997 (WHO/RHT/MSM/97.2).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 5	Objetivo 5.- Garantizar la Seguridad en Oncohematología/Hospital de Día, en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.5.1 Los procesos clave de la Unidad están definidos y existe un Mapa de Riesgos de los procesos, y se establecen medidas de prevención para ellos.

INDICADOR 10.5.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de riesgos en la unidad de oncohematología.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179.003 .

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 5	Objetivo 5.- Garantizar la Seguridad en Oncohematología/Hospital de Día, en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.5.2 Existe un Plan de Acogida de pacientes que acuden a la unidad por primera vez para el inicio de tratamiento o de modo sucesivo durante el desarrollo del mismo hasta su finalización.

INDICADOR 10.5.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un plan de acogida de pacientes en la Unidad de Oncohematología.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Debe incluir pacientes ambulatorios e ingresados. El plan incluirá la detección de necesidades de educación del paciente.
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales, 2008. .

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 5	Objetivo 5.- Garantizar la Seguridad en Oncohematología/Hospital de Día, en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.5.3 Existe un procedimiento de uso seguro de citostáticos por vía intravenosa, con el fin de garantizar la seguridad del paciente.

INDICADOR 10.5.3.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de uso seguro de citostáticos.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Administración segura de citostáticos por vía intravenosa, con el fin de garantizar la seguridad del paciente que incluya actuación frente a los eventos adversos característicos de los citostáticos. En el Plan se definen y adoptan medidas de protección por parte del personal sanitario encargado de la manipulación de citostáticos y medicamentos de riesgo biológico, frente al riesgo de contaminación durante su manipulación, así como las acciones a realizar en caso de contaminación por exposición accidental a agentes citostáticos. Se garantiza además una correcta manipulación y segregación de los residuos citostáticos para los que deben observarse medidas especiales de tratamiento por presentar un riesgo específico para la salud laboral y pública y para el medio ambiente.
FUENTES DE DATOS	Auditoria documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. "Agentes citostáticos". Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. 2. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales; MMU: gestión y uso de medicamentos de alto riesgo.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 5	Objetivo 5.- Garantizar la Seguridad en Oncohematología/Hospital de Día, en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.5.4 La Unidad está certificada según la Norma UNE 179003/2013 Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

INDICADOR 10.5.4.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	La Unidad de Oncohematología está certificada según Norma UNE 179003/2013 y mantiene la certificación.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoria documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Garantizar la seguridad en las Unidades de Diálisis en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.6.1 Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

INDICADOR 10.6.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Diálisis.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El mapa de riesgos deberá incluir un plan de tratamiento para prevenirlos y/o mitigar su impacto.
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179.003 . 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedad Española de Nefrología (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Garantizar la seguridad en las Unidades de Diálisis en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.6.2 Existe un Plan de Acogida de pacientes que acuden a la unidad por primera vez para el inicio de tratamiento..

INDICADOR 10.6.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un plan de acogida de pacientes en la Unidad de Diálisis.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Debe incluir pacientes ambulatorios e ingresados.
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales, 2008. Funciones: a) ACC: Acceso a la atención y continuidad de la misma. b) AOP4: Evaluación de los pacientes.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Garantizar la seguridad en las Unidades de Diálisis en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.6.3 Existe un listado de puestos y equipos de diálisis, con un plan de mantenimiento que garantiza la seguridad de su uso.

INDICADOR 10.6.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un listado de puestos y equipos de diálisis, con un plan de mantenimiento que garantiza la seguridad de su uso.
JUSTIFICACIÓN	Garantizar la seguridad del uso de los equipos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los registros del plan de mantenimiento de los equipos habrán de estar visibles para los pacientes.
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Enero 2008. 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedad Española de Nefrología (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001. 5. Manual de instrucciones de uso para máquina de hemodiálisis 4008 B. Fresenius Medical Care.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Garantizar la seguridad en las Unidades de Diálisis en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.6.4 Existe un procedimiento de atención a complicaciones clínicas frecuentes durante las sesiones de diálisis.

INDICADOR 10.6.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de atención a complicaciones clínicas frecuentes durante las sesiones de diálisis.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto. Las complicaciones intradiálisis son bien conocidas y existen actuaciones consensuadas y avaladas para su manejo seguro.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se tendrán en cuenta como complicaciones frecuentes durante las sesiones de diálisis como mínimo las siguientes: · Hipotensión · Infección asociada a CVC · Complicaciones de los accesos vasculares · Calambres
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Enero 2008. 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedad Española de Nefrología (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Garantizar la seguridad en las Unidades de Diálisis en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.6.5 Existe un procedimiento de atención a situaciones de urgencia y/o emergencia vital intradiálisis, en especial a la Parada Cardiorespiratoria.

INDICADOR 10.6.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de atención a situaciones de urgencia y/o emergencia vital intradiálisis.
JUSTIFICACIÓN	La situación de Parada Cardiorespiratoria es una eventualidad en las Unidades de Diálisis, que ha de ser abordada de forma sistematizada y ajustada a los estándares internacionales.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Enero 2008. 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedad Española de Nefrología (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 6	Objetivo 6.- Garantizar la seguridad en las Unidades de Diálisis en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.6.6 La Unidad está certificada según la Norma UNE 179003/2013 Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

INDICADOR 10.6.6.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	La Unidad de Diálisis está certificada según Norma UNE 179003/2013 .
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoria documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 7	Objetivo 7.- Garantizar la seguridad en Radioterapia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.7.1 Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

INDICADOR 10.7.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El mapa de riesgos deberá incluir un plan de tratamiento para prevenirlos y/o mitigar su impacto.
FUENTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 7	Objetivo 7.- Garantizar la seguridad en Radioterapia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.7.2 Los centros de Radioterapia, en aplicación del Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, elaboran y remiten a la Consellería de Sanidad, con carácter anual, un informe en el que se recogen los incidentes de seguridad.

INDICADOR 10.7.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia.
JUSTIFICACIÓN	La Radioterapia es un componente esencial en el tratamiento del cáncer desde hace muchos años, y se ha utilizado en el 40% de los pacientes que se han curado de su cáncer. Es, no obstante, un proceso complejo, que implica muchos pasos y a muchas personas planificando y administrando la terapia. Aunque los incidentes graves son infrecuentes, sus consecuencias pueden ser devastadoras.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El RD 1566/1998, con carácter de norma básica sanitaria, establece los criterios de calidad en radioterapia para asegurar la optimización del tratamiento de radioterapia y la protección radiológica del paciente. En aplicación del mismo, en Galicia, todas las Unidades de Radioterapia remiten un informe anual actualizado al Servicio de Protección Radiológica, que contiene muchos ítems de calidad y de seguridad sobre los equipos y sobre los procedimientos de la Unidad.
FUENTES DE DATOS	Evidencia del informe remitido a la Consellería.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio. 2. ROSIS, European Society for Therapeutic Radiology and Oncology. 3. SAFRON, International Atomic Energy Agency. 4. "Towards a Safer Radiotherapy" (2008) NHS. https://www.rcr.ac.uk/docs/oncology/pdf/Towards_saferRT_final.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 7	Objetivo 7.- Garantizar la seguridad en Radioterapia en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.7.3 Los centros de Radioterapia disponen de un procedimiento específico para el registro y gestión de reacciones clínicas distintas de las esperadas.

INDICADOR 10.7.3.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un registro de reacciones clínicas distintas de las esperadas en Radioterapia.
JUSTIFICACIÓN	La gestión de incidencias implica su registro y análisis, en aras de establecer mejoras para la seguridad de los pacientes. La recogida ha de ser sistemática y las pautas de actuación estandarizadas y ajustadas al nivel de gravedad del incidente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Este es uno de los indicadores que se recogen en el informe mencionado en el indicador anterior.
FUENTES DE DATOS	Registros de la Unidad. Informe anual.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 8	Objetivo 8.- Garantizar la seguridad en Medicina Nuclear en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.8.1 Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

INDICADOR 10.8.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Medicina Nuclear.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El mapa de riesgos deberá incluir un plan de tratamiento para prevenirlos y/o mitigar su impacto.
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 8	Objetivo 8.- Garantizar la seguridad en Medicina Nuclear en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.8.2 Los Servicios de Medicina Nuclear, en aplicación del Real Decreto 1841/1997, disponen de procedimientos para optimización de la dosis absorbida recibida por los pacientes como consecuencia del acto médico.

INDICADOR 10.8.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento de optimización de dosis absorbida por los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Medicina Nuclear.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El REAL DECRETO 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear. Se refiere a los métodos de medicina nuclear «in vivo» ya que se trata de una disposición de desarrollo relativa a la protección del paciente, y exige la implantación de un programa de garantía de calidad en las unidades asistenciales de medicina nuclear, sin perjuicio de lo dispuesto en el Real Decreto 479/1993, de 2 de abril, por el que se regulan los medicamentos radiofármacos de uso humano. En su artículo 4 establece que las unidades asistenciales de medicina nuclear dispondrán de procedimientos escritos elaborados de manera que pueda optimizarse la dosis absorbida recibida por los pacientes como consecuencia del acto médico. Dichos procedimientos se actualizarán periódicamente y se revisarán siempre que se introduzcan modificaciones o nuevas técnicas clínicas. Los procedimientos relativos a exploraciones diagnósticas o tratamientos terapéuticos con radiofármacos a mujeres con capacidad de procrear, gestantes o en período de lactancia, contendrán las medidas que deben tomarse para reducir los riesgos al máximo
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. REAL DECRETO 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 8	Objetivo 8.- Garantizar la seguridad en Medicina Nuclear en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.8.3 Las Unidades de Medicina Nuclear tienen implantado un sistema de gestión de incidencias relacionadas con la seguridad del paciente.

INDICADOR 10.8.3.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de reacciones clínicas distintas de las esperadas.
JUSTIFICACIÓN	La gestión de incidencias implica su registro y análisis, en aras de establecer mejoras para la seguridad de los pacientes. La recogida ha de ser sistemática y las pautas de actuación estandarizadas y ajustadas al nivel de gravedad del incidente.
NUMERADOR	Nº total de reacciones clínicas distintas de las esperadas.
DENOMINADOR	Nº total tratamientos radioterápicos.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº total de reacciones clínicas distintas de las esperadas}}{\text{Nº total tratamientos radioterápicos}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Este es uno de los indicadores que se recogen en el informe mencionado en el indicador anterior.
FUENTES DE DATOS	Registros de la Unidad. Informe anual.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 9	Objetivo 9.- Garantizar la seguridad en salud mental en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.9.1 Los procesos clave de la Unidad están definidos, existe un Mapa de Riesgos de los procesos y se establecen medidas para evitarlos.

INDICADOR 10.9.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de salud mental.
JUSTIFICACIÓN	Los procesos complejos de cada área asistencial tienen sus propios riesgos para los pacientes, que se deben conocer y ante los cuales se han de tomar medidas encaminadas a prevenir su aparición y/o mitigar su impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El mapa de riesgos deberá incluir un plan de tratamiento para prevenirlos y/o mitigar su impacto.
FUENTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 9	Objetivo 9.- Garantizar la seguridad en salud mental en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.9.2 La organización dispone al menos de los siguientes procedimientos para el manejo y la prevención de incidentes de seguridad que afectan de manera especial a los pacientes con enfermedad mental · Caídas y otros accidentes. · Comportamiento agresivo o antisocial. · Incidentes relacionados con la seguridad sexual. · Suicidio y autolesiones de pacientes con trastorno mental. · Fuga y desaparición de pacientes. · Medicación. · Contención mecánica.

INDICADOR 10.9.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existen procedimientos para el manejo y prevención de los principales incidentes de seguridad que afectan a los pacientes con enfermedad mental.
JUSTIFICACIÓN	Los usuarios de servicios de salud mental, especialmente los agudos, son vulnerables a un gran número de riesgos potenciales, derivados de su propio comportamiento, del de otros pacientes y de los tratamientos o cuidados que reciben. Según el estudio del National Health Service de 2005, basado en incidentes de salud mental notificados a sus sistema de notificación, los cuatro tipos de incidentes más comunes, presentes en el 84% de las notificaciones correspondieron a: accidentes del paciente, comportamientos agresivos, autolesiones y fugas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se considera cumplido cuando se evidencian procedimientos documentados de los 7 aspectos descritos, ya sea específicos de las Unidades de Salud Mental, o integrados en procedimientos generales del centro con aparados concretos referidos al ámbito de la salud mental.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Con la Seguridad en Mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente. Informes, estudio e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridad en procesos asistenciales críticos, complejos, y/o de riesgo
OBJETIVO 10	Objetivo 10.- Garantizar la Seguridad Transfusional en todos los centros del Servicio Gallego de Salud. 10.10.1 La organización garantiza la trazabilidad de toda la cadena Transfusional..

INDICADOR 10.10.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un protocolo de administración segura de componentes sanguíneos que incluye la comprobación de grupo ABO a pie de cama.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El protocolo debe incluir desde la identificación inequívoca paciente-componente sanguíneo hasta los controles post-transfusionales.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. CAT 2006: Comité de acreditación y transfusión. 2. Joint Comission internacional: Estándares de acreditación para hospitales. Meta internacional 1. Enero 2008. 3. Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST): Órgano de asesoramiento técnico vinculado al Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. (Artículo 37 del Real Decreto 1088/2005).

Estrategia 11 - Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.1 El centro dispone de un programa de seguridad del laboratorio implementado que se sigue y se documenta.

INDICADOR 11.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un Programa de seguridad del laboratorio.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.2 La organización mide los tiempos de respuesta de los estudios de laboratorio y evalúa los resultados en función de los cuales emprende acciones de mejora.

INDICADOR 11.1.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de estudios de laboratorio que cumplen el tiempo de respuesta establecido.
JUSTIFICACIÓN	La respuesta en tiempo y forma a las solicitudes de los facultativos asistenciales de estudios de laboratorio es un indicador decisivo para la seguridad de los pacientes. Muchas decisiones diagnósticas y terapéuticas dependen del resultado de las pruebas de laboratorio y su demora puede repercutir en la evolución y pronóstico del paciente.
NUMERADOR	Nº de estudios de laboratorio que cumplen el tiempo de respuesta establecido.
DENOMINADOR	Nº de estudios totales.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de estudios de laboratorio que cumplen el tiempo de respuesta establecido}}{\text{Nº de estudios totales}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	El tiempo límite de respuesta deberá quedar establecido dependiendo del circuito o ámbito en el que se solicite la prueba, y los tiempos deben ser concordantes con lo establecido por la organización en los acuerdos de gestión de los servicios de laboratorio.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.3 Existe un procedimiento para informar de los resultados críticos de pruebas de laboratorio.

INDICADOR 11.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia de un procedimiento para informar de resultados críticos de pruebas de laboratorio.
JUSTIFICACIÓN	El hallazgo de un resultado patológico en una prueba diagnóstica debe ser comunicado por el servicio de laboratorio de manera eficaz (a la mayor brevedad posible, al facultativo responsable del paciente y confirmando que la información se ha recibido), garantizando la continuidad de la asistencia y evitando demoras que podrían resultar en daño para el paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.4 Todo el equipo usado para análisis de laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad, y se llevan los debidos registros de estas actividades.

INDICADOR 11.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un registro de mantenimiento, calibración e inspección de los equipos de laboratorio.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de incidencias en relación con el mantenimiento, calibración e inspección de los equipos de laboratorio.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de incidencias.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.5 Se dispone de reactivos esenciales y demás suministros y se evalúan para garantizar la precisión y exactitud de los resultados.

INDICADOR 11.1.5.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de roturas de stock de reactivos esenciales.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de roturas de stock de reactivos esenciales.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de incidencias.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.6 Existe un procedimiento para almacenar, manipular, conservar y desechar de forma segura los reactivos.

INDICADOR 11.1.6.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento para almacenar, manipular, conservar y desechar de forma segura los reactivos.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.7 Existe un procedimiento para recoger, identificar, manipular, conservar, transportar y desechar de forma segura las muestras.

INDICADOR 11.1.7.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento para recoger, identificar, manipular, conservar, transportar y desechar de forma segura las muestras.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.8 Existe un procedimiento para la validación de los resultados de laboratorio.

INDICADOR 11.1.8.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un procedimiento para la validación de los resultados de laboratorio.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.9 La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad y seguridad de todos los procesos de mantenimiento de los servicios de laboratorio.

INDICADOR 11.1.9.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se hace un Informe de revisión por la dirección en relación con el mantenimiento de los equipos de laboratorio.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría Documental: Informe de revisión por la dirección.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de laboratorio de los centros. 11.1.10 El servicio de laboratorio está certificada según la Norma UNE-EN ISO 15189:2007 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia.

INDICADOR 11.1.10.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	El servicio de laboratorio está certificado según la Norma UNE-EN ISO 15189:2007.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros. 11.2.1 El centro dispone de un Programa de Garantía de Calidad, según el RD 1976/1999 y está implementado el programa de protección radiológica, que se sigue y se documenta.

INDICADOR 11.2.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia del Programa de garantía de calidad y protección radiológica en radiodiagnóstico
JUSTIFICACIÓN	El real decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, establece los criterios de calidad de radiodiagnóstico dentro de los cuales están recogidos los criterios de seguridad en esta área.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	La Comisión de Protección Radiológica se encargará de realizar el seguimiento y supervisar su cumplimiento.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Real Decreto 1976/1999.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros. 11.2.2 El centro mide y pone a disposición de los pacientes el cálculo y sumatorio de radiaciones recibidas a lo largo de su proceso asistencial.

INDICADOR 11.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimentación del registro de dosis de radiación en la historia clínica del paciente.
JUSTIFICACIÓN	Existen alertas sobre un aumento importante de radiación por causa médica a la población. RD artículo 7.
NUMERADOR	Nº de historias revisadas en las que el registro de radiación está cumplimentado.
DENOMINADOR	Nº de historias revisadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de historias revisadas en las que el registro de radiación está cumplimentado}}{\text{Nº de historias revisadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Está previsto por parte de la SXSI un sistema de cálculo sumatorio de dosis que estará disponible en la historia clínica del paciente. Se debe valorar en los criterios de adquisición de equipos nuevos de radiología la inclusión del criterio de posibilidad de medición real de dosis por estudio y posterior volcado en la historia clínica de ese paciente. El paciente podrá solicitar mediante un formulario definido el sumatorio de radiaciones recibidas a lo largo de su proceso asistencial. Se prevé el cumplimiento de este indicador a largo plazo.
FUENTES DE DATOS	Auditoría registro sobre de historias clínicas.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Art. 7.1 del RD 1976/1999.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros. 11.2.3 El centro establece medidas para disminuir los errores de diagnóstico realizando actividades como estudios de concordancia entre "pares".

INDICADOR 11.2.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de concordancia de estudios entre pares en radiología convencional de urgencias.
JUSTIFICACIÓN	Unificar criterios diagnósticos en los estudios radiológicos.
NUMERADOR	Nº de estudios con un diagnóstico concordante de entre una muestra aleatoria de estudios incluidos en SIDI.
DENOMINADOR	Nº total de estudios analizados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de estudios con un diagnóstico concordante de entre una muestra aleatoria de estudios incluidos en SIDI}}{\text{Nº total de estudios analizados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los evaluadores serán anónimos, y el resultado individual sólo será conocido por esa persona, teniendo el resto del grupo información de datos desagregados. En el programa SIDI se escogerán trimestralmente 10 estudios aleatorios y se evaluarán por 5 Radiólogos del servicio, en turnos rotatorios. Los resultados del estudio de concordancia se enviarán a la Comisión de Protección Radiológica para su estudio.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros. 11.2.4 Existe un procedimiento para informar de los resultados críticos de pruebas de diagnóstico por imagen.

INDICADOR 11.2.4.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia de un procedimiento para informar de resultados críticos de pruebas diagnósticas por imagen.
JUSTIFICACIÓN	El hallazgo de un resultado patológico en una prueba diagnóstica debe ser comunicado por el servicio de diagnóstico por imagen de manera eficaz (a la mayor brevedad posible, al facultativo responsable del paciente y confirmando que la información se ha recibido), garantizando la continuidad de la asistencia y evitando demoras que podrían resultar en daño para el paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros. 11.2.5 Todo el equipo usado para estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se registran estas actividades.

INDICADOR 11.2.5.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existen registros actualizados de los controles de mantenimiento y calibración de los equipos de radiodiagnóstico.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Art. 3.d,e, 15.2 y 16 del RD 1976/1999.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros. 11.2.6 Los procedimientos de control de la calidad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente están implementados, se cumplen y se documentan.

INDICADOR 11.2.6.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de procedimientos de seguridad relacionados en este criterio que están implantados en los servicios de diagnóstico por imagen.
JUSTIFICACIÓN	Necesidad de establecer procedimientos específicos de seguridad del paciente y minimización de eventos adversos.
NUMERADOR	Nº de procedimientos de seguridad del paciente implantados.
DENOMINADOR	6
FÓRMULA	$(\text{Nº de procedimientos de seguridad del paciente implantados} / 6) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los procedimientos que se tendrán en cuenta serán: 1.- Procedimiento de transferencia de pacientes en el servicio de radiodiagnóstico (SRD) 2.- Procedimiento de prevención de caídas en el SRD 3.- Procedimiento de prevención de errores de lateralidad en el SRD 4.- Procedimiento para la identificación de pacientes en el SRD 5.- Procedimiento de responsabilidad y control del carro de parada 6.- Procedimiento de prevención a exposición radiológica a gestantes. Se comprobará la existencia del documento, que deberá incluir responsables y criterios de medición de eventos adversos. Se evaluará que la implantación de los procedimientos en el SRD sea efectiva (SI/NO).
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridad en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Establecer procedimientos dirigidos a la mejora de la seguridad de las técnicas diagnósticas en los servicios de diagnóstico por imagen de los centros. 11.2.7 La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad y seguridad de todos los procesos de mantenimiento de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

INDICADOR 11.2.7.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se hace un informe de revisión por la dirección de los procesos de mantenimiento de los equipos de radiología y diagnóstico por la imagen.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: Informe de revisión por la dirección
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estrategia 12 - Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Mejorar la seguridad de los cuidados en los centros asistenciales a partir de la implantación de procedimientos actualizados, que incluyan la información a los pacientes de todos los riesgos contemplados en ellos. 12.1.1 El centro dispone de procedimientos actualizados para la seguridad en los cuidados que están disponibles para los profesionales, en los que se incluyen información para pacientes y familiares/cuidadores.

INDICADOR 12.1.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia de los 17 procedimientos de seguridad en los cuidados recogidos en este criterio, actualizados y disponibles para los profesionales.
JUSTIFICACIÓN	Las recomendaciones basadas en la evidencia y de las buenas prácticas deben ser una línea estratégica prioritaria de la política sanitaria y su aplicación a la práctica clínica. La aplicación del conocimiento disponible es una garantía para la seguridad clínica.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	· Para dar por cumplido este indicador deberá evidenciarse que existen procedimientos sobre todos los aspectos relevantes contenidos en el objetivo 1 de la estrategia 12 del presente Modelo de Seguridad. · Todos los procedimientos deberán incluir información específica para pacientes y familiares. · Se comprobará que los procedimientos están actualizados y disponibles para la consulta por parte de los profesionales.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Informe técnico Diciembre 2008. 2. Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente. Empresa Pública de emergencias sanitarias.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Mejorar la seguridad de los cuidados en los centros asistenciales a partir de la implantación de procedimientos actualizados, que incluyan la información a los pacientes de todos los riesgos contemplados en ellos. 12.1.2 El centro dispone de un sistema de evaluación del cumplimiento de los procedimientos en el que se incluye el registro, monitorización y análisis de los aspectos de seguridad en los cuidados mencionados y se establecen medidas de mejora.

INDICADOR 12.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se incluyen indicadores de riesgos en los cuidados en el cuadro de mando de la organización para su evaluación, revisión y propuestas de mejora.
JUSTIFICACIÓN	Hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Para dar por cumplido este indicador deberá evidenciarse que existe en el cuadro de mandos de la organización información sobre todos los aspectos relevantes contenidos en el objetivo 1 de la estrategia 12 del presente Modelo de Seguridad.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental. Cuadro de mando de la organización.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Informe técnico Diciembre 2008. 2. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2006.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO 2	Objetivo 2. Identificar y gestionar los riesgos de los procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento que puedan comprometer la seguridad del paciente. 12.2.1 El centro tiene identificados y gestiona los riesgos de los procedimientos técnicos relacionados con la inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos, como: catéteres, sondas, cánulas, drenajes y otros.

INDICADOR 12.2.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de riesgos de los procedimientos de inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos, como: catéteres, sondas, cánulas, drenajes y otros, con sus correspondientes acciones de prevención del riesgo.
JUSTIFICACIÓN	La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO 2	Objetivo 2. Identificar y gestionar los riesgos de los procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento que puedan comprometer la seguridad del paciente. 12.2.2 El centro tiene identificados y gestiona los riesgos de los procedimientos clínicos relacionados con realización de curas de heridas/úlceras/lesiones.

INDICADOR 12.2.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existe un mapa de riesgos de los procedimientos clínicos relacionados con el mantenimiento de la integridad cutánea.
JUSTIFICACIÓN	La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Identificar y gestionar los riesgos de los procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento que puedan comprometer la seguridad del paciente. 12.2.3 El centro dispone de un procedimiento de revisión y mantenimiento de los carros de parada.

INDICADOR 12.2.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de carros de parada que se mantienen según procedimiento.
JUSTIFICACIÓN	Se entiende por procedimiento de revisión sistemática de los carros de parada disponer de un documento que regule los materiales y medicación que debe contener un carro de parada para poder realizar una reanimación cardiopulmonar de manera segura y establezca un sistema para su evaluación y revisión.
NUMERADOR	Nº de carros de parada auditados que cumplen según procedimiento.
DENOMINADOR	Nº de carros de parada auditados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de carros de parada auditados que cumplen según procedimiento}}{\text{Nº de carros de parada auditados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se comprobará que esté protocolizada y programada la revisión del carro de parada, el orden del material y las caducidades y que eso es conocido por todo el personal de la unidad correspondiente o área al que dé cobertura dicho carro.
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Incorporar como una práctica habitual en los centros la evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención, que deberán quedar reflejados en el plan de cuidados de la historia clínica del paciente. 12.3.1 Se establece un plan de cuidados individualizado para cada paciente en el que se contempla la evaluación de riesgos, las escalas de valoración y las acciones preventivas adecuadas que se evalúan de manera periódica.

INDICADOR 12.3.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de paciente con acciones preventivas adecuadas en relación con su Plan de Cuidados Individualizado (PCI).
JUSTIFICACIÓN	Los planes de cuidados guían la actividad enfermera en las distintas situaciones de cuidados que los pacientes requieren, según la valoración de sus riesgos y necesidades.
NUMERADOR	Nº de pacientes observados con acciones adecuadas al PCI.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes observados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes observados con acciones adecuadas al PCI}}{\text{Nº total de pacientes observados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	La evaluación de riesgos incluirá la valoración sobre todos los aspectos relevantes contenidos en el objetivo 1 de la estrategia 12. Las acciones preventivas deben adecuarse al riesgo del paciente, que se reevaluará periódicamente.
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional de registros del sistema de gestión de cuidados.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridad en los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO 3	Objetivo 3.- Incorporar como una práctica habitual en los centros la evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención, que deberán quedar reflejados en el plan de cuidados de la historia clínica del paciente. 12.3.2 Los profesionales introducen en el sistema de información corporativo los datos necesarios para el seguimiento de indicadores de seguridad de paciente y adoptan las propuestas de mejora en relación con los hallazgos encontrados.

INDICADOR 12.3.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de incidentes registrados que concuerdan con incidentes observados.
JUSTIFICACIÓN	Uno de los principales problemas para la medición y análisis de problemas de seguridad es el infraregistro o el registro inadecuado. Lo que no se mide no se puede gestionar. Y para medir bien es preciso ser rigurosos con los registros, aplicando criterios comunes en toda la organización. Sólo así se pueden establecer comparaciones y valorar la eficacia de las medidas de mejora que se implanten.
NUMERADOR	Nº de Incidentes registrados que concuerdan con los observados.
DENOMINADOR	Nº Incidentes observados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de Incidentes registrados que concuerdan con los observados}}{\text{Nº Incidentes observados}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los incidentes relacionados con la seguridad en los cuidados serán aquellos relacionados con: úlceras por presión de origen asistencial, caídas, lesiones derivadas de contenciones mecánicas, malnutrición de origen asistencial, broncoaspiración, pacientes con dolor, y todos aquellos incluidos como eventos adversos relacionados con los cuidados reflejados en el objetivo 1 de la estrategia 12.
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional / documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estrategia 13 - Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Gestionar las infraestructuras y equipamientos de modo que se garantice su idoneidad y la seguridad en su uso, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.1.1 Los profesionales son informados sobre el uso seguro de las instalaciones y equipos que manejan.

INDICADOR 13.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades en las que en el Manual de Acogida se recoge información sobre el uso seguro de instalaciones y equipos.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de unidades en cuyo Manual de Acogida se contempla información sobre el uso seguro de instalaciones y equipos.
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de unidades en cuyo Manual de Acogida se contempla información sobre el uso seguro de instalaciones y equipos}}{\text{Nº de unidades observadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Gestionar las infraestructuras y equipamientos de modo que se garantice su idoneidad y la seguridad en su uso, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.1.2 Los responsables de los servicios y unidades informan al personal a su cargo sobre la utilización, y mantenimiento de equipos nuevos con la antelación suficiente para que los cambios sean asimilados por los profesionales.

INDICADOR 13.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se informa por correo corporativo sobre la introducción de equipos nuevos a los profesionales afectados, con la antelación suficiente para que asuman el cambio.
JUSTIFICACIÓN	Los cambios en los equipos suponen un periodo de desconcierto entre el personal, y se consideran puntos críticos en la Gestión de Riesgo, si no van precedidos de la información adecuada y con antelación suficiente a los profesionales que los van a usar por parte de los mandos intermedios. En otras áreas como la aviación, se han establecido incluso medidas como que cualquier cambio deba ser notificado a quienes les afecta con una antelación de 56 días.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Antelación suficiente.- Se valorará la adecuación entre la comunicación a los profesionales de un cambio y la implantación del mismo, que será variable en función de la magnitud del cambio.
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental: correos informativos, carteles, notas... con fecha que refleje la antelación y el alcance de la información.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Gestionar las infraestructuras y equipamientos de modo que se garantice su idoneidad y la seguridad en su uso, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.1.3 Los profesionales implicados en la utilización de equipos destinados al diagnóstico y tratamiento reciben la formación adecuada a su nivel técnico y especialidad.

INDICADOR 13.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de equipos en los que existeN fichas de instrucciones técnicas básicas necesarias para el buen uso de los aparatos de electromedicina, comprensibles y accesibles para los profesionales que lo usan.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de equipos observados con ficha de instrucciones.
DENOMINADOR	Nº de nuevos equipos observados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de equipos observados con ficha de instrucciones} / \text{Nº de nuevos equipos observados}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Los manuales de uso de los equipos deberán estar claramente ubicados dentro de la Unidad, y el personal debe saber localizarlos, pero lo que mide este indicador es si existen FICHAS, cómodas, que faciliten la utilización inmediata y segura de los equipos.
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Gestionar las infraestructuras y equipamientos de modo que se garantice su idoneidad y la seguridad en su uso, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.1.4 Existe un procedimiento de revisión de caducidades de material fungible.

INDICADOR 13.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades en las que NO se objetiva material fungible caducado.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de unidades en que se objetiva material fungible caducado.
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas.
FÓRMULA	$(\text{Nº de unidades en que se objetiva material fungible caducado} / \text{Nº de unidades observadas}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Gestionar de forma eficiente y segura las eventuales situaciones de emergencias externas y/o internas en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.2.1 Se dispone de plan de Emergencias adaptado al centro y actualizado con las actuaciones específicas a realizar por los profesionales, pacientes y familiares ante situaciones de emergencias externas e internas que les puedan afectar: incendios, inundaciones, derrames de productos tóxicos, etc.

INDICADOR 13.2.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia de Planes de Emergencias actualizados.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotmómico SI/NO
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Gestionar de forma eficiente y segura las eventuales situaciones de emergencias externas y/o internas en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.2.2 Se dispone de un plan de formación anual dirigido a todos los trabajadores sobre medidas de seguridad en situaciones de emergencias internas y externas.

INDICADOR 13.2.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de trabajadores formados en el Plan de Emergencias en los últimos dos años.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de trabajadores formados en el Plan de Emergencias
DENOMINADOR	Nº de trabajadores.
FÓRMULA	$(\text{Nº de trabajadores formados en el Plan de Emergencias} / \text{Nº de trabajadores}) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registros de formación.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Gestionar de forma eficiente y segura las eventuales situaciones de emergencias externas y/o internas en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.2.3 Los centros realizan simulacros de evacuación y emergencia de forma sistemática y planificada e informe descriptivo, analizando el desarrollo del mismo e incluyendo las oportunidades de mejora detectadas.

INDICADOR 13.2.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Se realizan simulacros sistemáticos de evacuación y emergencia cada 2 años como mínimo.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Existe informe con el análisis del Simulacro.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Cada dos años
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridad del entorno, equipamiento y gestión de residuos sanitarios
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Gestionar de forma eficiente y segura las eventuales situaciones de emergencias externas y/o internas en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. 13.2.4 Se dispone de un número de teléfono único que activa el Plan de Emergencias del centro y está visible y accesible para los profesionales.

INDICADOR 13.2.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de áreas y/o unidades en las que está visible el número de teléfono único que activa el Plan de Emergencias.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de áreas y/o unidades en las que está visible el número de teléfono único que activa el Plan de Emergencias.
DENOMINADOR	Nº de unidades/áreas observadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de áreas y/o unidades en las que está visible el número de teléfono único que activa el Plan de Emergencias}}{\text{Nº de unidades/áreas observadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estrategia 14 - Investigación e Innovación en seguridad del paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Impulsar la investigación en Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud. 14.1.1 Se coordinan y desarrollan líneas de investigación en Seguridad de Pacientes con enfoques multidisciplinares: investigación básica, epidemiológica, clínica y de gestión.

INDICADOR 14.1.1.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia de un programa de investigación con una línea de Seguridad de Pacientes .
JUSTIFICACIÓN	La investigación en Seguridad del paciente es un componente esencial para el desarrollo de conocimiento en aspectos relativos a la seguridad el paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro documental de la actividad investigadora.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Impulsar la investigación en Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud. 14.1.2 Existen en los programas de investigación de la organización estudios que mejoren el conocimiento sobre aspectos clave en Seguridad del Paciente, como: · Incidencia y prevalencia de eventos adversos. · Costes de la no seguridad. · Evaluación del impacto de las intervenciones para la mejora de la Seguridad del Paciente. · Análisis de riesgos en áreas asistenciales específicas.

INDICADOR 14.1.2.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de estudios de investigación sobre aspectos clave en seguridad del paciente .
JUSTIFICACIÓN	La organización debe fomentar la realización de estudios de investigación clínica en Seguridad de Paciente en las distintas unidades y servicios.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de estudios de investigación realizados sobre Seguridad de Pacientes
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Se contemplarán estudios relacionados con las líneas mencionadas en el Criterio de Evaluación. · Incidencia y prevalencia de eventos adversos. · Costes de la no seguridad. · Evaluación del impacto de las intervenciones para la mejora de la Seguridad del Paciente. · Análisis de riesgos en áreas asistenciales específicas.
FUENTES DE DATOS	Registro de la actividad investigadora.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Impulsar la investigación en Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud. 14.1.3 Se colabora con las universidades de la Comunidad Autónoma, Sociedades Científicas y proyectos nacionales e internacionales, para potenciar la investigación en SP.

INDICADOR 14.1.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de estudios multicéntricos o coordinados sobre seguridad de pacientes en los que participen investigadores de la organización.
JUSTIFICACIÓN	La colaboración en líneas de Seguridad e Pacientes con universidades, sociedades científicas ... favorece el enriquecimiento de estos proyectos a la vez que hace más extensivo su conocimiento.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de estudios multicéntricos o coordinados sobre seguridad de pacientes en los que participen investigadores de la organización
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	Registro de la actividad investigadora.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Cada dos años
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Impulsar la investigación en Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud. 14.1.4 Se realizan en el ámbito de la organización tesis doctorales, publicaciones en revistas científicas y presentaciones a congresos relacionadas con la Seguridad de los Pacientes.

INDICADOR 14.1.4.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de publicaciones en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridad de pacientes.
JUSTIFICACIÓN	La realización de artículos científicos, tesis y trabajos presentados a congresos favorece la difusión y enriquecimiento de la comunidad científica en materia de seguridad de pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de publicaciones en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridad de pacientes.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	En este indicador, se tendrá en cuenta en el despliegue del Plan, el Factor de Impacto de las revistas científicas en las que se publique.
FUENTES DE DATOS	Registro de producción científica de los profesionales. FIDES.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Cada dos años
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Impulsar la investigación en Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud. 14.1.5 Se realizan en el ámbito de la organización tesis doctorales, publicaciones en revistas científicas y presentaciones a congresos relacionadas con la Seguridad de los Pacientes.

INDICADOR 14.1.5.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Nº de comunicaciones a congresos relacionadas con la Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	La realización de artículos científicos, tesis y trabajos presentados a congresos favorece la difusión y enriquecimiento de la comunidad científica en materia de seguridad de pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de comunicaciones a congresos relacionadas con la Seguridad de los Pacientes.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	En este indicador, se tendrá en cuenta en el despliegue del Plan, el Factor de Impacto de las revistas científicas en las que se publique.
FUENTES DE DATOS	Registro de producción científica de los profesionales. FIDES.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Potenciar la gestión de la Seguridad del Paciente en la organización favoreciendo y potenciando el uso de nuevas tecnologías y su aplicación en la mejora de la Seguridad del Paciente. 14.2.1 Se introducen en determinados procesos de riesgo, sistemas a prueba de error basados en la aplicación de nuevas tecnologías y encaminados a mejorar su seguridad.

INDICADOR 14.2.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de procesos de riesgo con sistemas “a prueba de error”.
JUSTIFICACIÓN	La introducción de sistemas “a prueba de error”, también conocidos como poka-yoke en terminología del Lean Healthcare, han demostrado ser muy eficaces para la prevención de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de procesos de riesgo en los que se ha introducido algún sistema a prueba de error.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Cada dos años
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2. - Potenciar la gestión de la Seguridad del Paciente en la organización favoreciendo y potenciando el uso de nuevas tecnologías y su aplicación en la mejora de la Seguridad del Paciente. 14.2.2 Los sistemas y procedimientos innovadores en Seguridad de Pacientes son refrendados desde la Agencia de Tecnologías Sanitarias del Servicio Gallego de Salud.

INDICADOR 14.2.2.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de sistemas y procedimientos innovadores en Seguridad del Paciente.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de sistemas y procedimientos innovadores en Seguridad de pacientes.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Cada dos años
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e Innovación en seguridad del paciente
OBJETIVO 2	Objetivo 2.- Potenciar la gestión de la Seguridad del Paciente en la organización favoreciendo y potenciando el uso de nuevas tecnologías y su aplicación en la mejora de la Seguridad del Paciente. 14.2.3 Se fomenta la obtención de patentes de los sistemas y/o tecnologías relacionados con la prevención de riesgos y errores.

INDICADOR 14.2.3.1. 	
NOMBRE DEL INDICADOR	Existencia de un registro de patentes en relación con sistemas y/o tecnologías sobre prevención de riesgos y errores.
JUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	
FUENTES DE DATOS	
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	



Servizo Galego
de Saúde



Xerencia
Servizo Galego de Saúde

Programa

02

C