

**MEMORIA DE
ACTUACIONES DE
SEGURIDAD DEL
PACIENTE
AÑO 2020**

**Observatorio Regional de
Seguridad del Paciente**

**Dirección General de Humanización y
Atención al Paciente
Consejería de Sanidad**



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

© Comunidad de Madrid
Edita: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente
Consejería de Sanidad.
Soporte: Archivo electrónico
Año de edición: 2021
Publicado en España – *Published in Spain*



MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2020

Observatorio Regional de Seguridad del Paciente





Índice de contenidos

INTRODUCCIÓN	6
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIFRAS	7
I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN	8
I.1. Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020. Actuaciones 2020	8
I.2. Objetivos institucionales de Seguridad del Paciente.....	11
I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.....	15
I.4. Otras actuaciones.....	17
II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
20	
II.1.Prácticas seguras a nivel institucional	20
II.1.1. Higiene de Manos	20
II.1.2.Seguridad del paciente quirúrgico	21
II.1.3. Uso seguro del medicamento.....	22
II.1.4. Prácticas seguras en Atención Primaria	26
II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.....	27
III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO	28
III.1. Actuaciones de formación centralizada en Seguridad del Paciente	29
III.2. Sistemas de notificación y aprendizaje.....	30
III.2.1. CISEMadrid.....	30
III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento	33
III.3. Comunicación y difusión del conocimiento	34
ANEXOS	35
I. Descripción Objetivos-recomendaciones institucionales 2020.....	37
II. Proceso de gestión de incidentes de las UFGR.....	42

INTRODUCCIÓN

El Observatorio Regional de Seguridad del Paciente¹ es desde 2004 el órgano de asesoramiento y consulta sobre seguridad del paciente, del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.

El despliegue de la seguridad del paciente tanto en sus unidades directivas como en los centros sanitarios es coordinado, a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria, por la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad, que dirige el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y establece los objetivos institucionales de calidad y seguridad, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH) y SUMMA112.

Mientras que el Observatorio es una estructura central, a nivel periférico son las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y los responsables de seguridad de los servicios hospitalarios y los centros de salud de atención primaria los que desarrollan y evalúan periódicamente las actuaciones de mejora de la seguridad del paciente.

La presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente. Así, la Memoria de Actuaciones 2020 de Seguridad del Paciente recoge los indicadores y actividades de seguridad del paciente relativos a centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (hospitales, direcciones asistenciales de atención primaria y SUMMA112) y Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad.

Las principales fuentes de información para la elaboración de esta memoria han sido la evaluación de 2020 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (ESP15-20)², la Memoria anual de actividades de las Unidades Funcionales y la evaluación de las recomendaciones institucionales de seguridad del paciente.

Se estructura en 3 apartados: “Despliegue de la Seguridad en la organización”, “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” y “Aprendizaje y conocimiento”.

El apartado “Despliegue de la Seguridad del Paciente en la organización” comprende el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-20, los objetivos institucionales de seguridad del paciente y la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

En “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente”, se resume el despliegue de proyectos institucionales (“Prácticas seguras a nivel institucional”) y de la aplicación del ciclo de gestión de riesgos a nivel local (“Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local”).

En el apartado de “Aprendizaje y Conocimiento” se detalla la línea de formación centralizada en seguridad del paciente, la información sobre las comunicaciones de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid y también actuaciones sobre comunicación y difusión del conocimiento científico.

¹ Decreto 53/2017, de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid

² Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pistarContenidoFinal&vest=1162209989406

El resumen de los principales datos de la memoria se presenta en la siguiente tabla:

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIFRAS

Estrategia de seguridad del paciente:	2019	2020
Nº actuaciones en Seguridad del Paciente (ESP15-20) en desarrollo o finalizadas	191	194
Organización de las Unidades Funcionales:		
Miembros de las Unidades Funcionales: Nº total (promedio UF)	845 (20)	828 (20)
Objetivos establecidos (nº)	504	385
Promedio reuniones/año	10	4
Responsables de seguridad Nº Total (promedio UF)	2.229 (53)	2.303 (55)
Actividad en seguridad del paciente*:		
Incidentes identificados (nº)	12.411	7.055
Incidentes analizados (nº)	9.498	5.314
% de incidentes analizados/ identificados	76,5%	75,3%
Nº total de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente	8.534	4.800
Recomendaciones de seguridad generalizables	102	120
Prácticas seguras	106	226
Alumnos que han recibido formación centralizada en seguridad del paciente	804	3.453
Objetivos institucionales:		
Nº de rondas de seguridad	527	107
Implantación de CISEMadrid en hospitales (nº de centros implantado)	33	33
CISEMadrid: % incidentes con informe validado	66%	68%
% de gerencias/centros con actuaciones para mejorar la higiene de manos (autoevaluación OMS)	100%	100%

* Debido a la situación pandémica en 2020, se recogen únicamente, los datos de actividad en seguridad del paciente de la fuente CISEMadrid, implantada en Atención Primaria y Hospitalaria, excepto *Hospital Gómez Ulla* y *el SUMMA 112*. En estos centros el número de incidentes que se han analizado en 2020 a través de sus sistemas propios de notificación han sido de 68 y 107 respectivamente.

I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

I.1. Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020. Actuaciones 2020

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Servicio Madrileño de Salud establece un conjunto de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones a desarrollar en el periodo 2015-2020 y tiene como misión “Proporcionar unos servicios sanitarios exentos de daños innecesarios o prevenibles para nuestros pacientes, a través de la implantación y desarrollo de la gestión de riesgos sanitarios”.

Perspectivas	Líneas Estratégicas
Organización	LE1. Consolidar la cultura LE2. Desplegar la seguridad del paciente en la organización LE3. Continuidad asistencial
Agentes/Grupos de interés	LE4. Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras LE5. Difundir el conocimiento científico LE6. Comunicación y transparencia
Procesos internos	LE7. Impulsar y desplegar prácticas seguras 7.1. Cirugía y anestesia 7.2. Urgencias y emergencias 7.3. Pacientes críticos 7.4. Obstetricia y ginecología 7.5. Pediatría 7.6. Salud mental 7.7. Atención al dolor 7.8. Radiaciones ionizantes 7.9. Cuidados y técnicas de enfermería 7.10. Entornos de especial riesgo en atención primaria 7.11. Uso seguro del medicamento 7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria LE8. Evitar Intervenciones Innecesarias
Aprendizaje y futuro	LE9. Fomentar la Investigación LE10. Facilitar la innovación tecnológica LE11. Potenciar la formación LE12. Desarrollar los sistemas de Información

Para desarrollar de forma operativa esta Estrategia, se establecieron 12 Líneas Estratégicas, que se agrupan en cuatro perspectivas globales, tal y como se detalla en la siguiente imagen:

Las líneas estratégicas se desagregan a su vez en 92 objetivos estratégicos y 307 actuaciones que incluyen a su vez 883 actividades que corresponden a las tareas concretas a desarrollar a nivel operativo para completar las actuaciones.

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, existe un **Comité Operativo de Seguridad del Paciente** (ya en funcionamiento desde la anterior Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012) que está compuesto por representantes de 13 Unidades Directivas responsables del desarrollo de las actuaciones.

En este sentido, con todas las actuaciones se define el Plan de Acción, de forma que para cada actuación, cada Unidad Directiva

determina: el responsable del seguimiento, las actividades que la componen, el cronograma y el indicador para su evaluación. Así, anualmente se solicita la evaluación de las actuaciones a cada Unidad Directiva y tras la evaluación anual, se actualiza la planificación prevista para el año siguiente.

En la planificación inicial de 2015 estaban previstas inicialmente para desarrollar en 2020, 166 actuaciones. No obstante, tras cinco años de despliegue se ha modificado la planificación y hubo **194 actuaciones previstas en 2020**.

En cuanto a la **distribución de actuaciones a desarrollar en 2020 por línea estratégica** se muestra en la siguiente imagen, ordenadas las líneas de menor a mayor según nº de actuaciones.

Planificación actuaciones por línea estratégica 2020



Así, hay 2 líneas como son las relativas a investigación y continuidad asistencial con un número inferior a 5 actuaciones a desarrollar durante 2020; y el resto de líneas con un mayor número de actuaciones, destacando por encima del resto la línea relativa al impulso y despliegue de prácticas seguras con 112 actuaciones.

En cuanto a las líneas estratégicas en las que se enmarcan todas estas actuaciones, la mayoría de ellas tienen una única Unidad directiva responsable de su despliegue y otras, como es el caso de la línea 7 de prácticas seguras, en cuyo despliegue intervienen hasta 9 unidades directivas, ya que es una línea amplia que incluye 12 áreas de trabajo diferenciadas.

Para realizar la evaluación y el seguimiento del cumplimiento de las actuaciones establecidas por las Unidades Directivas, se utilizan las fichas de planificación y de seguimiento. Los criterios de evaluación utilizados son los siguientes:

Tabla Criterios de evaluación de las actuaciones año 2020

Evaluación	Actividad	Actuación
Finalizada	Está finalizada, se considera que ha sido llevada a cabo	La actuación ha sido llevada a cabo a lo largo del periodo de la estrategia.
En Desarrollo	Se ha comenzado su desarrollo, pero no ha finalizado al acabar el periodo de la estrategia.	Se ha ejecutado parte de lo que estaba programado, pero falta alguna actividad por iniciar o en desarrollo
No realizada	No se ha iniciado: dado que el periodo de la estrategia ha llegado a su fin, no se reprograma para años posteriores	Todas las actividades están no realizadas o no iniciadas
Cancelada	Actividad programada inicialmente pero que, se ha suprimido de forma motivada	Se ha decidido no desarrollar esta actuación

Además, respecto a las actuaciones no realizadas, cabe distinguir entre dos tipos, aquellas actuaciones que se han hecho en años anteriores y durante el año 2020 no han podido realizarse y las actuaciones que no se han realizado durante 2020, ni durante los años de vigencia de la estrategia. Además de los criterios anteriormente descritos, algunas actuaciones aparecen reflejadas actualmente aún en esta memoria como “pendientes de evaluación” por la Unidad Directiva responsable.

En este sentido, 93 actuaciones se han finalizado en 2020, y 40 están en desarrollo, no se han realizado 48, muchas debido a la situación pandémica, sólo se ha cancelado 2 y están pendientes de evaluar 11.

Evaluación de las actuaciones planificadas en 2020



Con el 94,3 % de actuaciones evaluadas, la distribución o grado de ejecución de actuaciones 2020 por línea estratégica es la que muestra la siguiente tabla, que incluye tanto el número como el porcentaje de actuaciones finalizadas o en desarrollo, no realizadas, canceladas o aún en proceso de evaluación.

Resultado de las actuaciones evaluadas por Línea Estratégica en 2020

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	Finalizadas	En Desarrollo	No realizadas	Canceladas	Pendientes Evaluación	% ACTUACIONES FINALIZADAS O EN DESARROLLO	% ACTUACIONES NO REALIZADAS	% ACTUACIONES CANCELADAS	% ACTUACIONES PENDIENTES EVALUACIÓN
LE 1: Consolidar la cultura de la SP	7	3	2	0	0	83,3%	16,6%		
LE 2: Desplegar la SP en la organización	7	2	0	0	0	100%			
LE 3: Continuidad asistencial	1	2	0	0	0	100%			
LE 4: Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras	0	1	3	0	0	25%	75%		
LE 5: Difundir el conocimiento científico	2	4	2	0	0	75%	25%		
LE 6: Comunicación y transparencia	6	3	1	0	0	90%	10%		
LE 7: Impulsar y desplegar prácticas seguras	63	19	26	2	2	73,2%	23,2%	1,7%	1,7%
LE 8: Evitar intervenciones innecesarias	1	0	9	0	0	10%	90%		
LE 9: Fomentar la investigación	1	0	0	0	0	100%			
LE 10: Facilitar la innovación tecnológica	2	4	1	0	0	85,7%	14,2%		
LE 11: Potenciar la formación	3	2	4	0	3	41,6%	33,3%		25%
LE 12: Desarrollar los sistemas de información	0	0	0	0	6	0%			100%
	93	40	48	2	11				

Así, entre las líneas con un mayor grado de ejecución de las actuaciones previstas para 2020 se encuentran: la línea 2 con actuaciones para desplegar la seguridad en la organización, la línea 3 de continuidad asistencial, y la línea 9 de Fomento de la investigación; todas ellas con un 100%.

También ha habido un buen grado de desarrollo en la línea 6 de comunicación y transparencia, la línea 10 facilitar la innovación tecnológica y línea 1 de consolidar la cultura de SP, con un 90%, 85,7% y 83,3% respectivamente de actuaciones finalizadas o en desarrollo. Y con un grado de desarrollo superior al 50% se encuentran también las líneas 5 difundir el conocimiento científico (75%) y la línea 7 de impulsar y desplegar prácticas seguras (73,2%). Por el contrario, en la línea 8 de evitar intervenciones innecesarias solo se ha desarrollado un 10% y la línea 12 de desarrollar los sistemas de información ha quedado pendiente de evaluar.

1.2. Objetivos institucionales de Seguridad del Paciente

Junto a otros objetivos del área de calidad, la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria establece anualmente objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios. Durante el período de vigencia los centros sanitarios despliegan las actuaciones necesarias para su consecución y al final del período, los objetivos son evaluados y en el caso de no haberse alcanzado la meta establecida para el centro, éste desarrolla un plan de mejora para ejecutar y evaluar específicamente al año siguiente.

En el año 2020 debido a la situación sanitaria por la pandemia de COVID-19 no fue posible establecer contratos de gestión entre los centros y el Servicio Madrileño de Salud, si bien para mantener las líneas de trabajo en seguridad del paciente, los objetivos fueron establecidos como recomendaciones. Estas recomendaciones tienen su traducción en indicadores de medición, y se pueden ver su descripción y metodología de evaluación en el **Anexo I**.

A continuación se detallan los principales resultados de la evaluación de las recomendaciones establecidas de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA112.

Objetivos-recomendaciones de seguridad en Atención Hospitalaria:

En el año 2020, los objetivos-recomendaciones y las actuaciones establecidas en seguridad del paciente fueron las que se muestran en el siguiente esquema:

Desplegar la seguridad del paciente en la organización	Impulsar prácticas seguras
<ul style="list-style-type: none">• Promover la mejora de la seguridad del paciente en el hospital• Impulsar el compromiso de los equipos directivos con la seguridad del paciente• Facilitar áreas de mejora para consolidar y mejorar la gestión de riesgos sanitarios	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar áreas de mejora para consolidar y mejorar la seguridad del paciente quirúrgico• Favorecer la adherencia a la práctica de la higiene de manos

A continuación se presenta una descripción de los principales resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Promover la mejora de la seguridad del paciente en el hospital. En el año 2020, aunque la situación de los centros debido a la pandemia de COVID-19 ha sido complicada, se debía intentar consolidar y dar continuidad a la labor desarrollada en años previos, alcanzándose un cumplimiento de esta recomendación del 94%.

Así pues, se planteó que los hospitales debían mantener, al menos, una reunión, en el último trimestre del año 2020, de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), donde se abordarían actuaciones prioritarias tales como el análisis y gestión de los incidentes de seguridad en el hospital notificados a través de CISEMadrid; la revisión de los resultados del estudio ESHMAD en el hospital; y por último, examinar las actuaciones sobre seguridad del paciente, desarrolladas en el centro durante la pandemia y en relación con el SARS-CoV-2, procurando identificar buenas prácticas.

En este sentido, todos los hospitales del Servicio Madrileño de Salud han mantenido al menos una reunión de la UFGRS en el último trimestre del año 2020 con una media de 2 reuniones por hospital.

Tanto el análisis y gestión de los incidentes de seguridad en el hospital, notificados a través de CISEMadrid como las actuaciones sobre seguridad del paciente se han llevado a cabo en el 100% de los hospitales.

Y respecto al estudio de prevalencia para mejorar el conocimiento de la seguridad del paciente en los hospitales (ESHMAD) se incluyó como recomendación en 2020 que los centros realizaran una revisión de sus resultados e identificaran acciones de mejora, lo cual se ha llevado a cabo en un 94% de los centros.

Por último, es destacable el gran número de materiales elaborados en relación con el SARS-CoV-2, un 77,3% del total. Además los centros han comunicado un total 120 recomendaciones de seguridad y 226 prácticas seguras.

Impulsar el compromiso de los equipos directivos con la seguridad del paciente. Este objetivo que se incluye desde el año 2010, se concretó como recomendación en 2020 en realizar al menos una ronda de seguridad, donde se aborde la seguridad del paciente en relación con el impacto del SARS-CoV-2 en el centro, en una de las áreas priorizadas que son: Cuidados intensivos, Hospitalización de pacientes COVID-19 (incluidas las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) o similares), y Urgencias. En este sentido, el 91% de los hospitales han realizado al menos una ronda en alguna de las áreas priorizadas.

Facilitar áreas de mejora para mejorar la gestión de los riesgos sanitarios. En coordinación con la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria, SHAM, empresa con quien el SERMAS tiene suscrita la póliza de seguros de responsabilidad civil / patrimonial, ha llevado a cabo visitas de riesgos con el fin de definir y fortalecer el nivel de control de la siniestralidad.

Tras ello se ha realizado, para cada centro, un informe identificando áreas de mejora y proponiendo recomendaciones. Las áreas, en las que el riesgo médico, organizativo y médico-legal, son más importantes desde el punto de vista del asegurador son: Área Quirúrgica, Área Obstétrica y Área de Urgencias. Un 96% de los hospitales han llevado a cabo la recomendación. Además, se han identificado 98 fortalezas y 135 áreas de mejora, de las cuales 71 ya han sido corregidas y 64 están programadas para realizarse en 2021.

Facilitar áreas de mejora para consolidar y mejorar la seguridad del paciente quirúrgico. En este apartado se evalúa la aplicación de medidas destinadas a mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables, algunas de las cuales forman parte de programas o proyectos específicos: como Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero.

De los 29 hospitales con servicios quirúrgicos, hasta 2020 fueron auditados 26 de ellos. La recomendación trasladada a los centros consiste en revisar el contenido de estas auditorías, elaborando un informe en relación con las fortalezas y áreas de mejora, señalando si están corregidas o se mantienen y en este último caso estableciendo fichas de acciones de mejora que se incluyan en el año 2021. Así, un 96% de los hospitales ha revisado los resultados de dichas auditorías, identificando un total de 88 fortalezas y 160 áreas de mejora.

Favorecer la adherencia a la práctica de la higiene de manos: entre las recomendaciones 2020, máxime debido a la situación pandémica, se incluyó el mantener o reforzar en el centro el abordaje multimodal para promover una correcta higiene de manos, incidiendo en las áreas de mejora detectadas por la autoevaluación del centro, y de forma especial incidiendo en la disponibilidad en todo el centro de forma continua de preparados de base alcohólica en cada punto de atención (fijos o de bolsillo), en especial en unidades de cuidados intensivos; así como recordatorios-carteles informativos sobre técnica y momentos y la formación en higiene de manos entre los profesionales, en especial los de nueva incorporación.

En este sentido un 88% de los hospitales han realizado la autoevaluación en higiene de manos en el centro; respecto a los preparados de base alcohólica, el 91% de los centros refiere disponibilidad en el punto de atención en >95% de las camas de hospitalización.

Así mismo, en relación a la formación en higiene de manos se ha promovido y difundido ampliamente el curso básico online desarrollado por la Consejería de Sanidad, que se puso en marcha el 12 de marzo 2020 y ha permanecido abierto a largo de todo el año, sin límite de alumnos ni de tiempo para realizarlo. Se han formado así un total de 1499 profesionales (pertenecientes a todos los hospitales que tienen acceso a la plataforma ForMadrid).

Objetivos-recomendaciones de seguridad en Atención Primaria:

Apoyar la mejora de la seguridad del paciente en el centro durante la pandemia y de forma específica las relacionadas con la COVID-19.

Favorecer la adherencia a la práctica de la higiene de manos

Facilitar áreas de mejora para consolidar y mejorar la gestión de riesgos sanitarios

Apoyar la mejora de la seguridad del paciente en el centro durante la pandemia y de forma específica las relacionadas con la COVID-19. Se solicitó que se mantuviera al menos, una reunión en el último trimestre del año 2020. En este sentido, debido a las complicaciones de la pandemia, no en todas ellas ha sido posible, siendo 5 las Direcciones Asistenciales (DA Sur, Este, Norte, Sureste, Noroeste) en las que la Unidad Funcional se ha reunido en el último trimestre. A pesar de las dificultades, sí se han gestionado los incidentes de seguridad y errores de medicación en las 7 Direcciones Asistenciales.

También, entre las actuaciones de esta recomendación se incluyó la realización de sesiones formativas de seguridad del paciente, que en este caso se ha llevado a cabo en una Dirección Asistencial (DA Sur).

Por último, las 7 Direcciones asistenciales han llevado a cabo actuaciones y buenas prácticas desarrolladas en seguridad del paciente, durante la pandemia y especialmente las relacionadas con el COVID-19, entre las que están las recomendaciones para una atención telefónica segura, recomendaciones para gestionar la etapa de transición de la pandemia COVID 19 y el Plan de Contingencia ante un rebrote por SARS-COV- 2.

Favorecer la adherencia a la práctica de la higiene de manos: el 100% de centros de salud disponen de preparados de base alcohólica. Asimismo, y de acuerdo a las actuaciones que se impulsan cada año entorno al día mundial de higiene de manos, en los centros de salud hay carteles y recordatorios para mejorar la sensibilización de los profesionales entorno a esta práctica.

Respecto a la formación en higiene de manos entre los profesionales, en especial los de nueva incorporación, se han formado 698 profesionales de las 7 Direcciones Asistenciales.

Facilitar áreas de mejora para facilitar y mejorar la gestión de los riesgos sanitarios. En relación con la auditoría realizada por SHAM, desde Atención Primaria se ha diseñado un proyecto para elaborar el Mapa de Riesgos, con 3 grupos de trabajo y un grupo operativo para el apoyo y seguimiento.

Objetivos de seguridad en SUMMA 112:

Apoyar la mejora de la seguridad del paciente en el centro durante la pandemia y de forma específica las relacionadas con la COVID-19.

Favorecer la adherencia a la práctica de la higiene de manos

Facilitar áreas de mejora para consolidar y mejorar la gestión de riesgos sanitarios

Apoyar la mejora de la seguridad del paciente en el centro durante la pandemia y de forma específica las relacionadas con la COVID-19. En el SUMMA 112 se estableció para el año 2020 que la UFGRS realizara, al menos, una reunión en el último trimestre del año, donde se abordara el análisis y gestión de los incidentes de seguridad y las actuaciones y buenas prácticas desarrolladas en seguridad del paciente, durante la pandemia y especialmente las relacionadas con el COVID-19.

En este sentido, el SUMMA112 ha mantenido 1 reunión. Respecto al análisis y gestión de los incidentes de seguridad, CISEMadrid aún no está implantado y la identificación de incidentes se realiza a través de un sistema propio; así, de 107 incidentes han sido analizados el 100%.

Respecto a actuaciones y buenas prácticas desarrolladas en seguridad del paciente, durante la pandemia y especialmente las relacionadas con el COVID-19, se han desarrollado 12 objetivos. Se han elaborado 9 materiales propios para la promoción de la cultura de seguridad y se han puesto en marcha 2 prácticas seguras generalizables: la respuesta de las enfermeras de coordinación del Servicio de Emergencias ante la pandemia por SARSCoV2 y la reorientación de la actividad de transporte sanitario para dar respuesta a los requerimientos de atención sanitaria y seguridad del paciente derivados de la situación de pandemia por COVID 19. También se han realizado 2 recomendaciones de seguridad generalizables como son: recomendaciones para la correcta cumplimentación del informe clínico y recomendaciones para el uso de siglas y abreviaturas en el informe clínico.

Favorecer la adherencia a la práctica de la higiene de manos. Se realizó la autoevaluación en el año 2019 refiriendo de acuerdo a la puntuación obtenida un nivel de desarrollo avanzado, que se ha mantenido. Los preparados de base alcohólica, están disponibles en todos los puntos y en los recursos móviles y en el Centro Coordinador. Y respecto al curso básico online de higiene de manos, en el SUMMA 112 se han formado 118 profesionales.

Facilitar áreas de mejora para facilitar y mejorar la gestión de los riesgos sanitarios. En relación con la auditoría realizada por SHAM, desde el SUMMA 112 se está trabajando en la elaboración de Mapas de Riesgo asociados a las diferentes actividades, según sea UVI o ambulancia convencional, apoyo en eventos, o traslado de pacientes no urgente, con objeto e identificar áreas que requieran refuerzo para el logro o mejora de indicadores/ objetivos del Programa.

I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF), con plena implantación en los centros sanitarios desde 2007 representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de seguridad del paciente a nivel de los centros. Están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 34 de Atención Hospitalaria, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112.

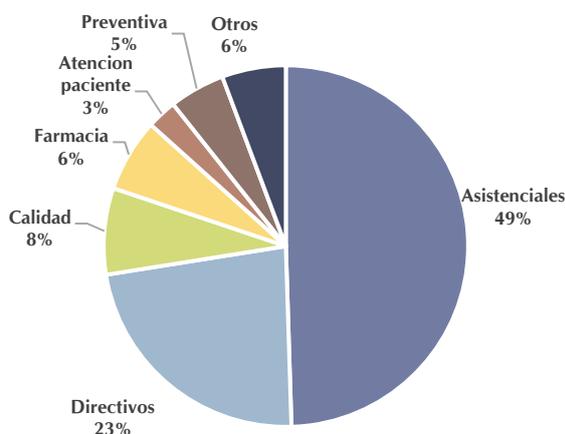
La función de las UF es impulsar el despliegue de la seguridad del paciente en su centro, a partir de la actividad de sus miembros, que con un formación específica en materia de seguridad del paciente, abordan la promoción de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en el centro, es decir, la identificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación y la propuesta y seguimiento de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.

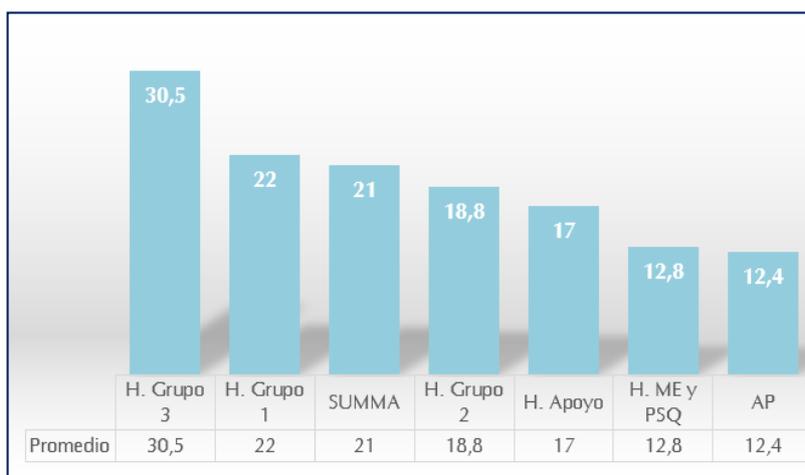
Así, estas Unidades informan semestralmente de sus actividades a la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria; actividades que se enmarcan dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020. Con todo ello, se elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2020 se describen a continuación.

Estructura/Organización: Globalmente en el Servicio Madrileño de Salud forman parte de estas Unidades un total de **828 profesionales** de todos los ámbitos de la organización sanitaria. De todos ellos, un 87% (720) pertenecen a las 34 Unidades Funcionales de hospitales, seguidos de profesionales de atención primaria (10%) de las 7 Unidades Funcionales y del SUMMA 112 (3%).

En el siguiente gráfico se representan los valores promedio de profesionales que forman parte de las distintas UF, observándose cierta correlación entre el tamaño de los centros, con mayor número de profesionales y el nivel de participación de los mismos en sus Comités de Seguridad/Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos.

Promedio de profesionales que forman parte de las UF: por ámbito asistencial y grupo de hospital





*ME y PSQ: Media estancia y Psiquiátricos

En cuanto al perfil de los profesionales, de acuerdo a las recomendaciones que se dieron para la constitución de las Unidades Funcionales, participan en estos grupos multiprofesionales al menos un miembro del equipo directivo y representantes de las áreas de calidad, farmacia y medicina preventiva, pudiendo formar parte de ellas cualquier otro personal que el centro y, de facto, tienen cada vez más presencia los profesionales sanitarios asistenciales, tal y como se refleja en este gráfico.

Un aspecto interesante es el relativo al nivel de formación de sus integrantes. Con respecto a la información facilitada por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en el año 2020, el porcentaje de profesionales formados en seguridad del paciente es del 98%, ligeramente superior al año anterior (92%). De ellos y de forma global, el 69% considera que tiene un nivel de formación avanzado o medio.

Además, a nivel organizativo, está la figura de los responsables de seguridad; profesionales dedicados a la asistencia y formados en seguridad del paciente, que son el eslabón con las Unidades Funcionales de los centros y actúan a nivel local desplegando la cultura de seguridad, gestionando los riesgos y promoviendo prácticas seguras por áreas, servicios o unidades y centros de salud.

Así, de acuerdo a los datos comunicados en el año 2020, hay un total de **2.303 responsables de seguridad de unidades/servicios** en el Servicio Madrileño de Salud, con un promedio global de 55 responsables por Gerencia/Dirección Asistencial.

Actividad: De forma global, el número total de **objetivos establecidos por las Unidades Funcionales** de Gestión de Riesgos Sanitarios del SERMAS en año 2020 ha sido de **385**, un número inferior al registrado en el año 2019 (504), con un promedio de 9 objetivos por Unidad Funcional. En este sentido, a final del año, cerca de un **82%** de los indicadores de seguimiento planteados para evaluar estos objetivos estaban **alcanzados** o en algún caso **parcialmente alcanzados**.

En cuanto a las **actividades relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad**, en el año 2020 se han elaborado un total de 1.157 materiales, más del triple respecto al mismo periodo de 2019 (367): Hospitales 1.134, Atención Primaria 14 y SUMMA 112 han sido 9. Así, la mayoría de materiales (75,2%) se dirige a profesionales, el 17,5% a pacientes y familiares y un 7,1% a todos los colectivos.

En cuanto a las **fuentes de información**, durante el año 2020 los incidentes se han identificado específicamente a través del sistema de notificación de incidentes CISEMadrid, que incluye Atención Primaria, y todos los centros hospitalarios, excepto H. Gómez Ulla y SUMMA 112, por ello, no es posible la comparación con informes previos. Así, durante el año 2020, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de **9.255** notificaciones.

En CISEMadrid se recogen además las diferentes herramientas que las Unidades Funcionales han utilizado para analizar los incidentes. De esta forma, hay herramientas cuya utilización es mayor en uno de los ámbitos asistenciales, como el protocolo de Londres en hospitales que ha supuesto un 5% del total de herramientas utilizadas, o las auditorías de eventos significativos y espina de pescado en atención primaria (con un 19% y 17% respectivamente).

Herramientas utilizadas para el análisis de incidentes: global y por ámbito asistencial

	HOSPITALES	% hospitales	ATENCION PRIMARIA	% primaria	GLOBAL	% global
Discusión de casos	1.506	26,6%	386	44%	1.892	29%
Entrevistas	1.490	26,3%	20	0,2%	1.510	23,1%
Otras herramientas	676	11,9%	217	24,7%	893	13,6%
Grupos de discusión	468	8,2%	38	4,3%	506	7,7%
Protocolo Londres	296	5,2%	1	0,1%	297	4,5%
Análisis causa raíz	228	4,0%	11	1,2%	239	3,6%
5 por qué	206	3,6%	1	0,1%	207	3,1%
Revisión Historias Clínicas	195	3,4%	6	0,6%	201	3,0%
Briefing	164	2,9%	0	0,0%	164	2,5%
Análisis de sistemas	147	2,6%	14	1,5%	161	2,4%
Auditorías	116	2,0%	3	0,3%	119	1,8%
Espina de pescado (Diagrama de Ishikawa)	33	0,5%	80	9,1%	113	1,7%
Auditorías eventos significativos	10	0,1%	89	10,1%	99	1,5%
Grupos focales	88	1,5%	1	0,1%	89	1,3%
AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)	27	0,4%	10	1,1%	37	0,5%

I.4. Otras actuaciones

Decreto por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid:

El borrador de esta norma se elaboró a instancias de la Resolución 77/2017 del Pleno de la Asamblea de Madrid, de fecha 7 de diciembre, sobre política general de seguridad del paciente (Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid de 14 de diciembre de 2017), que entre sus actuaciones incluía su elaboración y publicación.

El Observatorio aprobó en su reunión del Pleno de abril 2019, el Informe con las aportaciones sobre el borrador de "Decreto por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid".

A lo largo del año 2020 se continuó con su tramitación y ha sido publicada en el BOCM el viernes 22 de enero de 2021 (Decreto 4/2021).

Estudio sobre la seguridad de los pacientes en los Hospitales de la Comunidad de Madrid (ESHMAD)

La identificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente es el primer paso para priorizar acciones de mejora en seguridad del paciente, y la realización de estudios epidemiológicos fiables es también parte de la cultura de seguridad, imprescindible para poder avanzar en esta área de tanta relevancia para los pacientes y profesionales. Por ello, se realizó el Estudio sobre la Seguridad de los pacientes en Hospitales de la Comunidad de Madrid (ESHMAD).

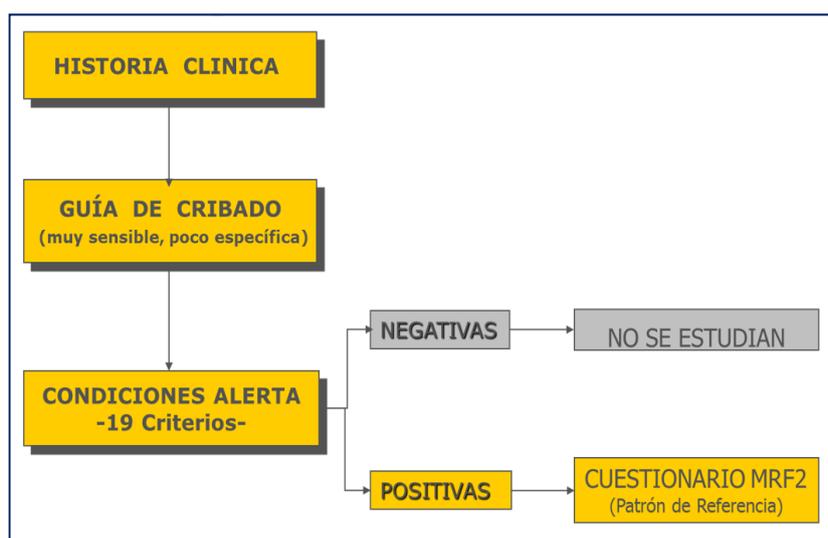
El ESHMAD es un estudio observacional de tipo transversal, con revisión retrospectiva sobre una muestra de los pacientes estudiados en 34 hospitales de la Comunidad de Madrid, realizado entre mayo y diciembre de 2019. Su objetivo era estimar la prevalencia de Incidentes sin daño (I) y de Incidentes con daño o Eventos Adversos (EA) existente en los Hospitales de la Comunidad de Madrid, haciendo un posterior análisis de sus características para conocer así su magnitud, trascendencia, evitabilidad, impacto y factores desencadenantes.

El estudio se planteó a dos niveles: por un lado, global, para conocer el estado general de la Comunidad de Madrid y, por otro, intrahospitalario, para los problemas inherentes en de cada centro, permitiendo así identificar las áreas y problemas de seguridad del paciente en ambos marcos.

Para llevarlo a cabo, basándose en la experiencia y validación previa de estudios anteriores, se realizó la revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en los Hospitales de la Comunidad de Madrid en un momento temporal concreto en dos fases.

La primera, integrada dentro del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), permitía identificar en la revisión signos de alarma vinculados a EA mediante la Guía de Cribado. Posteriormente, en la segunda, se revisaban las historias de los pacientes con cribado positivo para los signos de alarma y se analizaba la presencia o ausencia de EA y sus características mediante el cuestionario modular MRF-2, según se puede apreciar en la siguiente imagen:

Metodología ESHMAD



De los 9.975 pacientes estudiados en la primera fase de cribado, 6.326 se identificaron como cribados negativos y 3.649 como cribados positivos. Al iniciarse la segunda fase, se perdieron 54 registros. De los 3.595 pacientes con cribados positivos se registraron 4.660 formularios MRF-2 en el total de 3.595 pacientes estudiados (cada cribado puede tener más de un formulario según los ítems marcados). De ellos, 4 tuvieron un registro desconocido, 2.378 fueron Falsos Positivos, 311 fueron Incidentes y 1.967 fueron EA. Por último, tras el análisis, de los 1.967 EA se confirmó la relación la asistencia sanitaria en 1.455 registros con EA y de los 311 Incidentes se confirmaron 129.

Como resultado, la prevalencia de pacientes con algún Evento Adverso fue del 11,9% (IC 95%: 11,3 - 12,5). La prevalencia de pacientes con Incidentes fue del 0,9 % (IC 95%: 0,8-1,1), según se puede ver en la siguiente tabla, segmentada por grupos de hospitales:

Resultados ESHMAD

Tipo de hospital	Incidentes relacionados con la asistencia sanitaria		Eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria	
	Pacientes con Incidentes (n)	Prevalencia de Pacientes con Incidentes (%)	Pacientes con Eventos Adversos (n)	Prevalencia de Pacientes con Eventos Adversos (%)
G1: Baja Complejidad	20	2,5%	88	11,2%
G2: Media Complejidad	41	1,3%	467	14,8%
G3: Alta Complejidad	30	0,6%	578	11,6%
G4: Apoyo	1	0,5%	16	8,5%
G5: Media Estancia	1	0,2%	27	6,7%
G6: Psiquiátricos	0	0,0%	11	2,4%
Total hospitales	93	0,9%	1.187	11,9%

Un aspecto relevante es cuantificar cuántos EA relacionados con la asistencia sanitarias podrían haberse evitado. De todos los EA registrados, el 47% de ellos se consideraron evitables, aunque hubo un 24,9% cuya evitabilidad fue desconocida.

En cuanto a la gravedad, se dividieron los EA en de gravedad leve (aquellos que no modificaron la duración de la estancia), de gravedad moderada (aquellos que aumentaron la hospitalización o causaron un reingreso) y graves (los relacionados con la muerte del paciente o que provocan una reintervención quirúrgica. De esta forma, el 42,3% de los EA fueron considerados de gravedad moderada, el 35,5% fueron de gravedad leve y el 21% se clasificaron como graves.

Por último, en cuanto a sus consecuencias, el 92,5% de los EA necesitaron asistencia adicional, Además del informe global, que acabamos de resumir, se elaboraron informes individuales que fueron remitidos, en el año 2020, a cada hospital, para que fueran revisados y se pudieran diseñar e implementar actuaciones de mejora.

En este sentido, de los 32 hospitales que han revisado el informe y establecido áreas de mejora, 5 han propuesto crear grupos de trabajo para trabajar en las áreas de mayor impacto de los incidentes y efectos adversos, mientras que en cuanto a las acciones de mejora, de acuerdo a la naturaleza del evento adverso, un 69% de los hospitales (22) han definido acciones de mejora para la prevención y control de la infección y un 31% (10 centros) acciones para abordar errores de medicación o problemas en la administración de sangre o fluidos, lo que parece congruente con los eventos adversos más frecuentes identificados en el estudio ESHMAD. También se han definido, entre otras, acciones de mejora para incidir en problemas durante la realización de un procedimiento (28% de centros) o en cuidados de enfermería (28% de centros).

II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la Comunidad de Madrid se continúa con el despliegue institucional de grandes líneas de actuación coordinadas con otros organismos como el Ministerio de Sanidad. Este grupo de actuaciones se detallan en el apartado “Prácticas seguras a nivel institucional”. Incluyen: higiene de manos, seguridad del paciente quirúrgico, uso seguro del medicamento y prácticas seguras en atención primaria, en continuidad con las de 2019. Por otra parte, no se incluye el apartado sobre Proyectos Zero en la UCI, ya que debido a la pandemia, no se ha podido establecer ningún objetivo relacionado con este proyecto.

En el apartado “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” se resume la información sobre las actuaciones promovidas por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en los centros, derivadas del ciclo de gestión de riesgos.

II.1. Prácticas seguras a nivel institucional

II.1.1. Higiene de Manos

La mejora de la higiene de manos es un elemento fundamental en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. En 2020 como en años anteriores, la Comunidad de Madrid se ha sumado a la campaña "Salva vidas Límpiase las manos" realizando actuaciones tanto a nivel central como a nivel de los centros sanitarios. No obstante, este año la pandemia por la COVID-19 ha dificultado las celebraciones entorno al 5 de mayo en los centros sanitarios, con una clara disminución de actuaciones con respecto a años previos, en los que la participación era total en los diferentes ámbitos asistenciales.

Así, con respecto a las actividades impulsadas desde la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, se difundieron a todos los centros los materiales de campaña facilitados desde el Ministerio de Sanidad, (cartel para centros sanitarios y para la ciudadanía y pegatinas de higiene de manos). Se elaboró información que se publicó como noticia web y se difundió a través de redes sociales institucionales en Twitter @Saludmadrid.

Con respecto a las actividades desarrolladas en los centros del Servicio Madrileño de Salud fueron 11 los hospitales que comunicaron actuaciones específicas. Con todo ello, en septiembre se elaboró una Memoria de actividades realizadas el 5 de mayo 2020 desde la Consejería de Sanidad, que se remitió al Ministerio el 17/09/2020.

Así mismo, como en años previos se solicitó a finales del mes de junio a los centros los indicadores vinculados Programa de Higiene de manos del Sistema Nacional de Salud relativos al año anterior 2019, incluyendo resultados relativos al año 2019 y remitiendo a los centros una comparativa con respecto a hospitales de su grupo y global del SERMAS.

Por último, las actividades formativas, se reflejan en el apartado de la memoria Aprendizaje y Conocimiento.

II.1.2. Seguridad del paciente quirúrgico

La seguridad en cirugía es una prioridad de salud pública debido a su creciente uso dentro de la atención sanitaria, el alto potencial de daño asociado y la evidencia de que la mayor parte de los eventos relacionados con los procedimientos quirúrgicos son prevenibles.

Por ello, se hace necesario desarrollar e implantar medidas efectivas orientadas a la prevención de eventos adversos, como el desarrollo y utilización de buenas prácticas y recomendaciones basadas en la evidencia científica, la realización sistemática de las verificaciones necesarias para evitar posibles errores, la promoción de una comunicación eficaz dentro del equipo y la implicación del paciente en su seguridad.

Así, en los últimos dos años, con la colaboración de la Dirección General de Inspección y Ordenación, se ha realizado auditorías en los centros con el objetivo de evaluar el despliegue de los programas de seguridad en el paciente quirúrgico en la Comunidad de Madrid; proyecto Cirugía Segura (PCS) y proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ).

De los 29 hospitales con servicios quirúrgicos, hasta 2020 fueron auditados **26** de ellos. La recomendación trasladada a los centros ha consistido en revisar el contenido de estas auditorías, elaborando un informe en relación con las fortalezas y áreas de mejora, señalando si están corregidas o se mantienen y en este último caso estableciendo fichas de acciones de mejora que incluyan el año 2021.

Un 96% de los hospitales ha revisado los resultados de dichas auditorías, identificando un total de 88 fortalezas y 160 áreas de mejora, señalándose tanto las áreas de mejora que ya han sido corregidas (62) o bien está previsto actuar sobre ellas en 2021 para corregirlas (98).

Entre las áreas de mejora a considerar en el *programa de cirugía segura* encontramos:

Áreas de mejora programa de cirugía segura	Nº de hospitales
Gestión, implantación y cumplimentación del Listado de Verificación Quirúrgica	23
Protocolo de profilaxis tromboembólica	13
Prevención de errores de medicación anestésica	10

En el caso del programa de infección quirúrgica Zero se han considerado 5 parámetros donde se podrían realizar acciones de mejora.

Áreas de mejora programa infección quirúrgica Zero	Nº de hospitales
Mantenimiento de la normoglucemia peri-operatoria	18
Profilaxis antibiótica	16
Mantenimiento de la normotermia peri-operatoria	16
Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%	12
Correcta eliminación del vello	12

¹ No pudieron auditarse a tiempo H. Sureste, H. Infanta Sofía y H. Niño Jesús

II.1.3. Uso seguro del medicamento

Los errores de medicación constituyen el tipo de evento adverso más frecuente, según los estudios, siendo evitables en al menos un 35% de los casos. Durante 2020, la Consejería de Sanidad ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas tanto a profesionales como a pacientes.

A continuación, se detallan las actividades realizadas, relacionadas con:

- la notificación de errores de medicación (apartado de la memoria Aprendizaje y Conocimiento)
- la estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas
- las resistencias a los antimicrobianos en la Comunidad de Madrid
- la identificación de las vías de administración de medicamentos
- la implantación de un circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del SERMAS
- otras actuaciones.

a) Actuaciones derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos: <https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>:

En el Portal de Uso Seguro de Medicamentos los profesionales sanitarios notifican los errores de medicación procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales: hospitales, atención primaria, SUMMA112, la red de farmacias centinela, centros socio-sanitarios y del servicio para el suministro de medicamentos extranjeros de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (Ver apartado Aprendizaje y Conocimiento)

1.-Se han elaborado y publicado diferentes Boletines para fomentar el Uso Seguro de Medicamentos que están recopilados en la web del Portal de Uso Seguro de Medicamentos:

- 5 Boletines de recomendaciones a los profesionales para fomentar el uso seguro de los medicamentos. Disponibles en la intranet corporativa y en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos:

<https://saludamas.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Documentosparaprofesionales.aspx>

- 2 Boletines resumen semestral de notificaciones.

- 3 Informes de seguimiento de objetivos de errores de medicación para atención especializada.
- 3 Informes de seguimiento de objetivos de errores de medicación para atención primaria²- Se han publicado un total de 9 noticias sobre seguridad de medicamentos a los profesionales sanitarios.

3- En octubre de 2020 se ha iniciado un programa para la mejora de la seguridad en la prescripción de medicamentos:

4- Se ha iniciado la inclusión en el MUP de mensajes por principio activo. Se han seleccionado principios activos con pautas especiales para minimizar el riesgo de que se produzcan errores en la prescripción (bifosfonatos orales, denosumab, análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, GLP-1, vitamina D, metotrexato, algunos antipsicóticos), fentanilo transmucoso por los riesgos asociados a su uso fuera de indicación, y anticoagulantes para minimizar el riesgo de duplicidades en la prescripción.

5- Se han identificado los pacientes con duplicidad en la prescripción de anticoagulantes orales. Se ha informado de ello a los médicos y farmacéuticos de AP y AH con el objetivo de que se cerrara lo antes posible la prescripción del anticoagulante que ya no necesita el paciente. En diciembre 2020 se había solucionado el 86% de los casos identificados

b) Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiacepinas, cuyo pilotaje se realizó en 2016 y en el año 2017 se desplegó a todos los centros de salud de AP y centros socio-sanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid. El objetivo es evitar problemas en tratamientos prolongados con BZD, de tolerancia (dependencia y abuso), así como efectos adversos (por ej. pérdida de memoria y de reflejos, confusión, riesgo de caídas y fracturas). Los principales recursos se han mantenido durante el año 2020:

- Documentación dirigida al paciente disponible en la web <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/dejar-pastillas-dormir>
- Un protocolo de registro en la historia clínica electrónica que permite obtener un calendario automático de reducción de dosis.
- Distribución de los cortadores de comprimidos.
- Modelos de entrevista motivacional para los distintos profesionales que pueden participar en el proceso.
- Coordinación con servicios de urgencias de los hospitales y las oficinas de farmacia.

Mientras que la disminución en el porcentaje de pacientes con BZD durante el año 2018 fue de un 0,69%, en el año 2019 fue de un 4,69%, en el año 2020 se observa un incremento del 10,84% en este indicador. Sin embargo, al analizarlo con detalle, lo que se observa es que el numerador (pacientes con BZD) ha descendido un 1,6%, y el denominador (consumidores) ha descendido un 4,21%. Es decir que en términos absolutos en el año 2020 ha habido menos pacientes diferentes con consumo de BZD, si bien los datos analizados indican que el nº de envases de BZD por paciente se ha incrementado. Esta situación ha sido probablemente motivada por la pandemia.

c) Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos. La resistencia a los antibióticos es uno de los riesgos mundiales más graves y urgentes para la salud que tenemos en la actualidad. Según el Ministerio de Sanidad, en el año 2015 murieron en España 2.837 personas como consecuencia de infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes, un número mucho mayor que los fallecimientos por accidentes de tráfico. Por este motivo, es necesario poner medidas para intentar minimizar las resistencias.

En 2020 se mantuvo la participación de la Comunidad de Madrid en el Plan Nacional sobre Resistencia a los Antimicrobianos y en la Acción conjunta europea sobre resistencia antimicrobiana e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Una de las herramientas que se han mostrado eficaces es la implementación de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria.

En el año 2019 la Comunidad de Madrid puso en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE). En este documento se describen 7 líneas de trabajo generales y una de ellas es Implementar Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria. Debido a la situación de la pandemia, durante el año 2020 no se han podido desplegar las líneas de trabajo previstas en el Programa Marco RESISTE. A pesar de ello, se han facilitado una serie de recursos de forma centralizada:

- Plan formativo sobre la farmacoterapia de las enfermedades infecciosas en la comunidad. Durante el año 2020 se han realizado 47 cursos del plan de formación dirigido a Médicos de Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Pediatras de Atención Primaria y Hospitales, Farmacéuticos de Atención Primaria y Hospitalarios. Número de profesionales formados 776 alumnos, en formato mixto presencial y online.
- Pilotaje de la herramienta informática WASPSS (*Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System*) en 2 hospitales (H. Ramón y Cajal y H. Infanta Cristina)

Además, se ha mantenido en los contratos programa de los hospitales y de atención primaria un indicador con el objetivo de promover el desarrollo de las actividades de los PROA del paciente con tratamiento ambulatorio en los centros de salud. En el año 2020, a pesar de la situación de la pandemia, 25 hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud han seguido desarrollando actividades relacionadas con un Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA).

d) Identificación de las vías de administración de medicamentos: Tras la firma de la Resolución 609/2016 por la que se dictaban instrucciones para la implantación de un sistema de identificación de vías de administración de medicamentos orientado a mejorar la seguridad en la administración de medicamentos y su actualización posterior para facilitar su correcta implantación, durante el 2020 se ha continuado realizando la actualización y mejora del espacio de información al profesional en la intranet, para facilitar la implantación de esta práctica segura. <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Identificaciondevias.aspx>.

e) Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud: En marzo de 2017, se publica la Resolución 105/2017 del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria por la que se establece un Procedimiento Centralizado de Gestión de Antídotos cuyo objetivo es establecer una actuación coordinada y en red entre los Servicios de Farmacia del SERMAS para el establecimiento de un sistema centralizado de gestión de antídotos, basada en criterios de seguridad, necesidad y eficiencia. Dicha resolución incluye el listado de antídotos. Además, se define un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para la optimización de la adquisición, almacenamiento y distribución de antídotos.

En la Intranet corporativa y a disposición de todos los profesionales se establece un apartado: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Paginas/AntidotosProcedimientos.aspx> donde se recogen todos los documentos a los que hace referencia la Resolución así como el formulario de solicitud, listado de contactos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y el algoritmo del procedimiento de solicitud urgente. Además, cuenta con un apartado específico con el listado de antídotos dónde se especifica para cada uno de ellos las siguientes características: principio activo, nombre comercial, tipo de medicamento, indicación, disponibilidad, stock mínimo, dosificación, observaciones, precauciones de conservación y ficha técnica.

Desde su implantación en marzo de 2017 se han realizado un total 181 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. De ellas, 59 solicitudes se han realizado en el año 2020.

f) Otras actuaciones sobre el uso seguro de medicamentos

-En el año 2017 se puso en marcha de un programa de revisión parcial de la medicación realizada por el farmacéutico de atención primaria como medida de colaboración con los médicos de familia para mejorar la adecuación y la seguridad de los tratamientos en los pacientes con mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con la medicación.

Estos pacientes son seleccionados por los médicos o por los farmacéuticos de atención primaria (FAP), priorizando los pacientes crónicos complejos con nivel de intervención alto, polimedcados, pacientes afectados por alguna de las alertas/contraindicaciones seleccionadas o pacientes de centros socio-sanitarios concertados o privados.

Desde que se inició el programa se ha ido aumentando el número de revisiones realizadas. Durante el año 2020 los FAP han realizado la revisión del tratamiento de 2.698 pacientes, un 6,34% más que en el año 2019. La edad media de los pacientes revisados ha aumentado un año, siendo de 81 años. El promedio de medicamentos prescritos por paciente se mantiene entre 12 y 13 (en el año 2020 ha sido de 12,44). El número medio de recomendaciones farmacológicas realizadas por paciente es de 6,12. Las incidencias más frecuentes identificadas en las revisiones se mantienen igual que en años anteriores. Por este orden fueron las interacciones medicamento-medicamento, la necesidad de revisar dosis y/o pauta posológica, la duración del tratamiento y la posible falta de indicación de un medicamento en el momento de la revisión.

Aunque la tendencia que se observaba desde el inicio de este programa era claramente ascendente en cuanto a la solicitud de revisiones de tratamiento por parte de los médicos de atención primaria, la situación epidemiológica y asistencial vivida en el año 2020 ha hecho que haya disminuido el número de revisiones solicitadas por el médico, que ha pasado de un 45% en el año 2019 a un 28% de las revisiones realizadas en el año 2020. El resto de las revisiones realizadas han sido de pacientes seleccionados de forma proactiva por los FAP a partir de problemas potenciales de riesgo relacionado con los medicamentos. Sigue incrementando el número de revisiones de tratamiento de pacientes que viven en centros socio-sanitarios privados o concertados, suponiendo estas revisiones un 38% del total de las realizadas en 2020 (1.025 pacientes).

-Taller dirigido a población mayor sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización (incluye tema de adherencia, hoja de medicación, prevención de errores de medicación). En junio del año 2016 la COVAM (Comisión de Validación de Proyectos Educativos de la CM) validó como proyecto marco de la CM el taller “Conoce tus Medicamentos”, estando disponible a través de la intranet en la aplicación EpSalud. En el año 2020, se han impartido 10 talleres (5 con la participación de los FAP), frente a los 78 del año anterior. La situación de pandemia no ha permitido que se llevaran a cabo más talleres de este tipo a partir del mes de marzo.

-Los **farmacéuticos de atención a centros socio-sanitarios** colaboran con la Agencia Madrileña Atención Social en proporcionar una atención farmacéutica a los pacientes institucionalizados en centros socio-sanitarios públicos (6.079 residentes en el año 2020) han revisado 24.039 tratamientos que han supuesto 247.831 medicamentos. Se han propuesto 5.072 intervenciones con un grado de aceptación del 50%. Una gran parte de las intervenciones estaban relacionadas con aspectos de seguridad como la duración de los tratamientos, información sobre interacciones, comunicación y seguimiento de las reacciones adversas más frecuentes.

-Se han revisado y difundido 15 alertas de medicamentos y 2 notas de seguridad de la AEMPS. Se ha revisado la preparación de medicamentos de más de 9.655 SPD (Sistema Personalizado de Dosificación). Se notificaron 92 errores de medicación.

II.1.4. Prácticas seguras en Atención Primaria

En 2020, en relación a la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud y la línea específica para Atención Primaria, se han desarrollado las siguientes actuaciones:

En relación a mejorar la **seguridad en la utilización de medicamentos con especial riesgo** en Atención Primaria, debido a la situación de pandemia, sigue pendiente la elaboración de circuitos de coordinación entre algunas direcciones asistenciales de AP y sus hospitales de referencia, para garantizar la continuidad asistencial en el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina k. Por el mismo motivo, se ha quedado a punto de finalizar el proyecto para mejorar la seguridad de los pacientes en tratamiento con insulina.

En cuanto a mejorar la seguridad del paciente en la gestión de **pruebas diagnósticas**, debido a la situación de pandemia, aún queda pendiente la elaboración de circuitos de coordinación entre algunas direcciones asistenciales de AP y sus hospitales de referencia (Notificación de alertas de resultados analíticos con valores críticos. Comunicación de resultados urgentes con el servicio de anatomía patológica de cada hospital de referencia. Comunicación de resultados urgentes con el servicio de radiología de cada hospital de referencia.)

Otras actuaciones sobre seguridad del paciente, realizadas en Atención Primaria:

- Se mantiene activo el grupo técnico para la mejora del control y seguimiento de pacientes en tratamiento con anticoagulantes en AP aunque, debido a la pandemia, no han podido finalizar los objetivos que se habían marcado para el año (Revisión y actualización del procedimiento marco de control y seguimiento de pacientes en tratamiento con AVK. Revisión del servicio de la Cartera de Servicios Estandarizados de AP "Seguimiento de pacientes adultos con anticoagulación oral". Elaboración de un cuadro de mando específico sobre anticoagulación en AP)
- Se continua trabajando en el proyecto de investigación Trigger-Prim, para validar un conjunto de Trigger y conocer la prevalencia de Eventos Adversos (EA) en Atención Primaria así como la caracterización de dichos EA. Se ha presentado el proyecto al FIS y ha sido aprobado. También se ha iniciado el trabajo de campo: ya se han obtenido los trigger presentes en las historias de la muestra seleccionada.
- El Plan de mejora de la gestión y mantenimiento de los equipos médicos se mantuvo activo hasta abril y ha quedado aplazado hasta que finalice la pandemia.
- Igualmente, por motivo de la pandemia, se ha retrasado la difusión de la guía para la gestión de eventos adversos graves y atención a las segundas víctimas en AP.
- Se ha actualizado y difundido el documento de "Recomendaciones para el almacenaje de la medicación en los centros de Atención Primaria".

- Se ha elaborado y difundido el documento: “Recomendaciones para la realización de espirometrías en Atención Primaria durante la pandemia de COVID -19”.
- Se ha adaptado el procedimiento para la realización de Rondas de Seguridad virtuales.
- Se ha elaborado y difundido el Procedimiento para la implantación de un sistema de vigilancia de Productos Sanitarios en la Gerencia Asistencial de AP.
- Se está elaborando el Mapa de Riesgos de Atención Primaria en situación actual de COVID-19. Se están identificando, evaluando y realizando tratamiento del riesgo de 7 procesos críticos:
 - Atención por consulta telefónica
 - Atención por consulta telemática
 - Nueva gestión del acceso
 - Atención en consulta a pacientes COVID
 - Atención en consulta a pacientes no COVID
 - Atención domiciliaria a pacientes COVID
 - Atención domiciliaria a pacientes no COVID

II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente

En este apartado se presentan las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente que las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y los centros impulsan y diseñan para abordar riesgos locales y en ocasiones, cuando las condiciones para ello son adecuadas, promueven su generalización, para extenderlas a toda la organización.

Entre estas actuaciones de seguridad se diferencian por un lado las recomendaciones de seguridad y por otro las prácticas seguras, en función del grado de evidencia científica que avala las intervenciones. Actualmente, con las estadísticas de CISEMadrid no podemos hacer la distinción entre ellas, si bien se está trabajando en mejorar su obtención. Por este motivo se solicitó a las Unidades Funcionales que refirieran esta información a través de un formulario específico, describiendo las recomendaciones generalizables y prácticas seguras desarrolladas, habiendo comunicado 120 recomendaciones de seguridad y 226 prácticas seguras.

Con la utilización de CISEMadrid, tras el análisis de los incidentes, el siguiente paso que realizan las Unidades Funcionales es establecer acciones de mejora y remitir un informe al profesional con el resumen de las medidas adoptadas en relación a la notificación que se realizó. Es lo que en la aplicación CISEMadrid se denomina “informe validado”.

Así, de los 5.314 incidentes analizados, se han establecido acciones de mejora y remitido informe al profesional en 4.800, lo que representa un 68% con respecto a los incidentes que fueron identificados.

Analizando la tipología de las acciones de mejora de acuerdo a la clasificación establecida de 17 categorías, las más frecuentes se refieren a medicación-vacunas, dispositivos médicos, gestión organizativa y pruebas diagnósticas tal y como se refleja en la siguiente tabla.

Distribución de las actuaciones de mejora según su tipología: global y por ámbito asistencial

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Global	
Medicación/vacunas	1.325	233	1.558	40,4%
Disp. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	324	52	376	9,7%
Pruebas diagnósticas	255	48	303	7,8%
Gestión organizativa/citaciones	247	41	288	7,4%
Cuidados y seguimiento del paciente	264	5	269	6,9%
Identificación del paciente	139	16	155	4,0%
Actividades preventivas	107	8	115	2,9%
Doc. clínica/ información/consentimiento informado	94	7	101	2,6%
Accidentes del paciente	100	2	102	2,6%
Otros	98	5	103	2,6%
Infraestructuras	76	24	100	2,5%
Procedimientos terapéuticos	86	1	87	2,2%
Continuidad asistencial	68	12	80	2,0%
Procedimientos quirúrgicos	73	0	73	1,8%
Sangre y hemoderivados	47	0	47	1,2%
Valoración clínica/diagnóstico	42	3	45	1,1%
Infección relacionada con la atención sanitaria	46	0	46	1,1%

III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

En los últimos años se ha desarrollado una línea de formación en seguridad del paciente con el objetivo de proporcionar formación en seguridad del paciente a los distintos niveles de profesionales que componen nuestras organizaciones sanitarias utilizando las distintas tecnologías y metodologías de formación de acuerdo con los objetivos estratégicos.

En este apartado se resumen las actividades de formación sobre seguridad del paciente realizadas en 2020 y la actividad derivada de los sistemas de notificación, así como otras actuaciones que también contribuyen a fortalecer el aprendizaje y el desarrollo en seguridad del paciente en nuestra organización desde el ámbito del conocimiento.

- Todos los profesionales, deben tener unos conocimientos básicos sobre los conceptos y la magnitud del problema, sobre los sistemas de notificación y aprendizaje que tienen a su disposición y sobre la implantación de prácticas seguras.

- Los directivos y los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios requieren una formación más específica orientada a la función de liderazgo y apoyo técnico respectivamente.
- Los miembros de las UF, por su parte, requieren una formación técnica que les permita abordar el apoyo al resto de la organización, así como el análisis de los incidentes y la implementación de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.
- Adicionalmente, la comunicación dentro de la organización es un aspecto fundamental para reforzar la cultura de seguridad del paciente y favorecer el aprendizaje a partir de los fallos y errores. Igualmente, los sistemas de notificación de incidentes de seguridad constituyen un pilar del proceso de aprendizaje, que es la base para el impulso de la seguridad del paciente en nuestra organización.

III.1. Actuaciones de formación centralizada en Seguridad del Paciente

En 2020 las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente impulsadas por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los Responsables de Seguridad de los servicios y centros de salud, han incluido el diseño y ejecución de 4 actividades diferentes online.

Con un total de 6 ediciones en conjunto, se ha proporcionado formación a un total de 3453 alumnos, sobre todo por la posibilidad de realizar el curso online básico de higiene de manos en abierto con un total de 2337 profesionales matriculados en el mismo desde marzo a diciembre de 2020.

Se han abordado actividades formativas sobre todo online y basadas en nuevas tecnologías, aspecto que ha sido impulsado por la situación pandémica debida a la COVID-19.

En la siguiente tabla se recogen los diferentes cursos, ediciones realizadas y horas docentes de los mismos.

Actividades	Dirigido a:	Asistentes	Fechas
No presenciales (online)			
Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios	Miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y Responsables de Seguridad del Paciente de Unidades/Servicios o centros; tanto de hospitales como de atención primaria y SUMMA 112	265	15/10/2020 al 30/11/2020
Higiene de manos (Ed.1 y 2 y 3)	Profesionales de centros del Servicio Madrileño de Salud.	713	09/03/2020 al 22/03/2020 11/05/2020 al 24/05/2020 08/06/2020 al 21/06/2020
Básico on line Higiene de manos	A todos los profesionales de la Consejería de Sanidad con acceso la plataforma Formadrid, incluyendo especialistas en formación (residentes).	2337	En abierto desde el 12/03/2020 al 31/12/2020

Seguridad del paciente para directivos	Personal directivo, mandos intermedios y referentes de seguridad de servicios de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad en general	138	24/09/2020 al 15/10/2020
---	--	-----	--------------------------

Debido a la imposibilidad de realizar actividades formativas presenciales, debido a la COVID-19, en el año 2020 no se han podido desarrollar los cursos de simulación (Comunicación de eventos adversos: herramientas simulación), ni los cursos sobre CISEMadrid: Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación: aplicación práctica en hospitales.

De forma adicional, otras Unidades Directivas como la SG de Farmacia y Productos Sanitarios, así como los propios centros sanitarios, desarrollan actividades formativas en seguridad del paciente, que no están contempladas en este apartado.

III.2. Sistemas de notificación y aprendizaje

Una de las primeras fases del proceso de gestión de riesgos es la identificación de los mismos y como tal se recoge en el Sistema de Actividad de las Unidades Funcionales un apartado en el que cada Gerencia refleja esta los incidentes que se han identificado en el año y las fuentes de información utilizadas para ello.

En este sentido, y de forma mayoritaria se encuentra **CISEMadrid, Sistema común de notificación de incidentes y errores de medicación**, que a finales de 2020 estaba implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 33 Hospitales. En 1 hospital no se ha comenzado la implantación y en la Unidad Funcional del SUMMA 12 se han mantenido las primeras reuniones para adaptar el sistema.

Como parte de la consolidación de este sistema, en 2020 se mantuvo, dentro de las líneas de actuación institucional para hospitales y atención primaria, el análisis y gestión de los incidentes de seguridad notificados a través de CISEMadrid y en lo relativo a la **evolución del sistema**, se ha realizado la validación de la última versión con mejoras CISEMadrid que se implementó en febrero 2020.

Asimismo, la Subdirección de Calidad coordina un **grupo funcional** con profesionales de hospitales y atención primaria que a lo largo del año han avanzado en el planteamiento de nuevas mejoras para su posterior abordaje en 2021. Estas mejoras se centran principalmente en las estadísticas que aporta el sistema.

III.2.1. CISEMadrid

CISEMadrid es el sistema electrónico para la notificación anónima y confidencial, por cualquier profesional, de incidentes de seguridad y errores de medicación desde cualquier puesto de la intranet sanitaria. Sustenta el proceso de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación por los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria y Hospitales y Responsables de Seguridad de Servicios y de Unidad en los hospitales. CISEMadrid facilita la incorporación de los errores de medicación al Portal de Uso Seguro del Medicamento, evitando la duplicidad de estas notificaciones.

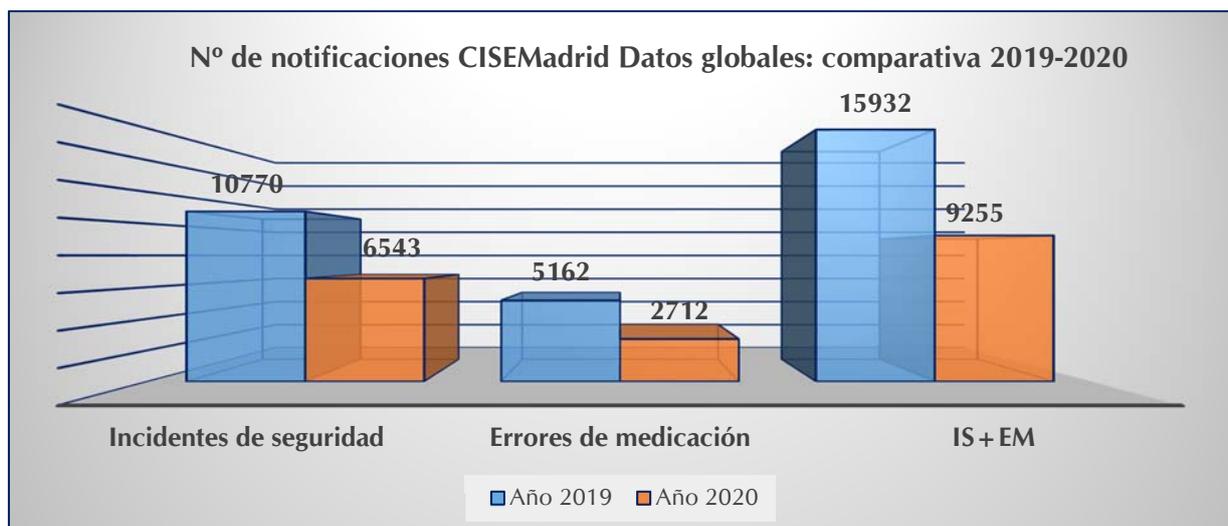
Durante el año 2020, los profesionales de los centros del SERMAS comunicaron en CISEMadrid un total de **9.255 notificaciones**, como se puede observar en el siguiente gráfico, segmentado por niveles asistenciales:



Cómo se puede observar, del total de las notificaciones el 85% corresponde a los hospitales y el 15% a Atención Primaria. Comparando estas notificaciones con el año 2019, la reducción de notificaciones ha sido mayor en Atención Primaria (-64,2) que en Atención Hospitalaria (-34,3).

En conjunto, esto supone una **reducción** de las notificaciones de un **41,6% con respecto** al mismo periodo del **año previo** y es un reflejo del impacto que la COVID-19 ha tenido en los centros.

Si presentamos estas notificaciones, segmentadas por el tipo de notificaciones existentes en CISEMadrid (Incidentes de seguridad o errores de medicación), obtenemos la siguiente tabla:



Del total de notificaciones por incidentes de seguridad y errores de medicación (9255), **2712** corresponde a errores de medicación y **6543** corresponde a incidentes de seguridad. Por tanto, las notificaciones de errores de medicación representan un 29% total de las notificaciones recibidas.

Si analizamos y vemos la comparativa 2019-2020 por separado de incidentes de seguridad y errores de medicación, la reducción es de -39,2% y -47,5% respectivamente; siendo superior en los errores de medicación.

Por otra parte, aunque con respecto al año 2019 hay una importante reducción en el número de notificaciones (producido seguramente por la situación pandémica), el proceso de gestión de las notificaciones por parte de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios ha sido similar (se puede ver un resumen del proceso de gestión de las notificaciones en el **ANEXO II**)

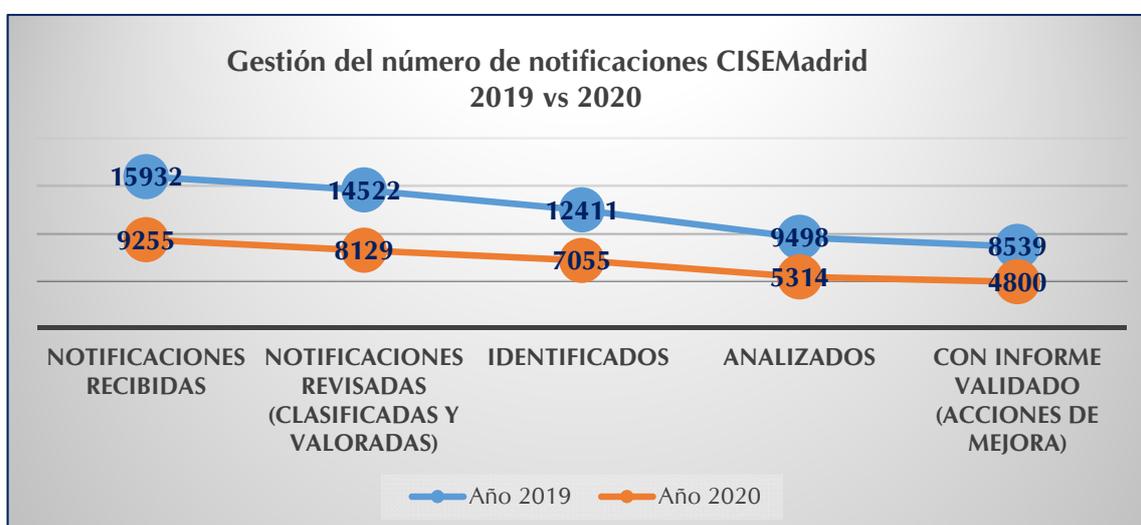
De esta forma, en 2020, de todas las notificaciones recibidas se han revisado un 87,8% (frente a un 91,1% en 2019), y de ellas un 86,8% se han considerado incidentes de seguridad (un 85,5% en 2019). Se han analizado un **75,3%** (5.314 de 7.055) frente al **76,5%** en año previo, con un promedio en hospitales de 132 incidentes analizados y en Atención Primaria de 118. Se ha realizado la validación del informe, es decir feed-back al profesional con las acciones de mejora adoptadas, en un 68% de incidentes identificados (frente a un 68,8% en 2019), por tanto con porcentajes parecidos respecto al pasado año y, como se observa en la siguiente tabla, hay también diferencias por ámbito asistencial.

Informes validados 2020: global y por ámbito asistencial

	Incidentes analizados	Incidentes con informe validado (al profesional con acciones de mejora)	% incidentes con informe validado con respecto a los identificados
Hospitales	4.486	4.041	68,5%
Atención Primaria	828	759	65,5%
Global	5.314	4.800	68%

En el caso del *Hospital Gómez Ulla* y el *SUMMA 112*, el número de incidentes que se han analizado en 2020 a través de sus sistemas propios de notificación han sido de 68 y 107 respectivamente.

Se puede observar un resumen del proceso de notificaciones de CISEMadrid en el siguiente gráfico:



III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento

En relación con el Portal de Uso Seguro del Medicamento, se notifica de forma anónima. Una gran parte de los errores de medicación que se recibe desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria se cargan a través de la aplicación CISEMadrid, donde directamente lo registra el notificador, facilitando su carga posterior en el Portal, sin duplicar las notificaciones.

Derivado del análisis de las notificaciones y en coordinación con las UFGR, se realizan diferentes actividades, que se detallan a continuación, con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir estos errores.

Durante el año 2020 se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 2.764 notificaciones sobre errores de medicación: 1.949 procedentes de los Hospitales (AH), 630 desde Atención Primaria (AP), 1 del SUMMA112, 87 de la Red de Farmacias Centinela (RFC), 94 de los Centros Socio-sanitarios públicos y 3 del administrador.

- Se han revisado 180 notificaciones de un total de 2.764 errores de medicación comunicados en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos. Esto supone un 7% de errores de medicación revisados y se han realizado las siguientes actuaciones:

- Remisión a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico:
 - 35 incidentes para investigación, por posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento.
 - 10 incidentes relacionados con el suministro de los medicamentos por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica.
- Revisión de 60 notificaciones de errores de medicación con daño y remisión al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la Comunidad de Madrid por ser considerados reacciones adversas a los medicamentos.
- Se revisaron también otras 22 notificaciones con consecuencias de daño al paciente, pero no fueron remitidas al CFV por desconocimiento del daño por parte del notificador o bien, en la mayoría de los casos, por ser el resultado de una OMISIÓN del tratamiento.
- Remisión al Área de Sistemas de Información de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, 11 notificaciones relacionadas con posibles problemas en las bases de datos de los medicamentos que pueden dar lugar a errores de medicación.
- Revisión con remisión a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de 4 notificaciones relacionadas con incidentes en el etiquetado o similitud de envases de especialidades farmacéuticas, por dar lugar a confusión debido a nombres similares, similitud de envases o similar.
- Revisión de otras notificaciones recibidas: 4 procedentes de la aplicación de reacciones adversas (www.notificaram.es).

- Remisión a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de 2 notificaciones con propuestas de cambio para mejorar las presentaciones de los medicamentos que mejoran la seguridad en la utilización de los medicamentos por los pacientes o en la administración por los profesionales sanitarios.
- Se ha recibido 1 notificación vía Reclamación, sobre una posible falta de suministro.

III.3. Comunicación y difusión del conocimiento

La comunicación periódica a la organización del desarrollo de la Estrategia mediante memorias e informes y su presentación en distintas jornadas y reuniones de carácter periódico, así como toda información de interés en materia de seguridad del paciente, es una actividad transversal que redunda en el impulso de la cultura de seguridad y la normalización del uso de esta información en la actividad cotidiana, de los profesionales sanitarios y no sanitarios y de los gestores y directivos de la organización.

Los elementos desplegados han sido principalmente:

- Documentos con información específica de la organización sobre seguridad del paciente, como las **memorias e informes** elaborados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial.
- En 2020 se ha avanzado en **la tramitación del Decreto*** por el que se establecen **los requisitos para mejorar la seguridad del paciente** en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- **Jornadas de trabajo** de las Unidades Funcionales que se desarrollan semestralmente, a las que acuden los miembros de las Unidades y en las que se presentan los datos de actividad obtenidos a través del Sistema de Información establecido (SIAUF), información sobre la marcha de proyectos institucionales y actividades de interés en SP y experiencias y prácticas seguras planteadas por las Unidades Funcionales.
- A nivel interno, se han actualizado los contenidos, que permite la difusión de información dentro de la organización, así como el trabajo colaborativo de distintos grupos de profesionales (Responsables de Unidades Funcionales, Comité Operativo de Seguridad del Paciente, Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, Proyectos Zero, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, Cirugía Segura, etc.).

En el área de “Calidad y Seguridad del Paciente”, se publican regularmente noticias y novedades relativas a seguridad del paciente, informes y memorias, material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales y material de formación. En la siguiente tabla se recoge el detalle de las actuaciones enumeradas en este apartado.

Documentos

Publicados en el área de Calidad y Seguridad del Paciente de la Intranet corporativa y en los espacios de colaboración

- Memoria de actuaciones 2019 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020
- 2 Informes de actividad de las Unidades Funcionales (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo
- Memoria de actuaciones del Día mundial de higiene de manos 2020
- Informe por centro de evaluación de indicadores de higiene de manos 2019

- Resumen global e individual por centro sobre las auditorías realizadas por SHAM (26 auditorías) y por el servicio de evaluación sobre seguridad en el paciente quirúrgico (25 auditorías)

Publicados en el Portal Salud de internet (Observatorio Regional de Seguridad del Paciente)

- Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2019
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20202>

Jornadas

- 1 jornada de trabajo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Portal de calidad y seguridad del paciente en la Intranet corporativa

- Informes y memorias
- Material de promoción de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales
- Noticias y novedades
- Material de formación de las Unidades Funcionales

Observatorio de resultados

Incluye indicadores de efectividad clínica y seguridad del paciente (además de otros indicadores de estructura, actividad, calidad y resultados) de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y Estado de Salud de la población.

Está accesible en el portal salud y se pueden desglosar por centro y proporciona información anual desde 2013.

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>



ANEXOS



I. Descripción Objetivos-recomendaciones institucionales 2020

HOSPITALES

SEGURIDAD DEL PACIENTE		
RECOMENDACIÓN	ACTUACIÓN	MEDICIÓN Y APRENDIZAJE
1.PROMOVER LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL	Realizar, al menos, una reunión, en el último trimestre del año 2020, de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), donde se aborden las siguientes actuaciones prioritarias: 1. Análisis y gestión de los incidentes de seguridad en el hospital, notificados a través de CISEMadrid. 2. Revisión de los resultados del estudio ESHMAD en el hospital, y en su caso, propuesta de acciones de mejora. 3. Examinar las actuaciones sobre seguridad del paciente, desarrolladas en el centro durante la pandemia y en relación con el SARS-CoV-2, procurando identificar buenas prácticas.	Reuniones mantenidas en el último trimestre de 2020 por la UFGRS donde se hayan abordado las actuaciones prioritarias; información que se completará a través del informe de SIAUF (Sistema de información de la actividad de las Unidades Funcionales). Además mediante la descarga de CISEMadrid, desde la SG Calidad se realizará un análisis de los informes validados de incidentes de seguridad y errores de medicación, en relación con los identificados y la distribución de los mismos. Las reuniones de las UFGRS se pueden celebrar de forma telemática si no es posible realizarlas de manera presencial.
2. IMPULSAR EL COMPROMISO DE LOS EQUIPOS DIRECTIVOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE."	Se propone realizar al menos una ronda, donde se aborde la seguridad del paciente en relación con el impacto del SARS-CoV-2 en el centro, en una de las áreas priorizadas: Cuidados intensivos, Hospitalización de pacientes COVID-19 incluidas las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) o similares, y las Urgencias	Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. En este sentido y si la situación lo permitiera, se recomienda hacer una ronda en cada una de las 3 áreas priorizadas Rondas de seguridad realizadas en el último trimestre del 2020, en relación con la seguridad del paciente y el impacto de COVID-19 en el centro. Área priorizada en la que se han desarrollado rondas de seguridad



RECOMENDACIÓN	ACTUACIÓN	MEDICIÓN Y APRENDIZAJE
3. FACILITAR ÁREAS DE MEJORA PARA CONSOLIDAR Y MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	Revisar auditorias sobre el despliegue en los hospitales de los proyectos institucionales en los pacientes quirúrgicos (Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero), elaborando un informe en relación con las fortalezas y áreas de mejora, señalando si están corregidas o se mantienen y en este último caso estableciendo fichas de acciones de mejora que incluyan el año 2021.	Remisión del informe y, en su caso, las fichas de mejora, con el fin de poder realizar un análisis conjunto de todas las gerencias y también para informar al centro de su situación en relación con el resto de hospitales. Esta recomendación no afecta a los hospitales sin servicios quirúrgicos, ni a los hospitales no auditados.
4. FACILITAR ÁREAS DE MEJORA PARA CONSOLIDAR Y MEJORAR LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS	Revisar las auditorías sobre el despliegue de la gestión de riesgos sanitarios en los hospitales realizadas por SHAM, elaborando un informe en relación con las fortalezas y áreas de mejora, señalando si están corregidas o se mantienen y en este último caso estableciendo fichas de acciones de mejora que incluyan el año 2021.	Remisión del informe y, en su caso, las fichas de mejora, con el fin de poder realizar un análisis conjunto de todas las gerencias y también para informar al centro de su situación en relación con el resto de hospitales. Esta recomendación no afecta a los hospitales que no han sido auditados
5. FAVORECER LA ADHERENCIA A LA PRÁCTICA DE LA HIGIENE DE MANOS	Reforzar en el centro el abordaje multimodal para promover una correcta higiene de manos, incidiendo en las áreas de mejora detectadas por la autoevaluación del centro, incidiendo en los siguientes aspectos: 1. Disponibilidad en todo el centro de forma continua de preparados de base alcohólica (PBA) en cada punto de atención (fijos o de bolsillo), en especial en unidades de cuidados intensivos; así como recordatorios-carteles informativos sobre técnica y momentos 2. Formación en higiene de manos entre los profesionales, en especial los de nueva incorporación, bien de forma presencial u online.	Se solicita información de acuerdo a la autoevaluación de la OMS (herramienta Excel), indicadores de higiene de manos consensuados en el SNS y seguimiento del curso básico online de higiene de manos. Disponibilidad de PBA en punto de atención hace referencia a la localización del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar la actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar la zona del paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que se transportan en carros, bateas, etc. Sí se consideran los PBA de bolsillo.

ATENCIÓN PRIMARIA

Indicador	Fórmula	Meta	Información adicional	Aclaraciones para cumplimentación
1.APOYAR LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO DURANTE LA PANDEMIA Y DE FORMA ESPECÍFICA LAS RELACIONADAS CON EL COVID-19				
1.1.Porcentaje de actuaciones realizadas por las UFGRS para la mejora de la seguridad del paciente	Nº de Direcciones Asistenciales (DA) que hayan realizado actuaciones prioritarias para la mejora de la seguridad del paciente/ Nº DAx100	Realizar al menos, una reunión, en el último trimestre del año 2020, de la UFGRS de las DA, donde se aborden las actuaciones prioritarias	Actuaciones prioritarias: 1.Análisis y gestión de los incidentes de seguridad, notificados a través de CISEMadrid. 2. Revisión sesiones formativas de seguridad del paciente. 3. Actuaciones y buenas prácticas desarrolladas en seguridad del paciente, durante la pandemia y especialmente las relacionadas con la COVID-19.	Nº de DA que han mantenido 1 reunión de la UFGRS en el último trimestre de 2020 Nº de DA que han abordado análisis y gestión de los incidentes de seguridad, notificados a través de CISEMadrid. Nº de DA que han realizado revisiones/ sesiones formativas de seguridad del paciente Nº de DA que han desarrollado actuaciones y buenas prácticas en seguridad del paciente durante la pandemia y especialmente las relacionadas con la SARS-COV-2
2. FAVORECER LA ADHERENCIA A LA PRÁCTICA DE LA HIGIENE DE MANOS				
Actuaciones realizadas	% DAS que hayan realizado actuaciones	Mantener o reforzar en los centros de salud el abordaje multimodal para promover una correcta higiene de manos, incidiendo en las áreas prioritarias: Disponibilidad en todo el centro de forma continua de Preparados de Base Alcohólica (PBA) en cada punto de atención (fijos o de bolsillo); así como recordatorios	Disponibilidad de PBA en punto de atención hace referencia a la localización del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar la actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar la zona del paciente. No se considera punto de atención si está en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que se transportan en carros, bateas, etc. Si se consideran los PBA de bolsillo	Disponibilidad en centros de salud de Preparados de Base Alcohólica (PBA) en cada punto de atención (fijo o de bolsillo) >95% + carteles recordatorio/informativos sobre higiene de manos en todo el centro (si/no) Indicar si se ha realizado formación en higiene de manos entre los profesionales*, en especial de nueva incorporación, bien de forma presencial u online* (*curso básico de higiene de manos de la Consejería de Sanidad) (si/no)



Indicador	Fórmula	Meta	Información adicional	Aclaraciones para cumplimentación
3. FACILITAR ÁREAS DE MEJORA PARA CONSOLIDAR Y MEJORAR LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS				
2.1. Desarrollo de actuaciones para mejorar la gestión de los riesgos sanitarios	Nº actuaciones realizadas/ nº actuaciones propuestas x100	Revisar los resultados de la auditoría realizada por SHAM, elaborando un informe con las fortalezas y las áreas de mejora detectadas, indicando si se han corregido o se mantienen y en este último caso, estableciendo fichas de acciones de mejora que incluya el año 2021	En los dos último años se han realizado, por parte de SHAM como aseguradora de responsabilidad sanitaria y en coordinación con la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria, auditorías sobre el despliegue de la gestión de riesgos sanitarios.	Se ha revisado Informe con fortalezas y áreas de mejora indicando si se mantiene o se han corregido. (si/no)
				Se ha realizado propuesta de planes de acción para corregir áreas de mejora detectadas. (si/no)

SUMMA 112

1. APOYAR LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA Y DE FORMA ESPECÍFICA LAS RELACIONADAS CON EL COVID-19.				
INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	Aclaraciones para cumplimentación
1. DESPLIEGUE DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Nº de reuniones con abordaje de actuaciones prioritarias realizadas	Realizar, al menos, una reunión de la UGGRS en el último trimestre del año 2020, donde se aborden: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis y gestión de los incidentes de seguridad. • Actuaciones y buenas prácticas desarrolladas en seguridad del paciente, durante la pandemia y especialmente las relacionadas con la COVID-19 	Se solicitará que la Gerencia del SUMMA 112 nos informe sobre las reuniones mantenidas en el último trimestre de 2020 donde se hayan abordado las actuaciones realizadas durante la pandemia y, en su caso, las buenas prácticas desarrolladas; la información que se completará a través del informe de SIAUF (Sistema de información de la actividad de las Unidades Funcionales) Al ser una recomendación su consecución dependerá de la situación de la Gerencia en el último trimestre del año 2020. Las reuniones se pueden celebrar de forma telemática si no es posible realizarlas de manera presencial	Indique nº TOTAL de reuniones de la UFGRS mantenidas en el último trimestre
				Se han abordado en reunión análisis y gestión de incidentes de seguridad (si/no)
				Se han examinado las actuaciones sobre seguridad del paciente, desarrolladas en el centro durante la pandemia y en relación con el SARS-CoV-2, procurando identificar buenas prácticas* (si/no)

2.FAVORECER LA ADHERENCIA A LA PRÁCTICA DE LA HIGIENE DE MANOS				
INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	Aclaraciones para cumplimentación
2.DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS	Nº actuaciones realizadas/ nº actuaciones propuestas x100	<p>Mantener o reforzar en el SUMMA 112 (en sus diferentes dispositivos) el abordaje multimodal para promover una correcta higiene de manos, incidiendo en las áreas de mejora detectadas por la autoevaluación de la OMS que realicen, manteniendo al menos el nivel alcanzado en año previo y de forma especial en los siguientes aspectos:</p> <p>1. Disponibilidad de forma continua de preparados de base alcohólica (PBA) fijos o de bolsillo; así como recordatorios informativos sobre técnica y momentos.</p> <p>2. Formación en higiene de manos entre los profesionales, en especial los de nueva incorporación, bien de forma presencial u online* (*curso básico de higiene de manos de la Consejería de Sanidad)</p>	<p>La higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección. Debe realizarse, según la técnica correcta y siempre en cada uno de los 5 momentos definidos por la OMS. Se solicita información de acuerdo a la autoevaluación de la OMS (herramienta Excel), indicadores de higiene de manos consensuados en el SNS y seguimiento del curso básico online de higiene de manos. Al ser una recomendación no existe una meta determinada y su consecución dependerá de la situación de los centros en el último trimestre del año 2020.</p> <p>Acceso a Guía didáctica del curso básico online de higiene de manos de la Consejería de Sanidad</p>	<p>Mantiene al menos nivel alcanzado el año previo en autoevaluación de la OMS (si/no)</p>
				<p>Disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en cada punto de atención (fijo o de bolsillo) > 95% + recordatorios informativos (si/no)</p>
				<p>Realizada formación en higiene de manos entre los profesionales, en especial los de nueva incorporación, bien de forma presencial u online (si/no)</p>
3.FACILITAR ÁREAS DE MEJORA PARA CONSOLIDAR Y MEJORAR LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS				
INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	Aclaraciones para cumplimentación
3.DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS	Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la SG. Calidad Asistencial	Revisar contenido de auditoría SHAM, elaborando un informe en relación con las fortalezas y áreas de mejora, señalando si están corregidas o se mantienen y en este último caso estableciendo fichas de acciones de mejora que incluya el año 2021.	<p>En los dos últimos años se han realizado, por parte SHAM cómo aseguradora de responsabilidad sanitaria y en coordinación con la Subdirección General de Calidad Asistencial, auditorías sobre el despliegue de la gestión de riesgos sanitarios. Se remitirá a la gerencia del SUMMA 112 el informe de auditoría con un resumen de las áreas de mejora encontradas.</p> <p>Al ser una recomendación no existe una meta determinada y su consecución dependerá de la situación de la gerencia en el último trimestre del año.</p>	<p>Informe realizado(si/no)</p>
				<p>Informe áreas de mejora(si/no)</p>

II. Proceso de gestión de incidentes de las UFGR

UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
ATENCIÓN HOSPITALARIA									
H. EL ESCORIAL	143	124	(86,7)%	114	(91,9)%	29	(25,4)%	25	(21,9)%
HU HENARES	96	29	(30,2)%	28	(96,6)%	11	(39,3)%	2	(7,1)%
HU SURESTE	136	107	(78,7)%	95	(88,8)%	46	(48,4)%	35	(36,8)%
HU TAJO	120	120	(100,0)%	107	(89,2)%	86	(80,4)%	74	(69,2)%
HU INFANTA CRISTINA	335	335	(100,0)%	264	(78,8)%	177	(67,0)%	164	(62,1)%
HU INFANTA ELENA	226	185	(81,9)%	146	(78,9)%	121	(82,9)%	111	(76,0)%
PROMEDIO Grupo 1	176	150	79,6%	126	87,4%	78	57,2%	69	45,5%
HG VILLALBA	127	66	(52,0)%	59	(89,4)%	57	(96,6)%	48	(81,4)%
HIU NIÑO JESÚS	235	232	(98,7)%	185	(79,7)%	96	(51,9)%	60	(32,4)%
HU FUENLABRADA	94	73	(77,7)%	57	(78,1)%	36	(63,2)%	29	(50,9)%
HU GETAFE	159	159	(100,0)%	140	(88,1)%	97	(69,3)%	90	(64,3)%
HU MÓSTOLES	180	137	(76,1)%	124	(90,5)%	80	(64,5)%	52	(41,9)%
HU TORREJÓN	87	87	(100,0)%	76	(87,4)%	63	(82,9)%	59	(77,6)%
HU FUNDACIÓN ALCORCÓN	139	138	(99,3)%	130	(94,2)%	88	(67,7)%	87	(66,9)%
HU INFANTA LEONOR - VIRGEN TORRE	146	141	(96,6)%	123	(87,2)%	102	(82,9)%	100	(81,3)%
HU INFANTA SOFÍA	113	111	(98,2)%	96	(86,5)%	80	(83,3)%	68	(70,8)%
HU PRÍNCIPE DE ASTURIAS	492	492	(100,0)%	453	(92,1)%	426	(94,0)%	406	(89,6)%
HU REY JUAN CARLOS	210	209	(99,5)%	151	(72,2)%	145	(96,0)%	138	(91,4)%

RECIBIDAS son todas las notificaciones que han realizado los profesionales en CISEMadrid. REVISADAS: son aquellas que habiéndose recibido han sido clasificadas y valoradas por la Unidad Funcional. IDENTIFICADOS: corresponde a las notificaciones que una vez revisadas y valoradas sí se consideran incidentes de seguridad o bien errores de medicación. ANALIZADOS: son todos aquellos incidentes que han sido analizados a través de diferentes herramientas (pestaña de análisis). INFORME VALIDADO: se refiere a los incidentes en los que tras el análisis se han determinado acciones de mejora y se ha remitido dicho Informe al profesional notificador



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
HU SEVERO OCHOA	146	22	(15,1)%	21	(95,5)%	9	(42,9)%	5	(23,8)%
PROMEDIO Grupo 2	177	156	(87,7)%	135	(86,5)%	107	(79,2)%	95	(70,7)%
HU FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	356	333	(93,5)%	313	(94,0)%	292	(93,3)%	270	(86,3)%
HGU GREGORIO MARAÑÓN	1322	1252	(94,7)%	1048	(83,7)%	822	(78,4)%	797	(76,0)%
HU 12 DE OCTUBRE	429	281	(65,5)%	270	(96,1)%	122	(45,2)%	112	(41,5)%
HU CLÍNICO SAN CARLOS	667	478	(71,7)%	436	(91,2)%	291	(66,7)%	242	(55,5)%
HU LA PRINCESA	230	143	(62,2)%	138	(96,5)%	132	(95,7)%	128	(92,8)%
HU LA PAZ - H. CANTOBLANCO H. CARLOS III	201	201	(100,0)%	201	(100,0)%	186	(92,5)%	180	(89,6)%
HU PUERTA DE HIERRO	534	511	(95,7)%	443	(86,7)%	286	(64,6)%	258	(58,2)%
HU RAMÓN Y CAJAL	423	284	(67,1)%	270	(95,1)%	259	(95,9)%	233	(86,3)%
PROMEDIO Grupo 3	520	435	(83,7)%	390	(89,5)%	299	(76,6)%	278	(71,2)%
HC CRUZ ROJA S. JOSÉ Y STA. ADELA	63	55	(87,3)%	55	(100,0)%	45	(81,8)%	10	(18,2)%
HU SANTA CRISTINA	72	71	(98,6)%	64	(90,1)%	52	(81,3)%	39	(60,9)%
PROMEDIO Grupo apoyo	68	63	92,9%	60	95%	48	81,5,0%	24,5	39,5,0%
H GUADARRAMA	85	85	(100,0)%	84	(98,8)%	83	(98,8)%	83	(98,8)%
H DR. R. LAFORA	25	18	(72,0)%	18	(100,0)%	5	(27,8)%	2	(11,1)%
H LA FUENFRÍA	31	19	(61,3)%	17	(89,5)%	10	(58,8)%	10	(58,8)%
H VIRGEN DE LA POVEDA	107	107	(100,0)%	99	(92,5)%	92	(92,9)%	65	(65,7)%
H. VIRGEN DE LA TORRE	12	12	(100,0)%	10	(83,3)%	2	(20,0)%	1	(10,0)%
HU JOSÉ GERMAIN	65	65	(100,0)%	61	(93,8)%	58	(95,1)%	58	(95,1)%
PROMEDIO Grupo ME/PSQ	55	51	(88,9,0)%	49	(92,9)%	42	(65,6,8)%	37	(56,6)%
PROMEDIO ATENCIÓN HOSPITALARIA	230	197	(85,6)%	173	(88,2)%	132	(76,1)%	119	(68,5)%
Total Atención Hospitalaria	7806	6682	(85,6)%	5896	(88,2)%	4486	(76,1)%	4041	(68,5)%



UFGRS	NOTIFICACIONES RECIBIDAS	NOTIFICACIONES REVISADAS	% de notificaciones revisadas	IDENTIFICADOS		ANALIZADOS		CON INFORME VALIDADO	
				N	% sobre Not. revisadas	N	% sobre identificados	N	% sobre identificados
ATENCIÓN PRIMARIA									
DA Centro	324	322	(99,4)%	269	(83,5)%	190	(70,6)%	180	(66,9)%
DA Este	242	242	(100,0)%	195	(80,6)%	113	(57,9)%	111	(56,9)%
DA Noroeste	177	177	(100,0)%	130	(73,4)%	63	(48,5)%	63	(48,5)%
DA Norte	147	147	(100,0)%	121	(82,3)%	112	(92,6)%	110	(90,9)%
DA Oeste	130	130	(100,0)%	110	(84,6)%	100	(90,9)%	85	(77,3)%
DA Sur	255	255	(100,0)%	196	(76,9)%	136	(69,4)%	111	(56,6)%
DA Sureste	174	174	(100,0)%	138	(79,3)%	114	(82,6)%	99	(71,7)%
PROMEDIO ATENCIÓN PRIMARIA	207	207	(99,9)%	166	(80,1)%	118	(71,4)%	108	(65,5)%
Total Atención Primaria	1449	1447	(99,9)%	1159	(80,1)%	828	(71,4)%	759	(65,5)%

