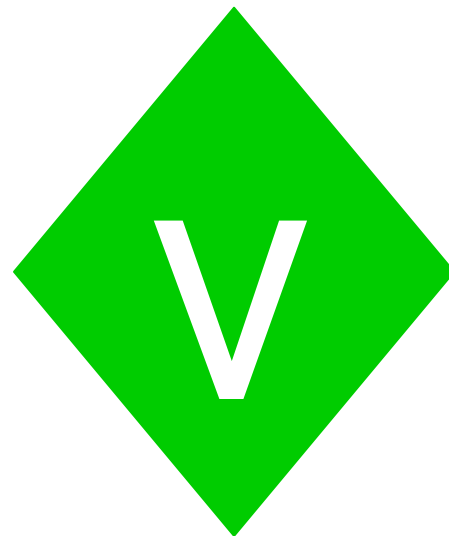




SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente



Validación del Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente respecto a la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020



Elaborado por:

Servicio de Calidad y Gestión Clínica
Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios
Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Clave del Documento en el SGSP: SGSP-SESPA_Val

Código interno: JCV_20151116_sgc

Documento consolidado



Acrónimos empleados

ESP	Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020
SGSP	Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA





Resumen

La autoridad sanitaria del Gobierno del Principado de Asturias ha publicado recientemente la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias, con el objeto de hacer operativas las Líneas Estratégicas que se definen en la misma, ha validado el Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente, aprobado el 23 de febrero de 2015 con respecto al nuevo marco estratégico.

El presente documento explica la metodología empleada y el resultado de la misma.

La metodología incluyó 5 fases:

1. Determinación de los contenidos a contrastar, es decir, los aspectos del SGSP que deben ser validados frente a la ESP para dar garantizar una adecuada implementación de la ESP.
2. Valoración de la coherencia/alineamiento y el grado en que el SGSP permite dar cumplimiento a la ESP.
3. Validación de las líneas de trabajo corporativas, objetivos, acciones e indicadores. Tras la misma se obtiene un nuevo cuadro de mando general de la seguridad del paciente para el SESPA, que contiene:
 - 7 líneas de trabajo corporativas (las expresadas en la ESP)
 - 37 objetivos
 - 240 acciones
 - 320 indicadores
4. Validación de la estructura organizativa. Como consecuencia de la misma, se adopta íntegramente la estructura de la ESP y se añaden los grupos operativos que del SGSP destinados a hacer operativas ésta u otras estrategias que plantee la autoridad sanitaria.
5. Tareas resultantes o ulteriores. Se señalan las tareas, relativas al cuadro de mando, que no están definidas en la ESP y que el SGSP plantea para garantizar la adecuada implementación de la misma.

Se presenta como anexo el análisis en detalle del contraste de las dimensiones, objetivos, acciones e indicadores del SGSP frente a la ESP. En el mismo se especifica la actuación en cada caso:

- Coincidencia total: validar el texto del SGSP,
- Coincidencia parcial: modificar y completar el texto del SGSP o
- No coincidencia: incluir el texto de la ESP, mantener el del SGSP.

Como consecuencia de esta validación, se garantiza que el Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente permite la implantación del nuevo marco estratégico, la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.





Índice

Acrónimos empleados	3
Resumen	5
Índice	7
Justificación	8
Fases de la validación	9
Fase 1: Determinación de los contenidos a contrastar entre la ESP y el SGSP.	9
Fase 2: Coherencia, grado en que permite el SGSP permite dar cumplimiento a la ESP	10
Fase 3. Validación de las líneas de trabajo corporativas, objetivos, acciones e indicadores.	12
Fase 4: Validación de la estructura organizativa.....	48
Fase 5: Tareas resultantes o posteriores	49
Anexo 1: Análisis en detalle del contraste de las dimensiones, objetivos, acciones e indicadores	51



Justificación

Recientemente se ha publicado la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 por iniciativa de la Autoridad Sanitaria del Principado de Asturias.

El objetivo general de la misma es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos de en los centros sanitarios de Asturias, tomando como principio “*primun non nocere*” (ante todo, no causar daño), que identifica nuestros centros como centros de salud, de buenas prácticas sanitarias.

Por su parte, el SESPA, ha elaborado el Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente (SGSP) del SESPA tiene como objetivo principal dotar al sistema sanitario de una herramienta para mejorar la seguridad de los usuarios y los profesionales, que permita la implantación de los planes y estrategias que se desarrollen en el Principado de Asturias.

Se hace necesario determinar si el SGSP se adapta a este marco, asegurando que puede cumplir con el objetivo pretendido.



Fases de la validación

Se realizó en 5 fases:

Fase 1: Determinación de los contenidos a contrastar entre la ESP y el SGSP.

Destinado a detectar los aspectos de la ESP frente a la que el SGSP debe ser objeto de validación. Se determinó que los aspectos a los que el SGSP debería dar respuesta y, por ello, ser objeto de validación: son los siguientes:

4. Líneas de trabajo corporativas, misión, visión y objetivo (Introducción)
5. Estructura organizativa, seguimiento y evaluación de la estrategia de seguridad del paciente en Asturias
6. Glosario



Fase 2: Coherencia, grado en que permite el SGSP permite dar cumplimiento a la ESP

Se valoró la coherencia/alineamiento y el grado en que permite dar cumplimiento a la ESP. Para ello, se contrastaron:

- Las dimensiones del SGSP con las líneas de trabajo de la ESP
- Los objetivos
- Las acciones
- Los indicadores

Como consecuencia de ello, se señalaron los puntos en los que el SGSP precisa mejorar su redacción, así como las modificaciones que son precisas en el Sistema de Gestión para permitir dar cumplimiento a la Estrategia. Se obtuvieron los siguientes resultados, que se exponen en formato tabla:

4. LÍNEAS DE TRABAJO CORPORATIVAS, MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVO	Sí	No	Parcial
El SGSP es coherente con planteado en el ESP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El SGSP permite dar cumplimiento a lo planteado en el ESP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observaciones: Existe coincidencia entre las dimensiones del SGSP y las líneas de trabajo definidas en la ESP, con pequeñas diferencias en el literal de los mismos. Se analizan los objetivos, acciones e indicadores encontrando coincidencias totales, parciales entre los literales del SGSP con respecto a la ESP. También existen objetivos, acciones e indicadores de la ESP no incluidos en el SGSP y a la viceversa.			
Propuesta de mejora del SGSP: Garantizar que el SGSP permita dar respuesta a la ESP incorporando todos los objetivos, acciones e indicadores de la ESP a las dimensiones del SGSP. En relación con los objetivos, acciones e indicadores del SGSP que coincidan con el literal de la ESP, validarlos. Aquellos que coincidan parcialmente, modificar el SGSP, adoptando el literal de la ESP. Los objetivos, acciones e indicadores existentes en el SGSP, pero no en la ESP, siempre que estén alineados con la ESP, incorporarlos.			



5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ASTURIAS	Sí	No	Parcial
El SGSP es coherente con planteado en el ESP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El SGSP permite dar cumplimiento a lo planteado en el ESP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observaciones: Hay diferencias en cuanto a la estructura organizativa definida en la ESP. No está definida en el SGSP la coordinación con los Centros Sanitarios Concertados.			
Propuesta de mejora del SGSP: Modificar la redacción del SGSP			

6. GLOSARIO	Sí	No	Parcial
El SGSP es coherente con planteado en el ESP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El SGSP permite dar cumplimiento a lo planteado en el ESP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones: La redacción de la ESP fue posterior a la del SGSP y adoptó el glosario del mismo. Por este motivo, es idéntico en ambos documentos.			



Fase 3. Validación de las líneas de trabajo corporativas, objetivos, acciones e indicadores.

En esta fase, se contrastaron las líneas, objetivos, acciones e indicadores del SGSP con respecto a la ESP.

Como resultado del proceso de validación se ha construido un nuevo Cuadro de Mando del SGSP que incluye todos los objetivos, acciones e indicadores de la ESP y aquellos objetivos, acciones e indicadores que, a mayores, no se contemplaron en la ESP, pero que resultaron ser de especial importancia.

La siguiente tabla muestra el nuevo cuadro de mando, especificando los objetivos, acciones e indicadores que son propios de la ESP y del SGSP:

	Total	Coincidencia total entre la ESP y el SGSP	Coincidencia parcial entre ESP y el SGSP	Literal de la ESP sin coincidencia en el SGSP	Literal del SGSP no incluido en la ESP
Líneas de trabajo	7	3 (43%)	4 (57%)		
Objetivos	37	6 (16%)	22 (59%)	8 (22%)	1 (3%)
Acciones	240	11 (5%)	77 (32%)	69 (29%)	83 (35%)
Indicadores	320	2 (1%)	68 (21%)	109 (34%)	141 (44%)

Para la validación de las Dimensiones, Objetivos, Acciones e Indicadores, se han mantenido todos los literales que constan en la ESP y se han añadido aquellos que estaban presentes en el SGSP y no estaban incluidos en la ESP.

Las líneas de trabajo de la ESP, coincidieron con las dimensiones del SGSP.

A continuación, se presenta una tabla con el cuadro de mando general resultante, que contiene todos los objetivos, acciones e indicadores, con su procedencia (ESP o SGSP).



Cuadro de mando general resultante

Procedencia	Resultado de la validación
ESP	1. Organización y liderazgo
ESP	Objetivo 1: Desarrollar la estructura de liderazgo en seguridad del paciente más adecuada a las necesidades de la población del área sanitaria (afecta a centros hospitalarios y de atención primaria del SESPA y centros concertados)
ESP	Establecer una correcta estructura de liderazgo, coordinación, seguimiento y evaluación entre servicios centrales de la Consejería de Sanidad y el SESPA.
ESP	Designar a las personas responsables en seguridad del paciente en el área sanitaria y centros sanitarios concertados.
ESP	Crear el/los equipos de gestión de la seguridad del paciente en el área sanitaria y centros sanitarios concertados.
ESP	Designar responsable/s para cada programa de implantación de prácticas clínicas seguras en el área sanitaria y centros sanitarios concertados (como por ejemplo, listado de verificación quirúrgica, higiene de manos, metas internacionales de seguridad del paciente en atención primaria o proyectos zero), que aseguren su cumplimiento y evaluación.
SGSP	Diseño y desarrollo de un plan de formación específico dirigido a los líderes, que además de aspectos de SP, incluya también actividades formativas para mejorar la capacidad de liderazgo
ESP	Objetivo 2: Desarrollar en el área sanitaria la estrategia de seguridad del paciente en Asturias.
ESP	Implantar en el área sanitaria la estrategia de seguridad del paciente establecida por la Consejería de Sanidad.
ESP	Implantar el Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA en su ámbito de referencia.
ESP	Evaluar y difundir los resultados, así como establecer las acciones de mejora que sean necesarias.
SGSP	Utilización del Ciclo de Mejora en Seguridad del Paciente
SGSP	Cada área sanitaria podrá añadir otras acciones de probada utilidad y que no entorpezcan la implantación del plan corporativo.
ESP	Objetivo 3: Adecuar los tiempos de atención a las necesidades del paciente, así como la continuidad de la asistencia.
ESP	-Asegurar una respuesta correcta, según la situación clínica del paciente, que permita cumplir los tiempos establecidos a nivel autonómico, tanto en atención urgente como programada y que deben de incluir al menos: o Atención en los servicios de urgencias, según sistema de clasificación establecido (hospital y atención primaria). o Aplicación del código ictus. o Aplicación del código corazón. o Traslados de pacientes. o Cirugía oncológica. o Lista de espera para pruebas diagnósticas. o Lista de espera para cirugía programada.
ESP	Garantizar la continuidad asistencial, mediante la existencia de un/a profesional médico responsable del paciente, y la aplicación de criterios para la transición del paciente entre servicios y entre niveles asistenciales, así como un/a profesional de enfermería que asegure la continuidad de cuidados, con especial atención a aquellas situaciones que puedan suponer un alto riesgo para el paciente.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Asegurar la adecuada ubicación de los pacientes en las plantas de hospitalización
SGSP	Garantizar el cumplimiento de los tiempos máximos de acceso que marca la organización para la atención de determinados procesos asistenciales
SGSP	Cumplimiento de los tiempos establecidos a nivel autonómico respecto a Lista de espera para consultas
SGSP	Aplicación de PCAI de Cáncer de mama, colon y próstata
SGSP	Aplicación de procedimiento para garantizar la continuidad asistencial
SGSP	Identificación, durante las transiciones asistenciales, aquellas situaciones de alto riesgo de contribuir a la aparición de eventos adversos graves
SGSP	Aplicación de procedimiento para gestionar la asistencia y el tratamiento de la información clínica, en los traslados de los pacientes entre dispositivos asistenciales o servicios
	Indicadores
ESP	Existencia de un organigrama de coordinación entre los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y del SESPA aprobado por el Consejo de Dirección.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen establecido un organigrama aprobado por la dirección, con funciones y responsabilidades en relación con la seguridad del paciente (equipo de gestión de la seguridad del paciente y responsable de seguridad del paciente).
ESP	Porcentaje de áreas/centros sanitarios concertados con sistemática para la implantación de la estrategia de seguridad del paciente.
ESP	Porcentaje de áreas/centros sanitarios concertados con informe de evaluación anual del desarrollo de la estrategia de seguridad.
ESP	Porcentaje de áreas que han establecido un sistema para la valoración de las peticiones de consulta, incluyendo un procedimiento de priorización de las mismas así como la identificación del profesional/es responsable.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias que cumplen con los tiempos de espera establecidos a nivel autonómico (atención en los servicios de urgencias (hospital y atención primaria), código ictus, código corazón, traslados de pacientes, tiempos oncológicos, lista de espera para pruebas diagnósticas, lista de espera para cirugía programada).
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con sistema de clasificación de pacientes implantado.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen implantado un protocolo para el traslado de los pacientes, tanto dentro del centro como entre centros.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen definido un circuito que garantiza la continuidad de la asistencia al paciente, cuando surgen conflictos ante la negativa del profesional a la asistencia por situación personal o conflicto ético.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen implantado un procedimiento que asegure la atención a los pacientes ingresados durante fines de semana y festivos.



Procedencia	Resultado de la validación
SGSP	Relación de personas Responsables de SP en el Área Sanitaria
SGSP	Relación de Equipo/s Responsables de SP en el Área Sanitaria
SGSP	Nº de profesionales que han recibido formación para ejercer el liderazgo en materia de Seguridad del Paciente.
SGSP	El Área Sanitaria está en fase I del desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente*
SGSP	Porcentaje de dispositivos sanitarios con auditoría interna del sistema de Gestión de SP realizada
SGSP	Porcentaje de dispositivos sanitarios con evaluación externa del sistema de Gestión de SP realizada
SGSP	Informe anual de Evaluación del Sistema de Gestión de SP y plan de acciones de mejora
SGSP	El área sanitaria dispone de un sistema de clasificación de los pacientes urgentes
SGSP	Porcentaje de dispositivos asistenciales con sistema de triaje implantado
SGSP	Tiempo medio de respuesta en triaje
SGSP	Tiempo medio de respuesta en la primera asistencia facultativa tras triaje
SGSP	El área sanitaria dispone de un procedimiento para la revisión y la priorización de las derivaciones y pruebas diagnósticas
SGSP	Número Pacientes de Lista de espera estructural quirúrgica >180 días = 0
SGSP	Porcentaje de Pacientes en lista de espera estructural para intervención quirúrgica entre 91 y 180 días
SGSP	Número de pacientes con cáncer de colon con espera máxima entre Diagnóstico y Tratamiento > 30 días
SGSP	Número de pacientes con cáncer de mama con espera máxima entre Diagnóstico y Tratamiento > 30 días
SGSP	Número de pacientes con cáncer de próstata con espera máxima entre Diagnóstico y Tratamiento > 30 días
SGSP	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria han establecido un sistema para la valoración de las peticiones de consulta incluyendo la identificación de las personas responsables de la misma, así como un procedimiento de priorización de las peticiones según las necesidades del paciente
SGSP	Diferencia interanual de pacientes en Lista de Espera de Primeras Consultas a 31 de Diciembre
SGSP	Demora media en Consultas Externas de Atención Especializada
SGSP	Demora de consultas preferentes en Servicios de Salud Mental
SGSP	Demora en la respuesta de interconsultas
SGSP	Existencia del procedimiento que gestione los traslados de los pacientes
SGSP	Número de incidentes notificados relacionados con la continuidad asistencial
SGSP	El área sanitaria tiene protocolizado el traslado de los pacientes urgentes
SGSP	Porcentaje de pacientes con informe de cuidados de enfermería al alta
SGSP	Porcentaje de pacientes con informe médico al alta



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	2. Cultura de Seguridad
ESP	Objetivo 1: Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales en seguridad del paciente.
ESP	Incluir en el plan de acogida dirigido a todo profesional nuevo los aspectos esenciales en seguridad del paciente.
ESP	Implantar en actos críticos, como por ejemplo la asignación del número de historia o la identificación del paciente, un plan de formación y capacitación específico del puesto de trabajo que tenga en cuenta la seguridad del paciente. Este plan debe incluir al personal subcontratado.
ESP	Incluir un programa formativo para cada práctica segura que se impulse corporativamente.
ESP	Definir corporativamente el currículo mínimo de formación en seguridad.
ESP	Promover la formación básica en seguridad del paciente durante la formación de grado.
ESP	Incluir la seguridad del paciente en la formación continuada de todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios) y en el currículo formativo de los profesionales en formación sanitaria especializada (MIR, EIR, FIR, PIR, etc.).
ESP	Creación y mantenimiento de un expediente/registro del profesional con la formación en Seguridad del Paciente.
SGSP	Plan de formación y capacitación en Seguridad del Paciente. Este plan tiene en cuenta al personal subcontratado
ESP	Objetivo 2: Valorar el grado de cultura en SP como medio para detectar oportunidades de mejora en seguridad del paciente.
ESP	- Evaluar periódicamente la percepción que tienen los profesionales de la seguridad del paciente mediante instrumentos validados, como por ejemplo, la encuesta MOSPS (Medical office survey on patient safety) en atención primaria(92) y la encuesta HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) en atención hospitalaria(93).
SGSP	Análisis de los resultados de la valoración para realizar los cambios necesarios en la estrategia de la cultura de Seguridad del Paciente
ESP	Objetivo 3: Promover la cultura de seguridad en los profesionales y su participación activa en la misma.
ESP	- Difundir a los profesionales, a través de los medios que se establezcan, de información periódica y accesible por parte del equipo de gestión de la seguridad del paciente, relacionada con su área sanitaria/centro asistencial, sobre: o Riesgos derivados de la asistencia sanitaria y acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación. o Alertas de seguridad del paciente.
ESP	- Difundir a los profesionales a través de un portal web corporativo único de información agregada y actualizada respecto a: o Riesgos derivados de la asistencia sanitaria. o Acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación. o Compartir buenas prácticas en seguridad del paciente. o Estándares en seguridad del paciente establecidos corporativamente.
ESP	-Realizar una jornada anual autonómica para compartir experiencias sobre seguridad del paciente.
SGSP	Implantación de una estrategia en el área que fomente un entorno de trabajo donde se considera la Seguridad del Paciente un elemento central



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Objetivo 4: Promover la cultura de seguridad en la población y su participación activa en la misma.
ESP	Incorporar en todos aquellos programas formativos que se realicen a la ciudadanía (Escuelas Municipales de Salud, Asociaciones de Personas Afectadas, Escuelas de Pacientes y otros foros) contenidos sobre la desmedicalización, el uso adecuada de los servicios sanitarios y la utilización de elementos no farmacológicos en el cuidado de las enfermedades.
ESP	Elaborar materiales informativos a la población general sobre aspectos relacionados con la cultura de seguridad, prevención cuaternaria y desmedicalización.
ESP	Garantizar la correcta información del balance de riesgo/beneficio de aquella población sana que es invitada a participar en programas de detección precoz/cribados.
ESP	Incorporar la sensibilización y educación en salud en todos los Consejos de Salud de las áreas sanitarias.
ESP	Incorporar contenidos informativos, sobre los beneficios y riesgos, de las diferentes intervenciones preventivas destinadas a la población general (por ejemplo, programas de detección precoz de cáncer), de forma comprensible y adecuada culturalmente
SGSP	Incorporación de la Seguridad del Paciente a los procesos de discusión y debate en los órganos de participación colectiva establecidos
ESP	Objetivo 5: Promover la cultura de seguridad del paciente en otros centros sanitarios y sociosanitarios de la comunidad.
ESP	Promover la cultura de seguridad del paciente en los centros sociosanitarios.
ESP	Colaborar con los centros sociosanitarios en los temas relativos a la seguridad del paciente que le afecten.
ESP	Desarrollar actividades de difusión y formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sociosanitarios de los establecimientos residenciales para ancianos de Asturias (ERA).
ESP	Promover la inclusión de criterios de seguridad del paciente en la autorización de nuevos centros privados y en la renovación de la autorización de los existentes.
ESP	Objetivo 6: Favorecer la investigación en seguridad del paciente.
ESP	<ul style="list-style-type: none">- Abrir líneas de investigación en alguno de los siguientes aspectos:<ul style="list-style-type: none">o Magnitud e impacto de los efectos adversos en el sistema sanitario.o Descripción y análisis de los factores implicados en la aparición de eventos adversos.o Como mejorar la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes y eventos adversos.o Como promover la identificación y difusión de soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura.o Incidentes ocurridos en el proceso de comunicación entre profesionales y entre profesionales y pacientes.o Factores de riesgo de los pacientes relacionados con una mayor probabilidad de sufrir un evento adverso.o Evaluación de la efectividad de las intervenciones para la mejora de la seguridad del paciente.o Impacto del Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA en la seguridad del paciente.o Tránsito del conocimiento científico a la práctica asistencial.
ESP	Apoyar la asistencia a congresos y reuniones científicas para la presentación de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del paciente.



Procedencia	Resultado de la validación
	Indicadores
ESP	Porcentaje de profesionales nuevos que han recibido en la acogida para el desarrollo de su trabajo información sobre seguridad del paciente.
ESP	Porcentaje de áreas/centros que incluyen en la formación continuada la seguridad del paciente.
ESP	Porcentaje de profesionales del área que han recibido formación en seguridad del paciente y prácticas seguras en el último año.
ESP	Porcentaje de profesionales sanitarios en formación especializada que han recibido formación en seguridad del paciente al terminar su periodo formativo.
ESP	Porcentaje de profesionales que tienen un expediente/registro actualizado de formación en el ámbito de seguridad del paciente en el último año.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con informe basal de análisis de la encuesta MOSPS con plan de acción acorde a los resultados obtenidos.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados con informe basal de análisis de la encuesta HSOPSC con plan de acción acorde a los resultados obtenidos.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que han establecido los medios de difusión de la información.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que han realizado difusión de la información según los medios establecidos.
ESP	Existencia de portal corporativo y plan de mantenimiento y actualización.
ESP	Porcentaje de áreas con al menos una participación en algún evento relacionado con la seguridad del paciente.
ESP	Número de actividades de difusión y formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sociosanitarios del ERA.
ESP	Número de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del paciente, presentados en congresos y reuniones científicas.
SGSP	Existencia de un documento con la estrategia de área sobre cultura en SP
SGSP	Informe anual de acciones de difusión y divulgación de información sobre Seguridad del Paciente llevadas a cabo por la Gerencia de Área (ejemplo: conferencias, publicaciones, apartado específico en intranet del Área Sanitaria -Atención Primaria y Atención Hospitalaria-, jornadas, talleres...)
SGSP	Existencia del plan de formación y capacitación
SGSP	El área/dispositivo cuenta con un protocolo de acogida para los nuevos profesionales que incluye las medidas para asegurar su capacitación en materia de seguridad del paciente
SGSP	Porcentaje de profesionales con al menos "x" horas de formación en Seguridad del Paciente y prácticas seguras en el Área por dispositivo asistencial
SGSP	Número de proyectos en marcha en Seguridad del Paciente (Fuente del Indicador: Informadores Clave)



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	3. Participación del paciente
ESP	Objetivo 1: Favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones durante el proceso asistencial.
ESP	Aplicar un procedimiento, que garantice al paciente que recibe información suficiente sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, de tal forma que le permita participar en una toma de decisiones compartida con el profesional/equipo que le atiende. El procedimiento se adaptará a las circunstancias personales de cada paciente y a su capacidad para tomar decisiones(101).
ESP	Elaborar un listado corporativo de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que precisan documento de consentimiento informado específico.
ESP	Asegurar el correcto procedimiento en la obtención del consentimiento informado en aquellas técnicas diagnósticas y terapéuticas que así se haya establecido. El procedimiento se adaptará a las circunstancias personales de cada paciente y a su capacidad para tomar decisiones. Cuando el paciente no sea capaz de decidir, se tendrá en cuenta el registro de instrucciones previas y la persona o entidad que represente al paciente.
ESP	Promover el respeto a las preferencias de los pacientes al final de la vida.
SGSP	Protocolo de información sobre decisiones informadas (incluye a pacientes incapacitados)
ESP	Objetivo 2: Promover la formación de pacientes, familiares y cuidadores en los riesgos asociados a la atención sanitaria y cómo prevenirlos.
ESP	Elaborar un plan para informar, aconsejar, instruir y sensibilizar, tanto a los pacientes como a los familiares y personas cuidadoras, de los riesgos que conlleva la atención sanitaria, con especial hincapié en el intercambio de datos de identificación y de la importancia de su contribución para prevenir fallos, identificar riesgos y proponer acciones de mejora, relacionados con la atención sanitaria que reciben.
ESP	Disponer de un plan de acogida al paciente que incluya los riesgos que conlleva la asistencia sanitaria y su implicación en la toma de decisiones.
ESP	Potenciar la seguridad del paciente dentro de las actividades de la escuela de pacientes.
ESP	Diseñar programas de formación específicos, dirigidos a pacientes y personas cuidadoras para determinados procesos de atención, con el fin de conseguir su participación activa.
ESP	Desarrollar programas de información y formación a los pacientes, familiares y personas cuidadoras en el uso seguro de medicamentos.
SGSP	Inclusión de elementos de seguridad en las recomendaciones al alta hospitalaria
ESP	Objetivo 3: Favorecer la participación de pacientes, familiares y cuidadores en su seguridad, tanto en sus contactos con el sistema de salud como a través de los órganos de participación y herramientas de opinión existentes.
ESP	Establecer un procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados (en todos los ámbitos) con el fin de que, siempre que sea posible, el paciente tenga un acompañante, especialmente en pediatría, edad avanzada y personas con deterioro funcional o cognitivo.
ESP	Incorporar la seguridad del paciente a los procesos de discusión y debate en los órganos de participación colectiva establecidos.
ESP	Incorporar la seguridad del paciente en los contactos con asociaciones de pacientes, familiares y cuidadores.
ESP	Establecer una sistemática que permita la participación individual de los usuarios en la mejora (buzón de sugerencias, etc.).
ESP	Incorporar la participación activa de pacientes, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del paciente(102).



Procedencia	Resultado de la validación
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas en las que existe y se aplica el procedimiento de información sobre el proceso asistencial.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que aplican, en las intervenciones y/o procedimientos definidos, los modelos de consentimiento informado establecidos.
ESP	Porcentaje de historias clínicas con documento de consentimiento informado específico de acuerdo a protocolo (de las intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos que se determinen).
ESP	Porcentaje de áreas con procedimiento sobre preferencias de pacientes terminales.
ESP	Porcentaje de dispositivos asistenciales que disponen y aplican el plan de información a pacientes y personas cuidadoras.
ESP	Porcentaje de áreas en las que el plan de acogida del paciente, en todas las modalidades de la atención, incluye la seguridad del paciente.
ESP	Número de actividades desarrolladas dentro de la escuela de pacientes en las que se aborda la seguridad del paciente.
ESP	Número de acciones formativas dirigidas a colectivos específicos de pacientes y personas cuidadoras que incluyen la seguridad del paciente.
ESP	Número de acciones formativas a pacientes, familiares y personas cuidadoras en el uso seguro de la medicación.
ESP	Porcentaje de hospitales con procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados implantado.
ESP	Número de reuniones anuales de Consejos de Salud de área sanitaria/zona que incluyan temas sobre SP en el orden del día.
ESP	Porcentaje de dispositivos sanitarios que disponen de elementos que facilitan la recogida de propuestas por parte de los usuarios (buzón de sugerencias, encuestas, etc.).
ESP	Informe anual de análisis y evaluación de las propuestas de los usuarios.
ESP	Porcentaje de centros sanitarios que entregan al ingreso folleto solicitando la participación activa de los ciudadanos en la seguridad del paciente.
SGSP	Porcentaje de pruebas diagnósticas susceptibles de consentimiento informado con DCIE (Todos los dispositivos asistenciales)
SGSP	Porcentaje de procedimientos terapéuticos susceptibles de consentimiento informado con DCIE (Todos los dispositivos asistenciales)
SGSP	Las recomendaciones al alta hospitalaria incluyen elementos de seguridad



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	4. Gestión de la información clínica
ESP	Objetivo 1: Garantizar una comunicación efectiva y sin errores entre los profesionales, tanto dentro de su propio dispositivo asistencial como en la transferencia de los pacientes entre servicios/unidades y entre niveles (atención primaria, hospitalización, etc.).
ESP	Implementar un procedimiento estructurado y sistemático de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes ingresados (situación del paciente y plan a seguir, etc.).
ESP	Garantizar la adecuada cumplimentación y difusión de los informes de alta y la forma de comunicación directa en situaciones que lo requieran.
ESP	Asegurar una sistemática para la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas o de laboratorio, especialmente valores críticos que puedan poner en peligro al paciente.
ESP	Potenciar el uso sistemático de la historia clínica electrónica, integrada tanto entre los diferentes servicios de un nivel como entre los distintos niveles asistenciales.
ESP	Implantar un plan de formación continua en el uso de la historia clínica electrónica, con especial énfasis en la información que debe contener, la restricción de siglas y abreviaturas, y la normalización y difusión de los informes, tanto de pruebas diagnósticas como de alta, y que permita asegurar que se conocen y usan todos los recursos disponibles en la misma.
ESP	Disponer de una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas en situaciones previamente definidas (situaciones de urgencia, atención domiciliaria, etc.).
ESP	Incorporar en el programa de formación continuada acciones formativas sobre comunicación efectiva entre profesionales y con los pacientes.
ESP	Protocolizar el procedimiento de corrección de información errónea asociada a un paciente.
SGSP	Asegurar la cumplimentación de, al menos, los datos del paciente establecidos por ley, que debe contener la historia clínica
SGSP	Verificación de la correcta cumplimentación de las historias clínicas
SGSP	Uso sistemático de la historia clínica electrónica en Atención Primaria (Acción nº 3 MISAP 2)
SGSP	Evaluación periódica de los elementos constitutivos de la historia clínica
SGSP	Implantación y difusión de un procedimiento de comunicación entre profesionales
SGSP	Verificación del nivel de implantación del procedimiento
SGSP	Uso sistemático de la historia clínica electrónica en Atención Primaria (Acción nº 3 MISAP 2)
SGSP	Restricción del uso de siglas y abreviaturas en Atención Primaria (Acción nº 4 MISAP 2)
SGSP	Procedimiento de revisión de órdenes verbales en Atención Primaria (Acción nº 5 MISAP 2)



Procedencia	Resultado de la validación
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias en las que existe y se aplica un procedimiento de transferencia de pacientes entre unidades y servicios hospitalarios y entre niveles asistenciales.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas o de laboratorio, especialmente valores críticos que puedan poner en peligro al paciente.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con plan de formación en el uso de la historia clínica electrónica.
ESP	Porcentaje de historias clínicas que cumplen los criterios de calidad establecidos.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas en situaciones de urgencia.
ESP	Porcentaje de profesionales que han recibido formación específica sobre estrategias de comunicación efectiva en el último año.
SGSP	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria elaboran la historia clínica con los contenidos básicos de la misma establecidos por la ley
SGSP	Existencia de un procedimiento de comunicación entre profesionales
SGSP	Informe anual de acciones de difusión y divulgación de información sobre comunicación entre profesionales llevadas a cabo por la Gerencia de Área
SGSP	Registro de errores de comunicación entre profesionales



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	5. Entorno seguro
ESP	Objetivo 1: Mejorar la seguridad de las infraestructuras.
ESP	Definir el mapa de riesgos de los centros sanitarios del área, que al menos contendrá: o Identificar servicios/unidades de alto riesgo. o Identificar puntos críticos de riesgo. o Identificar riesgo de caídas.
ESP	Determinar las zonas y elementos de riesgo que precisan acciones correctoras o control del riesgo.
ESP	-Garantizar un plan de autoprotección centrado especialmente en caso de incendio (se incluirán otros riesgos conocidos cuando proceda) y asegurando entrenamiento apropiado, con simulacros periódicos y difusión de información sobre el modo de proceder trabajadores y pacientes
ESP	Incluir en el plan de acogida a nuevos profesionales información sobre el plan de autoprotección.
SGSP	Plan para minimizar y/o mantener bajo control los riesgos del entorno asistencial detectados
SGSP	Reevaluación periódica de los riesgos detectados y de las acciones de mejora implantadas
SGSP	Identificación del riesgo individual de caídas en el Centro de Salud (Acción nº 16 MISAP 6)
SGSP	Mapa de riesgo de caídas de las instalaciones del Centro de Salud (Acción nº 17 MISAP 6)
SGSP	Definición del protocolo de actuación ante agresiones
SGSP	Garantizar la seguridad de todas las personas ante cualquier emergencia que pueda acontecer en un dispositivo asistencial
ESP	Objetivo 2: Mejorar la seguridad de las instalaciones.
ESP	Elaborar en cada área sanitaria la relación de sus sistemas clave, como por ejemplo sistemas de información, red informática, sistema eléctrico, calidad del agua, etc.
ESP	Implantar un protocolo de revisión regular de los sistemas clave.
ESP	Establecer una sistemática que permita la adecuada respuesta ante: o Situaciones de fallo de los sistemas clave o las producidas por averías o interrupción de suministros. o Casos de contaminación biológica, química o ambiental.
ESP	Implantar un procedimiento de limpieza e higiene de las instalaciones
SGSP	Formación periódica a los profesionales, incluidos los de nueva incorporación
ESP	Objetivo 3: Identificar y controlar de forma segura los residuos y materiales peligrosos
ESP	Garantizar la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la "Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias"
ESP	Difundir entre los profesionales del centro información actualizada sobre el manejo de materiales y residuos peligrosos y que hacer en caso de accidente.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Definir el circuito para la gestión de material citotóxico y citostáticos de uso ambulatorio.
SGSP	Aplicación de los documentos autonómicos existentes: Manual para el manejo seguro del metotrexate en AP. SESPA 2005
SGSP	Identificación de los dispositivos/áreas ligadas a un mayor riesgo por exposición a agentes nocivos
SGSP	Identificación de los procedimientos que conllevan un riesgo por exposición
SGSP	Gestión de: exposición a aerosoles, materiales y residuos con riesgo biológico, riesgo asociado al transporte de muestras, programa de seguridad radiológica, guía de actuación ante accidentes con material cortante-punzante, etc. y cualquier otro procedimiento identificado por el Área Sanitaria (Todos los dispositivos asistenciales)
SGSP	Acciones formativas dirigidas a identificar los riesgos y conocer los planes de actuación en caso de accidente por exposición a agentes nocivos en el ámbito de trabajo
ESP	Objetivo 4: Proporcionar un equipamiento sanitario fiable y seguro.
ESP	Inventariar el equipamiento médico general con identificación del equipamiento médico de alto riesgo.
ESP	Definir para los equipos: ficha de manejo, conservación, limpieza, así como la necesidad y, en su caso, periodicidad del mantenimiento preventivo necesario, calibración o caracterización, que esté accesible para los usuarios del mismo.
ESP	Asegurar un programa de mantenimiento del equipamiento sanitario acorde a la ficha de cada equipo.
ESP	Identificar el estado de mantenimiento de cada equipo.
ESP	Asegurar un procedimiento para disminuir los riesgos de exposición del equipamiento médico de alto riesgo y mitigar sus efectos (planes de contingencia).
ESP	Incluir criterios de seguridad del paciente en la contratación de servicios externos, compra de equipos, dispositivos y productos.
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con mapa de riesgos de los centros sanitarios del área.
ESP	Porcentaje de dispositivos que han realizado acciones correctoras o de control de los riesgos detectados.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias en las que los dispositivos asistenciales del área disponen de un Plan de Autoprotección, centrado especialmente en la posibilidad de un incendio, que garantice la evacuación efectiva de todas las personas presentes en el edificio.
ESP	Porcentaje de dispositivos asistenciales del área sanitaria que realizan periódicamente un simulacro de incendios y evacuación de las instalaciones.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Porcentaje de profesionales nuevos que en la acogida recibieron formación sobre el plan de autoprotección.
ESP	Porcentaje de dispositivos del área sanitaria que cuentan con un sistema de supervisión de las instalaciones y adecuada respuesta en caso de fallo que incluye, al menos, los sistemas clave e infraestructura, instalación eléctrica, calefacción, telefonía, informática, elementos contra incendios y la seguridad de las instalaciones.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con procedimiento de actuación ante averías e interrupción de suministros.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con protocolo de actuación ante contaminación biológica, química o ambiental.
ESP	Porcentaje de dispositivos asistenciales del área sanitaria en los que la limpieza e higiene de instalaciones, salas, materiales y equipos, así como limpieza y esterilización del material clínico reutilizable se realizan según protocolo establecido.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias que realizan la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la "Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias".
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con gestión de material citotóxico y citostático de uso ambulatorio de acuerdo al protocolo establecido.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con registros de mantenimiento del equipamiento médico según su ficha de equipo.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con registro de incidencias y mantenimiento correctivos de los equipos médicos.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con criterios de seguridad del paciente en la contratación de servicios externos, compra de equipos, dispositivos y productos.
SGSP	Existencia de informe anual de incidencias y acciones de mejora realizadas
SGSP	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria cuentan con un procedimiento para la limpieza de salas, materiales y equipos, así como limpieza y esterilización del material clínico reutilizable.
SGSP	Porcentaje de profesionales que conocen su modo de actuar ante un incendio u otro tipo de emergencia
SGSP	Porcentaje de profesionales que conocen y aplican el protocolo de actuación en caso de agresión
SGSP	Porcentaje de dispositivos asistenciales con mapa de riesgos actualizado
SGSP	Porcentaje de centros de salud con acciones implantadas en al menos el 50 % de las Metas Internacionales de Seguridad de los pacientes
SGSP	Porcentaje de profesionales que han participado en el simulacro
SGSP	Informe anual de incidencias de contaminación y actuaciones realizadas
SGSP	Existencia de un Protocolo de revisión regular de sistemas clave
SGSP	Existencia de un Protocolo de actuación en caso de fallo de los sistemas clave (incluye Historia Clínica Electrónica o alguna de sus integraciones)



Procedencia	Resultado de la validación
SGSP	Informe anual de incidencias de averías e interrupción de suministros y actuaciones realizadas
SGSP	El Área Sanitaria tiene establecido un procedimiento para la gestión de residuos y para la gestión de materiales peligrosos (punzantes y/o cortantes, con restos biológicos, material radiológico, etc.)
SGSP	Informe anual de incidencias con el manejo de materiales peligrosos y actuaciones realizadas
SGSP	Informe anual de incidencias en la gestión de residuos y actuaciones realizadas
SGSP	Existencia de inventario del equipamiento sanitario general y de alto riesgo
SGSP	Informe anual de revisión, mantenimiento y calibración/verificación del equipamiento médico general
SGSP	Informe anual de revisión, mantenimiento y calibración/verificación del equipamiento médico de alto riesgo
SGSP	El área sanitaria ha establecido en sus dispositivos asistenciales medidas para evitar o minimizar los accidentes con material punzo-cortante. Dispone de un procedimiento de actuación en caso de este tipo de accidentes
SGSP	El área sanitaria ha establecido un procedimiento para retirar de manera segura el material biológico
SGSP	El área sanitaria ha establecido un procedimiento de control de peticiones para valorar el riesgo de sobre-exposición de los pacientes a causa de la reiteración de estudios
SGSP	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria cuentan con un procedimiento para la disminución de riesgos de exposición laboral de origen biológico, que incluye la política sobre uso de guantes, mascarillas y gafas
SGSP	El área sanitaria tiene establecida una sistemática de control de la carga radiológica que recibe su personal
SGSP	Número de incidentes notificados relacionados con la exposición a agentes nocivos
SGSP	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria disponen de un procedimiento de actuación ante derrame de citostático
SGSP	Los profesionales identifican los riesgos en su área de trabajo y conocen las medidas preventivas que deben aplicar



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	6. Prácticas clínicas seguras
ESP	A. Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacidos y entre estos y su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas.
ESP	Objetivo 1: Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacido
ESP	Establecer una sistemática que asegure a todos los niveles la correcta identificación del paciente en el momento de asignación del número de historia clínica (NHC) del centro sanitario y del código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud (CIP/ASTU).
ESP	-Implementar la “Política Institucional de identificación del paciente en centros sanitarios del Principado de Asturias” relativo a: --- Identificación inequívoca de pacientes hospitalizados: 1. Utilizar al menos dos identificadores: apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama. 2. Existencia de un procedimiento para identificar pacientes no identificables, diferenciar aquellos con el mismo nombre y evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica electrónica se perpetúe. 3. Formación en la aplicación del procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes, previo a cualquier práctica asistencial. 4. Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación. - -- Identificar al recién nacido, antes de salir del paritorio y en presencia de la madre, mediante la colocación de un brazalete con códigos de identificación en la muñeca derecha de la madre y el tobillo del recién nacido (izquierdo o derecho). Colocar también la pinza del cordón con el mismo código, el cual será igualmente utilizado para la hoja de identificación materno-filial y documento de registro en el juzgado. - -- Establecer un procedimiento para la asignación inicial correcta de código CIP/ASTU al recién nacido.
SGSP	Verificación de la correcta cumplimentación de las historias clínicas
SGSP	Evaluación periódica de los elementos constitutivos de la historia clínica
SGSP	Identificar a cada paciente y sus datos clínicos de manera inequívoca
SGSP	Implantación del procedimiento de Triple comprobación en Atención Primaria (Acción nº 2 MISAP 1)
ESP	Objetivo 2: Asegurar la identificación inequívoca del paciente con su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas en todos los niveles asistenciales.
ESP	Asegurar la comprobación de la identidad del paciente previo a la realización de cualquier práctica asistencial, garantizando la trazabilidad entre “paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto”.
ESP	Asegurar la correspondencia inequívoca entre paciente y su historia clínica.
ESP	Incorporación activa del paciente, familia y cuidadores en el proceso de identificación.
ESP	Establecer una sistemática que permita identificar claramente a pacientes con riesgos específicos, como por ejemplo alergias.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Realizar actividades formativas, dirigidas a los profesionales, en el procedimiento adecuado para asegurar la identificación inequívoca de los pacientes en cada proceso asistencial y, en especial, ante intervenciones o procedimientos de riesgo.
ESP	Etiquetar las muestras y pruebas de imagen en el mismo momento de la obtención.
ESP	Establecer una sistemática que asegure que cada paciente tiene una única historia clínica abierta por centro sanitario.
SGSP	Reconocimiento mutuo en Atención Primaria (Acción nº 1 MISAP 1)
SGSP	Automatización de la identificación de los pacientes
	Indicadores
ESP	Porcentaje de centros que han implantado y difundido el procedimiento de identificación inequívoca de pacientes y RN.
ESP	Porcentaje de recién nacidos correctamente identificados por centro.
ESP	Porcentaje de pacientes correctamente identificados por centro.
ESP	Porcentaje de profesionales del área sanitaria/centro sanitario concertado que ha recibido formación en el procedimiento de identificación inequívoca en los últimos 2 años.
ESP	Porcentaje de centros que han implantado y difundido el procedimiento para etiquetar las muestras y pruebas de imagen en el mismo momento de la obtención.
ESP	Porcentaje de centros con sistemática que asegure que cada paciente tiene una única historia clínica abierta por centro sanitario.
SGSP	Nº de Errores notificados que tienen como base un error en la comprobación de la identidad del paciente
SGSP	Porcentaje de pacientes no identificados encontrados durante las rondas de seguridad
SGSP	Nº de Errores notificados que tienen como base un error en la identificación del paciente
SGSP	Nº de Errores notificados que tienen como base un error en la identificación del recién nacido
SGSP	Porcentaje de pacientes ingresados con identificación adecuada a protocolo
SGSP	Porcentaje de pacientes en todo el ámbito hospitalario (incluido urgencias, CMA, hospital de día y diálisis) identificados inequívocamente según protocolo
SGSP	Nº de incidencias detectadas en las revisiones periódicas de las pulseras de identificación de pacientes
SGSP	Informe anual de acciones de difusión y divulgación de información sobre historia única por paciente llevadas a cabo por la Gerencia de Área



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	B. Adecuación de la asistencia al paciente vulnerable.
ESP	Objetivo 1: Asegurar la identificación de pacientes en situación de vulnerabilidad y adecuación de la asistencia a sus necesidades.
ESP	Definir corporativamente las situaciones de vulnerabilidad.
ESP	Aplicar la sistemática corporativa para identificar situaciones de vulnerabilidad, la aplicación de los cuidados necesarios y su registro en la historia clínica del paciente.
ESP	Establecer un procedimiento de identificación y actuación en su caso, para detectar las barreras que puedan interferir en la asistencia a los pacientes (físicas, idiomáticas, culturales, etc.).
ESP	Aplicar un procedimiento que asegure la adecuada comunicación de las necesidades del paciente vulnerable entre los distintos servicios involucrados y entre niveles asistenciales.
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas con procedimiento para la identificación de pacientes vulnerables implantado.
ESP	Porcentaje de pacientes atendidos con valoración de vulnerabilidad realizada.
ESP	Porcentaje de áreas con plan implantado para la supresión o minimización de barreras físicas, culturales, idiomáticas, etc.
ESP	Porcentaje de centros sanitarios que aplican un procedimiento que asegure la adecuada comunicación de las necesidades del paciente vulnerable tanto entre los distintos servicios involucrados como interniveles.
SGSP	Existencia de un registro visible en la historia clínica, de la presencia de dichas barreras
SGSP	Informe anual de casos detectados y actualizaciones realizadas
SGSP	El área sanitaria y los dispositivos asistenciales identifican a sus grupos de pacientes vulnerables con necesidades especiales y dispone al menos de un protocolo para la atención de los mismos
SGSP	Existencia de un listado de situaciones de vulnerabilidad
SGSP	Porcentaje de situaciones de vulnerabilidad definidas, con guías de actuación
SGSP	Porcentaje de pacientes ingresados con valoración de la vulnerabilidad realizada
SGSP	Porcentaje de pacientes con eventos adversos que tenían valoración previa de vulnerabilidad



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	C. Fomentar las buenas prácticas asociadas a los cuidados.
ESP	Objetivo 1: Promover la implantación en todos los niveles asistenciales de planes de enfermería adaptados a las necesidades de los pacientes
ESP	Establecer una sistemática de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.
ESP	- Aplicar o en su caso implantar una sistemática que permita: o Prevención de caídas en los pacientes. (Indic 01 a 06) o Prevención de úlceras por presión. (Indic 07 a 11) o La seguridad del paciente en situación de contención mecánica y farmacológica. (Indic 12 - 13) o Abordar el síndrome confusional agudo. (NO INDIC) o Detectar y abordar el dolor de los pacientes de una forma integral. (14-15) o Actuar ante situaciones de emergencia grave de los pacientes. (16-17) o Detectar y prevenir la malnutrición y deshidratación en pacientes hospitalizados, especialmente en personas ancianas. (Indic 18) o Prevenir la broncoaspiración. (Indic 20) o Prevenir la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. (Indic 19) o Prevenir las fugas, raptos y abandonos en el ámbito hospitalario, así como cualquier tipo de situación de abuso y/o agresión de pacientes. (21) o Abordar el riesgo de suicidio (Indic 22)
ESP	Desarrollar planes de cuidados en atención domiciliaria, especialmente en la atención a pacientes inmovilizados y al final de la vida.
ESP	Incluir en el informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios.
SGSP	Identificación del riesgo individual de caídas en Atención Primaria (Acción nº16 MISAP 6)
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con sistemática implantada para la información y formación a pacientes y familiares sobre los cuidados y sus riesgos.
ESP	Porcentaje de pacientes que recibieron cuidados de acuerdo a la vulnerabilidad detectada.
ESP	Porcentaje de caídas en pacientes hospitalizados (caídas/estancias).
ESP	Porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración al ingreso del riesgo de caídas.
ESP	Porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de caídas al ingreso que sufren una caída.
ESP	Porcentaje de pacientes mayores de 65 años con valoración de riesgo de caídas, realizado en AP.
ESP	Número de pacientes valorados en AP con riesgo de caídas alto.
ESP	Porcentaje de pacientes con riesgo de caídas evaluado en AP que reciben consejo/información sobre prevención de caídas.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Prevalencia de úlceras por presión nosocomiales (3 cortes anuales).
ESP	Porcentaje de pacientes con valoración de riesgo en UPP, en las primeras 24 horas de estancia en el hospital.
ESP	% de pacientes que con valoración de riesgo en UPP en las primeras 24 horas de estancia en el hospital, desarrollan UPP.
ESP	Número de pacientes inmovilizados que tienen realizada valoración de riesgo de UPP en AP.
ESP	Porcentaje de pacientes inmovilizados en AP para los que se ha establecido un plan de cuidados en UPP.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias que cuenta con un protocolo implantado para la atención de pacientes con contención mecánica terapéutica.
ESP	Porcentaje de pacientes con contención mecánica terapéutica de acuerdo a protocolo.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la detección y abordaje del dolor crónico.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la detección y abordaje del dolor posoperatorio.
ESP	Porcentaje de profesionales con formación y/o actualización en RCP realizada en los 2 últimos años, acorde al estamento al que pertenecen.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con un protocolo implantado de RCP.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con una sistemática implantada para la adecuada valoración del riesgo de malnutrición en los pacientes.
ESP	Porcentaje de TEP intrahospitalarios.
ESP	Porcentaje de neumonías por broncoaspiración.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con protocolo implantado para evitar abandonos no programados (fugas, secuestros...).
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias que cuentan con protocolo implantado para el abordaje del riesgo de suicidio.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con planes de cuidados implantados en atención domiciliaria, especialmente en la atención a pacientes inmovilizados y al final de la vida.
ESP	Porcentaje de informes de alta de enfermería con evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios.
SGSP	Proporción de pacientes en riesgo que reciben los cuidados completos de prevención de UPP
SGSP	Prevalencia de úlceras por presión intrahospitalarias
SGSP	Incidencia de caídas en servicios de atención de 24 horas en Servicios de salud mental
SGSP	Proporción de pacientes a los que se les hace una reevaluación diaria del riesgo de UPP
SGSP	Incidencia de UPP por cada 100 ingresos
SGSP	Incidencia de UPP por cada 1000 pacientes día
SGSP	Nº pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol (incluido delirium tremens), y otras drogas durante el ingreso hospitalario
SGSP	Nº de pacientes que ingresan en la UCI desde la planta con un retraso de más de "x" horas desde la solicitud de interconsulta al Área de críticos correspondiente



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	D. Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes.
ESP	Objetivo 1: Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
ESP	Disponer en las áreas sanitarias de una Comisión de Infecciones adaptada a la normativa vigente(149) y a las características del área sanitaria para la gestión de la infección.
ESP	Establecer una sistemática que permita la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en todos los niveles asistenciales (hospitalización, urgencias, sistema de atención médica urgente [SAMU] y centros de salud).
ESP	- Mantenimiento, actualización y consolidación de los protocolos autonómicos existentes: o Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias, de aplicación en todos los centros sanitarios de atención primaria, hospital y sociosanitarios de la red sanitaria pública del Principado de Asturias, y en los privados que deseen adherirse. (Indic 1 a 4) o Guía de catéteres venosos centrales para enfermería. o Guía Técnica: Limpieza, Desinfección y Esterilización en atención primaria.
ESP	Establecer un sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS a nivel autonómico, y participar en el existente a nivel nacional, que permita seguir su evolución y comparar resultados entre centros y servicios.
ESP	Asegurar el uso adecuado de antisépticos y desinfectantes en los centros sanitarios, y establecer criterios de bioseguridad ambiental en salas de ambiente controlado, como los quirófanos.
ESP	Desarrollar una herramienta informática específica que permita implementar el sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS, de manera normalizada y sistemática para todos los dispositivos asistenciales.
ESP	Mantener y fomentar los proyectos bacteriemia zero y neumonía zero, dirigidos a disminuir y controlar la infecciones relacionadas con catéter venoso central (CVC) y neumonía asociada a ventilación mecánica, respectivamente, en las áreas de críticos de nuestra comunidad y su expansión a otras áreas del hospital adaptándolas a sus características.
ESP	Implantar el programa nacional para la prevención y control de la infección en el sitio quirúrgico en procedimientos seleccionados (programa infección quirúrgica zero).
ESP	Implantar un programa de prevención de flebitis asociada a catéter venoso de inserción periférica (programa flebitis zero).
ESP	Implantar un protocolo de prevención y control de infección de orina asociada a sonda.
ESP	Mantener la participación en los estudios nacionales: EPINE, ENVIN-HELICS, INCLIMECC. (Incluye indicadores SP_6.D.01.04.01 y SP_6.D.01.04.02)
ESP	Promover la prevención y control de las infecciones a los centros socio-sanitarios desarrollando guías de actuación, programas específicos y adaptando los proyectos anteriores que proceda.
SGSP	Protocolo de uso de los elementos barrera: guantes, mascarillas, gafas, etc



Procedencia	Resultado de la validación
SGSP	Política de higiene de manos en Atención Primaria (Acción nº 13 MISAP 5)
SGSP	Política de uso de guantes y otros medios barrera en Atención Primaria (Acción nº 14 MISAP 5)
SGSP	Establecimiento y aplicación de protocolo sobre limpieza de estancias, material de oficina, material clínico y aparatos de exploración
SGSP	Realización de la actividad formativa acreditada por el MSSSI :l "Curso sobre la higiene de las manos durante la atención sanitaria" (http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/HigieneManos/index.php)
SGSP	Formación para poder realizar la observación directa del lavado de manos en los 5 momentos
SGSP	Identificación de procesos y procedimientos con alto riesgo de infección e implantación de medidas proactivas para disminuir el riesgo, en todos los niveles asistenciales
SGSP	Implantación de un procedimiento general para reducir las infecciones
SGSP	Procedimiento de limpieza y esterilización del material sanitario reutilizable en Atención Primaria (Acción nº 15 MISAP 5)
ESP	Objetivo 2: Prevenir y disminuir las resistencias antimicrobianas.
ESP	Implantar programas de optimización de antimicrobianos en todos los dispositivos de nuestra comunidad.
ESP	Elaborar y difundir periódicamente el mapa de resistencias y sensibilidad a antibióticos.
ESP	Adaptar e implantar el Proyecto Resistencia Zero, dirigido a disminuir la tasa de pacientes con microorganismos multirresistentes en las áreas de críticos de nuestra comunidad.
ESP	Difundir buenas prácticas de prescripción en patologías infecciosas que precisen tratamiento antibiótico empírico, y establecer una guía terapéutica para el uso correcto de antibióticos adaptada al área sanitaria (atención primaria y atención hospitalaria).
SGSP	Aplicación de medidas que permitan el control de la difusión de microorganismos multirresistentes (Guía de aislamiento para pacientes con infecciones trasmisibles SESPA)
SGSP	Evaluación de la adherencia a las recomendaciones establecidas
SGSP	Aplicación de protocolos específicos en cada servicio para el tratamiento de los pacientes con infecciones
	Indicadores
ESP	Porcentaje de dispositivos con sistemática para la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en todos los niveles asistenciales.
ESP	Porcentaje de camas con PBA en la habitación.
ESP	Porcentaje de centros de AP con PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria.
ESP	Consumo anual de preparados de base alcohólica en hospitalización.
ESP	Consumo anual de preparados de base alcohólica en atención primaria.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Prevalencia global de la infección en el hospital (EPINE).
ESP	Prevalencia global del uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados (EPINE).
ESP	Porcentaje de hospitales con un sistema de bioseguridad implantado en las salas de ambiente controlado, como los quirófanos.
ESP	Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Bacteriemia Zero.
ESP	Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Neumonía zero.
ESP	Porcentaje de centros con extensión del Proyecto Bacteriemia Zero a otras áreas.
ESP	Incidencia acumulada de infección del sitio quirúrgico/bacteriemia asociada a infección del sitio quirúrgico en los procesos seleccionados.
ESP	Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Infección Quirúrgica Zero.
ESP	Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Flebitis Zero.
ESP	Porcentajes de centros con implantación de un Protocolo de Prevención y Control de Infección de Orina Asociada a Sonda.
ESP	Densidad de incidencia de bacteriemia primaria y relacionada con catéter (ENVIN-HELICS).
ESP	Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) (ENVIN-HELICS).
ESP	Densidad de incidencia de infección de orina en pacientes sondados (ENVIN-HELICS).
ESP	Porcentaje de centros socio-sanitarios con un plan de prevención y control de IRAS.
ESP	Porcentaje de centros con alertas diarias de pacientes con más de 7 días de tratamiento antibiótico de amplio espectro.
ESP	Porcentaje de pacientes con antibióticos intravenosos y dieta oral.
ESP	Porcentaje de pacientes con más de 30 días de tratamiento antibiótico.
ESP	Porcentaje de pacientes con adecuación de profilaxis quirúrgica.
ESP	Porcentaje de centros con política de antibióticos de uso restringido.
ESP	Porcentaje de áreas con elaboración y difusión del mapa de resistencias y sensibilidades microbianas.
ESP	Porcentaje de centros con implantación del proyecto resistencia Zero.
ESP	Porcentaje de áreas con existencia y difusión de una guía de uso adecuado de antibióticos.
ESP	Porcentaje de centros con planes de formación específica en antibióticos.
SGSP	Porcentaje de camas de UCI con preparado de base alcohólica en el punto de atención
SGSP	Porcentaje de camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención



Procedencia	Resultado de la validación
SGSP	Porcentaje profesionales que han realizado actividades formativas sobre higiene de manos
SGSP	El hospital ha realizado observación del cumplimiento de los 5 momentos (o de alguno de ellos) según criterios de la OMS
SGSP	El hospital ha realizado autoevaluación según los criterios de la OMS
SGSP	El hospital ha realizado actividades formativas sobre los 5 momentos utilizando la herramienta de la OMS
SGSP	El área sanitaria dispone de un panel de indicadores de infección hospitalaria y se revisan y publican sus resultados periódicamente
SGSP	El área sanitaria dispone de un procedimiento para minimizar la infección de las heridas quirúrgicas
SGSP	Los dispositivos del área sanitaria disponen de un procedimiento de separación limpio-sucio
SGSP	El Hospital tiene implantado un Sistema que mide la prevalencia de Infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS)
SGSP	El Hospital tiene implantado un Sistema Prospectivo de medición de IRAS
SGSP	Nº de brotes epidémicos hospitalarios estudiados al año y tipo
SGSP	Infección en determinados procedimientos quirúrgicos de riesgo (INCLIMECC)
SGSP	Incidencia de infección en cirugía limpia (INCLIMECC)
SGSP	Incidencia de infección en cirugía limpia/contaminada (INCLIMECC)
SGSP	Incidencia de infección en cirugía contaminada (INCLIMECC)
SGSP	Incidencia de infección en cirugía sucia (INCLIMECC)
SGSP	Prevalencia de adecuación de profilaxis quirúrgica (INCLIMECC)
SGSP	Incidencia de infección quirúrgica en cirugía ortopédica de prótesis (incidencia acumulada % y según índice de riesgo -sistema NNIS-)
SGSP	Incidencia de infección quirúrgica en cirugía electiva de colon
SGSP	Incidencia de infección quirúrgica en colecistectomía
SGSP	Incidencia de infección quirúrgica en cirugía cardiaca
SGSP	Porcentaje de Catéteres de vías centrales insertados con cumplimentación de la “lista de verificación en la inserción de vías centrales”



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	E. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
ESP	Objetivo 1: Analizar los sistemas de utilización de medicamentos en el hospital.
ESP	Realizar una autoevaluación periódica por un grupo multidisciplinar de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales siguiendo el cuestionario ISMP(92).
ESP	Aplicar al menos un proyecto de mejora resultante de la evaluación anterior.
ESP	Objetivo 2: Minimizar los riesgos relacionados con el uso de medicamentos.
ESP	Establecer corporativamente el listado y guía de uso de los medicamentos de alto riesgo según nivel asistencial.
ESP	Implementar a nivel asistencial la guía de uso de los medicamentos de alto riesgo establecida corporativamente.
ESP	Poner a disposición de los profesionales información terapéutica accesible que facilite la prescripción, con especial atención a pacientes pediátricos.
ESP	- Mantener y potenciar corporativamente los sistemas de prescripción electrónica: o Desarrollar sistemas de ayuda a la prescripción electrónica. o Integrar estos sistemas en los sistemas de información del centro sanitario y hacerlos accesibles a los profesionales implicados en la atención del paciente. o Favorecer la prescripción por principio activo.
ESP	Establecer una sistemática que asegure la trazabilidad entre el paciente y la medicación prescrita, especialmente en el caso de vacunas y medicamentos biológicos.
ESP	Desarrollar programas de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores en el uso seguro de la medicación, con especial énfasis en pacientes pediátricos, dependientes, crónicos y polimedicados.
ESP	Establecer una sistemática común (atención primaria y hospitalaria) para el registro de alergias a medicamentos en la historia clínica electrónica y en todos los sistemas de documentación y comunicación sobre medicamentos. Las alergias registradas deben de estar disponibles para todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes.
ESP	Implantar un procedimiento para realizar la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales que se definan, con especial interés en pacientes crónicos y polimedicados.
ESP	Establecer una sistemática para la revisión periódica de pacientes polimedicados.
SGSP	Aplicación del procedimiento para el correcto almacenaje de los medicamentos
SGSP	Aplicación de criterios de calidad relacionados con la administración de los medicamentos
SGSP	Aplicación de procedimiento para el manejo de medicamentos en situaciones complejas
SGSP	Aplicación de protocolo de actuación para el manejo del paciente polimedicado en Atención Primaria (Acción nº 9 MISAP 3)
SGSP	Desarrollo de acciones de información y formación a los pacientes en el uso seguro de la medicación
SGSP	Implantación de la terapia secuencial (conversión de la vía intravenosa a la oral)



Procedencia	Resultado de la validación
SGSP	Minimizar el impacto en los pacientes cuando se les administran medicamentos de alto riesgo
SGSP	Aplicación de procedimientos de especial vigilancia para el almacenaje, preparación, transporte y administración de medicamentos de alto riesgo
SGSP	Aplicación de protocolos de actuación para el manejo seguro de medicamentos citostáticos
SGSP	Aplicación de procedimientos de control de accesos a los medicamentos de alto riesgo
SGSP	Identificación de las medicaciones de alto riesgo (Acción nº 7 MISAP 3)
SGSP	Restricción del acceso a las medicaciones de alto riesgo (Acción nº 6 MISAP 3)
SGSP	Aplicación de protocolo de actuación para el manejo seguro del metrotrexate en AP (Acción nº 8 MISAP 3)
SGSP	Garantizar que los pacientes reciben los medicamentos necesarios y adecuados a su situación en todas las transiciones asistenciales
ESP	Objetivo 3: Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la medicación.
ESP	Difundir y fomentar entre los profesionales los sistemas disponibles para la notificación de incidentes relacionados con la medicación (Farmacovigilancia [RAM] y SINASP).
ESP	Análisis y evaluación por los equipos de seguridad del paciente de los incidentes notificados y difusión de las recomendaciones para evitar los errores más frecuentes o graves.
SGSP	Objetivo 4: Minimizar el riesgo asociado al uso inadecuado de dispositivos de preparación y administración de medicamentos (bombas de infusión, catéteres, sondas, implantes ...)
SGSP	Aplicación de los documentos autonómicos existentes al respecto: Lista de verificación en la inserción de vías centrales, de Catéteres Venosos Centrales (CVC). Guía para enfermería. SESPA 2011
SGSP	Identificación de los dispositivos cerrados de preparación, adecuación y administración de los medicamentos citostáticos y de los riesgos asociados a dicha preparación, adecuación y administración, tanto para el paciente como para el sanitario y el medio ambiente
SGSP	Aplicación de procedimientos para la adecuada utilización de catéteres, sonda e implantes, con instrucciones accesibles
	Indicadores
ESP	Porcentaje de hospitales con autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos realizada y la implantación de, al menos, un plan de mejora.
ESP	Porcentaje de áreas con implantación de la guía de uso de los medicamentos de alto riesgo establecida corporativamente.
ESP	Número de actividades formativas en prescripción pediátrica realizadas en el último año.
ESP	Numero de sistemas de ayuda a la prescripción integrados en la prescripción electrónica.
ESP	Porcentaje de áreas que han desarrollado actividades de información y formación a los pacientes, familiares y cuidadores en el uso seguro de la medicación.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias y centros sanitarios concertados donde se aplica un procedimiento de conciliación terapéutica en los pacientes y las situaciones definidas.
ESP	Porcentaje de pacientes conciliados al alta/ingreso hospitalario.
ESP	Porcentaje de pacientes revisados en el programa de atención a pacientes con polimedicación.
ESP	Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos por cada 1000 habitantes.
SGSP	El Hospital tiene implantado un protocolo para conciliar la medicación al alta
SGSP	Número de incidentes notificados relacionados con el uso de medicamentos
SGSP	Guía farmacoterapéutica de área implantada
SGSP	El Área Sanitaria dispone de una guía farmacoterapéutica que oriente a unos criterios de prescripción comunes y de calidad en base a estándares de buena práctica
SGSP	Los dispositivos del área sanitaria tienen establecida una sistemática para la conservación, control e inventario de los medicamentos almacenados en los lugares en los que se presta asistencia
SGSP	Los dispositivos del área sanitaria cuentan con un procedimiento que garantiza que los medicamentos se administran al paciente adecuado en el momento adecuado y en la dosis y vía adecuadas, y registra siempre en la historia clínica la administración del medicamento al paciente
SGSP	El área sanitaria dispone de procedimientos que garantizan la seguridad de uso de la medicación y productos sanitarios que precisan cadena de frío
SGSP	Tasa de notificación de RAM al Centro de Farmacovigilancia Regional
SGSP	Porcentaje de cumplimiento de ítems de la lista de comprobación del procedimiento de gestión de medicamentos de alto riesgo
SGSP	Número de incidentes notificados relacionados con la administración de medicamentos de alto riesgo
SGSP	Porcentaje de cumplimiento de ítems de la lista de comprobación del procedimiento de conciliación terapéutica
SGSP	Número de incidentes notificados relacionados con la conciliación terapéutica
SGSP	Número de incidentes notificados relacionados con los dispositivos de preparación y administración de medicamentos



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	F. Mejorar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo.
ESP	Objetivo 1: Garantizar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo.
ESP	Establecer una sistemática que asegure la implantación y uso adecuado del protocolo autonómico existente "Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo".
ESP	Desarrollar corporativamente e implantar en las áreas sanitarias un procedimiento de verificación para cirugía menor y otros procedimientos de riesgo en atención primaria.
ESP	Implantar las recomendaciones de la declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología.
SGSP	Identificar prácticas potencialmente inseguras (procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo de EA)
SGSP	Implantación de otras prácticas seguras existentes
SGSP	Reconocimiento mutuo en Atención Primaria (Acción nº 10 MISAP 4)
SGSP	Aplicación del protocolo universal JCI, procedimiento de comprobación en Atención Primaria (Acción nº 11 MISAP 4)
SGSP	Capacitación profesional en Atención Primaria (Acción nº 12 MISAP 4)
ESP	Objetivo 2: Fomentar el desarrollo y entrenamiento de las habilidades de trabajo en equipo de los profesionales quirúrgicos.
ESP	Desarrollar acciones formativas dirigidas a conseguir un trabajo en equipo y comunicación efectivos en el área quirúrgica y durante las transiciones, especialmente en pacientes graves
	Indicadores
ESP	Porcentaje de pacientes intervenidos en cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.
ESP	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía urgente con ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.
ESP	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada sin ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.
ESP	Porcentaje de listados de verificación de la seguridad quirúrgica en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata.
ESP	Mortalidad postoperatoria.
ESP	Porcentaje de centros de atención primaria con implantación del procedimiento de verificación para cirugía menor y otros procedimientos de riesgo en atención primaria.
ESP	Porcentaje de centros con implantación de las recomendaciones de la declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología.
ESP	Porcentaje de acciones formativas para fomentar el trabajo en equipo y la comunicación efectiva.
ESP	Porcentaje de centros con sistemática establecida para las transiciones de los pacientes desde el área quirúrgica.



Procedencia	Resultado de la validación
SGSP	Cumplimiento del listado de verificación quirúrgico adecuado a protocolo
SGSP	Cumplimiento del listado de verificación en procedimientos de riesgo
SGSP	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada que se les aplica la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)
SGSP	No cumplimiento de ítem x de lista de verificación en intervenciones quirúrgicas
SGSP	No cumplimiento de ítem x de lista de verificación en lista de verificación en procedimientos de riesgo
SGSP	Porcentaje de pacientes con verificación de lateralidad
SGSP	Porcentaje de pacientes con conteo de instrumental
SGSP	Número de incidentes notificados relacionados con los errores en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	G. Optimizar el uso de los procedimientos con radiaciones ionizantes.
ESP	Objetivo 1: Optimizar la solicitud de pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes en pediatría y adulto joven (<25 años).
ESP	Desarrollar acciones informativas sobre el uso de pruebas radiológicas en edad pediátrica y adulto joven, dirigidas al médico solicitante.
ESP	-Establecer y difundir una guía de indicaciones por especialidad y patología para la solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen, especialmente en edad pediátrica y adulto joven, especificando la dosis media de radiación que recibirá el paciente por cada prueba realizada.
ESP	- Difundir las recomendaciones de la Sociedad Española de Radiología (SERAM) de “no hacer” dentro del proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”: o No hacer radiografía simple de abdomen en el niño y adolescente de forma rutinaria con dolor abdominal agudo, salvo sospecha de obstrucción o perforación intestinal. o No hacer Tomografía Computarizada ni Resonancia Magnética en niños con convulsión febril simple.
ESP	Implantar un procedimiento para la optimización de la radiación en Tomografía Computarizada y radiología intervencionista.
ESP	Difundir información a solicitantes y a la comunidad dirigida a minimizar el uso de pruebas radiológicas en odontología infantil.
ESP	Objetivo 2: Promover la seguridad del paciente y profesionales en los procedimientos con radiaciones ionizantes.
ESP	Asegurar que en los centros asistenciales, que así lo requieran, implanten un programa de garantía de calidad y protección radiológica, que incluya las medidas fundamentales y las recomendaciones para la protección radiológica de pacientes y profesionales, así como la notificación de incidentes y el análisis de riesgos. Afecta a aquellos servicios que utilicen radiaciones ionizantes tanto para pruebas diagnósticas como para radioterapia.
ESP	Implementar un procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo que garantice el estado adecuado del aparataje y la menor radiación ionizante posible en los procedimientos.
ESP	Establecer un procedimiento de seguimiento en pacientes que han recibido altas dosis de radiaciones en procedimientos intervencionistas.
ESP	Establecer una sistemática que permita incluir en los informes de radiología la dosis recibida y en la historia clínica electrónica la dosis acumulada
	Indicadores
ESP	Porcentaje de pediatras en el área que al menos han participado en una acción formativa sobre el uso de pruebas radiológicas en los últimos 5 años.
ESP	Porcentaje de áreas que han difundido la guía para la solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen con radiaciones ionizantes.
ESP	Porcentaje de áreas con difusión a los profesionales de las recomendaciones de “no hacer” de la SERAM.
ESP	Existencia e implementación evaluada del Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Porcentaje de Servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear que han realizado al menos un curso de formación continuada en materia de protección radiológica.
ESP	Existencia de una guía de recomendaciones de protección a pacientes en procedimientos radiológicos y de medicina nuclear.
ESP	Existencia de un sistema de control y prevención de la radiación, especialmente en población infanto-juvenil y durante el embarazo y lactancia.
ESP	Existencia de criterios de calidad y seguridad en Radioterapia para asegurar la optimización del tratamiento de Radioterapia y protección radiológica de pacientes.
ESP	Porcentaje de servicios con radiología intervencionista que disponen de protocolo de uso de niveles de referencia y seguimiento de pacientes en caso de haber recibido altas dosis de radiación.
ESP	Porcentaje de historias clínicas con sistema de control de dosis de radiación recibida.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	H. Seguridad transfusional.
ESP	Objetivo 1: Minimizar el riesgo sanitario asociado a todas las fases del proceso de donación y transfusión de hemocomponentes.
ESP	Elaborar e implantar un protocolo corporativo de seguridad transfusional.
ESP	Establecer un procedimiento corporativo para el uso óptimo de componentes sanguíneos.
ESP	Mantener en todos los centros el Sistema de Hemovigilancia implantado en el Principado de Asturias.
SGSP	Declaración de incidentes y eventos adversos relacionados con el proceso transfusional
ESP	Objetivo 2: Garantizar el suministro de componentes sanguíneos para todos los pacientes médicos y quirúrgicos mejorando el grado de información entre el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos, las Instituciones Sanitarias y los hospitales.
ESP	- Elaborar un sistema de información "on line" que permita conocer a los centros sanitarios el número de componentes sanguíneos almacenados en el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias, y que incluya niveles de alerta que puedan afectar al suministro de los mismos.
ESP	Establecer una sistemática que permita conocer al Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias la programación extraordinaria de los hospitales con el fin de poner en marcha medidas de promoción de la donación en situación de alerta.
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas con protocolo de seguridad transfusional implantado.
ESP	Porcentaje de áreas con procedimiento para uso óptimo de componentes sanguíneos difundido entre los profesionales.
ESP	Porcentaje de centros hospitalarios con notificación al Sistema de Hemovigilancia.
ESP	Porcentaje de áreas con Comisión de Hemoterapia constituida y funcionante.
ESP	Existencia de informe anual de hemovigilancia evaluado.
ESP	Número de intervenciones suspendidas o reprogramadas por falta de sangre.
SGSP	Nº anual de reuniones de seguimiento del programa de seguridad transfusional con acta
SGSP	Número de casi-incidentes y eventos adversos declarados y registrados relacionados con el proceso transfusional



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	I. Disminuir variabilidad clínica e intervenciones innecesarias.
ESP	Objetivo 1: Disminuir la variabilidad clínica reduciendo el número de intervenciones sanitarias innecesarias
ESP	Seleccionar las recomendaciones de las sociedades científicas, dentro del proyecto “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas”, en función del tipo de centro sanitario.
ESP	Difundir entre profesionales y usuarios las recomendaciones que apliquen al centro sanitario.
ESP	Promover la aplicación de las recomendaciones que apliquen al centro sanitario.
ESP	Desarrollar una sistemática que permita el desarrollo y permanente actualización de los distintos Programas Clave de Atención Interdisciplinar elaborados.
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas con recomendaciones seleccionadas y difundidas entre profesionales y usuarios.
ESP	Porcentaje de PCAIS con grupo de trabajo corporativo para su actualización continúa.
ESP	Porcentaje de áreas con grupos de trabajo que evalúen la adecuación de sus procedimientos a los PCAIS.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	7. Gestión de riesgos
ESP	Objetivo 1: Identificar riesgos asociados a la asistencia sanitaria
ESP	Implantar en las áreas sanitarias el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP) de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria.
ESP	Identificar todas las fuentes de información (además del SINASP) relacionadas con la seguridad del paciente de las que disponga el área sanitaria (reclamaciones, auditorías clínicas, registros, etc.) y establecer una sistemática de análisis y seguimiento de las mismas.
ESP	Formar a los profesionales para la adecuada notificación.
ESP	Fomentar y favorecer la comunicación de incidentes en el área sanitaria/centros sanitarios concertados.
ESP	Promover el desarrollo de normativa orientada a la protección de quien notifica.
SGSP	Identificación de riesgos potenciales mediante el análisis y seguimiento de las fuentes de información relacionados con la seguridad del paciente
SGSP	Implementación del uso de herramientas de detección de incidentes y eventos adversos
SGSP	Promoción de la comunicación de incidentes por parte de todos los grupos de interés: órganos participativos, grupos de trabajo y personal (sanitario y no sanitario)
ESP	Objetivo 2: Prevenir los riesgos asociados a la asistencia sanitaria y gestionar los no evitados, minimizando sus consecuencias.
ESP	Implantar medidas tendentes a controlar los riesgos potenciales detectados mediante el análisis y seguimiento de las fuentes de información relacionados con la seguridad del paciente, y establecer planes de contingencia para ser aplicados en caso de exposición a los mismos.
ESP	Implantar las prácticas seguras que en cada momento se establezcan de forma corporativa.
ESP	Gestionar la respuesta y análisis de los incidentes y eventos adversos no evitados (SINASP y demás fuentes).
ESP	Definir y listar de forma corporativa los eventos que se van a considerar eventos centinela.
ESP	Retroalimentar periódicamente a profesionales, equipos directivos, etc. con el fin de aprender de los incidentes y eventos adversos no evitados: informes con las medidas propuestas y la efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales.
ESP	Fomentar y dar apoyo al diseño de programas de seguridad específicos en los servicios hospitalarios y centros de atención primaria.



Procedencia	Resultado de la validación
ESP	Objetivo 3: Favorecer el abordaje de los efectos adversos graves en los centros asistenciales
ESP	Elaborar un plan corporativo para la gestión de eventos adversos graves y eventos centinela (planes de crisis) que tenga en cuenta al paciente (primera víctima), a los profesionales implicados (segunda víctima), a la institución (tercera víctima) y como transmitir la información al paciente y familiares, a la institución y a los medios de comunicación, con el fin de satisfacer las necesidades de todas las partes implicadas.
ESP	Implementar en las áreas sanitarias/centros sanitarios concertados el plan corporativo de gestión de eventos adversos graves y eventos centinela.
ESP	Incluir acciones formativas para gestores y profesionales sanitarios sobre la atención a pacientes y profesionales implicados en un evento adverso grave y eventos centinelas.
ESP	Establecer un sistema corporativo de alertas en seguridad del paciente y el plan de contingencia a aplicar.
SGSP	Acciones formativas/informativas donde profesionales de reconocido prestigio hablen sobre sus errores y sentimientos al respecto
SGSP	Foros y conferencias sobre las experiencias de las segundas víctimas
SGSP	Programas de apoyo precoces tras la aparición del incidente
SGSP	Realización de sesiones estructuradas de análisis retrospectivo
	Indicadores
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente implantado.
ESP	Número de notificaciones recibidas en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias que tienen establecidas las fuentes de información relacionadas con la seguridad del paciente.
ESP	Porcentaje de profesionales formados en el sistema de notificación.
ESP	Porcentaje de áreas con informe trimestral que incluya eventos adversos no evitados, acciones tomadas para corregirlos y efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales.
ESP	Porcentaje de notificaciones SAC 1/2 con respuesta menor a 15 días.
ESP	Porcentaje de áreas con implantación del plan corporativo de gestión de eventos adversos graves y eventos centinela.
ESP	Número de acciones formativas para gestores y profesionales sanitarios sobre la atención a pacientes y profesionales implicados en un evento adverso grave y eventos centinelas.
ESP	Porcentaje de áreas sanitarias con sistema de alertas en seguridad del paciente establecido.
SGSP	Activadores de Respuesta Inmediata en SP en el año (*)
SGSP	Porcentaje de Activadores de Respuesta Inmediata en SP con respuesta adoptada según plan de medidas correctoras (*)

(*) Concepto asimilable a "Alertas en Seguridad del paciente"



Procedencia	Resultado de la validación
SGSP	Nº de riesgos, incidentes y eventos adversos declarados
SGSP	Relación de acciones de difusión y divulgación de las recomendaciones sobre notificación anónima de eventos adversos llevadas a cabo por la Gerencia de Área
SGSP	Existencia de Equipo de Gestión de Seguridad del Paciente
SGSP	Informe trimestral de análisis de sucesos adversos declarados y acciones tomadas
SGSP	Porcentaje de notificaciones de Eventos Adversos con análisis y plan de mejora
SGSP	Aplicación de protocolo de actuación ante riesgo de suicidio
SGSP	Porcentaje de eventos centinela con plan de mejora y medidas correctoras

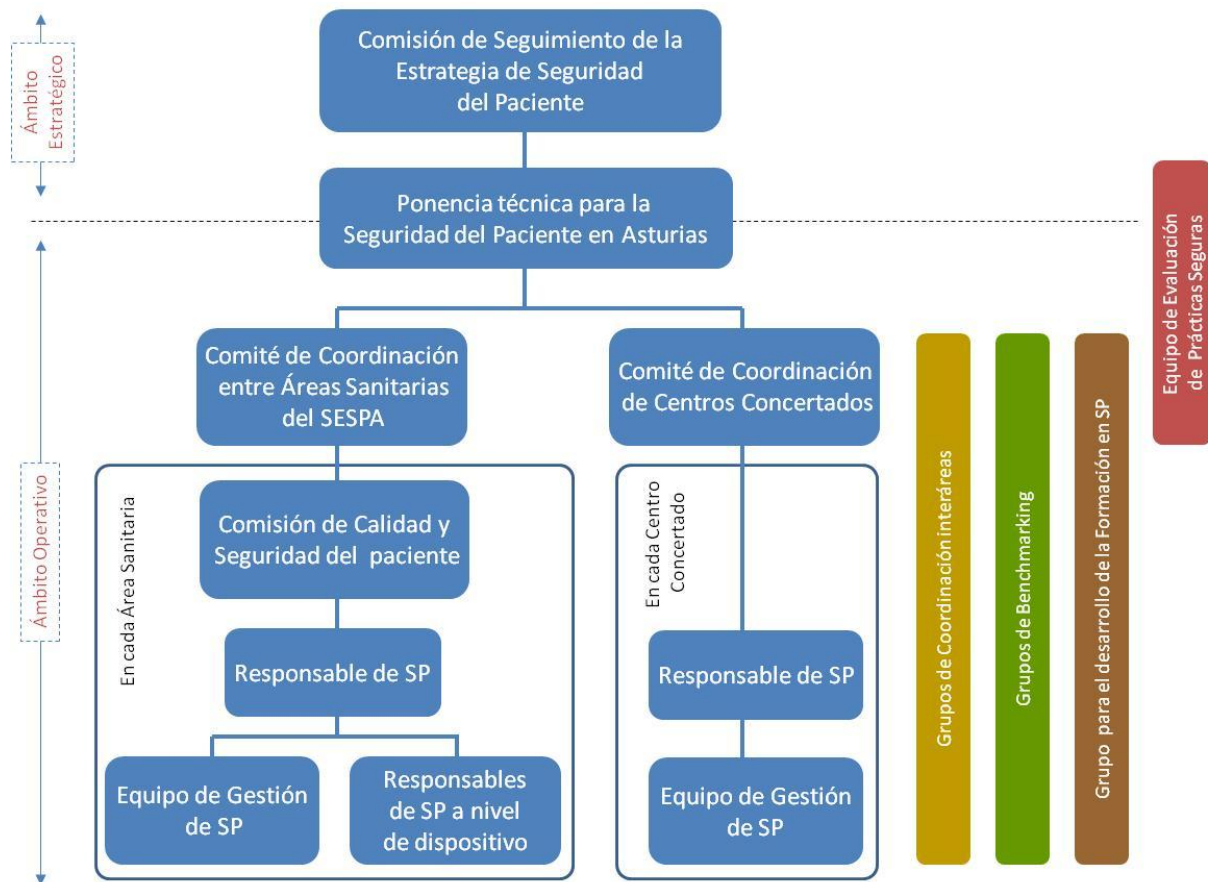


Fase 4: Validación de la estructura organizativa

El SGSP planteaba una propuesta de estructura organizativa y de trabajo que fue elaborado previamente a la aprobación de la ESP.

Una vez aprobada la ESP, el SGSP adopta íntegramente el modelo de estructura organizativa de la ESP. Sobre ella se añaden los grupos operativos que sean necesarios desarrollar en base a las que cada año se establezcan.

El esquema organizativo queda como sigue:





Fase 5: Tareas resultantes o ulteriores

Una vez que este informe confirma la coherencia/alineamiento del SGSP con la ESP y que permite dar cumplimiento a la misma, se hace necesario desarrollar nuevas tareas relativas al cuadro de mando, que no están definidas en la ESP:

1. Definir los itinerarios más adecuados para el desarrollo de cada acción, desarrollando un manual de acciones
2. Definir un check-list que permita comprobar el adecuado desarrollo de cada acción
3. Vincular cada indicador al objetivo correspondientes
4. Vincular cada indicador a la/las acciones correspondiente
5. Crear la ficha de indicador
6. Crear la taxonomía de indicadores en base a la sistemática de recogida de información y en especial:
 - Automáticos
 - Manuales
 - De Auditoría





Anexo 1: Análisis en detalle del contraste de las dimensiones, objetivos, acciones e indicadores

Se contrastaron el SGSP y la ESP, tomando como referencia la ESP.

En la siguiente tabla se especifica la sistemática de contraste y la actuación que se llevó a cabo.

SIGNIFICADO	SIMBOLO	ACTUACION
El literal de la Línea de trabajo corporativa (equivalente a las Dimensiones del Sistema de Gestión), Objetivo, Acción o Indicador está incluido y coincide con el literal correspondiente del SGSP	✓	Validación
El literal de la Línea de trabajo corporativa (equivalente a las Dimensiones del Sistema de Gestión), Objetivo, Acción o Indicador está incluido y coincide parcialmente con el literal correspondiente del SGSP	≈	Modificar y completar texto
El literal de la Línea de trabajo corporativa (equivalente a las Dimensiones del Sistema de Gestión), Objetivo, Acción o Indicador de la ESP no está incluido en el SGSP, o bien el literal del SGSP no presenta coincidencias con la ESP	≠	Incluir texto

Siguiendo esta sistemática, se contrastaron todas las Dimensiones con las Líneas de Trabajo Corporativas, así como los objetivos, acciones e indicadores.

A continuación se expresa el resultado de este contraste:



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
1. Organización y liderazgo	1. Organización y liderazgo	≈
Objetivo 1: Desarrollar la estructura de liderazgo en seguridad del paciente más adecuada a las necesidades de la población del área sanitaria (afecta a centros hospitalarios y de atención primaria del SESPA y centros concertados)	Desarrollar la estructura de liderazgo en Seguridad del Paciente más adecuada a las necesidades del Área Sanitaria	≈
Establecer una correcta estructura de liderazgo, coordinación, seguimiento y evaluación entre servicios centrales de la Consejería de Sanidad y el SESPA.		≠
Designar a las personas responsables en seguridad del paciente en el área sanitaria y centros sanitarios concertados.	Determinación de responsables en seguridad del Paciente	≈
Crear el/los equipos de gestión de la seguridad del paciente en el área sanitaria y centros sanitarios concertados.	Creación de los Equipos de Gestión de Riesgos (EGR)	≈
Designar responsable/s para cada programa de implantación de prácticas clínicas seguras en el área sanitaria y centros sanitarios concertados (como por ejemplo, listado de verificación quirúrgica, higiene de manos, metas internacionales de seguridad del paciente en atención primaria o proyectos zero), que aseguren su cumplimiento y evaluación.		≠
	Diseño y desarrollo de un plan de formación específico dirigido a los líderes, que además de aspectos de SP, incluya también actividades formativas para mejorar la capacidad de liderazgo	≠
Objetivo 2: Desarrollar en el área sanitaria la estrategia de seguridad del paciente en Asturias.	Implementar el Plan/Estrategia de Seguridad del Paciente establecido por la Autoridad Sanitaria en el Área Sanitaria	≈
Implantar en el área sanitaria la estrategia de seguridad del paciente establecida por la Consejería de Sanidad.	Implantación del Plan/Estrategia de Seguridad del Paciente	≈
Implantar el Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA en su ámbito de referencia.	Aplicación del Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente	≈
Evaluar y difundir los resultados, así como establecer las acciones de mejora que sean necesarias.	Evaluar los resultados y el Sistema de Gestión de la Seguridad del Paciente y establecer las acciones de mejora que sean necesarias	≈
	Utilización del Ciclo de Mejora en Seguridad del Paciente	≠
	Cada área sanitaria podrá añadir otras acciones de probada utilidad y que no entorpezcan la implantación del plan corporativo.	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 3: Adecuar los tiempos de atención a las necesidades del paciente, así como la continuidad de la asistencia.	Adecuar el tiempo para ser atendido a la prioridad del problema por el que consulta el paciente	≈
	Proporcionar al paciente una atención coordinada y sin solución de continuidad	≈
-Asegurar una respuesta correcta, según la situación clínica del paciente, que permita cumplir los tiempos establecidos a nivel autonómico, tanto en atención urgente como programada y que deben de incluir al menos: o Atención en los servicios de urgencias, según sistema de clasificación establecido (hospital y atención primaria). o Aplicación del código ictus. o Aplicación del código corazón. o Traslados de pacientes. o Cirugía oncológica. o Lista de espera para pruebas diagnósticas. o Lista de espera para cirugía programada.	Implantación de un procedimiento de priorización de pacientes en todas las modalidades de la asistencia (consulta, pruebas diagnósticas...) según las necesidades del paciente	≈
	Cumplimiento de los tiempos establecidos a nivel autonómico respecto a Lista de espera quirúrgica	≈
	Aplicación del protocolo autonómico de Código Ictus	≈
	Aplicación del protocolo autonómico Código Corazón	≈
Garantizar la continuidad asistencial, mediante la existencia de un/a profesional médico responsable del paciente, y la aplicación de criterios para la transición del paciente entre servicios y entre niveles asistenciales, así como un/a profesional de enfermería que asegure la continuidad de cuidados, con especial atención a aquellas situaciones que puedan suponer un alto riesgo para el paciente.	Existencia de un médico responsable para cada paciente concreto, que sea comunicado correctamente al mismo y/o sus familiares, y que sirva de referencia	≈
	Aplicación de criterios para la transición de los pacientes en la organización sanitaria	≈
Asegurar la adecuada ubicación de los pacientes en las plantas de hospitalización		≠
	Garantizar el cumplimiento de los tiempos máximos de acceso que marca la organización para la atención de determinados procesos asistenciales	≠
	Cumplimiento de los tiempos establecidos a nivel autonómico respecto a Lista de espera para consultas	≠
	Aplicación de PCAI de Cáncer de mama, colon y próstata	≠
	Aplicación de procedimiento para garantizar la continuidad asistencial	≠
	Identificación, durante las transiciones asistenciales, aquellas situaciones de alto riesgo de contribuir a la aparición de eventos adversos graves	≠
	Aplicación de procedimiento para gestionar la asistencia y el tratamiento de la información clínica, en los traslados de los pacientes entre dispositivos asistenciales o servicios	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Indicadores		
Existencia de un organigrama de coordinación entre los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y del SESPA aprobado por el Consejo de Dirección.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen establecido un organigrama aprobado por la dirección, con funciones y responsabilidades en relación con la seguridad del paciente (equipo de gestión de la seguridad del paciente y responsable de seguridad del paciente).	El área sanitaria y/o los dispositivos asistenciales tienen establecido un organigrama con funciones y responsabilidades en relación con la seguridad del paciente	≈
	Relación de personas Responsables de SP en el Área Sanitaria	≈
	Relación de Equipo/s Responsables de SP en el Área Sanitaria	≈
Porcentaje de áreas/centros sanitarios concertados con sistemática para la implantación de la estrategia de seguridad del paciente.		≠
Porcentaje de áreas/centros sanitarios concertados con informe de evaluación anual del desarrollo de la estrategia de seguridad.	Informe anual de Evaluación de resultados de SP y plan de acciones de mejora	≈
Porcentaje de áreas que han establecido un sistema para la valoración de las peticiones de consulta, incluyendo un procedimiento de priorización de las mismas así como la identificación del profesional/es responsable.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias que cumplen con los tiempos de espera establecidos a nivel autonómico (atención en los servicios de urgencias (hospital y atención primaria), código ictus, código corazón, traslados de pacientes, tiempos oncológicos, lista de espera para pruebas diagnósticas, lista de espera para cirugía programada).		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con sistema de clasificación de pacientes implantado.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen implantado un protocolo para el traslado de los pacientes, tanto dentro del centro como entre centros.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen definido un circuito que garantiza la continuidad de la asistencia al paciente, cuando surgen conflictos ante la negativa del profesional a la asistencia por situación personal o conflicto ético.	El área sanitaria tiene definido un circuito que garantiza la continuidad de la asistencia al paciente cuando surgen conflictos ante la negativa del profesional a la asistencia por situación personal o conflicto ético	≈
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen implantado un procedimiento que asegure la atención a los pacientes ingresados durante fines de semana y festivos.	Existencia del procedimiento que gestione la atención a los pacientes ingresados durante fines de semana y festivos	≈
	Relación de personas Responsables de SP en el Área Sanitaria	≠
	Relación de Equipo/s Responsables de SP en el Área Sanitaria	≠
	Nº de profesionales que han recibido formación para ejercer el liderazgo en materia de Seguridad del Paciente.	≠
	El Área Sanitaria está en fase I del desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente*	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	Porcentaje de dispositivos sanitarios con auditoría interna del sistema de Gestión de SP realizada	≠
	Porcentaje de dispositivos sanitarios con evaluación externa del sistema de Gestión de SP realizada	≠
	Informe anual de Evaluación del Sistema de Gestión de SP y plan de acciones de mejora	≠
	El área sanitaria dispone de un sistema de clasificación de los pacientes urgentes	≠
	Porcentaje de dispositivos asistenciales con sistema de triaje implantado	≠
	Tiempo medio de respuesta en triaje	≠
	Tiempo medio de respuesta en la primera asistencia facultativa tras triaje	≠
	El área sanitaria dispone de un procedimiento para la revisión y la priorización de las derivaciones y pruebas diagnósticas	≠
	Número Pacientes de Lista de espera estructural quirúrgica >180 días = 0	≠
	Porcentaje de Pacientes en lista de espera estructural para intervención quirúrgica entre 91 y 180 días	≠
	Número de pacientes con cáncer de colon con espera máxima entre Diagnóstico y Tratamiento > 30 días	≠
	Número de pacientes con cáncer de mama con espera máxima entre Diagnóstico y Tratamiento > 30 días	≠
	Número de pacientes con cáncer de próstata con espera máxima entre Diagnóstico y Tratamiento > 30 días	≠
	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria han establecido un sistema para la valoración de las peticiones de consulta incluyendo la identificación de las personas responsables de la misma, así como un procedimiento de priorización de las peticiones según las necesidades del paciente	≠
	Diferencia interanual de pacientes en Lista de Espera de Primeras Consultas a 31 de Diciembre	≠
	Demora media en Consultas Externas de Atención Especializada	≠
	Demora de consultas preferentes en Servicios de Salud Mental	≠
	Demora en la respuesta de interconsultas	≠
	Existencia del procedimiento que gestione los traslados de los pacientes	≠
	Número de incidentes notificados relacionados con la continuidad asistencial	≠
	El área sanitaria tiene protocolizado el traslado de los pacientes urgentes	≠
	Porcentaje de pacientes con informe de cuidados de enfermería al alta	≠
	Porcentaje de pacientes con informe médico al alta	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
2. Cultura de Seguridad	3. Cultura de la Seguridad del Paciente	✓
Objetivo 1: Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales en seguridad del paciente.	Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales mediante un plan de formación y capacitación en materia de Seguridad del Paciente	≈
Incluir en el plan de acogida dirigido a todo profesional nuevo los aspectos esenciales en seguridad del paciente.	Protocolo de Acogida dirigido al profesional nuevo	≈
Implantar en actos críticos, como por ejemplo la asignación del número de historia o la identificación del paciente, un plan de formación y capacitación específico del puesto de trabajo que tenga en cuenta la seguridad del paciente. Este plan debe incluir al personal subcontratado.		≠
Incluir un programa formativo para cada práctica segura que se impulse corporativamente.	Programa formativo para cada práctica segura que impulse la Organización Sanitaria	≈
Definir corporativamente el currículo mínimo de formación en seguridad.	Definición del curriculum mínimo de formación en seguridad.	≈
Promover la formación básica en seguridad del paciente durante la formación de grado.		≠
Incluir la seguridad del paciente en la formación continuada de todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios) y en el currículo formativo de los profesionales en formación sanitaria especializada (MIR, EIR, FIR, PIR, etc.).		≠
Creación y mantenimiento de un expediente/registro del profesional con la formación en Seguridad del Paciente.	Creación y mantenimiento de un expediente / registro del profesional con la formación en Seguridad del Paciente	✓
	Plan de formación y capacitación en Seguridad del Paciente. Este plan tiene en cuenta al personal subcontratado	≠
Objetivo 2: Valorar el grado de cultura en SP como medio para detectar oportunidades de mejora en seguridad del paciente.	Valorar en los profesionales el grado de cultura en Seguridad del Paciente	≈
- Evaluar periódicamente la percepción que tienen los profesionales de la seguridad del paciente mediante instrumentos validados, como por ejemplo, la encuesta MOSPS (Medical office survey on patient safety) en atención primaria(92) y la encuesta HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) en atención hospitalaria(93).	Evaluación, con una periodicidad establecida, de la cultura de los profesionales en Seguridad del Paciente	≈
	Análisis de los resultados de la valoración para realizar los cambios necesarios en la estrategia de la cultura de Seguridad del Paciente	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 3: Promover la cultura de seguridad en los profesionales y su participación activa en la misma.	Promover la cultura de seguridad en los profesionales y pacientes/familia y su participación activa, en el ámbito de la asistencia sanitaria	≈
- Difundir a los profesionales, a través de los medios que se establezcan, de información periódica y accesible por parte del equipo de gestión de la seguridad del paciente, relacionada con su área sanitaria/centro asistencial, sobre: o Riesgos derivados de la asistencia sanitaria y acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación. o Alertas de seguridad del paciente.	Difusión a los profesionales de información, periódica y accesible, sobre riesgos derivados de la asistencia sanitaria y acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación	≈
	Difusión a los profesionales de información, periódica y accesible, relacionada con Alertas (de medicamentos, de aislamientos, de organismos, etc.)	≈
- Difundir a los profesionales a través de un portal web corporativo único de información agregada y actualizada respecto a: o Riesgos derivados de la asistencia sanitaria. o Acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación. o Compartir buenas prácticas en seguridad del paciente. o Estándares en seguridad del paciente establecidos corporativamente.	Difusión a los profesionales a través de un portal web corporativo y único de información actualizada respecto a: o Riesgos derivados de la asistencia sanitaria. o Acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación. o Compartir buenas prácticas en seguridad del paciente. o Estándares en seguridad del paciente establecidos corporativamente.	✓
-Realizar una jornada anual autonómica para compartir experiencias sobre seguridad del paciente.	Realización de jornada anual sobre seguridad del paciente.	≈
	Implantación de una estrategia en el área que fomente un entorno de trabajo donde se considera la Seguridad del Paciente un elemento central	≠
Objetivo 4: Promover la cultura de seguridad en la población y su participación activa en la misma.	Promover la cultura de seguridad en los profesionales y pacientes/familia y su participación activa, en el ámbito de la asistencia sanitaria	≈
Incorporar en todos aquellos programas formativos que se realicen a la ciudadanía (Escuelas Municipales de Salud, Asociaciones de Personas Afectadas, Escuelas de Pacientes y otros foros) contenidos sobre la desmedicalización, el uso adecuada de los servicios sanitarios y la utilización de elementos no farmacológicos en el cuidado de las enfermedades.		≠
Elaborar materiales informativos a la población general sobre aspectos relacionados con la cultura de seguridad, prevención cuaternaria y desmedicalización.		≠
Garantizar la correcta información del balance de riesgo/beneficio de aquella población sana que es invitada a participar en programas de detección precoz/cribados.		≠
Incorporar la sensibilización y educación en salud en todos los Consejos de Salud de las áreas sanitarias.		≠
Incorporar contenidos informativos, sobre los beneficios y riesgos, de las diferentes intervenciones preventivas destinadas a la población general (por ejemplo, programas de detección precoz de cáncer), de forma comprensible y adecuada culturalmente		≠
	Incorporación de la Seguridad del Paciente a los procesos de discusión y debate en los órganos de participación colectiva establecidos	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 5: Promover la cultura de seguridad del paciente en otros centros sanitarios y sociosanitarios de la comunidad.		≠
Promover la cultura de seguridad del paciente en los centros sociosanitarios.		≠
Colaborar con los centros sociosanitarios en los temas relativos a la seguridad del paciente que le afecten.		≠
Desarrollar actividades de difusión y formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sociosanitarios de los establecimientos residenciales para ancianos de Asturias (ERA).		≠
Promover la inclusión de criterios de seguridad del paciente en la autorización de nuevos centros privados y en la renovación de la autorización de los existentes.		✓
Objetivo 6: Favorecer la investigación en seguridad del paciente.	Objetivo Favorecer la investigación en seguridad del paciente	✓
- Abrir líneas de investigación en alguno de los siguientes aspectos: o Magnitud e impacto de los efectos adversos en el sistema sanitario. o Descripción y análisis de los factores implicados en la aparición de eventos adversos. o Como mejorar la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes y eventos adversos. o Como promover la identificación y difusión de soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura. o Incidentes ocurridos en el proceso de comunicación entre profesionales y entre profesionales y pacientes. o Factores de riesgo de los pacientes relacionados con una mayor probabilidad de sufrir un evento adverso. o Evaluación de la efectividad de las intervenciones para la mejora de la seguridad del paciente. o Impacto del Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA en la seguridad del paciente. o Tránsito del conocimiento científico a la práctica asistencial.	Presentación a las áreas sanitarias de propuestas de investigación sobre la cuantificación de la magnitud, impacto en el sistema sanitario y las características del riesgo clínico, como mejorar la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes y eventos adversos y promover la identificación y difusión de soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura.	≈
Apoyar la asistencia a congresos y reuniones científicas para la presentación de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del paciente.	Apoyo a la asistencia a congresos y reuniones científicas para la presentación de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del paciente.	✓
Indicadores		
Porcentaje de profesionales nuevos que han recibido en la acogida para el desarrollo de su trabajo información sobre seguridad del paciente.	Porcentaje de profesionales nuevos que han recibido la acogida para el desarrollo de su trabajo de forma segura	≈
Porcentaje de áreas/centros que incluyen en la formación continuada la seguridad del paciente.		≠
Porcentaje de profesionales del área que han recibido formación en seguridad del paciente y prácticas seguras en el último año.	Porcentaje de profesionales que tienen al menos "x" horas de formación en Seguridad del Paciente y prácticas seguras	≈



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Porcentaje de profesionales sanitarios en formación especializada que han recibido formación en seguridad del paciente al terminar su período formativo.		≠
Porcentaje de profesionales que tienen un expediente/registro actualizado de formación en el ámbito de seguridad del paciente en el último año.	Porcentaje de profesionales que tienen un expediente / registro actualizado de formación en el ámbito de Seguridad del Paciente	≈
Porcentaje de áreas sanitarias con informe basal de análisis de la encuesta MOSPS con plan de acción acorde a los resultados obtenidos.	Realización periódica de encuesta MOSPS (Medical Office Survey on Patient Safety Culture) en Atención Primaria	≈
	Informe periódico de resultados de encuestas MOSPS	≈
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados con informe basal de análisis de la encuesta HSOPSC con plan de acción acorde a los resultados obtenidos.	Realización periódica de encuesta HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) en Atención Hospitalaria	≈
	Informe periódico de resultados de encuestas HSOPSC	≈
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que han establecido los medios de difusión de la información.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que han realizado difusión de la información según los medios establecidos.		≠
Existencia de portal corporativo y plan de mantenimiento y actualización.		≠
Porcentaje de áreas con al menos una participación en algún evento relacionado con la seguridad del paciente.		≠
Número de actividades de difusión y formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sociosanitarios del ERA.		≠
Número de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del paciente, presentados en congresos y reuniones científicas.	Número de de publicaciones/comunicaciones nacionales e internacionales por investigación en materia de SP a nivel del Área/Dispositivo (Fuente del Indicador: Informadores Clave)	≈
	Existencia de un documento con la estrategia de área sobre cultura en SP	≠
	Informe anual de acciones de difusión y divulgación de información sobre Seguridad del Paciente llevadas a cabo por la Gerencia de Área (ejemplo: conferencias, publicaciones, apartado específico en intranet del Área Sanitaria -Atención Primaria y Atención Hospitalaria-, jornadas, talleres...)	≠
	Existencia del plan de formación y capacitación	≠
	El área/dispositivo cuenta con un protocolo de acogida para los nuevos profesionales que incluye las medidas para asegurar su capacitación en materia de seguridad del paciente	≠
	Porcentaje de profesionales con al menos "x" horas de formación en Seguridad del Paciente y prácticas seguras en el Área por dispositivo asistencial	≠
	Número de proyectos en marcha en Seguridad del Paciente (Fuente del Indicador: Informadores Clave)	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
3. Participación del paciente	2. Participación	≈
Objetivo 1: Favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones durante el proceso asistencial.	Favorecer la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su seguridad en el proceso asistencial	≈
Aplicar un procedimiento, que garantice al paciente que recibe información suficiente sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, de tal forma que le permita participar en una toma de decisiones compartida con el profesional/equipo que le atiende. El procedimiento se adaptará a las circunstancias personales de cada paciente y a su capacidad para tomar decisiones(101).	Información al paciente sobre su proceso asistencial sus derechos y obligaciones y los riesgos que conlleva.	≈
Elaborar un listado corporativo de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que precisen documento de consentimiento informado específico.	Listado de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que precisen Documento de Consentimiento Informado escrito (DCIE)	≈
Asegurar el correcto procedimiento en la obtención del consentimiento informado en aquellas técnicas diagnósticas y terapéuticas que así se haya establecido. El procedimiento se adaptará a las circunstancias personales de cada paciente y a su capacidad para tomar decisiones. Cuando el paciente no sea capaz de decidir, se tendrá en cuenta el registro de instrucciones previas y la persona o entidad que represente al paciente.	Aplicación del protocolo de Consentimiento informado del paciente en la realización de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que así se hayan establecido	≈
Promover el respeto a las preferencias de los pacientes al final de la vida.		≠
	Protocolo de información sobre decisiones informadas (incluye a pacientes incapacitados)	≠
Objetivo 2: Promover la formación de pacientes, familiares y cuidadores en los riesgos asociados a la atención sanitaria y cómo prevenirlos.	Disponer de un plan de formación y difusión de la información en materia de seguridad del paciente dirigido a los usuarios y cuidadores	≈
Elaborar un plan para informar, aconsejar, instruir y sensibilizar, tanto a los pacientes como a los familiares y personas cuidadoras, de los riesgos que conlleva la atención sanitaria, con especial hincapié en el intercambio de datos de identificación y de la importancia de su contribución para prevenir fallos, identificar riesgos y proponer acciones de mejora, relacionados con la atención sanitaria que reciben.	Plan para informar, aconsejar, instruir y sensibilizar tanto a los usuarios como a los cuidadores de la importancia de su contribución para prevenir fallos e identificar riesgos y proponer acciones de mejora, relacionados con la atención sanitaria que reciben	≈
Disponer de un plan de acogida al paciente que incluya los riesgos que conlleva la asistencia sanitaria y su implicación en la toma de decisiones.	Inclusión de elementos de seguridad en el Plan de acogida al paciente	≈
Potenciar la seguridad del paciente dentro de las actividades de la escuela de pacientes.		≠
Diseñar programas de formación específicos, dirigidos a pacientes y personas cuidadoras para determinados procesos de atención, con el fin de conseguir su participación activa.	Diseño de acciones formativas dirigidas a colectivos específicos en materia de Seguridad del Paciente	≈
Desarrollar programas de información y formación a los pacientes, familiares y personas cuidadoras en el uso seguro de medicamentos.		≠
	Inclusión de elementos de seguridad en las recomendaciones al alta hospitalaria	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 3: Favorecer la participación de pacientes, familiares y cuidadores en su seguridad, tanto en sus contactos con el sistema de salud como a través de los órganos de participación y herramientas de opinión existentes.	Favorecer la participación de los usuarios en la mejora del Plan/Estrategia de Seguridad del Paciente y el Sistema de Gestión de SP	≈
Establecer un procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados (en todos los ámbitos) con el fin de que, siempre que sea posible, el paciente tenga un acompañante, especialmente en pediatría, edad avanzada y personas con deterioro funcional o cognitivo.		≠
Incorporar la seguridad del paciente a los procesos de discusión y debate en los órganos de participación colectiva establecidos.	Incorporación de la Seguridad del Paciente a los procesos de discusión y debate de los órganos de participación colectiva establecidos	✓
Incorporar la seguridad del paciente en los contactos con asociaciones de pacientes, familiares y cuidadores.		≠
Establecer una sistemática que permita la participación individual de los usuarios en la mejora (buzón de sugerencias, etc.).	Procedimiento para la participación individual de los usuarios para la mejora	≈
Incorporar la participación activa de pacientes, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del paciente(102).		≠
Indicadores		
Porcentaje de áreas en las que existe y se aplica el procedimiento de información sobre el proceso asistencial.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que aplican, en las intervenciones y/o procedimientos definidos, los modelos de consentimiento informado establecidos.		≠
Porcentaje de historias clínicas con documento de consentimiento informado específico de acuerdo a protocolo (de las intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos que se determinen).	El área sanitaria/dispositivo asistencial define la relación de intervenciones y/o procedimientos que requieren consentimiento informado y utiliza modelos de consentimiento establecidos al efecto. Además, dispone de una sistemática que permite el rastreo adecuado de los mismos	≈
Porcentaje de áreas con procedimiento sobre preferencias de pacientes terminales.		≠
Porcentaje de dispositivos asistenciales que disponen y aplican el plan de información a pacientes y personas cuidadoras.	Existencia del plan de información a los usuarios y cuidadores	≈
Porcentaje de áreas en las que el plan de acogida del paciente, en todas las modalidades de la atención, incluye la seguridad del paciente.	El plan de acogida del paciente, en todas las modalidades de la atención, incluye elementos de seguridad	≈
Número de actividades desarrolladas dentro de la escuela de pacientes en las que se aborda la seguridad del paciente.		≠
Número de acciones formativas dirigidas a colectivos específicos de pacientes y personas cuidadoras que incluyen la seguridad del paciente.	Informe anual de acciones formativas en SP realizadas dirigidas a colectivos específicos de usuarios y cuidadores	≈
Número de acciones formativas a pacientes, familiares y personas cuidadoras en el uso seguro de la medicación.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Porcentaje de hospitales con procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados implantado.		≠
Número de reuniones anuales de Consejos de Salud de área sanitaria/zona que incluyan temas sobre SP en el orden del día.	Existencia de Actas de Consejos de Salud de Área Sanitaria/Zona que incluyan temas SP en el orden del día	≈
Porcentaje de dispositivos sanitarios que disponen de elementos que facilitan la recogida de propuestas por parte de los usuarios (buzón de sugerencias, encuestas, etc.).	Porcentaje de dispositivos sanitarios que disponen de elementos que facilitan la recogida de propuestas por parte de los usuarios	≈
Informe anual de análisis y evaluación de las propuestas de los usuarios.	Informe anual de análisis de propuestas de usuarios	≈
Porcentaje de centros sanitarios que entregan al ingreso folleto solicitando la participación activa de los ciudadanos en la seguridad del paciente.		≠
	Porcentaje de pruebas diagnósticas susceptibles de consentimiento informado con DCIE (Todos los dispositivos asistenciales)	≈
	Porcentaje de procedimientos terapéuticos susceptibles de consentimiento informado con DCIE (Todos los dispositivos asistenciales)	≈
	Las recomendaciones al alta hospitalaria incluyen elementos de seguridad	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
4. Gestión de la información clínica	7. Gestión de la información	≈
Objetivo 1: Garantizar una comunicación efectiva y sin errores entre los profesionales, tanto dentro de su propio dispositivo asistencial como en la transferencia de los pacientes entre servicios/unidades y entre niveles (atención primaria, hospitalización, etc.).	Garantizar una comunicación entre los profesionales efectiva y sin errores de la información relacionada con el paciente	≈
Implementar un procedimiento estructurado y sistemático de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes ingresados (situación del paciente y plan a seguir, etc.).	Implementación de un sistema para comunicar la situación del paciente y el plan a seguir en la transferencia de pacientes (tipo técnica ISOBAR)	≈
Garantizar la adecuada cumplimentación y difusión de los informes de alta y la forma de comunicación directa en situaciones que lo requieran.	Establecer información mínima que debe de contener el informe de alta	≈
	Establecimiento de una sistemática para la difusión del informe de alta	≈
Asegurar una sistemática para la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas o de laboratorio, especialmente valores críticos que puedan poner en peligro al paciente.		≠
Potenciar el uso sistemático de la historia clínica electrónica, integrada tanto entre los diferentes servicios de un nivel como entre los distintos niveles asistenciales.		≠
Implantar un plan de formación continua en el uso de la historia clínica electrónica, con especial énfasis en la información que debe contener, la restricción de siglas y abreviaturas, y la normalización y difusión de los informes, tanto de pruebas diagnósticas como de alta, y que permita asegurar que se conocen y usan todos los recursos disponibles en la misma.	Difusión y promoción del uso de la historia clínica electrónica y de los elementos básicos a cumplimentar entre los profesionales	≈
	Difusión de contenidos mínimos de la HC	≈
Disponer de una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas en situaciones previamente definidas (situaciones de urgencia, atención domiciliaria, etc.).		≠
Incorporar en el programa de formación continuada acciones formativas sobre comunicación efectiva entre profesionales y con los pacientes.		≠
Protocolizar el procedimiento de corrección de información errónea asociada a un paciente.		≠
	Asegurar la cumplimentación de, al menos, los datos del paciente establecidos por ley, que debe contener la historia clínica	≠
	Verificación de la correcta cumplimentación de las historias clínicas	≠
	Uso sistemático de la historia clínica electrónica en Atención Primaria (Acción nº 3 MISAP 2)	≈
	Evaluación periódica de los elementos constitutivos de la historia clínica	≠
	Implantación y difusión de un procedimiento de comunicación entre profesionales	≠
	Verificación del nivel de implantación del procedimiento	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	Uso sistemático de la historia clínica electrónica en Atención Primaria (Acción nº 3 MISAP 2)	≠
	Restricción del uso de siglas y abreviaturas en Atención Primaria (Acción nº 4 MISAP 2)	≠
	Procedimiento de revisión de órdenes verbales en Atención Primaria (Acción nº 5 MISAP 2)	≠
Indicadores		
Porcentaje de áreas sanitarias en las que existe y se aplica un procedimiento de transferencia de pacientes entre unidades y servicios hospitalarios y entre niveles asistenciales.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas o de laboratorio, especialmente valores críticos que puedan poner en peligro al paciente.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con plan de formación en el uso de la historia clínica electrónica.		≠
Porcentaje de historias clínicas que cumplen los criterios de calidad establecidos.	Porcentaje de cumplimiento del listado de comprobación de los elementos básicos de la historia clínica	≈
Porcentaje de áreas sanitarias con una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas en situaciones de urgencia.		≠
Porcentaje de profesionales que han recibido formación específica sobre estrategias de comunicación efectiva en el último año.		≠
	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria elaboran la historia clínica con los contenidos básicos de la misma establecidos por la ley	≠
	Existencia de un procedimiento de comunicación entre profesionales	≠
	Informe anual de acciones de difusión y divulgación de información sobre comunicación entre profesionales llevadas a cabo por la Gerencia de Área	≠
	Registro de errores de comunicación entre profesionales	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
5. Entorno seguro	4. Entorno seguro	✓
Objetivo 1: Mejorar la seguridad de las infraestructuras.	Realizar la evaluación del entorno asistencial para identificar, minimizar y/o mantener bajo control los riesgos	≈
Definir el mapa de riesgos de los centros sanitarios del área, que al menos contendrá: o Identificar servicios/unidades de alto riesgo. o Identificar puntos críticos de riesgo. o Identificar riesgo de caídas.	Evaluación de los riesgos del entorno asistencial con actualización periódica	≈
	Identificación de los Servicios/Unidades de alto riesgo	≈
Determinar las zonas y elementos de riesgo que precisan acciones correctoras o control del riesgo.		≠
-Garantizar un plan de autoprotección centrado especialmente en caso de incendio (se incluirán otros riesgos conocidos cuando proceda) y asegurando entrenamiento apropiado, con simulacros periódicos y difusión de información sobre el modo de proceder trabajadores y pacientes	Implantación y evaluación del plan de autoprotección	≈
	Realización de un simulacro periódico	≈
Incluir en el plan de acogida a nuevos profesionales información sobre el plan de autoprotección.		≠
	Plan para minimizar y/o mantener bajo control los riesgos del entorno asistencial detectados	≠
	Reevaluación periódica de los riesgos detectados y de las acciones de mejora implantadas	≠
	Identificación del riesgo individual de caídas en el Centro de Salud (Acción nº 16 MISAP 6)	≠
	Mapa de riesgo de caídas de las instalaciones del Centro de Salud (Acción nº 17 MISAP 6)	≠
	Definición del protocolo de actuación ante agresiones	≠
	Garantizar la seguridad de todas las personas ante cualquier emergencia que pueda acontecer en un dispositivo asistencial	≠
Objetivo 2: Mejorar la seguridad de las instalaciones.	Proporcionar un entorno seguro a todas las personas, ante determinadas situaciones específicas	≈
Elaborar en cada área sanitaria la relación de sus sistemas clave, como por ejemplo sistemas de información, red informática, sistema eléctrico, calidad del agua, etc.	Elaboración en cada Área Sanitaria de una relación de sus sistemas clave, como por ejemplo red informática, de telecomunicaciones, sistema eléctrico, iluminación de quirófanos, calidad del agua, etc.	≈
Implantar un protocolo de revisión regular de los sistemas clave.	Protocolo de revisión regular de los sistemas clave	≈
Establecer una sistemática que permita la adecuada respuesta ante: o Situaciones de fallo de los sistemas clave o las producidas por averías o interrupción de suministros. o Casos de contaminación biológica, química o ambiental.	Plan de actuación ante situaciones producidas por averías o interrupción de suministros	≈
	Plan de actuación ante contaminación biológica, química o ambiental	≈
	Protocolo de actuación en caso de fallo de los sistemas clave (incluye Historia Clínica Electrónica o alguna de sus integraciones)	≈
Implantar un procedimiento de limpieza e higiene de las instalaciones	Protocolo de limpieza e higiene de las instalaciones	≈
	Formación periódica a los profesionales, incluidos los de nueva incorporación	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 3: Identificar y controlar de forma segura los residuos y materiales peligrosos	Identificar y controlar de manera segura los residuos y materiales peligrosos	✓
	Gestionar adecuadamente los riesgos por exposición a agentes nocivos	≈
Garantizar la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la "Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias"	Procedimiento para la gestión de materiales peligrosos	≈
	Procedimiento para la gestión de los residuos	≈
Difundir entre los profesionales del centro información actualizada sobre el manejo de materiales y residuos peligrosos y que hacer en caso de accidente.		≠
Definir el circuito para la gestión de material citotóxico y citostáticos de uso ambulatorio.		≠
	Aplicación de los documentos autonómicos existentes: Manual para el manejo seguro del metotrexate en AP. SESPA 2005	≠
	Identificación de los dispositivos/áreas ligadas a un mayor riesgo por exposición a agentes nocivos	≠
	Identificación de los procedimientos que conllevan un riesgo por exposición	≠
	Gestión de: exposición a aerosoles, materiales y residuos con riesgo biológico, riesgo asociado al transporte de muestras, programa de seguridad radiológica, guía de actuación ante accidentes con material cortante-punzante, etc. y cualquier otro procedimiento identificado por el Área Sanitaria (Todos los dispositivos asistenciales)	≠
	Acciones formativas dirigidas a identificar los riesgos y conocer los planes de actuación en caso de accidente por exposición a agentes nocivos en el ámbito de trabajo	≠
Objetivo 4: Proporcionar un equipamiento sanitario fiable y seguro.	Proporcionar un equipamiento sanitario fiable y seguro	✓
Inventariar el equipamiento médico general con identificación del equipamiento médico de alto riesgo.	Inventario del equipamiento médico general con identificación del equipamiento médico de alto riesgo	✓
Definir para los equipos: ficha de manejo, conservación, limpieza, así como la necesidad y, en su caso, periodicidad del mantenimiento preventivo necesario, calibración o caracterización, que esté accesible para los usuarios del mismo.	Existencia, para los equipos, de ficha de información básica de manejo, conservación, limpieza, así como fecha de calibración/revisión, que esté disponible/accesible para los usuarios del mismo	≈
Asegurar un programa de mantenimiento del equipamiento sanitario acorde a la ficha de cada equipo.	Programa de revisión, mantenimiento y calibración/verificación del equipamiento sanitario	≈
Identificar el estado de mantenimiento de cada equipo.		≈
Asegurar un procedimiento para disminuir los riesgos de exposición del equipamiento médico de alto riesgo y mitigar sus efectos (planes de contingencia).	Mantenimiento de un procedimiento para disminuir los riesgos de exposición a equipamiento médico de alto riesgo y mitigar sus efectos (planes de contingencia)	≈
Incluir criterios de seguridad del paciente en la contratación de servicios externos, compra de equipos, dispositivos y productos.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Indicadores		
Porcentaje de áreas sanitarias con mapa de riesgos de los centros sanitarios del área.	Existencia del mapa de riesgos de cada dispositivo asistencial	≈
Porcentaje de dispositivos que han realizado acciones correctoras o de control de los riesgos detectados.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias en las que los dispositivos asistenciales del área disponen de un Plan de Autoprotección, centrado especialmente en la posibilidad de un incendio, que garantice la evacuación efectiva de todas las personas presentes en el edificio.	Existencia del Plan de Autoprotección	≈
Porcentaje de dispositivos asistenciales del área sanitaria que realizan periódicamente un simulacro de incendios y evacuación de las instalaciones.	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria realizan, al menos una vez al año, un simulacro de incendios y evacuación de las instalaciones	≈
Porcentaje de profesionales nuevos que en la acogida recibieron formación sobre el plan de autoprotección.	Porcentaje de profesionales que han recibido formación	≈
Porcentaje de dispositivos del área sanitaria que cuentan con un sistema de supervisión de las instalaciones y adecuada respuesta en caso de fallo que incluye, al menos, los sistemas clave e infraestructura, instalación eléctrica, calefacción, telefonía, informática, elementos contra incendios y la seguridad de las instalaciones.	Los dispositivos del área sanitaria cuentan con un sistema de supervisión de las instalaciones que incluye, al menos: infraestructura, instalación eléctrica, calefacción, telefonía, informática, elementos contra incendios y la seguridad de las instalaciones	≈
Porcentaje de áreas sanitarias con procedimiento de actuación ante averías e interrupción de suministros.	Existencia de un Protocolo de actuación ante averías e interrupción de suministros	≈
Porcentaje de áreas sanitarias con protocolo de actuación ante contaminación biológica, química o ambiental.	Existencia de un Protocolo de actuación ante contaminación biológica, química o ambiental	≈
Porcentaje de dispositivos asistenciales del área sanitaria en los que la limpieza e higiene de instalaciones, salas, materiales y equipos, así como limpieza y esterilización del material clínico reutilizable se realizan según protocolo establecido.	Existencia de un Protocolo de limpieza e higiene de las instalaciones de los dispositivos asistenciales	≈
	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria cuentan con un procedimiento para la limpieza de salas, materiales y equipos, así como limpieza y esterilización del material clínico reutilizable.	≈
Porcentaje de áreas sanitarias que realizan la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la "Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias".	Existencia de un procedimiento de manejo de materiales peligrosos	≈
	Existencia de un procedimiento para la gestión de residuos	≈
Porcentaje de áreas sanitarias con gestión de material citotóxico y citostático de uso ambulatorio de acuerdo al protocolo establecido.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con registros de mantenimiento del equipamiento médico según su ficha de equipo.	Existencia de un registro de incidencias de los equipos	≈
Porcentaje de áreas sanitarias con registro de incidencias y mantenimiento correctivos de los equipos médicos.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con criterios de seguridad del paciente en la contratación de servicios externos, compra de equipos, dispositivos y productos.		≠
	Existencia de informe anual de incidencias y acciones de mejora realizadas	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria disponen de un Plan de Autoprotección, centrado especialmente en la hipótesis de un incendio que garantice la evacuación efectiva de todas las personas presentes en el edificio	≠
	Porcentaje de profesionales que conocen su modo de actuar ante un incendio u otro tipo de emergencia	≠
	Porcentaje de profesionales que conocen y aplican el protocolo de actuación en caso de agresión	≠
	Porcentaje de dispositivos asistenciales con mapa de riesgos actualizado	≠
	Porcentaje de centros de salud con acciones implantadas en al menos el 50 % de las Metas Internacionales de Seguridad de los pacientes	≠
	Porcentaje de profesionales que han participado en el simulacro	≠
	Informe anual de incidencias de contaminación y actuaciones realizadas	≠
	Existencia de un Protocolo de revisión regular de sistemas clave	≠
	Existencia de un Protocolo de actuación en caso de fallo de los sistemas clave (incluye Historia Clínica Electrónica o alguna de sus integraciones)	≠
	Informe anual de incidencias de averías e interrupción de suministros y actuaciones realizadas	≠
	El Área Sanitaria tiene establecido un procedimiento para la gestión de residuos y para la gestión de materiales peligrosos (punzantes y/o cortantes, con restos biológicos, material radiológico, etc.)	≠
	Informe anual de incidencias con el manejo de materiales peligrosos y actuaciones realizadas	≠
	Informe anual de incidencias en la gestión de residuos y actuaciones realizadas	≠
	Existencia de inventario del equipamiento sanitario general y de alto riesgo	≠
	Informe anual de revisión, mantenimiento y calibración/verificación del equipamiento médico general	≠
	Informe anual de revisión, mantenimiento y calibración/verificación del equipamiento médico de alto riesgo	≠
	El área sanitaria ha establecido en sus dispositivos asistenciales medidas para evitar o minimizar los accidentes con material punzo-cortante. Dispone de un procedimiento de actuación en caso de este tipo de accidentes	≠
	El área sanitaria ha establecido un procedimiento para retirar de manera segura el material biológico	≠
	El área sanitaria ha establecido un procedimiento de control de peticiones para valorar el riesgo de sobreexposición de los pacientes a causa de la reiteración de estudios	≠
	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria cuentan con un procedimiento para la disminución de riesgos de exposición laboral de origen biológico, que incluye la política sobre uso de guantes, mascarillas y gafas	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	El área sanitaria tiene establecida una sistemática de control de la carga radiológica que recibe su personal	≠
	Número de incidentes notificados relacionados con la exposición a agentes nocivos	≠
	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria disponen de un procedimiento de actuación ante derrame de citostático	≠
	Los profesionales identifican los riesgos en su área de trabajo y conocen las medidas preventivas que deben aplicar	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
6. Prácticas clínicas seguras	5. Prácticas seguras	≈
A. Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacidos y entre estos y su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas.		≠
Objetivo 1: Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacido	Garantizar la correcta identificación de los pacientes y de los recién nacidos	≈
Establecer una sistemática que asegure a todos los niveles la correcta identificación del paciente en el momento de asignación del número de historia clínica (NHC) del centro sanitario y del código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud (CIP/ASTU).		≠
-Implementar la "Política Institucional de identificación del paciente en centros sanitarios del Principado de Asturias" relativo a: --- Identificación inequívoca de pacientes hospitalizados: 1. Utilizar al menos dos identificadores: apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama. 2. Existencia de un procedimiento para identificar pacientes no identificables, diferenciar aquellos con el mismo nombre y evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica electrónica se perpetúe. 3. Formación en la aplicación del procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes, previo a cualquier práctica asistencial. 4. Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación. - -- Identificar al recién nacido, antes de salir del paritorio y en presencia de la madre, mediante la colocación de un brazalete con códigos de identificación en la muñeca derecha de la madre y el tobillo del recién nacido (izquierdo o derecho). Colocar también la pinza del cordón con el mismo código, el cual será igualmente utilizado para la hoja de identificación materno-filial y documento de registro en el juzgado. - -- Establecer un procedimiento para la asignación inicial correcta de código CIP/ASTU al recién nacido.	Aplicación del Protocolo Autonómico: Política Institucional de identificación del paciente en centros sanitarios del Principado de Asturias	≈
	Identificación inequívoca de los recién nacidos	≈
	Identificación inequívoca de los pacientes ambulatorios en todos los ámbitos	≈
	Difusión al personal implicado del procedimiento y el método de identificación inequívoca entre paciente e historial clínico	≈
	Procedimiento por el que el profesional comprueba que la historia clínica en la que está registrando datos se corresponde con el paciente	≈
	Verificación de la correcta cumplimentación de las historias clínicas	≠
Evaluación periódica de los elementos constitutivos de la historia clínica	≠	
Identificar a cada paciente y sus datos clínicos de manera inequívoca	≠	
Implantación del procedimiento de Triple comprobación en Atención Primaria (Acción nº 2 MISAP 1)	≠	



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 2: Asegurar la identificación inequívoca del paciente con su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas en todos los niveles asistenciales.	Promover de forma sistemática la comprobación de la identidad del paciente antes de realizar cualquier práctica o intervención	✓
Asegurar la comprobación de la identidad del paciente previo a la realización de cualquier práctica asistencial, garantizando la trazabilidad entre "paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto".	Aplicación del procedimiento de comprobación de la identidad del paciente, previo a la realización de cualquier práctica asistencial	≈
Asegurar la correspondencia inequívoca entre paciente y su historia clínica.	Aplicación del procedimiento de identificación inequívoca entre paciente e historial clínico	≈
Incorporación activa del paciente, familia y cuidadores en el proceso de identificación.		≠
Establecer una sistemática que permita identificar claramente a pacientes con riesgos específicos, como por ejemplo alergias.		≠
Realizar actividades formativas, dirigidas a los profesionales, en el procedimiento adecuado para asegurar la identificación inequívoca de los pacientes en cada proceso asistencial y, en especial, ante intervenciones o procedimientos de riesgo.		≠
Etiquetar las muestras y pruebas de imagen en el mismo momento de la obtención.	Etiquetado de las muestras en el mismo momento de la obtención	✓
Establecer una sistemática que asegure que cada paciente tiene una única historia clínica abierta por centro sanitario.	Procedimiento que asegura que cualquier paciente tiene una única historia clínica abierta en el dispositivo asistencial implicado	≈
	Reconocimiento mutuo en Atención Primaria (Acción nº 1 MISAP 1)	≠
	Automatización de la identificación de los pacientes	≠
Indicadores		
Porcentaje de centros que han implantado y difundido el procedimiento de identificación inequívoca de pacientes y RN.	Existencia de protocolo de comprobación de la identidad del paciente	≈
	Porcentaje de dispositivos asistenciales con Protocolo de comprobación de la identidad del paciente implantado	≈
	Porcentaje de dispositivos asistenciales con Protocolo de identificación de pacientes implantado	≈
Porcentaje de recién nacidos correctamente identificados por centro.	Porcentaje de recién nacidos con identificación adecuada a protocolo	≈
Porcentaje de pacientes correctamente identificados por centro.		≠
Porcentaje de profesionales del área sanitaria/centro sanitario concertado que ha recibido formación en el procedimiento de identificación inequívoca en los últimos 2 años.		≠
Porcentaje de centros que han implantado y difundido el procedimiento para etiquetar las muestras y pruebas de imagen en el mismo momento de la obtención.		≠
Porcentaje de centros con sistemática que asegure que cada paciente tiene una única historia clínica abierta por centro sanitario.	Existencia de un procedimiento de historia clínica única por paciente	≈



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	Nº de Errores notificados que tienen como base un error en la comprobación de la identidad del paciente	≠
	Porcentaje de pacientes no identificados encontrados durante las rondas de seguridad	≠
	Nº de Errores notificados que tienen como base un error en la identificación del paciente	≠
	Nº de Errores notificados que tienen como base un error en la identificación del recién nacido	≠
	Porcentaje de pacientes ingresados con identificación adecuada a protocolo	≠
	Porcentaje de pacientes en todo el ámbito hospitalario (incluido urgencias, CMA, hospital de día y diálisis) identificados inequívocamente según protocolo	≠
	Nº de incidencias detectadas en las revisiones periódicas de las pulseras de identificación de pacientes	≠
	Informe anual de acciones de difusión y divulgación de información sobre historia única por paciente llevadas a cabo por la Gerencia de Área	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
B. Adecuación de la asistencia al paciente vulnerable.		≠
Objetivo 1: Asegurar la identificación de pacientes en situación de vulnerabilidad y adecuación de la asistencia a sus necesidades.	Identificar y poner bajo control las situaciones que puedan interferir con una asistencia sanitaria segura, consecuencia de la existencia de barreras	≈
	Identificar y poner bajo control las situaciones derivadas de condiciones de vulnerabilidad de los pacientes que puedan interferir con una asistencia sanitaria segura	≈
Definir corporativamente las situaciones de vulnerabilidad.	Protocolo de definición, detección (y actuación si procede), de cualquier situación de vulnerabilidad	≈
Aplicar la sistemática corporativa para identificar situaciones de vulnerabilidad, la aplicación de los cuidados necesarios y su registro en la historia clínica del paciente.	Aplicación de protocolo para identificar situaciones de vulnerabilidad, la aplicación de los cuidados necesarios y su registro en historia clínica del paciente	✓
Establecer un procedimiento de identificación y actuación en su caso, para detectar las barreras que puedan interferir en la asistencia a los pacientes (físicas, idiomáticas, culturales, etc.).	Procedimiento de identificación y actuación (si procede) para detectar las barreras que pueden interferir en la asistencia a los pacientes (idiomáticas, culturales, sociales, etc.)	✓
Aplicar un procedimiento que asegure la adecuada comunicación de las necesidades del paciente vulnerable entre los distintos servicios involucrados y entre niveles asistenciales.		≠
Indicadores		
Porcentaje de áreas con procedimiento para la identificación de pacientes vulnerables implantado.		≠
Porcentaje de pacientes atendidos con valoración de vulnerabilidad realizada.		≠
Porcentaje de áreas con plan implantado para la supresión o minimización de barreras físicas, culturales, idiomáticas, etc.	El área sanitaria ha elaborado un plan para la supresión o minimización de las barreras físicas, lingüísticas y culturales	≈
Porcentaje de centros sanitarios que aplican un procedimiento que asegure la adecuada comunicación de las necesidades del paciente vulnerable tanto entre los distintos servicios involucrados como interniveles.		≠
	Existencia de un registro visible en la historia clínica, de la presencia de dichas barreras	≠
	Informe anual de casos detectados y actualizaciones realizadas	≠
	El área sanitaria y los dispositivos asistenciales identifican a sus grupos de pacientes vulnerables con necesidades especiales y dispone al menos de un protocolo para la atención de los mismos	≠
	Existencia de un listado de situaciones de vulnerabilidad	≠
	Porcentaje de situaciones de vulnerabilidad definidas, con guías de actuación	≠
	Porcentaje de pacientes ingresados con valoración de la vulnerabilidad realizada	≠
	Porcentaje de pacientes con eventos adversos que tenían valoración previa de vulnerabilidad	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
C. Fomentar las buenas prácticas asociadas a los cuidados.		≠
Objetivo 1: Promover la implantación en todos los niveles asistenciales de planes de enfermería adaptados a las necesidades de los pacientes		≠
Establecer una sistemática de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.		≠
- Aplicar o en su caso implantar una sistemática que permita: o Prevención de caídas en los pacientes. (Indic 01 a 06) o Prevención de úlceras por presión. (Indic 07 a 11) o La seguridad del paciente en situación de contención mecánica y farmacológica. (Indic 12 - 13) o Abordar el síndrome confusional agudo. (NO INDIC) o Detectar y abordar el dolor de los pacientes de una forma integral. (14-15) o Actuar ante situaciones de emergencia grave de los pacientes. (16-17) o Detectar y prevenir la malnutrición y deshidratación en pacientes hospitalizados, especialmente en personas ancianas. (Indic 18) o Prevenir la broncoaspiración. (Indic 20) o Prevenir la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. (Indic 19) o Prevenir las fugas, raptos y abandonos en el ámbito hospitalario, así como cualquier tipo de situación de abuso y/o agresión de pacientes. (21) o Abordar el riesgo de suicidio (Indic 22)	Implantación de un protocolo que permita: o La atención al paciente grave ingresado en planta o La seguridad del paciente en situación de inmovilización terapéutica o Detectar y abordar el dolor de los pacientes de una forma integral o Actuar ante situaciones emergentes graves de pacientes o Detectar y prevenir la malnutrición y deshidratación en pacientes hospitalizados o Prevenir la broncoaspiración o Prevenir la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar o Prevenir las fugas, raptos, abandonos y abusos de cualquier índole o Prevenir y tratar el riesgo de conductas autolíticas o Detección, prevención y seguimiento del síndrome de abstinencia al alcohol, tabaco y otras drogas durante el ingreso hospitalario	≈
	Aplicación de los Protocolos Autonómicos existentes: o Protocolo Autonómico para la detección y prevención de úlceras por presión o Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: prevención de caídas en pacientes ingresados	≈
Desarrollar planes de cuidados en atención domiciliaria, especialmente en la atención a pacientes inmovilizados y al final de la vida.		≠
Incluir en el informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios.		≠
	Identificación del riesgo individual de caídas en Atención Primaria (Acción nº16 MISAP 6)	≠
Indicadores		
Porcentaje de áreas sanitarias con sistemática implantada para la información y formación a pacientes y familiares sobre los cuidados y sus riesgos.		≠
Porcentaje de pacientes que recibieron cuidados de acuerdo a la vulnerabilidad detectada.		≠
Porcentaje de caídas en pacientes hospitalizados (caídas/estancias).	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados	≈
Porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración al ingreso del riesgo de caídas.		≠
Porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de caídas al ingreso que sufren una caída.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Porcentaje de pacientes mayores de 65 años con valoración de riesgo de caídas, realizado en AP.		≠
Número de pacientes valorados en AP con riesgo de caídas alto.		≠
Porcentaje de pacientes con riesgo de caídas evaluado en AP que reciben consejo/información sobre prevención de caídas.		≠
Prevalencia de úlceras por presión nosocomiales (3 cortes anuales).	Prevalencia de úlceras por presión nosocomiales (3 cortes anuales)	≈
Porcentaje de pacientes con valoración de riesgo en UPP, en las primeras 24 horas de estancia en el hospital.	Proporción de pacientes a los que se les efectúa una evaluación al ingreso del riesgo de UPP	≈
	Porcentaje de pacientes con valoración de riesgo en UPP, en las primeras 24 horas de estancia en el hospital	✓
% de pacientes que con valoración de riesgo en UPP en las primeras 24 horas de estancia en el hospital, desarrollan UPP.		≠
Número de pacientes inmovilizados que tienen realizada valoración de riesgo de UPP en AP.		≠
Porcentaje de pacientes inmovilizados en AP para los que se ha establecido un plan de cuidados en UPP.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias que cuenta con un protocolo implantado para la atención de pacientes con contención mecánica terapéutica.	El área sanitaria cuenta con un protocolo para la atención de pacientes con contención mecánica y/o farmacológica y los profesionales lo aplican siempre que es necesario	≈
Porcentaje de pacientes con contención mecánica terapéutica de acuerdo a protocolo.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la detección y abordaje del dolor crónico.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la detección y abordaje del dolor posoperatorio.		≠
Porcentaje de profesionales con formación y/o actualización en RCP realizada en los 2 últimos años, acorde al estamento al que pertenecen.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con un protocolo implantado de RCP.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con una sistemática implantada para la adecuada valoración del riesgo de malnutrición en los pacientes.	El área sanitaria cuenta con un protocolo para la valoración del riesgo de malnutrición en pacientes ingresados y los profesionales lo aplican siempre que es necesario	≈
Porcentaje de TEP intrahospitalarios.		≠
Porcentaje de neumonías por broncoaspiración.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con protocolo implantado para evitar abandonos no programados (fugas, secuestros...).	El área sanitaria cuenta con un protocolo para evitar abandonos no programados (fugas, secuestros...)	≈
Porcentaje de áreas sanitarias que cuentan con protocolo implantado para el abordaje del riesgo de suicidio.	El área sanitaria cuenta con un protocolo para la valoración del riesgo autolítico en los pacientes y los profesionales lo aplican siempre que es necesario	≈



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Porcentaje de áreas sanitarias con planes de cuidados implantados en atención domiciliaria, especialmente en la atención a pacientes inmovilizados y al final de la vida.		≠
Porcentaje de informes de alta de enfermería con evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios.		≠
	Proporción de pacientes en riesgo que reciben los cuidados completos de prevención de UPP	≠
	Prevalencia de úlceras por presión intrahospitalarias	≠
	Incidencia de caídas en servicios de atención de 24 horas en Servicios de salud mental	≠
	Proporción de pacientes a los que se les hace una reevaluación diaria del riesgo de UPP	≠
	Incidencia de UPP por cada 100 ingresos	≠
	Incidencia de UPP por cada 1000 pacientes día	≠
	Nº de pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol (incluido delirium tremens), y otras drogas durante el ingreso hospitalario	≠
	Nº de pacientes que ingresan en la UCI desde la planta con un retraso de más de "x" horas desde la solicitud de interconsulta al Área de críticos correspondiente	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
D. Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes.		≠
Objetivo 1: Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.	Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	✓
	Prevenir y controlar la transmisión de infecciones a través de una estrategia de higiene correcta de manos y de uso adecuado de equipos de protección personal	≈
Disponer en las áreas sanitarias de una Comisión de Infecciones adaptada a la normativa vigente(149) y a las características del área sanitaria para la gestión de la infección.		≠
Establecer una sistemática que permita la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en todos los niveles asistenciales (hospitalización, urgencias, sistema de atención médica urgente [SAMU] y centros de salud).		≠
- Mantenimiento, actualización y consolidación de los protocolos autonómicos existentes: o Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias, de aplicación en todos los centros sanitarios de atención primaria, hospital y sociosanitarios de la red sanitaria pública del Principado de Asturias, y en los privados que deseen adherirse. (Indic 1 a 4) o Guía de catéteres venosos centrales para enfermería. o Guía Técnica: Limpieza, Desinfección y Esterilización en atención primaria.	Aplicación de los Protocolos Autonómicos existentes: o Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias (programa de higienes de manos del SNS) o Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias o Catéteres venosos centrales. Guía para enfermería o Guía Técnica: Limpieza, Desinfección y Esterilización	≈
	Aplicación de los Protocolos Autonómicos existentes: o Guía técnica de limpieza, desinfección y esterilización. Atención Primaria 2011 o Buenas prácticas en seguridad del paciente o Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias o Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2007 o Bacteriemia Zero o Neumonía Zero o Resistencia Zero o Flebitis Zero o Guía para enfermería Catéteres Venosos Centrales. SESPA	≈
Establecer un sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS a nivel autonómico, y participar en el existente a nivel nacional, que permita seguir su evolución y comparar resultados entre centros y servicios.	Aplicación de un sistema de vigilancia de IRAS a nivel autonómico y participar en el existente a nivel nacional	≈
Asegurar el uso adecuado de antisépticos y desinfectantes en los centros sanitarios, y establecer criterios de bioseguridad ambiental en salas de ambiente controlado, como los quirófanos.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Desarrollar una herramienta informática específica que permita implementar el sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS, de manera normalizada y sistemática para todos los dispositivos asistenciales.		≠
Mantener y fomentar los proyectos bacteriemia zero y neumonía zero, dirigidos a disminuir y controlar la infecciones relacionadas con catéter venoso central (CVC) y neumonía asociada a ventilación mecánica, respectivamente, en las áreas de críticos de nuestra comunidad y su expansión a otras áreas del hospital adaptándolas a sus características.	Mantenimiento y fomento de los proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero en las UCIs de nuestra comunidad	≈
Implantar el programa nacional para la prevención y control de la infección en el sitio quirúrgico en procedimientos seleccionados (programa infección quirúrgica zero).	Aplicación de medidas para la prevención y control de la infección quirúrgica: o protocolo de profilaxis antibiótica o INCLIMEC o programa infección quirúrgica Zero	≈
Implantar un programa de prevención de flebitis asociada a catéter venoso de inserción periférica (programa flebitis zero).		≠
Implantar un protocolo de prevención y control de infección de orina asociada a sonda.		≠
Mantener la participación en los estudios nacionales: EPINE, ENVIN-HELICS, INCLIMECC. (Incluye indicadores SP_6.D.01.04.01 y SP_6.D.01.04.02)	Mantenimiento de la participación en los estudios nacionales: EPINE y ENVIN-HELICS	✓
Promover la prevención y control de las infecciones a los centros socio-sanitarios desarrollando guías de actuación, programas específicos y adaptando los proyectos anteriores que proceda.		≠
	Protocolo de uso de los elementos barrera: guantes, mascarillas, gafas, etc	≠
	Política de higiene de manos en Atención Primaria (Acción nº 13 MISAP 5)	≠
	Política de uso de guantes y otros medios barrera en Atención Primaria (Acción nº 14 MISAP 5)	≠
	Establecimiento y aplicación de protocolo sobre limpieza de estancias, material de oficina, material clínico y aparatos de exploración	≠
	Realización de la actividad formativa acreditada por el MSSSI :! "Curso sobre la higiene de las manos durante la atención sanitaria" (http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/HigieneManos/index.php)	≠
	Formación para poder realizar la observación directa del lavado de manos en los 5 momentos	≠
	Identificación de procesos y procedimientos con alto riesgo de infección e implantación de medidas proactivas para disminuir el riesgo, en todos los niveles asistenciales	≠
	Implantación de un procedimiento general para reducir las infecciones	≠
	Procedimiento de limpieza y esterilización del material sanitario reutilizable en Atención Primaria (Acción nº 15 MISAP 5)	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 2: Prevenir y disminuir las resistencias antimicrobianas.	Promover la correcta prescripción de antibióticos, adecuándose a la situación clínica del paciente	≈
Implantar programas de optimización de antimicrobianos en todos los dispositivos de nuestra comunidad.	Guía terapéutica para el uso correcto de antibióticos, a nivel del Área Sanitaria (todos los dispositivos asistenciales) y en todos los ámbitos de la asistencia	≈
Elaborar y difundir periódicamente el mapa de resistencias y sensibilidad a antibióticos.	Elaboración y difusión del mapa de resistencias y sensibilidad a antibióticos	≈
Adaptar e implantar el Proyecto Resistencia Zero, dirigido a disminuir la tasa de pacientes con microorganismos multirresistentes en las áreas de críticos de nuestra comunidad.	Adaptación e implantación del proyecto Resistencia Zero (RZ) en las UCI de nuestra comunidad	≈
Difundir buenas prácticas de prescripción en patologías infecciosas que precisen tratamiento antibiótico empírico, y establecer una guía terapéutica para el uso correcto de antibióticos adaptada al área sanitaria (atención primaria y atención hospitalaria).	Difusión de buenas prácticas de prescripción en patologías infecciosas que precisen tratamiento antibiótico empírico	≈
	Aplicación de medidas que permitan el control de la difusión de microorganismos multirresistentes (Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles SESPA)	≠
	Evaluación de la adherencia a las recomendaciones establecidas	≠
	Aplicación de protocolos específicos en cada servicio para el tratamiento de los pacientes con infecciones	≠
Indicadores		
Porcentaje de dispositivos con sistemática para la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en todos los niveles asistenciales.		≠
Porcentaje de camas con PBA en la habitación.	Porcentaje de camas con preparado de base alcohólica en la habitación	≈
Porcentaje de centros de AP con PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria.	Porcentaje de Centros de Salud con preparado de base alcohólica en envases de bolsillo para la atención domiciliaria	≈
Consumo anual de preparados de base alcohólica en hospitalización.	Porcentaje de consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización	≈
Consumo anual de preparados de base alcohólica en atención primaria.	Porcentaje de consumo de preparados de base alcohólica en Atención Primaria	≈
Prevalencia global de la infección en el hospital (EPINE).	Prevalencia global de la infección nosocomial en el hospital (EPINE) (Fuente del Indicador: Plan Asistencial C y SP 2013-2015)	≈
Prevalencia global del uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados (EPINE).	Prevalencia global del uso de antimicrobianos (EPINE)	≈
Porcentaje de hospitales con un sistema de bioseguridad implantado en las salas de ambiente controlado, como los quirófanos.		≠
Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Bacteriemia Zero.		≠
Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Neumonía zero.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Porcentaje de centros con extensión del Proyecto Bacteriemia Zero a otras áreas.		≠
Incidencia acumulada de infección del sitio quirúrgico/bacteriemia asociada a infección del sitio quirúrgico en los procesos seleccionados.		≠
Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Infección Quirúrgica Zero.		≠
Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Flebitis Zero.		≠
Porcentajes de centros con implantación de un Protocolo de Prevención y Control de Infección de Orina Asociada a Sonda.		≠
Densidad de incidencia de bacteriemia primaria y relacionada con catéter (ENVIN-HELICS).	Densidad de incidencia de bacteriemia primaria y relacionada con catéter (ENVIN-HELICS)	≈
Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) (ENVIN-HELICS).	Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (ENVIN-HELICS)	≈
Densidad de incidencia de infección de orina en pacientes sondados (ENVIN-HELICS).	Densidad de incidencia de infección de orina en pacientes sondados (ENVIN-HELICS)	≈
Porcentaje de centros socio-sanitarios con un plan de prevención y control de IRAS.		≠
Porcentaje de centros con alertas diarias de pacientes con más de 7 días de tratamiento antibiótico de amplio espectro.		≠
Porcentaje de pacientes con antibióticos intravenosos y dieta oral.		≠
Porcentaje de pacientes con más de 30 días de tratamiento antibiótico.		≠
Porcentaje de pacientes con adecuación de profilaxis quirúrgica.		≠
Porcentaje de centros con política de antibióticos de uso restringido.		≠
Porcentaje de áreas con elaboración y difusión del mapa de resistencias y sensibilidades microbianas.	Existencia del mapa de resistencias	≈
Porcentaje de centros con implantación del proyecto resistencia Zero.		≠
Porcentaje de áreas con existencia y difusión de una guía de uso adecuado de antibióticos.	Existencia de la Guía terapéutica para el uso correcto de antibióticos	≈
Porcentaje de centros con planes de formación específica en antibióticos.		≠
	Porcentaje de camas de UCI con preparado de base alcohólica en el punto de atención	≠
	Porcentaje de camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención	≠
	Porcentaje profesionales que han realizado actividades formativas sobre higiene de manos	≠
	El hospital ha realizado observación del cumplimiento de los 5 momentos (o de alguno de ellos) según criterios de la OMS	≠
	El hospital ha realizado autoevaluación según los criterios de la OMS	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	El hospital ha realizado actividades formativas sobre los 5 momentos utilizando la herramienta de la OMS	≠
	El área sanitaria dispone de un panel de indicadores de infección hospitalaria y se revisan y publican sus resultados periódicamente	≠
	El área sanitaria dispone de un procedimiento para minimizar la infección de las heridas quirúrgicas	≠
	Los dispositivos del área sanitaria disponen de un procedimiento de separación limpio-sucio	≠
	El Hospital tiene implantado un Sistema que mide la prevalencia de Infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS)	≠
	El Hospital tiene implantado un Sistema Prospectivo de medición de IRAS	≠
	Nº de brotes epidémicos hospitalarios estudiados al año y tipo	≠
	Infección en determinados procedimientos quirúrgicos de riesgo (INCLIMECC)	≠
	Incidencia de infección en cirugía limpia (INCLIMECC)	≠
	Incidencia de infección en cirugía limpia/contaminada (INCLIMECC)	≠
	Incidencia de infección en cirugía contaminada (INCLIMECC)	≠
	Incidencia de infección en cirugía sucia (INCLIMECC)	≠
	Prevalencia de adecuación de profilaxis quirúrgica (INCLIMECC)	≠
	Incidencia de infección quirúrgica en cirugía ortopédica de prótesis (incidencia acumulada % y según índice de riesgo –sistema NNIS-)	≠
	Incidencia de infección quirúrgica en cirugía electiva de colon	≠
	Incidencia de infección quirúrgica en colecistectomía	≠
	Incidencia de infección quirúrgica en cirugía cardíaca	≠
	Porcentaje de Catéteres de vías centrales insertados con cumplimentación de la "lista de verificación en la inserción de vías centrales"	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
E. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.		≠
Objetivo 1: Analizar los sistemas de utilización de medicamentos en el hospital.		≠
Realizar una autoevaluación periódica por un grupo multidisciplinar de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales siguiendo el cuestionario ISMP(92).	Realización de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos según cuestionario ISMP y aplicar el proyecto de mejora resultante	≈
Aplicar al menos un proyecto de mejora resultante de la evaluación anterior.		≈
Objetivo 2: Minimizar los riesgos relacionados con el uso de medicamentos.	Minimizar los riesgos relacionados con los medicamentos	≈
Establecer corporativamente el listado y guía de uso de los medicamentos de alto riesgo según nivel asistencial.	Elaboración de listado de medicamentos de alto riesgo	≈
Implementar a nivel asistencial la guía de uso de los medicamentos de alto riesgo establecida corporativamente.		≠
Poner a disposición de los profesionales información terapéutica accesible que facilite la prescripción, con especial atención a pacientes pediátricos.	Información terapéutica accesible que facilite la prescripción (Guía farmacoterapéutica de Área)	≈
- Mantener y potenciar corporativamente los sistemas de prescripción electrónica: o Desarrollar sistemas de ayuda a la prescripción electrónica. o Integrar estos sistemas en los sistemas de información del centro sanitario y hacerlos accesibles a los profesionales implicados en la atención del paciente. o Favorecer la prescripción por principio activo.	Implantación de sistemas de prescripción electrónica preferentemente asistidos	≈
	Aplicación de criterios básicos relacionados con la prescripción en HC	≈
Establecer una sistemática que asegure la trazabilidad entre el paciente y la medicación prescrita, especialmente en el caso de vacunas y medicamentos biológicos.	Implantación de sistemas de seguimiento que fomenten la trazabilidad del medicamento hasta su administración al paciente	≈
Desarrollar programas de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores en el uso seguro de la medicación, con especial énfasis en pacientes pediátricos, dependientes, crónicos y polimedicados.	Acciones formativas dirigidas a la prescripción farmacológica de acuerdo a los protocolos sobre seguridad del paciente establecidos	≈
Establecer una sistemática común (atención primaria y hospitalaria) para el registro de alergias a medicamentos en la historia clínica electrónica y en todos los sistemas de documentación y comunicación sobre medicamentos. Las alergias registradas deben de estar disponibles para todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes.		≠
Implantar un procedimiento para realizar la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales que se definan, con especial interés en pacientes crónicos y polimedicados.	Aplicación de protocolo para realizar la conciliación de la medicación	≈
Establecer una sistemática para la revisión periódica de pacientes polimedicados.		≠
	Aplicación del procedimiento para el correcto almacenaje de los medicamentos	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	Aplicación de criterios de calidad relacionados con la administración de los medicamentos	≠
	Aplicación de procedimiento para el manejo de medicamentos en situaciones complejas	≠
	Aplicación de protocolo de actuación para el manejo del paciente polimedicado en Atención Primaria (Acción nº 9 MISAP 3)	≠
	Desarrollo de acciones de información y formación a los pacientes en el uso seguro de la medicación	≠
	Implantación de la terapia secuencial (conversión de la vía intravenosa a la oral)	≠
	Minimizar el impacto en los pacientes cuando se les administran medicamentos de alto riesgo	≠
	Aplicación de procedimientos de especial vigilancia para el almacenaje, preparación, transporte y administración de medicamentos de alto riesgo	≠
	Aplicación de protocolos de actuación para el manejo seguro de medicamentos citostáticos	≠
	Aplicación de procedimientos de control de accesos a los medicamentos de alto riesgo	≠
	Identificación de las medicaciones de alto riesgo (Acción nº 7 MISAP 3)	≠
	Restricción del acceso a las medicaciones de alto riesgo (Acción nº 6 MISAP 3)	≠
	Aplicación de protocolo de actuación para el manejo seguro del metotrexate en AP (Acción nº 8 MISAP 3)	≠
	Garantizar que los pacientes reciben los medicamentos necesarios y adecuados a su situación en todas las transiciones asistenciales	≠
Objetivo 3: Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la medicación.		≠
Difundir y fomentar entre los profesionales los sistemas disponibles para la notificación de incidentes relacionados con la medicación (Farmacovigilancia [RAM] y SINASP).	Fomento de la notificación de incidentes relacionados con la medicación	≈
	Fomento de la notificación de sospecha de reacciones adversas a medicamentos (RAM) a través del Centro de Farmacovigilancia Regional	≈
Análisis y evaluación por los equipos de seguridad del paciente de los incidentes notificados y difusión de las recomendaciones para evitar los errores más frecuentes o graves.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	Minimizar el riesgo asociado al uso inadecuado de dispositivos de preparación y administración de medicamentos (bombas de infusión, catéteres, sondas, implantes ...)	≠
	Aplicación de los documentos autonómicos existentes al respecto: Lista de verificación en la inserción de vías centrales, de Catéteres Venosos Centrales (CVC). Guía para enfermería. SESPA 2011	≠
	Identificación de los dispositivos cerrados de preparación, adecuación y administración de los medicamentos citostáticos y de los riesgos asociados a dicha preparación, adecuación y administración, tanto para el paciente como para el sanitario y el medio ambiente	≠
	Aplicación de procedimientos para la adecuada utilización de catéteres, sonda e implantes, con instrucciones accesibles	≠
Indicadores		
Porcentaje de hospitales con autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos realizada y la implantación de, al menos, un plan de mejora.	El Hospital aplica el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales y formula un proyecto de mejora	≈
Porcentaje de áreas con implantación de la guía de uso de los medicamentos de alto riesgo establecida corporativamente.	El Hospital tiene implantado un protocolo para medicamentos de alto riesgo	≈
Número de actividades formativas en prescripción pediátrica realizadas en el último año.		≠
Numero de sistemas de ayuda a la prescripción integrados en la prescripción electrónica.		≠
Porcentaje de áreas que han desarrollado actividades de información y formación a los pacientes, familiares y cuidadores en el uso seguro de la medicación.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias y centros sanitarios concertados donde se aplica un procedimiento de conciliación terapéutica en los pacientes y las situaciones definidas.	El dispositivo tiene implantado un protocolo para conciliar la medicación	≈
Porcentaje de pacientes conciliados al alta/ingreso hospitalario.		≠
Porcentaje de pacientes revisados en el programa de atención a pacientes con polimedicación.	Porcentaje de usuarios revisados en el programa de atención a pacientes con polimedicación (> 10 medicamentos)	≈
Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos por cada 1000 habitantes.	Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos por cada 1000 habitantes	✓
	El Hospital tiene implantado un protocolo para conciliar la medicación al alta	≠
	Número de incidentes notificados relacionados con el uso de medicamentos	≠
	Guía farmacoterapéutica de área implantada	≠
	El Área Sanitaria dispone de una guía farmacoterapéutica que oriente a unos criterios de prescripción comunes y de calidad en base a estándares de buena práctica	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
	Los dispositivos del área sanitaria tienen establecida una sistemática para la conservación, control e inventario de los medicamentos almacenados en los lugares en los que se presta asistencia	≠
	Los dispositivos del área sanitaria cuentan con un procedimiento que garantiza que los medicamentos se administran al paciente adecuado en el momento adecuado y en la dosis y vía adecuados, y registra siempre en la historia clínica la administración del medicamento al paciente	≠
	El área sanitaria dispone de procedimientos que garantizan la seguridad de uso de la medicación y productos sanitarios que precisan cadena de frío	≠
	Tasa de notificación de RAM al Centro de Farmacovigilancia Regional	≠
	Porcentaje de cumplimiento de ítems de la lista de comprobación del procedimiento de gestión de medicamentos de alto riesgo	≠
	Número de incidentes notificados relacionados con la administración de medicamentos de alto riesgo	≠
	Porcentaje de cumplimiento de ítems de la lista de comprobación del procedimiento de conciliación terapéutica	≠
	Número de incidentes notificados relacionados con la conciliación terapéutica	≠
	Número de incidentes notificados relacionados con los dispositivos de preparación y administración de medicamentos	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
F. Mejorar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo.		≠
Objetivo 1: Garantizar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo.	Garantizar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo	✓
Establecer una sistemática que asegure la implantación y uso adecuado del protocolo autonómico existente "Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo".	Aplicación de los documentos autonómicos existentes: o Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación	≈
Desarrollar corporativamente e implantar en las áreas sanitarias un procedimiento de verificación para cirugía menor y otros procedimientos de riesgo en atención primaria.		≠
Implantar las recomendaciones de la declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología.	Promoción de la aplicación de las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de seguridad del paciente en anestesiología	≈
	Identificar prácticas potencialmente inseguras (procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo de EA)	≠
	Implantación de otras prácticas seguras existentes	≠
	Reconocimiento mutuo en Atención Primaria (Acción nº 10 MISAP 4)	≠
	Aplicación del protocolo universal JCI, procedimiento de comprobación en Atención Primaria (Acción nº 11 MISAP 4)	≈
	Capacitación profesional en Atención Primaria (Acción nº 12 MISAP 4)	≠
Objetivo 2: Fomentar el desarrollo y entrenamiento de las habilidades de trabajo en equipo de los profesionales quirúrgicos.		≠
Desarrollar acciones formativas dirigidas a conseguir un trabajo en equipo y comunicación efectivos en el área quirúrgica y durante las transiciones, especialmente en pacientes graves		≠
Indicadores		
Porcentaje de pacientes intervenidos en cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.		≠
Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía urgente con ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.		≠
Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada sin ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.		≠
Porcentaje de listados de verificación de la seguridad quirúrgica en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Mortalidad postoperatoria.		≠
Porcentaje de centros de atención primaria con implantación del procedimiento de verificación para cirugía menor y otros procedimientos de riesgo en atención primaria.		≠
Porcentaje de centros con implantación de las recomendaciones de la declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología.		≠
Porcentaje de acciones formativas para fomentar el trabajo en equipo y la comunicación efectiva.		≠
Porcentaje de centros con sistemática establecida para las transiciones de los pacientes desde el área quirúrgica.		≠
	Cumplimiento del listado de verificación quirúrgico adecuado a protocolo	≠
	Cumplimiento del listado de verificación en procedimientos de riesgo	≠
	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada que se les aplica la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)	≠
	No cumplimiento de ítem x de lista de verificación en intervenciones quirúrgicas	≠
	No cumplimiento de ítem x de lista de verificación en lista de verificación en procedimientos de riesgo	≠
	Porcentaje de pacientes con verificación de lateralidad	≠
	Porcentaje de pacientes con contaje de instrumental	≠
	Número de incidentes notificados relacionados con los errores en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
G. Optimizar el uso de los procedimientos con radiaciones ionizantes.		≠
Objetivo 1: Optimizar la solicitud de pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes en pediatría y adulto joven (<25 años).	Garantizar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo	≈
Desarrollar acciones informativas sobre el uso de pruebas radiológicas en edad pediátrica y adulto joven, dirigidas al médico solicitante.		≠
-Establecer y difundir una guía de indicaciones por especialidad y patología para la solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen, especialmente en edad pediátrica y adulto joven, especificando la dosis media de radiación que recibirá el paciente por cada prueba realizada.		≠
- Difundir las recomendaciones de la Sociedad Española de Radiología (SERAM) de "no hacer" dentro del proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España": o No hacer radiografía simple de abdomen en el niño y adolescente de forma rutinaria con dolor abdominal agudo, salvo sospecha de obstrucción o perforación intestinal. o No hacer Tomografía Computarizada ni Resonancia Magnética en niños con convulsión febril simple.		≠
Implantar un procedimiento para la optimización de la radiación en Tomografía Computarizada y radiología intervencionista.		≠
Difundir información a solicitantes y a la comunidad dirigida a minimizar el uso de pruebas radiológicas en odontología infantil.	Minimización del riesgo en pruebas radiológicas en odontología infantil	≈
Objetivo 2: Promover la seguridad del paciente y profesionales en los procedimientos con radiaciones ionizantes.	Garantizar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo	≈
Asegurar que en los centros asistenciales, que así lo requieran, implanten un programa de garantía de calidad y protección radiológica, que incluya las medidas fundamentales y las recomendaciones para la protección radiológica de pacientes y profesionales, así como la notificación de incidentes y el análisis de riesgos. Afecta a aquellos servicios que utilicen radiaciones ionizantes tanto para pruebas diagnósticas como para radioterapia.		≠
Implementar un procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo que garantice el estado adecuado del aparataje y la menor radiación ionizante posible en los procedimientos.		≠
Establecer un procedimiento de seguimiento en pacientes que han recibido altas dosis de radiaciones en procedimientos intervencionistas.		≠
Establecer una sistemática que permita incluir en los informes de radiología la dosis recibida y en la historia clínica electrónica la dosis acumulada		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Indicadores		
Porcentaje de pediatras en el área que al menos han participado en una acción formativa sobre el uso de pruebas radiológicas en los últimos 5 años.		≠
Porcentaje de áreas que han difundido la guía para la solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen con radiaciones ionizantes.		≠
Porcentaje de áreas con difusión a los profesionales de las recomendaciones de “no hacer” de la SERAM.		≠
Existencia e implementación evaluada del Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica.		≠
Porcentaje de Servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear que han realizado al menos un curso de formación continuada en materia de protección radiológica.		≠
Existencia de una guía de recomendaciones de protección a pacientes en procedimientos radiológicos y de medicina nuclear.		≠
Existencia de un sistema de control y prevención de la radiación, especialmente en población infanto-juvenil y durante el embarazo y lactancia.		≠
Existencia de criterios de calidad y seguridad en Radioterapia para asegurar la optimización del tratamiento de Radioterapia y protección radiológica de pacientes.		≠
Porcentaje de servicios con radiología intervencionista que disponen de protocolo de uso de niveles de referencia y seguimiento de pacientes en caso de haber recibido altas dosis de radiación.		≠
Porcentaje de historias clínicas con sistema de control de dosis de radiación recibida.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
H. Seguridad transfusional.		≠
Objetivo 1: Minimizar el riesgo sanitario asociado a todas las fases del proceso de donación y transfusión de hemocomponentes.	Aumentar los niveles de seguridad en toda la cadena transfusional, desde la extracción hasta la transfusión, pasando por el fraccionamiento y la preparación de los componentes sanguíneos	≈
Elaborar e implantar un protocolo corporativo de seguridad transfusional.		≠
Establecer un procedimiento corporativo para el uso óptimo de componentes sanguíneos.	Implantación del manual de uso de componentes sanguíneos en los dispositivos que participen en el proceso transfusional	≈
Mantener en todos los centros el Sistema de Hemovigilancia implantado en el Principado de Asturias.	Consolidación del sistema de hemovigilancia implantado en el Principado de Asturias	≈
	Declaración de incidentes y eventos adversos relacionados con el proceso transfusional	≠
Objetivo 2: Garantizar el suministro de componentes sanguíneos para todos los pacientes médicos y quirúrgicos mejorando el grado de información entre el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos, las Instituciones Sanitarias y los hospitales.		≠
- Elaborar un sistema de información "on line" que permita conocer a los centros sanitarios el número de componentes sanguíneos almacenados en el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias, y que incluya niveles de alerta que puedan afectar al suministro de los mismos.		≠
Establecer una sistemática que permita conocer al Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias la programación extraordinaria de los hospitales con el fin de poner en marcha medidas de promoción de la donación en situación de alerta.		≠
Indicadores		
Porcentaje de áreas con protocolo de seguridad transfusional implantado.		≠
Porcentaje de áreas con procedimiento para uso óptimo de componentes sanguíneos difundido entre los profesionales.		≠
Porcentaje de centros hospitalarios con notificación al Sistema de Hemovigilancia.		≠
Porcentaje de áreas con Comisión de Hemoterapia constituida y funcionante.		≠
Existencia de informe anual de hemovigilancia evaluado.		≠
Número de intervenciones suspendidas o reprogramadas por falta de sangre.		≠
	Nº anual de reuniones de seguimiento del programa de seguridad transfusional con acta	≠
	Número de casi-incidentes y eventos adversos declarados y registrados relacionados con el proceso transfusional	≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
I. Disminuir variabilidad clínica e intervenciones innecesarias.		≠
Objetivo 1: Disminuir la variabilidad clínica reduciendo el número de intervenciones sanitarias innecesarias		≠
Seleccionar las recomendaciones de las sociedades científicas, dentro del proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas", en función del tipo de centro sanitario.		≠
Difundir entre profesionales y usuarios las recomendaciones que apliquen al centro sanitario.		≠
Promover la aplicación de las recomendaciones que apliquen al centro sanitario.		≠
Desarrollar una sistemática que permita el desarrollo y permanente actualización de los distintos Programas Clave de Atención Interdisciplinar elaborados.		≠
Indicadores		
Porcentaje de áreas con recomendaciones seleccionadas y difundidas entre profesionales y usuarios.		≠
Porcentaje de PCAIS con grupo de trabajo corporativo para su actualización continua.		≠
Porcentaje de áreas con grupos de trabajo que evalúen la adecuación de sus procedimientos a los PCAIS.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
7. Gestión de riesgos	7. Gestión de riesgos	✓
Objetivo 1: Identificar riesgos asociados a la asistencia sanitaria	Favorecer la detección, el análisis y la notificación de incidentes y eventos adversos	≈
Implantar en las áreas sanitarias el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP) de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria.	Implementación en las áreas sanitarias del sistema de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje: SINASP	≈
Identificar todas las fuentes de información (además del SINASP) relacionadas con la seguridad del paciente de las que disponga el área sanitaria (reclamaciones, auditorías clínicas, registros, etc.) y establecer una sistemática de análisis y seguimiento de las mismas.	Identificación de todas las fuentes de información relacionadas con la seguridad del paciente en el área sanitaria (reclamaciones, auditorías clínicas, registros, etc.) y establecer una sistemática de seguimiento de las mismas	≈
Formar a los profesionales para la adecuada notificación.	Formación de los profesionales para la adecuada notificación	✓
Fomentar y favorecer la comunicación de incidentes en el área sanitaria/centros sanitarios concertados.	Fomento de conocimiento y uso por parte de los profesionales del sistema de notificación vigente	≈
Promover el desarrollo de normativa orientada a la protección de quien notifica.		≠
	Identificación de riesgos potenciales mediante el análisis y seguimiento de las fuentes de información relacionados con la seguridad del paciente	≠
	Implementación del uso de herramientas de detección de incidentes y eventos adversos	≠
	Promoción de la comunicación de incidentes por parte de todos los grupos de interés: órganos participativos, grupos de trabajo y personal (sanitario y no sanitario)	≠
Objetivo 2: Prevenir los riesgos asociados a la asistencia sanitaria y gestionar los no evitados, minimizando sus consecuencias.		≠
Implantar medidas tendentes a controlar los riesgos potenciales detectados mediante el análisis y seguimiento de las fuentes de información relacionados con la seguridad del paciente, y establecer planes de contingencia para ser aplicados en caso de exposición a los mismos.	Implementación de medidas tendentes a evitar los riesgos potenciales detectados	≈
Implantar las prácticas seguras que en cada momento se establezcan de forma corporativa.		≠
Gestionar la respuesta y análisis de los incidentes y eventos adversos no evitados (SINASP y demás fuentes).	Análisis de incidentes y eventos adversos	≈
	Gestión de la respuesta y análisis de los incidentes y eventos adversos no evitados	≈
Definir y listar de forma corporativa los eventos que se van a considerar eventos centinela.	Listado de eventos centinela	≈
Retroalimentar periódicamente a profesionales, equipos directivos, etc. con el fin de aprender de los incidentes y eventos adversos no evitados: informes con las medidas propuestas y la efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales.	Retroalimentación periódica dirigida a aprender de los incidentes y eventos adversos no evitados: informes con las medidas propuestas y la efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales	≈
	Comunicación de resultados a los profesionales	≈
Fomentar y dar apoyo al diseño de programas de seguridad específicos en los servicios hospitalarios y centros de atención primaria.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Objetivo 3: Favorecer el abordaje de los efectos adversos graves en los centros asistenciales	Detectar, analizar y evaluar la aparición de eventos centinela predefinidos	≈
	Aplicar el sistema de Activadores de Respuesta Inmediata para dar una respuesta oportuna, inmediata y proporcionada a la circunstancia que genera su activación	≈
	Gestión de la segunda víctima	≈
Elaborar un plan corporativo para la gestión de eventos adversos graves y eventos centinela (planes de crisis) que tenga en cuenta al paciente (primera víctima), a los profesionales implicados (segunda víctima), a la institución (tercera víctima) y como transmitir la información al paciente y familiares, a la institución y a los medios de comunicación, con el fin de satisfacer las necesidades de todas las partes implicadas.	Implementación de un plan de gestión de eventos adversos graves (planes de crisis) en los centros sanitarios que incluye tanto a las primeras como a las segundas víctimas y la sociedad en general	≈
	Implementación de un plan de gestión de eventos adversos graves (planes de crisis) en los centros sanitarios que incluye tanto a las primeras como a las segundas víctimas y la sociedad en general	≈
Implementar en las áreas sanitarias/centros sanitarios concertados el plan corporativo de gestión de eventos adversos graves y eventos centinela.	Protocolo de actuación ante eventos centinela	≈
Incluir acciones formativas para gestores y profesionales sanitarios sobre la atención a pacientes y profesionales implicados en un evento adverso grave y eventos centinelas.	Acciones formativas específicas para mejorar como afrontan los profesionales los sucesos con resultados adversos graves	≈
Establecer un sistema corporativo de alertas en seguridad del paciente y el plan de contingencia a aplicar.	Implantación de un sistema de Activadores de Respuesta Inmediata en seguridad del paciente	≈
	Aplicación del Plan de contingencia establecido cuando se genera una Activación de Respuesta Inmediata en Seguridad del Paciente	≈
	Acciones formativas/informativas donde profesionales de reconocido prestigio hablen sobre sus errores y sentimientos al respecto	≠
	Foros y conferencias sobre las experiencias de las segundas víctimas	≠
	Programas de apoyo precoces tras la aparición del incidente	≠
	Realización de sesiones estructuradas de análisis retrospectivo	≠
Indicadores		
Porcentaje de áreas sanitarias con el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente implantado.	Sistema de notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos implantado	≈
Número de notificaciones recibidas en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias que tienen establecidas las fuentes de información relacionadas con la seguridad del paciente.		≠
Porcentaje de profesionales formados en el sistema de notificación.		≠
Porcentaje de áreas con informe trimestral que incluya eventos adversos no evitados, acciones tomadas para corregirlos y efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales.		≠



ESTRATEGIA	SISTEMA DE GESTIÓN	Actuación
Porcentaje de notificaciones SAC 1/2 con respuesta menor a 15 días.		≠
Porcentaje de áreas con implantación del plan corporativo de gestión de eventos adversos graves y eventos centinela.	Los dispositivos asistenciales del área sanitaria dispone de un protocolo de eventos centinela acorde con el perfil del centro	≈
	Existencia de un protocolo de actuación ante eventos graves/centinela implantado	≈
Número de acciones formativas para gestores y profesionales sanitarios sobre la atención a pacientes y profesionales implicados en un evento adverso grave y eventos centinelas.		≠
Porcentaje de áreas sanitarias con sistema de alertas en seguridad del paciente establecido.	Existencia de planes de Contingencia para el abordaje de Activadores de Respuesta Inmediata en SP	≈
	Activadores de Respuesta Inmediata en SP en el año	≠
	Porcentaje de Activadores de Respuesta Inmediata en SP con respuesta adoptada según plan de medidas correctoras	≠
	Nº de riesgos, incidentes y eventos adversos declarados	≠
	Relación de acciones de difusión y divulgación de las recomendaciones sobre notificación anónima de eventos adversos llevadas a cabo por la Gerencia de Área	≠
	Existencia de Equipo de Gestión de Riesgos	≠
	Informe trimestral de análisis de sucesos adversos declarados y acciones tomadas	≠
	Porcentaje de notificaciones de Eventos Adversos con análisis y plan de mejora	≠
	Aplicación de protocolo de actuación ante riesgo de suicidio	≠
	Porcentaje de eventos centinela con plan de mejora y medidas correctoras	≠