

Estratexia galega de seguridade e calidade asistencial

2024-2028



XUNTA
DE GALICIA

Estratexia galega de seguridade e calidade asistencial

2024-2028

Edita:

Consellería de Sanidade

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria

Deseño: Bululú Creativos

Lugar e ano de publicación: Santiago de Compostela, 2023

GRUPO COORDINADOR

Roca Bergantiños, Olga. Xefa do Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Vázquez Mourelle, Raquel. Subdirectora xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

GRUPO OPERATIVO (Coordinadores de cada liña de traballo)

Álvarez Vázquez, Juan Carlos. Supervisor da Área de Calidade. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Campos Oubel, M.^a Eva. Supervisora da Área de Calidade. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Cid Conde, Lucía. Subdirectora de Prestación Farmacéutica. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

García-Borregón Millán, Jorge. Subdirector de Humanización, Calidade e Atención á Cidadanía. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

González Lorenzo, Juan Manuel. Subdirector de Humanización e Atención á Cidadanía. Área sanitaria de Ferrol.

Losada Castillo, Isabel. Técnica do Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Muñoz Pérez, M.^a Dolores. Subdirectora de Enfermería. Área sanitaria de Vigo

Olveira Lorenzo, Clara. Directora de Procesos de Soporte. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Rodríguez Ledo, Pilar. Subdirectora da Área de Humanización, Calidade e Atención á cidadanía. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

AUTORÍA

Amboage Valiño, Minia. Enfermeira. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Arrojo Suárez de Centi, Luisa. Especialista en radiodiagnóstico. Responsable do Sistema de xestión de calidade UNE 179003 Radioloxía. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Atienza Merino, Gerardo. Médico. Unidade de Calidade e Seguridade do Paciente. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Área sanitaria de Santiago de Compostela e O Barbanza.

Barreiro Parda, Cristina. Servizo de Anestesioloxía, Reanimación e Terapia da dor. Hospital Universitario de Pontevedra. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Blanco Lobeiras, Sinda. Subdirectora xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Blanco Sánchez, Concepción. Médica de familia. Directora de Atención Primaria. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Buján Martínez, Dolores. Supervisora de Calidade, Docencia e Innovación. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Campos Oubel, M.^a Eva. Supervisora da Área de Calidade. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Carreiro Alonso, Miguel Ángel. Enfermeiro. Centro de Saúde de San Roque. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Cartelle Pérez, Teresa de Jesús. Xefa do Servizo de Calidade e Atención ao Usuario. FPUSG-061.

Casal Rouco, Patricia. Fisioterapeuta en Rehabilitación. Área sanitaria de Vigo.

Castillo Páramo, Alicia. Médica. Centro de Saúde de Sardoma. Área sanitaria de Vigo.

Castro Balado, Eva. Médica asistencial na base de Mos. Fundación Pública 061

Castro Lareo, Beatriz. Farmacéutica hospitalaria. Hospital Universitario de Pontevedra. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Cid Conde, Lucía. Subdirectora de Prestación Farmacéutica. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Concha López, Ángel. Xefe do Servizo de Anatomía Patolóxica. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Crespo Diz, Carlos. Xefe do Servizo de Farmacia. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

De Castro García, Paola. Enfermeira. Centro de Saúde de Santa Cruz. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Docampo Ferreira, Tirso. SAF Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia e Estimulación Temperá. Área sanitaria de Vigo.

Domínguez González, Nieves. Médica de familia. Xefa de Estudos de Medicina Familiar e Comunitaria. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Durán González, Antía. Eir Enfermería Familiar e Comunitaria. SAP A Estrada. Área sanitaria de Santiago de Compostela e O Barbanza.

Enríquez Sanjurjo, Gloria. Supervisora de Humanización. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Estévez Vázquez, Miriam. Unidade de Coidados Intensivos. Povisa-Vigo.

Fariñas Lorenzo, Begoña. Enfermeira de Calidade de Coidados. Área sanitaria de Vigo.

Fernández Díaz, David. Enfermeiro especialista en Efy. Centro de Saúde de Teis. Área sanitaria de Vigo.

Fernández Fernández, Ricardo. Servizo de Anestesioloxía. Hospital Universitario Lucus Augusti. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Fernández García, Xacobe Abel. Psicólogo clínico. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Fraga Sampedro, Marisa. Supervisora da Área de Formación Continuada e presidenta da Subcomisión de Docencia de Enfermería. Área sanitaria de Ferrol.

García-Borregón Millán, Jorge. Subdirector de Humanización, Calidade e Atención á Cidadanía. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Garnacho Gayarre, Nuria. Responsable de calidade de análises clínicas e laboratorio. Certificación ISO 9001:2015. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Gómez Rial, José. Xefe da Sección de Inmunoloxía. Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

González Lorenzo, Juan Manuel. Subdirector de Humanización e Atención á Cidadanía. Área sanitaria de Ferrol.

González Piñeiro, Sara. Farmacéutica hospitalaria. Hospital Universitario da Coruña. Área sanitaria da Coruña e Cee.

González Rodríguez, María Pilar. Supervisora de Hospitalización Hematoloxía. Área sanitaria de Pontevedra e Salnés.

González Vinagre, Salustiano. Servizo de Cirurxía Xeral. Hospital Universitario de Santiago. Área sanitaria de Santiago de Compostela e O Barbanza.

Gutiérrez Urbón, José María. Servizo de Farmacia. Hospital Universitario da Coruña. Área sanitaria da Coruña e Cee.

López Díaz-Robles, Silvia. Supervisora de Calidade. Área sanitaria de Ferrol.

López Pimentel, María José. Enfermeira. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

López Rodríguez, Carmen. Licenciada en Psicoloxía. Directora da Federación Galega de Enfermidades Raras (Fegerec).

López Rodríguez Inmaculada. Farmacéutica adxunta do Servizo de Farmacia. Hospital Universitario Lucus Augusti. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Losada Castillo, Isabel. Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Malvar Pintos, Alberto. Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

Marcos Rodríguez, Pedro Jorge. Director asistencial. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Martínez Álvarez, Joaquín. Médico de familia de Rábade. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Martínez López, M.^a Ángeles. Supervisora da Área de Calidade e Docencia. Hospital Comarcal de Monforte. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Martínez Pillado, Modesto. Xefe de sección da Unidade de Calidade. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Méndez Iglesias, Úrsula. Supervisora de área. Área sanitaria de Vigo.

Millor Sanesteban, Belén. Servizo de Calidade. Área sanitaria de Ferrol.

Monteagudo Romero, Rosa. Subdirección Xeral de Humanización e Atención á Cidadanía. Servizo Galego de Saúde.

Morado Quiñoá, Purificación. Enfermeira de Calidade. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Mosquera Vereza, Mario. Director da Área de Xestión do Coñecemento e Talento de ACIS.

Muñoz Pérez, M.^a Dolores. Subdirectora de Enfermería. Área sanitaria de Vigo.

Olveira Lorenzo, Clara. Directora de Procesos de Soporte. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Pardo Lemos, Inmaculada. Supervisora de Calidade de Coidados. Área sanitaria de Vigo.

Pardo Seoane, Sandra. Xefa de estudos de MFyC de Ourense. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Pérez Fuertes, Aida. Xefa do Servizo de Análises Clínicas. Área sanitaria de Ferrol

Pérez Rodríguez, María Teresa. Unidade de Enfermidades Infecciosas. Hospital Universitario de Vigo. Área sanitaria de Vigo.

Piñeiro Couce, Cristina. Presidenta da Asociación Galega de Trasplantados de Médula Ósea (Asotrame). Ferrol.

Porto Ron, Irene. Enfermeira. Centro de Saúde Virxe da Peregrina de Pontevedra. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Prado Casal, Jorge. Delegado de protección de datos. Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información. Servizo Galego de Saúde.

Quintana Tustain, Sara. FEA Xinecoloxía. Unidade de Endometriose. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Quintela Porro, Valle. Responsable de Calidade. Hospital Povisa de Vigo.

Rascado Sedes, Pedro. Unidade de Coidados Intensivos. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. Área sanitaria de Santiago de Compostela e O Barbanza

Roca Bergantiños, Olga. Xefa do Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Rodríguez Ledo, Pilar. Subdirectora de Humanización, Calidade e Atención á Cidadanía. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Rodríguez Vázquez, Ana. Farmacéutica hospitalaria. Hospital Universitario de Ourense. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

San Martín Álvarez, Susana. Farmacéutica hospitalaria. Hospital Álvaro Cunqueiro. Área sanitaria de Vigo.

Sande Meijide, María. Servizo de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Ourense. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Santos Mantecón, Emilio. Celador. Grupo de estratexia EFQM. Servizo de Urxencias. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Seco Maquiera, Pilar. Farmacéutica. Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Silva Fernández, Begoña. Supervisora de Urxencias de Adultos. Hospital Álvaro Cunqueiro. Área sanitaria de Vigo.

Sotelino Rodríguez, Carolina. Supervisora da Área de Laboratorio de Vigo. Área sanitaria de Vigo.

Tajes Alonso, María. Xefa do Servizo de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Vázquez Campo, Myriam. Enfermeira. Unidade de Calidade. Hospital Universitario de Ourense. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Vázquez Martínez, Ana. Supervisora de Calidade. Hospital Público da Mariña. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Vázquez Mourelle, Raquel. Subdirectora xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Vázquez Pérez, Silvia. Subdirectora de Enfermería. Área sanitaria da Coruña e Cee

Veiga Barreiro, Jesús Alberto. Xefe do Servizo de Anatomía Patolóxica. Área sanitaria de Ferrol.

Verde Remeseiro, Luis. Xerente. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Vidal Martínez, Sandra. Unidade de Calidade. Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

CO AVAL CIENTÍFICO DE:

Sociedade Galega de Calidade (SOGALCA).



Índice

01. Introducción	Páxina 8
02. Marco conceptual	Páxina 10
Misión, visión e valores do Servizo Galego de Saúde	11
A calidade como compromiso institucional.....	12
Definicións do termo "calidade"	14
Dimensións da calidade	15
Mellora a calidade para camiñar cara á excelencia	17
Mellora continua, avaliación e certificacións	19
Marco normativo	20
03. Metodoloxía xeral: DAFO/CAME	Páxina 26
Análise DAFO	28
Análise CAME	30
04. Metodoloxía específica	Páxina 31
Metodoloxía para a elaboración das liñas	35
05. Cronograma	Páxina 36
06. Liñas estratéxicas	Páxina 38
1. Liderado	40
2. Identificación de pacientes	42
3. Procesos diagnósticos	44
4. Seguridade nos coidados e tratamentos. Atención á dor	46
5. Uso seguro dos medicamentos. Conciliación. Medicación de alto risco	49
6. Xestión de riscos	51
7. Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. Atención 2.ª e 3.ª vítimas.....	53
8. Comunicación e continuidade asistencial	55
9. Prevención das infeccións, seguridade nos procesos asistenciais críticos e de risco	57
10. Formación de profesionais, pacientes e coidadores en seguridade de pacientes	59
07. Bibliografía	Páxina 61
08. Indicadores de seguimento e avaliación	Páxina 69

01

Introducción

A seguridade do paciente constitúe unha dimensión clave, esencial e transversal da calidade asistencial e, pola súa vez, é un grave problema mundial de saúde pública, con importantes repercusións, tal e como establece a Organización Mundial da Saúde (OMS).

A seguridade do paciente como concepto non é algo novo, xa que a preocupación por non lles facer dano aos pacientes sempre estivo presente no quefacer dos profesionais da saúde.

A necesidade de accións encamiñadas a xestionar os riscos derivados da atención é algo máis novo, xa que estas xorden despois da publicación de estudos que indican que os eventos adversos da atención son frecuentes, poden ser graves e, sobre todo, poden evitarse. Estes efectos non desexados derivados da atención sanitaria representan unha causa de elevada morbimortalidade en todos os sistemas sanitarios desenvolvidos. A razón fundamental é a crecente complexidade no manexo dos pacientes, no que interveñen factores organizativos, factores persoais dos profesionais e factores relacionados coa enfermidade.

A Estratexia galega de seguridade e calidade 2024-2028 incide, polo tanto, no avance da seguridade na organización e céntrase no compromiso e no liderado, na aprendizaxe e, sobre todo, na mellora continua. Pretende profundar na xestión dos riscos de maneira proactiva e reactiva. Impulsa a atención ás segundas e terceiras vítimas de eventos adversos, o que aumenta a humanización na resposta, tanto aos pacientes como aos profesionais. Establece obxectivos específicos para a poboación e unha análise do risco concreto e específico de cada situación asistencial. Entre outros aspectos, incide nas tecnoloxías da información sanitaria como grandes aliadas á hora de ofrecer unha atención máis segura.

Esta estratexias susténtanse sobre tres piares: a xestión da calidade asistencial, a seguridade do paciente e a atención ao paciente e ao cidadán.

Estrutúrase sobre dez liñas estratéxicas, cada unha delas cos seus correspondentes criterios de avaliación, baseados en directrices consensuadas, priorizadas e referendadas por organismos referentes nacionais e internacionais en seguridade do paciente, así como coa evidencia científica dispoñible. A posta en marcha destas liñas estratéxicas axudará aos centros sanitarios a avanzar no desenvolvemento de actividades dirixidas a mellorar a seguridade dos pacientes e, en definitiva, a calidade da súa asistencia.

Esta estratexia, ao ter un módulo de avaliación, resultante do consenso de todas as liñas estratéxicas, potencia a autoavaliación e o *benchmarking* para lograr a participación dos profesionais e para difundir e implantar as mellores prácticas no que ten que ver coa seguridade do paciente.

02

Marco conceptual

*Misión, visión e valores do
Servizo Galego de A Saúde*

*A calidade como
compromiso institucional*

*Definicións do termo
"calidade"*

Dimensións da calidade

*Mellorar a calidade para
camiñar cara á excelencia*

*Mellora continua, avaliación
e certificacións*

Marco normativo

2. Marco conceptual

Misión, visión e valores do Servizo Galego de Saúde



MISIÓN

Contribuír a mellorar a saúde e promover a calidade, a seguridade e a satisfacción nos servizos sanitarios que ofrecemos, garantindo a sostibilidade do sistema sanitario. Compromiso coa innovación para poder ofrecer servizos de alto nivel científico-técnico a través do noso maior efectivo: os profesionais.

Ofrecer servizos sanitarios exentos de danos innecesarios ou previsibles para os pacientes, implantando e desenvolvendo a xestión de riscos sanitarios.



VISIÓN

Conseguir unha organización excelente en canto á seguridade do paciente, que sexa un referente para todos os servizos sanitarios e que cumpra as expectativas dos pacientes, dos profesionais e da sociedade. Un modelo innovador que teña sempre en conta as necesidades e as expectativas da cidadanía. Fomentar, así mesmo, a participación e a motivación dos profesionais que nos asegure a eficiencia na xestión, que actúe como motor de desenvolvemento económico e social para Galicia e que fomente a investigación.



VALORES

- Compromiso cos pacientes. Traballamos para os pacientes, promovemos a súa participación con relación á súa seguridade e orientámonos cara ao seu proceso asistencial seguro e cara ás súas necesidades.
- Responsabilidade coa sociedade. Xestionamos e melloramos con respecto e transparencia as consecuencias da nosa actividade no conxunto da sociedade.
- Colaboración, participación e apoio. Favorecemos e fomentamos o apoio, a cooperación e a colaboración cos profesionais e entre os profesionais, e tamén a colaboración interinstitucional, a participación cos servizos sociais e coas sociedades científicas e a implicación de todos os profesionais do Servizo Galego de Saúde.
- Xestión do coñecemento. Somos responsables de xestionar e de aproveitar o coñecemento dispoñible, polo que impulsaremos a innovación e difundiremos os devanditos coñecementos entre os nosos profesionais e cara á sociedade.

A calidade como compromiso institucional

En España, a Lei xeral de sanidade de 1986, no seu artigo 69, afirma: "A avaliación da calidade da asistencia prestada debe ser un proceso continuado que afecte a todas as actividades do persoal de saúde e dos servizos sanitarios do sistema nacional de saúde. A Administración sanitaria establecerá sistemas de avaliación da calidade asistencial unha vez oídas as sociedades científicas sanitarias. Os médicos e demais profesionais titulados do centro deberán participar nos órganos encargados da avaliación da calidade asistencial deste. Todos os hospitais deberán posibilitar ou facilitarlles ás unidades de control de calidade externo o cumprimento dos seus labores. Así mesmo, establecerán os mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidade asistencial".

No ano 2003, a promulgación da Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do sistema nacional de saúde recolle diversas medidas de avaliación e mellora da calidade asistencial. O seu ámbito de aplicación abrangue as prestacións sanitarias, a farmacia, os profesionais, a investigación, os sistemas de información, a calidade do sistema sanitario, os plans integrais, a saúde pública e a participación da cidadá e dos profesionais.

Esta lei establece o principio de que a mellora da calidade do sistema sanitario no seu conxunto debe presidir as actuacións das institucións sanitarias públicas e privadas. Neste documento, concréntanse os elementos que configuran a infraestrutura da calidade, que comprende normas de calidade e seguridade, indicadores, guías de práctica clínica e rexistros de boas prácticas e de acontecementos adversos. Prevese tamén a elaboración periódica de plans de calidade do sistema nacional de saúde no seo do Consello Interterritorial do sistema nacional de saúde. Así mesmo, encoméndaselle ao Ministerio de Sanidade o fomento da auditoría externa periódica dos centros e servizos sanitarios, en garantía da súa seguridade e da calidade dos devanditos servizos, proporcionando unha análise permanente do sistema, mediante estudos comparados dos servizos de saúde das comunidades autónomas no ámbito da organización, da provisión de servizos, da xestión sanitaria e dos resultados.

A Lei 8/2008, de saúde de Galicia, establece entre os seguintes principios reitores do seu funcionamento: a orientación á cidadanía e a participación social e comunitaria; a concepción integral da saúde; a protección fronte a situacións e circunstancias que supoñen risco para a saúde, en particular, a protección fronte aos riscos ambientais, a prevención da enfermidade e a asistencia sanitaria, así como a rehabilitación e a integración social; a adecuación das prestacións sanitarias ás necesidades de saúde da poboación; a equidade; a promoción da educación sanitaria e a promoción do uso racional do sistema público de saúde de Galicia. Tamén recolle como principio reitor a calidade dos servizos e a mellora continua, con especial énfase na calidade da atención clínica e na organización dos servizos, na atención personalizada e humanizada e na docencia como estratexia de garantía de calidade; a seguridade, efectividade e eficiencia no desenvolvemento das actuacións,

que deberán basearse na evidencia científica dispoñible e en valores éticos, sociais e culturais; a acreditación e a avaliación continua dos servizos sanitarios prestados; a participación e a implicación dos profesionais; a eficacia, efectividade e eficiencia na xestión do sistema público de saúde de Galicia; a promoción da investigación cun carácter transaccional á práctica clínica; a coordinación dos recursos sanitarios, sociosanitarios e de saúde laboral e a sostibilidade financeira.

No Decreto 43/2013, do 21 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde, establécense as funcións da Subdirección Xeral de Atención ao Cidadán e Calidade, entre as que se atopan: "Definir o sistema de xestión da calidade para o Servizo Galego de Saúde; desenvolver a coordinación e a avaliación da posta en marcha dos plans de calidade dos centros sanitarios; poñer en marcha as normas de calidade e seguridade que aprobe a Consellería de Sanidade e demais autoridades competentes; implantar os indicadores que permitan comparar a calidade e a seguridade dos centros de forma sistematizada e articular un sistema de información integrada de indicadores de calidade".

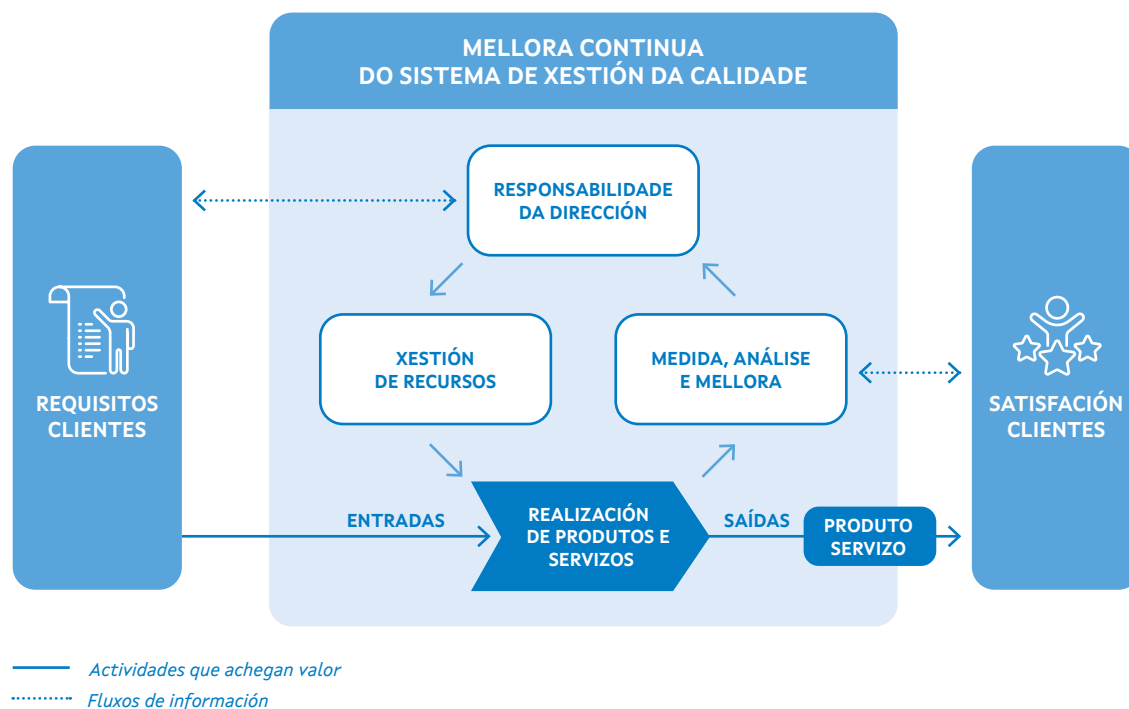
O Modelo corporativo de xestión integrada da calidade do Servizo Galego de Saúde está aliñado co Plan de calidade do sistema nacional de saúde e claramente orientado á cidadanía da comunidade autónoma e aos profesionais para conseguir un sistema sanitario público eficaz e eficiente, sustentable no tempo, moderno e con capacidade e flexibilidade suficiente para adaptarse aos cambios da súa contorna. O modelo pretende dar continuidade e consolidar as políticas de calidade e seguridade desenvolvidas con anterioridade e recollidas nas estratexias anteriores, e incorpora un conxunto de iniciativas innovadoras para a procura da excelencia na prestación de servizos. Todo iso co obxectivo de seguir ofrecendo respostas adecuadas ás necesidades e expectativas da cidadanía e dos profesionais, consolidando o camiño iniciado, involucrando cada vez máis os profesionais e promovendo o seu desenvolvemento individual e colectivo, así como o seu compromiso para alcanzar un nivel de excelencia na prestación de servizos, acorde co compromiso social adquirido coa cidadanía.

O noso modelo basea a súa estrutura seguindo as liñas dos modelos de xestión da European Foundation for Quality Management (EFQM) e integra tamén obxectivos do modelo Joint Commission International Accreditation Standards, CHKS Healthcare Accreditation Programme, ISQua's International Accreditation Programme (IAP), modelos cos requisitos ISO/UNE de xestión da calidade, xestión de riscos e seguridade do paciente, xestión ambiental, OSHAS de xestión de riscos laborais e modelos de xestión da responsabilidade social corporativa, o que contribúe ao desenvolvemento e consolidación das políticas incluídas na Estratexia Sergas.

A necesidade de ofrecer unha resposta única e integrada segue a ser un dos elementos fundamentais que definen a calidade dos servizos de saúde e, polo tanto, ofrece unha mellor resposta ao conxunto de necesidades individuais e colectivas, que son cambiantes ao longo da vida nos diferentes ámbitos onde se desenvolve a atención sanitaria.

Integrar a responsabilidade social á nosa estratexia, incorporándoa ao Modelo corporativo de xestión integrada da calidade do Servizo Galego de Saúde, supón transformarnos nun organismo comprometido coa sociedade, que pon ao servizo da comunidade o coñecemento sanitario e organizativo, coopera no desenvolvemento económico e social de Galicia, garante condicións de emprego sustentable e coida o ambiente.

O enfoque do Modelo corporativo de xestión integrada da calidade do Servizo Galego de Saúde móstrase no seguinte diagrama:



Definicións do termo "calidade"

A calidade defínese como "o grao no que un conxunto de características inherentes cumpren os requisitos".

Para converter a calidade nos servizos sanitarios en algo medible e comprobable, débense identificar e describir as características da calidade dos procesos clínicos. Os requisitos dos pacientes ou dos clientes dos servizos sanitarios deben especificarse de acordo coa súa eficacia, seguridade, dispoñibilidade, puntualidade/accesibilidade, continuidade da asistencia, respecto aos valores, preferencias e conveniencias do paciente. Deben terse en consideración os aspectos de eficiencia e repartición equitativa.

Segundo a OMS, a calidade da asistencia sanitaria é "asegurar que cada paciente reciba o conxunto de servizos diagnósticos e terapéuticos máis adecuados para conseguir unha atención sanitaria óptima tendo en conta todos os factores e os coñecementos do paciente e do servizo médico e lograr o mellor resultado co mínimo de risco de efectos transxénicos e a máxima satisfacción do paciente co proceso".

Dimensións da calidade

As dimensións da calidade asistencial resúmense nos seguintes aspectos:

- **Atención centrada no paciente:** As organizacións e os profesionais sanitarios escoitan e respectan as perspectivas e eleccións do paciente e da súa familia. Os coñecementos, os valores, as crenzas e a orixe cultural do paciente e da súa familia téñense en conta na planificación e na prestación da atención. Os profesionais sanitarios comunican e comparten información completa, precisa e imparcial cos pacientes e coas súas familias de maneira positiva e útil para poder participar con eficacia na atención e na toma de decisións.

Convídanse e apóianse os pacientes e as súas familias para que participen na atención e na toma de decisións na medida que eles elixan. Inclúense os pacientes e as súas familias dentro de todo o ámbito da institución. Os pacientes participan activamente na xestión e nos procesos de atención nas organizacións sanitarias.

- **Participación do paciente:** Ao paciente infórmase, consúltase e facilítase que participe activamente en todas as decisións e nos procedementos que se lle vaian practicar. Os líderes colaboran cos pacientes e coas súas familias no desenvolvemento, implementación e avaliación de políticas e programas, no deseño de instalacións e na educación, así como na prestación de atención.
- **Atención baseada en probas e coñecementos: calidade científico-técnica.** Representa a competencia dos profesionais para utilizar de forma idónea os máis avanzados coñecementos e recursos ao seu alcance, con base na evidencia dispoñible, co fin de contribuír á mellora do estado de saúde da poboación e á satisfacción das persoas usuarias. Esta dimensión considera tanto a habilidade técnica como a relación interpersonal que se establece entre o profesional e o paciente. É a dimensión máis utilizada para medir a calidade da atención sanitaria.
- **Eficacia:** Proporcionar unha atención sanitaria baseada na evidencia, que proporcione resultados na mellora da saúde das persoas e da comunidade de acordo coas súas necesidades e expectativas
- **Eficiencia:** Procurar a atención sanitaria aproveitando os recursos e evitando gastos innecesarios. Relacionar os custos cos resultados e/ou beneficios obtidos.
- **Efectividade:** Grao en que a atención sanitaria produce na poboación o beneficio que en teoría debería producir, é dicir, o que se obtén tras unha intervención en condicións de aplicabilidade reais.
- **Accesibilidade:** Facilitade coa que a poboación pode recibir a atención que necesita. Esta dimensión recolle non unicamente barreiras de tipo estrutural (horario, distancia) e económico, senón tamén barreiras organizativas, sociais e culturais, e a posibilidade de que un paciente obteña os servizos no lugar e no momento que os necesita, en suficiente cantidade e a un custo razoable. Inclúe o proceso sistemático de información acerca de como obter a atención sanitaria.

- **Dispoñibilidade:** Grao en que os servizos sanitarios se atopan en estado operativo. Como regra xeral, os coidados médicos deben estar dispoñibles cando se necesiten durante o ciclo de vida do paciente e cando xurda calquera enfermidade.
- **Equidade:** Procurar unha atención sanitaria que, a pesar das características persoais (sexo, etnia, situación xeográfica ou status socioeconómico), non varíe a súa calidade.
- **Aceptabilidade:** Proporcionar unha atención sanitaria tendo en conta as expectativas da persoa usuaria e a cultura da comunidade á que pertence.
- **Seguridade:** Procurar unha atención sanitaria que minimize os riscos e os danos ás persoas usuarias dos servizos.
- **Puntualidade:** Os servizos sanitarios préstanse a tempo. A orde na prestación de servizos debe depender só da avaliación das necesidades do paciente, do grao de agudeza e severidade da enfermidade, independentemente do status social ou doutra característica do paciente.
- **Continuidade:** Supón ofrecer a atención dunha forma ininterrompida e coordinada. Refírese tamén ao tratamento do paciente como un todo, dunha forma ininterrompida e nun sistema de asistencia integral.
- **Satisfacción:** Representa o grao en que a atención prestada satisfai as expectativas do paciente. O modelo de xestión de calidade total tamén ten en conta o grao de satisfacción dos profesionais.

A satisfacción refírese a tres grandes aspectos: organizativos (tempos de espera, ambiente físico), estado de saúde alcanzado e trato persoal recibido por parte dos profesionais sanitarios (este último aspecto é fundamental).

- **Transparencia:** O acceso á información das organizacións sanitarias por parte dos cidadáns para coñecer como se toman as decisións que lles afectan, como se manexan os fondos públicos ou baixo que criterios actúan as nosas institucións.
- **Calidade Percibida:** É un xuízo e, polo tanto, ten natureza cognitiva, resulta de confrontar as percepcións ou experiencias dos atributos reais dos coidados de saúde coas expectativas que previamente o paciente se chega a formar deles. Consiste na imaxe ou no concepto de calidade dun servizo que teñen os seus usuarios. Inclúe aspectos científico-técnicos (fiabilidade, capacidade de resposta, competencia profesional...), aspectos relacionados coa comunicación e coa relación cos profesionais (trato, amabilidade, capacidade de escoita, empatía, interese...) e aspectos sobre a contorna da atención (ambiente, decoración, comida, limpeza, ventilación, ruídos...).

Mellorar a calidade para camiñar cara á excelencia

De acordo co modelo de excelencia EFQM, para alcanzar a excelencia as organizacións sanitarias han de aplicar oito conceptos fundamentais:



ENGADIR VALOR PARA OS PACIENTES, entendendo, anticipando e satisfacendo as súas necesidades, expectativas e oportunidades de mellora.



CREAR UN FUTURO SUSTENTABLE, dado que as organizacións sanitarias excelentes teñen un impacto positivo na contorna que as rodea mediante a mellora do seu rendemento e, asemade, teñen un impacto positivo no económico, ambiental e social nas comunidades coas que se relacionan.



DESENVOLVER A CAPACIDADE DA ORGANIZACIÓN, mellorando as súas capacidades para adaptarse aos cambios que se van producindo dentro e fóra dos límites da organización, que son determinantes para o cumprimento da súa misión.



APROVEITAR A CREATIVIDADE E A INNOVACIÓN, xerando aumento do valor e dos niveis de rendemento a través da mellora continua e da innovación sistemática, aproveitando a creatividade dos seus grupos de interese.



LIDERAR CON VISIÓN, INSPIRACIÓN E INTEGRIDADE, con líderes que constrúen o futuro, actuando como modelos polos seus valores e pola súa ética.



XESTIONAR CON AXILIDADE, identificando e respondendo de forma efectiva e eficiente as oportunidades e as ameazas.



ALCANZAR O ÉXITO MEDIANTE O TALENTO DAS PERSOAS DA ORGANIZACIÓN, valorándoas e creando unha cultura para a consecución dos seus obxectivos.



MANTER NO TEMPO OS RESULTADOS SOBRESAÍNTES, que cumpren as necesidades a curto e a longo prazo de todos os seus grupos de interese, no contexto da súa contorna operativa.

Un sistema de xestión da calidade é un sistema para dirixir unha organización en materia de calidade. Os requisitos para un sistema de xestión da calidade céntranse, consecuentemente, nas características de calidade.

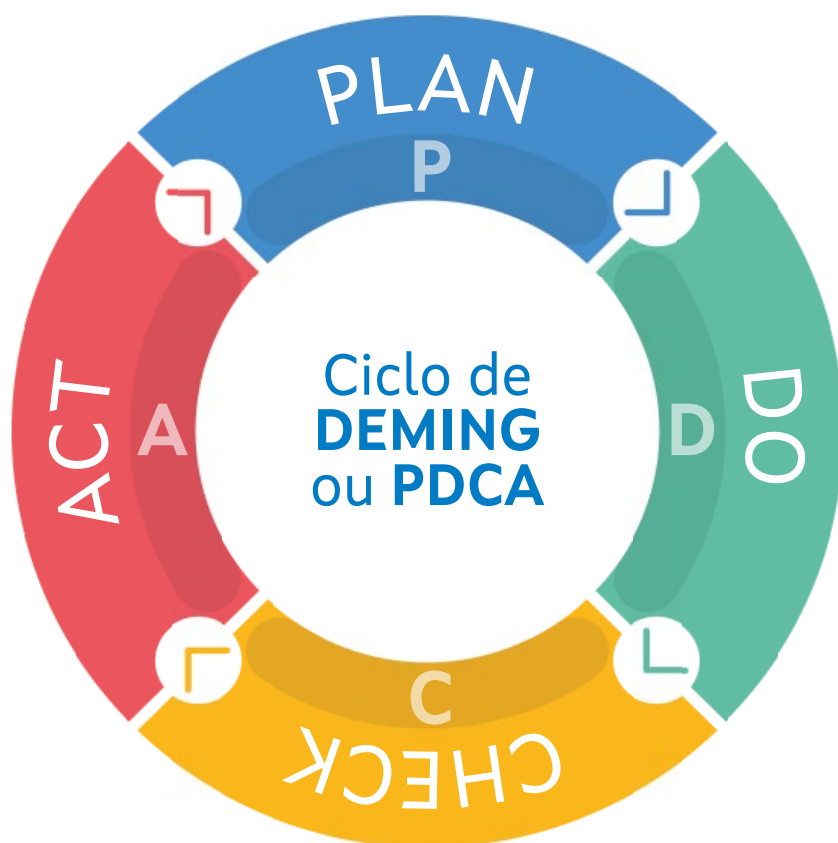
Dez liñas que incorporan os criterios que serven para avaliar o progreso dunha organización cara á excelencia. Cinco destas liñas estratéxicas axentes ou facilitadoras que indican como debe actuar unha organización cun sistema de xestión de calidade total ("o que unha organización fai"): liderado, política e estratexia, alianzas e recursos, xestión de recursos humanos e xestión de procesos.

O noso modelo non aplica o modelo EFQM de forma estrita, utilizámolo como referencia para clasificar os obxectivos. O Modelo corporativo de xestión integrada da calidade é unha guía de actuación estratéxica que recolle os elementos esenciais da excelencia na xestión da calidade: liderado, mellora continua, adhesión dos profesionais, circulación da información, mellora dos procesos, custos económicos, satisfacción e participación do paciente e dos seus familiares na toma de decisións que afectan a súa saúde.



Mellora continua, avaliación e certificacións

O Modelo corporativo de xestión integrada da calidade do Servizo Galego de Saúde adopta a "metodoloxía de mellora continua", baseada no **ciclo PDCA de Shewhart ou ciclo de Deming**:



PLAN

PLANEAR

Establecer os plans

DO

FACER

Levar a cabo os plans

CHECK

VERIFICAR

Verificar se os resultados concordan co planeado

ACT

ACTUAR

Actuar para corrixir os problemas atopados, prever posibles problemas, manter e mellorar

Marco Normativo

Normativa nacional

- *Constitución española de 1978, que no seu artigo 43 reconece o dereito da cidadanía á protección da saúde.*
- *Lei orgánica 1/1982, do 5 de maio, de protección civil do dereito á honra, á intimidade persoal e familiar e á propia imaxe.*
- *Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, que universaliza o dereito á protección da saúde e á asistencia sanitaria a toda a poboación española, orientando o sistema sanitario á promoción da saúde, á prevención da enfermidade e ao acceso igualitario ás prestacións sanitarias, con ampla participación cidadá, promovendo a rehabilitación e a reinserción social.*
- *Real decreto 673/2023, do 18 de xullo, polo que se establecen os criterios de calidade e seguridade das unidades asistenciais de medicina nuclear.*
- *Real decreto 1566/1998, do 17 de xullo, polo que se establecen os criterios de calidade en radioterapia.*
- *Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica.*
- *Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do sistema nacional de saúde, que establece o marco legal para as accións de coordinación e cooperación das administracións públicas sanitarias, no exercicio das súas respectivas competencias, de modo que se garanta a equidade, a calidade e a participación social no sistema nacional de saúde, así como a participación activa deste na redución das desigualdades en saúde.*
- *Lei 44/2003, do 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias.*
- *Real decreto 605/2003, do 23 de maio, polo que se establecen medidas para o tratamento homoxéneo da información sobre as listas de espera no sistema nacional de saúde.*
- *Real decreto 1088/2005, do 16 de setembro, polo que se establecen os requisitos técnicos e as condicións mínimas da hemodoazón e dos centros e servizos de transfusión.*
- *Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.*
- *Real decreto legislativo 1/2015, do 24 de xullo, polo que se aproba o texto refundido da Lei de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.*
- *Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do sistema nacional de saúde e o procedemento para a súa actualización.*
- *Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.*
- *Real decreto 124/2007, do 2 de febreiro, polo que se regula o Rexistro Nacional de Instrucións Previas e o correspondente ficheiro automatizado de datos de carácter persoal.*
- *Real decreto 415/2022, do 31 de maio, polo que se modifica o Real decreto 124/2007, do 2 de febreiro, polo que se regula o Rexistro Nacional de Instrucións Previas e o correspondente ficheiro automatizado de datos de carácter persoal.*
- *Lei orgánica 3/2007, do 22 de marzo, para a igualdade efectiva de mulleres e homes, que recolle no seu artigo 27 a integración do principio de igualdade na política de saúde e na perspectiva de xénero.*
- *Orde SCO/3422/2007, do 21 de novembro, pola que se desenvolve o procedemento de actualización da carteira de servizos comúns do sistema nacional de saúde.*
- *Orde ECI/332/2008, do 13 de febreiro, pola que se establecen os requisitos para a verificación dos títulos universitarios oficiais que habiliten para o exercicio da profesión de médico.*

- *Orde SAS/1466/2010, do 28 de maio, que actualiza o anexo VI do Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do sistema nacional de saúde e o procedemento para a súa actualización.*
- *Real decreto 1093/2010, do 3 de setembro, polo que se aproba o conxunto mínimo de datos dos informes clínicos no sistema nacional de saúde.*
- ***Real decreto 572/2023, do 4 de xullo, polo que se modifica o Real decreto 1093/2010, do 3 de setembro, polo que se aproba o conxunto mínimo de datos dos informes clínicos no sistema nacional de saúde.***
- *Real decreto 1039/2011, do 15 de xullo, polo que se establecen os criterios marco para garantir un tempo máximo de acceso ás prestacións sanitarias do sistema nacional de saúde.*
- *Real decreto 1276/2011, do 16 de setembro, de adaptación normativa á Convención Internacional sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade.*
- *Real decreto lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sostibilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e a seguridade das súas prestacións.*
- *Real decreto 1506/2012, do 2 de novembro, polo que se regula a carteira común suplementaria de prestación ortoprotésica do sistema nacional de saúde e se fixan as bases para o establecemento dos importes máximos de financiamento en prestación ortoprotésica.*
- *Real decreto 577/2013, do 26 de xullo, polo que se regula a farmacovixilancia de medicamentos de uso humano.*
- *Real decreto 957/2020, do 3 de novembro, que regula os estudos observacionais con medicamentos de uso humano.*
- *Orde PRE/1435/2013, do 23 de xullo, pola que se desenvolve o Regulamento da Lei de ordenación dos transportes terrestres en materia de transporte sanitario por estrada.*
- ***Real decreto 70/2019, do 15 de febreiro, que modifica o Regulamento da Lei de ordenación dos transportes terrestres (RCL 1990\2072) e outras normas regulamentarias en materia de formación dos condutores dos vehículos de transporte por estrada, de documentos de control en relación cos transportes por estrada, de transporte sanitario por estrada, de transporte de mercadorías perigosas e do Comité Nacional do Transporte por Estrada.***
- *Real decreto legislativo 1/2013, do 29 de novembro, polo que se aproba o texto refundido da Lei xeral de dereitos das persoas con discapacidade e da súa inclusión social.*
- *Real decreto lei 9/2014, do 4 de xullo, polo que se establecen as normas de calidade e seguridade para a doazón, a obtención, a avaliación, o procesamento, a preservación, o almacenamento e a distribución de células e tecidos humanos e se aproban as normas de coordinación e funcionamento para o seu uso en humanos.*
- *Real decreto 81/2014, do 7 de febreiro, polo que se establecen normas para garantir a asistencia sanitaria transfronteiriza e polo que se modifica o Real decreto 1718/2010, do 17 de decembro, sobre receita médica e ordes de dispensa.*
- ***Real decreto 572/2023, do 4 de xullo, polo que se modifica o Real decreto 1093/2010, do 3 de setembro de 2010 (RCL 2010\2472), polo que se aproba o conxunto mínimo de datos dos informes clínicos no sistema nacional de saúde.***
- *Real decreto 639/2014, do 25 de xullo, polo que se regula a troncalidade, a reespecialización troncal e as áreas de capacitación específica, se establecen as normas aplicables ás probas anuais de acceso a prazas de formación e outros aspectos do sistema de formación sanitaria especializada en ciencias da saúde e se crean e modifican determinados títulos de especialista.*
- *Directiva 2013/59/Euratom do Consello, do 5 de decembro de 2013, pola que se establecen normas de seguridade básicas para a protección contra os perigos derivados da exposición a radiacións ionizantes e se derrogan as Directivas 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom.*
- *Real decreto 1029/2022, do 20 de decembro, polo que se aproba o Regulamento sobre protección da saúde contra os riscos derivados da exposición ás radiacións ionizantes.*

Normativa autonómica

- *Lei 1/1989, do 2 de xaneiro, de creación do Servizo Galego de Saúde.*
- *Decreto 8/2000, do 7 de xaneiro, polo que se regula a organización do sistema acreditador de formación continuada dos profesionais sanitarios na Comunidade Autónoma de Galicia. Decreto 255/2006, do 28 de decembro, polo que se modifica este decreto.*
- *Decreto 48/2023, do 20 de abril, de ordenación do sistema de formación sanitaria especializada na Comunidade Autónoma de Galicia.*
- *Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.*
- *Orde do 7 de xullo de 2004 pola que se crea a Comisión de Coordinación de Calidade da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde.*
- *Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.*
- *Decreto 259/2007, do 13 de decembro, polo que se crea o Rexistro Galego de Instrucións Previas sobre Coidados e Tratamento da Saúde.*
- *Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.*
- *Decreto 29/2009, do 5 de febreiro, polo que se regula o uso e o acceso á historia clínica electrónica.*
- *Lei 16/2010, do 17 de decembro, de organización e funcionamento da Administración xeral e do sector público autonómico de Galicia.*
- *Decreto 11/2011, do 20 de xaneiro, polo que se modifica o Decreto 42/1998, do 15 de xaneiro, polo que se regula o transporte sanitario.*
- *Decreto 52/2015, de 5 de marzo, que regula o transporte sanitario.*
- *Decreto 142/2011, do 30 de xuño, polo que se modifica o Decreto 8/2000, do 7 de xaneiro, polo que se regula a organización do sistema acreditador de formación continuada dos profesionais sanitarios na Comunidade Autónoma de Galicia.*
- *Decreto 189/2011, do 22 de setembro, de homologación sanitaria dos tratamentos prescritos.*
- *Orde 22 de agosto de 2011 pola que se crea o Consello Asesor de Pacientes.*
- *Decreto 60/2012, do 26 de xaneiro, polo que se crea a Comisión Galega de Estratexia contra a Dor.*
- *Decreto 207/2012, do 18 de outubro, polo que se modifica o Decreto 8/2000, do 7 de xaneiro, de organización do sistema acreditador de formación continuada dos profesionais sanitarios na Comunidade Autónoma de Galicia.*
- *Orde do 18 de abril 2013, que delega competencias no Consello Xeral de Colexios Oficiais de Médicos de España en materia de formación continuada.*
- *Lei 12/2013, do 9 de decembro, de garantías de prestacións sanitarias.*
- *Decreto 41/2013, do 21 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade.*
- *Decreto 142/2015, do 17 de setembro, polo que se crea a Axencia Galega de Sangue, Órganos e Tecidos e se aproban os seus estatutos.*
- *Orde do 28 de maio de 2013 pola que se regula a prestación ortoprotésica na Comunidade Autónoma de Galicia.*
- *Decreto 111/2013, do 4 de xullo, polo que se modifican os decretos 41 e 43/2013, do 21 de febreiro, polos que se establecen as estruturas orgánicas da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde.*
- *Decreto 164/2013, do 24 de outubro, polo que se modifica o Decreto 29/2009, do 5 de febreiro, polo que se regula o uso e acceso á historia clínica electrónica.*
- *Decreto 174/2013, do 21 de novembro, polo que se modifica o Decreto 177/1998, do 11 de xuño, polo que se crea a Rede galega de vixilancia en saúde pública.*
- *Lei 10/2013, do 27 de novembro, de inclusión social de Galicia.*

- [Lei 12/2013, do 9 de decembro](#), de garantías nas prestacións sanitarias.
- [Decreto 36/2014, do 20 de marzo](#), polo que se regulan as áreas de xestión clínica do Servizo Galego de Saúde.
- [Instrución 1/2014, do 10 de marzo](#), para a regulación da consulta telefónica en atención primaria.
- [Instrución do 1 de decembro de 2022](#), de implantación da Rede de avaliadores e auditores internos de sistemas de xestión da calidade e seguridade no ámbito do Servizo Galego de Saúde.

E toda a normativa vixente, que se pode consultar na Intranet do Servizo Galego de Saúde, e a normativa específica para as áreas de Seguridade Transfusional e Radioloxía.

Normas e sistemas para a certificación, acreditación e de excelencia

Certificación

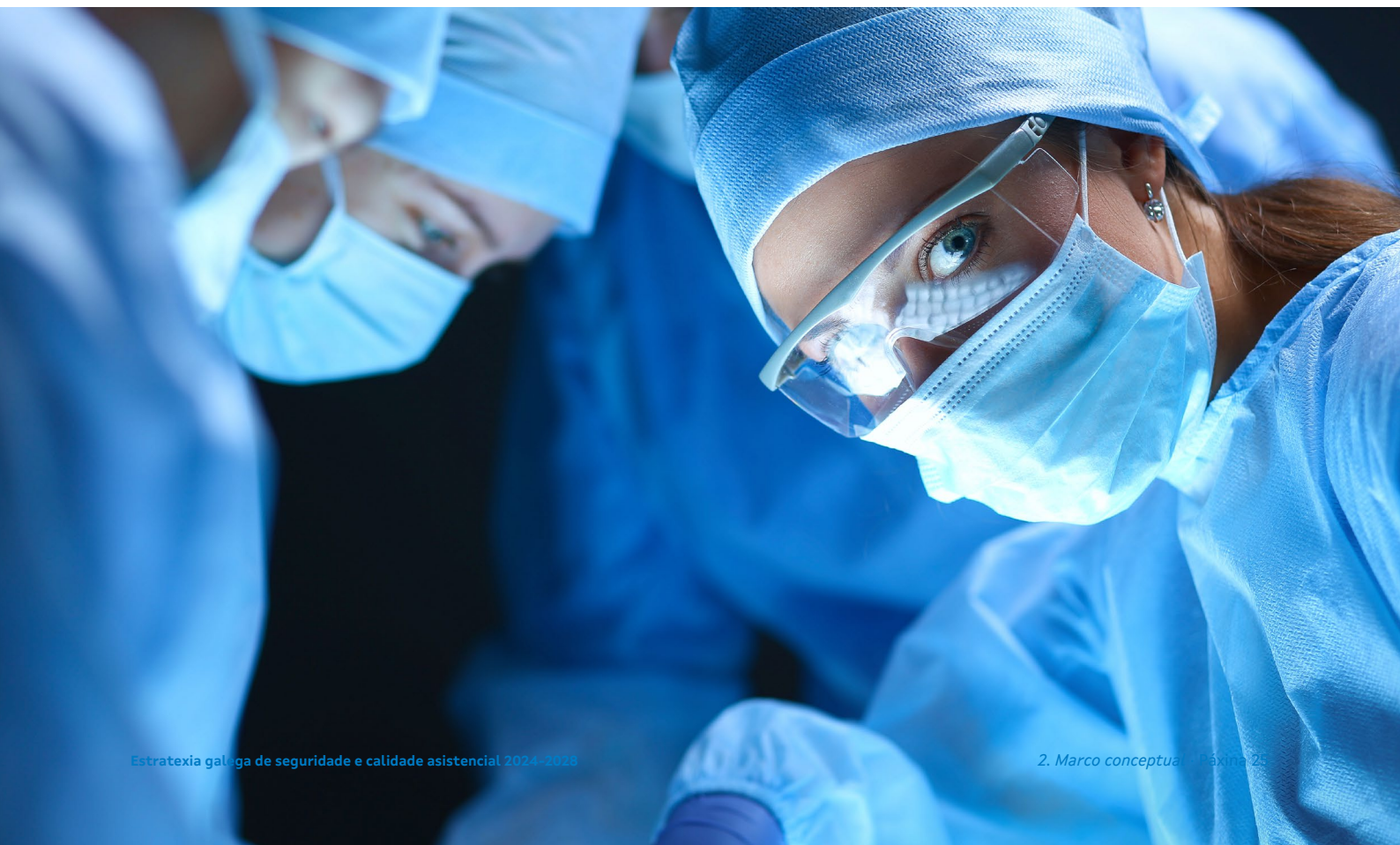
- [UNE-EN ISO 9001:2015](#). Sistemas de xestión da calidade. Requisitos
- [UNE-EN ISO 9000:2015](#). Sistemas de xestión da calidade. Fundamentos e vocabulario
- [ISO 9004:2009](#). Xestión para o éxito sostido dunha organización. Enfoque de xestión da calidade
- [UNE 66174](#). Guía para a avaliación do sistema de xestión para o éxito sostido dunha organización segundo a Norma UNE-EN ISO 9004:2009
- [UNE-EN ISO 13485:2018](#). Produtos sanitarios. Sistemas de xestión da calidade
- [UNE-EN 15224:2017](#). Sistemas de xestión da calidade. Aplicación da norma EN ISO 9001:2015 nos servizos sanitarios
- [UNE-EN-ISO 19011:2018](#). Directrices para a auditoría dos sistemas de xestión
- [UNE 66915:2001](#). Xestión da calidade. Directrices para a formación
- [UNE 66183:2010](#). Xestión da calidade. Procesos contratados externamente
- [UNE 66173:2003 IN](#). Os recursos humanos nun sistema de xestión da calidade. Xestión das competencias
- [UNE-ISO 10005:2018](#). Sistemas de xestión da calidade. Directrices para os plans da calidade
- [UNE 66178:2004](#). Sistemas de xestión da calidade. Guía para a xestión do proceso de mellora continua
- [UNE 66175:2003](#). Sistemas de xestión da calidade. Guía para a implantación de sistemas de indicadores
- [UNE-ISO 10004:2019](#). Xestión da calidade. Satisfacción do cliente. Directrices para o seguimento e a medición
- [UNE-EN ISO 10012:2003](#). Erratum. Sistemas de xestión das medicións. Requisitos para os procesos de medición e os equipos de medición
- [UNE-ISO 10667:2013](#). Prestación de servizos de avaliación. Procedementos e métodos para a avaliación de persoas en contornas laborais e organizacionais
- [UNE 66177:2005](#). Sistemas de xestión. Guía para a integración dos sistemas de xestión
- [UNE-EN ISO 15189:2023](#). Laboratorios clínicos. Requisitos para a calidade e a competencia
- [ISO 45001:2018](#). Sistema de xestión da seguridade e saúde no traballo
- [Guía para a aplicación de ISO 45001:2018](#)

- [UNE-EN ISO 14001:2015](#). Sistemas de xestión ambiental. Requisitos con orientación para o seu uso
- [UNE-EN ISO 14067:2019](#). Gases de efecto invernadoiro. Pegada de carbono de produtos. Requisitos e directrices para a cuantificación
- [Regulamento \(CEE\) n.º 1221/2009 do Parlamento Europeo e do Consello do 25 de novembro de 2009](#) relativo á participación voluntaria de organizacións nun sistema comunitario de xestión e auditoría ambientais (EMAS), e polo que se derrogan o Regulamento (CE) 761/2001 e as Decisións 2001/681/CE e 2006/193/CE da Comisión
- [UNE 179003:2013](#). Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente
- [UNE 179001:2011](#). Calidade nos centros e servizos dentais
- [Norma UNE 179006:2013](#). Sistema para a vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria nos hospitais
- [UNE 179007:2013](#). Servizos sanitarios. Sistema de xestión da calidade para laboratorios de reprodución humana asistida
- [UNE 171340:2020](#). Validación e cualificación de salas de ambiente controlado nos hospitais
- [UNE 179002:2018](#). Servizos sanitarios. Sistemas de xestión da calidade para empresas de transporte sanitario
- [UNE-ISO 22320:2013](#). Protección e seguridade dos cidadáns. Xestión de emerxencias. Requisitos para a resposta a incidentes
- [Normas ISO: 9100-9999](#). Programas, códigos e linguaxes informáticas
- [ISO/IEC 9660:2023](#). Information processing – Volume and file structure of CD-ROM for information interchange (Sistema de arquivos de CD-ROM)
- [ISO/IEC 9899:2018](#). Information technology – Programming languages – C (Linguaxe de programación C)
- [UNE-ISO/IEC 90003:2005](#). Enxeñería do software. Guía de aplicación da ISO 9001:2000 ao software (Enxeñería do software)
- [Normas ISO: 10000-13999](#):
 - [UNE-EN 10279:2001](#). Linguaxe de programación BASIC
 - [ISO/IEC 10646:2020/Amd 1:2023](#): Universal Character Set
 - [ISO/IEC 11172](#): MPEG-1
 - [UNE-EN 12207:2017](#). Tecnoloxía da información/Ciclo de vida do software
 - [ISO 13450](#): Formato de carrete de 110
 - [ISO/IEC 13818-1:2022/Cor 1:2023](#)
- [Normas ISO: 14400-15999](#):
 - [ISO/IEC 14496-1:2010/Amd 1:2010](#)
 - [ISO/IEC 15444-17:2023](#)
 - [ISO/IEC 14443](#): Estándar para tarxetas intelixentes de proximidade
 - [ISO/IEC 14443-2:2020/Cor 1:2021](#). Cards and security devices for personal identification – Contactless proximity objects – Part 2: Radio frequency power and signal interface – Technical Corrigendum 1
- [UNE-EN 17366:2021](#). Xestión de residuos. Control de acceso a contedores de recollida. Identificación e autorización
- [UNE-CEN/TS 16794-1:2019](#). Transporte público. Comunicación entre terminais e obxectos sen contacto. Parte 1: Requisitos de implementación para a Norma ISO/IEC 14443. Ratificada pola Asociación Española de Normalización en decembro de 2019
- [ISO 15693](#): Estándar para tarxetas de veciñanza
- [Normas ISO: 27000](#). Seguridade da información
- [UNE-EN ISO 27001:2017](#). Tecnoloxía da información. Técnicas de seguridade. Sistemas de xestión da seguridade da información. Requisitos. (ISO/IEC 27001:2013 incluído Cor 1:2014 e Cor 2:2015)

- *UNE-EN ISO 27002:2023. Seguridade da información, ciberseguridade e protección da privacidade. Control da seguridade da información (ISO/IEC 27002:2022)*
- *UNE-ISO/IEC 20000-1:2018. Tecnoloxía da información. Xestión do servizo. Parte 1: Requisitos do sistema de xestión de servizos (SXS)*
- *UNE-ISO/IEC 20000-2:2023. Tecnoloxía da información. Xestión do servizo. Parte 2: Directrices para a aplicación do sistema de xestión do servizo (SXS)*
- *UNE-ISO/IEC 20000-3:2023. Tecnoloxía da información. Xestión do servizo. Parte 3: Directrices para a definición do alcance e a aplicabilidade da Norma ISO/IEC 20000-1*
- *Modelo IQNet SR10. Sistema de xestión da responsabilidade social*
- *UNE-EN ISO 26000: 2021. Guía de responsabilidade social das organizacións*
- *UNE 166002:2021. Xestión da I+D+i: Requisitos do sistema de xestión da I+D+i*
- *UNE 166001:2006. Xestión da I+D+i: Requisitos dun proxecto de I+D+i*
- *UNE 166000:2006. Xestión da I+D+i: Terminoloxía e definicións das actividades de I+D+i*
- *UNE-CEN/TS 16555-2:2015 EX. Xestión da innovación. Parte 2: Xestión da intelixencia estratéxica*

Acreditación

- *Joint Commission International (JCI). Accreditation Standards for Hospitals*
- *Joint Commission International (JCI) Accreditation Standards for Primary Care Centers*
- *CHKS Healthcare Accreditation Programme (evolucionado a partir do antigo Programa de Audit organizacional do King's Fund)*
- *ISQua's International Accreditation Programme (IAP)*
- *Sistema de acreditación de centros, unidades e dispositivos docentes para a formación sanitaria especializada*



03

Metodoloxía xeral: DAFO/ CAME

Análise DAFO

Análise CAME

3. Metodoloxía xeral: DAFO/ CAME





As organizacións do sistema sanitario público de Galicia poderán autoavaliarse e comparar o seu desempeño en xestión da calidade, en cada liña estratéxica, nos diferentes criterios, cos estándares incluídos no modelo, de xeito que obterán un valor de cumprimento dos obxectivos deste e poderán analizar e comparar os seus logros no tempo e con outras organizacións similares, cun enfoque de aprendizaxe e mellora continua.

O Servizo Galego de Saúde utilizará este modelo corporativo para certificar a xestión da calidade das súas organizacións e disporá dun mapa da organización que reflecta o nivel de excelencia da práctica asistencial nos seus centros, a prol da transparencia na xestión e do bo goberno, o que lles garante aos cidadáns e cidadás o cumprimento dos compromisos adquiridos.

Análise DAFO

No contexto do Plan estratéxico de seguridade e calidade do paciente 2024-2028, realizouse unha análise DAFO, co obxectivo de ter unha visión global antes de formular as estratexias expostas.

Identificáronse na nosa organización as debilidades e fortalezas (nivel interno), así como **as ameazas e oportunidades** (nivel externo):

FORTALEZAS 	DEBILIDADES 
Definición de obxectivos de seguridade de pacientes con carácter anual.	Liderado e implicación dos directivos e profesionais asistenciais no desenvolvemento da cultura de seguridade de pacientes.
Reactivación de programas de xestión de riscos nas áreas sanitarias.	Participación dos pacientes nas actuacións para a mellora da seguridade.
Incremento da cultura de seguridade nas áreas sanitarias.	Cultura de seguridade en toda a organización.
Existencia de sistemas de notificación de incidencias relacionadas coa seguridade do paciente, tanto en centros hospitalarios coma en atención primaria.	Prácticas clínicas seguras avaladas pola evidencia científica.
Análise e implementación de accións de mellora derivadas da notificación de efectos adversos.	Feedback cos directivos e co conxunto dos profesionais asistenciais no desenvolvemento da cultura de seguridade.
Espazo nas Intranet das áreas sanitarias para falar de temas de seguridade de pacientes.	Incorporación das tecnoloxías da información (TIC) no impulso da seguridade do paciente.
Estratexia de hixiene de mans aliñada á da OMS.	Cumprimento efectivo das recomendacións relacionadas coa hixiene de mans.
Coordinación institucional con outras unidades e servizos con relación á vixilancia e ao control da infección relacionada coa asistencia sanitaria.	Incidencia das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria.
Seguimento dos indicadores e dos resultados sobre seguridade polos centros sanitarios, polos profesionais e polos pacientes, tanto en atención hospitalaria coma en atención primaria.	Implantación de accións concretas e específicas de atención e apoio aos profesionais como segundas vítimas no ámbito da seguridade do paciente.
	Formación e investigación sobre xestión de riscos.
	Continuidade asistencial entre os diferentes niveis de atención sanitaria como estratexia no ámbito da seguridade de pacientes.

OPORTUNIDADES



Crecente interese pola seguridade do paciente como unha dimensión da calidade no ámbito científico-técnico e profesional.

Orientación cara á promoción e ao desenvolvemento da implicación do paciente e da familia na súa seguridade.

Traballo colaborativo con organismos nacionais e internacionais sobre a seguridade dos pacientes.

A coordinación sociosanitaria e entre niveis asistenciais en proxectos sobre a seguridade de pacientes.

Publicacións de evidencia científica nas prácticas clínicas seguras por organismos de referencia internacional.

Avances no campo da innovación tecnolóxica sobre a seguridade dos pacientes.

Abrir liñas de investigación de seguridade de pacientes promovidas por diferentes axentes da Administración sanitaria.

Acceder e utilizar información sobre a cultura da seguridade en diferentes soportes da rede orientados ao desenvolvemento profesional continuo.

Difundir e divulgar de maneira transparente a cultura de seguridade de pacientes.

Aplicación das recomendacións sobre a identificación e non realización de potenciais intervencións innecesarias, ineficaces e insalubres mellorando a variabilidade da práctica clínica.

Implementar accións estratéxicas en áreas clave da atención sanitaria en función da gravidade e das necesidades do paciente (atención á cronicidade ou á calidade de coidados).

AMEAZAS



Situación económica no impulso da investigación e desenvolvemento en seguridade do paciente (I+D).

Mobilización do persoal.

Tecnoloxías e intervencións sanitarias de complexidade crecente.

Posible filtración e repercusión mediática dos eventos adversos.

Xudicialización da asistencia cun marco legal limitado para a mellora da seguridade do paciente.

Incremento da complexidade clínica dos pacientes e o seu impacto na seguridade.

Análise CAME

CORRIXIR DEBILIDADES

ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA

Afronta as ameazas e corrixe as debilidades.

Supón eliminar as debilidades ou, polo menos, tomar as medidas necesarias que estean na nosa man para non ter que enfrontarnos a elas e que non volvan influír no desenvolvemento do noso plan.

AFRONTAR AMEAZAS

ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN

Explota as oportunidades e corrixe as debilidades.

Evitar que as mesmas ameazas vaian un paso máis e que se convertan en debilidades

C

A

M

E

MANTER FORTALEZAS

ESTRATEGIAS OFENSIVAS

Explota as oportunidades e mantén as fortalezas.

Manter as fortalezas, de xeito que todo o positivo que poida influír quede connosco. Como resultado, teremos unha vantaxe competitiva.

EXPLORAR OPORTUNIDADES

ESTRATEGIAS DEFENSIVAS

Afronta as ameazas e mantén as fortalezas.

Permite crear estratexias e planificar accións para convertelas en fortalezas.

04

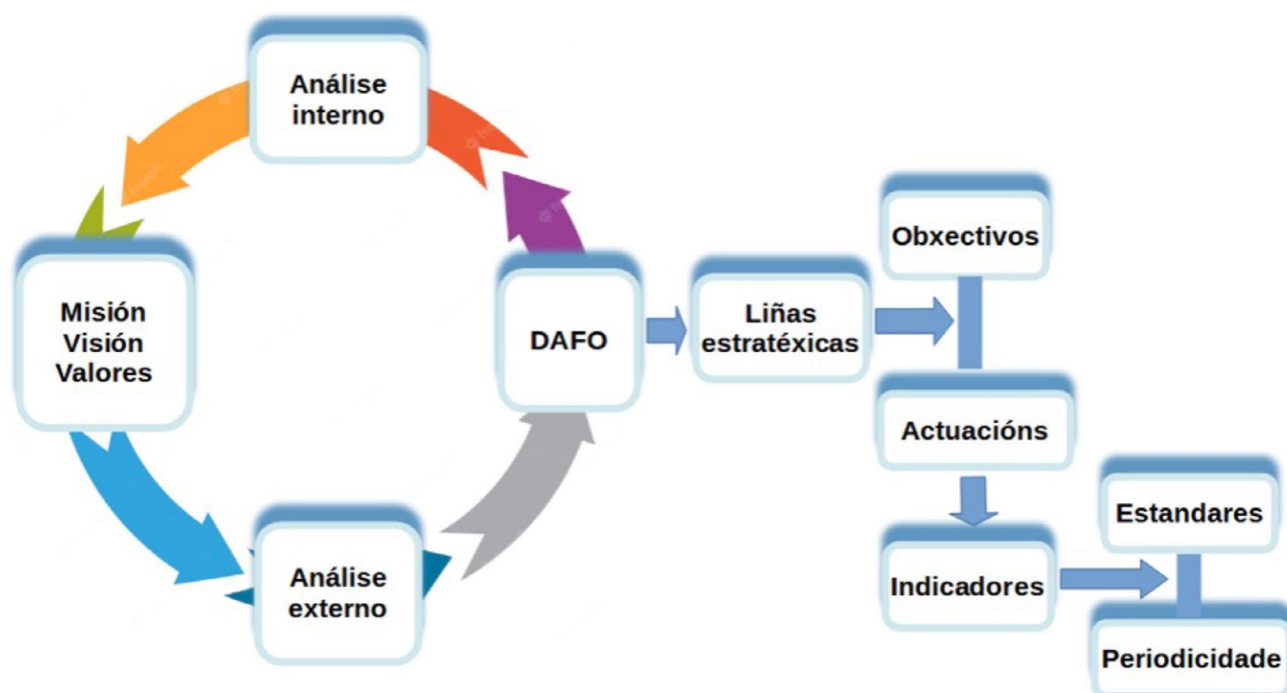
Metodoloxía específica

*Metodoloxía para
a elaboración das liñas*

4. Metodoloxía específica

A Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria do Servizo Galego de Saúde propúxose como obxectivo a elaboración dunha estratexia de seguridade e calidade do paciente que servise de folia de ruta para mellorar a seguridade do paciente en todos os centros sanitarios do sistema público de Galicia.

Para iso, realizouse unha análise da situación actual da seguridade do paciente e, á vista dos resultados da estratexia anterior publicada no ano 2014, realizouse unha análise DAFO-CAME en relación coa seguridade do paciente, a partir da cal se estableceu a proposta e a definición das liñas de traballo que compoñerían a estratexia, que estará vixente no período comprendido entre os anos 2024 e 2028.



Definíronse 10 liñas estratéxicas de traballo:

- *Liña 1. Liderado.*
- *Liña 2. Identificación de pacientes.*
- *Liña 3. Procesos diagnósticos.*
- *Liña 4. Seguridade nos cuidados e tratamentos. Atención á dor.*
- *Liña 5. Uso seguro dos medicamentos. Conciliación. Medicación de alto risco.*
- *Liña 6. Xestión de riscos.*
- *Liña 7. Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. Atención 2.ª e 3.ª vítimas.*
- *Liña 8. Comunicación e continuidade asistencial.*
- *Liña 9. Prevención das infeccións, seguridade nos procesos asistenciais críticos e de risco.*
- *Liña 10. Formación de profesionais, pacientes e cuidadores en seguridade de pacientes.*

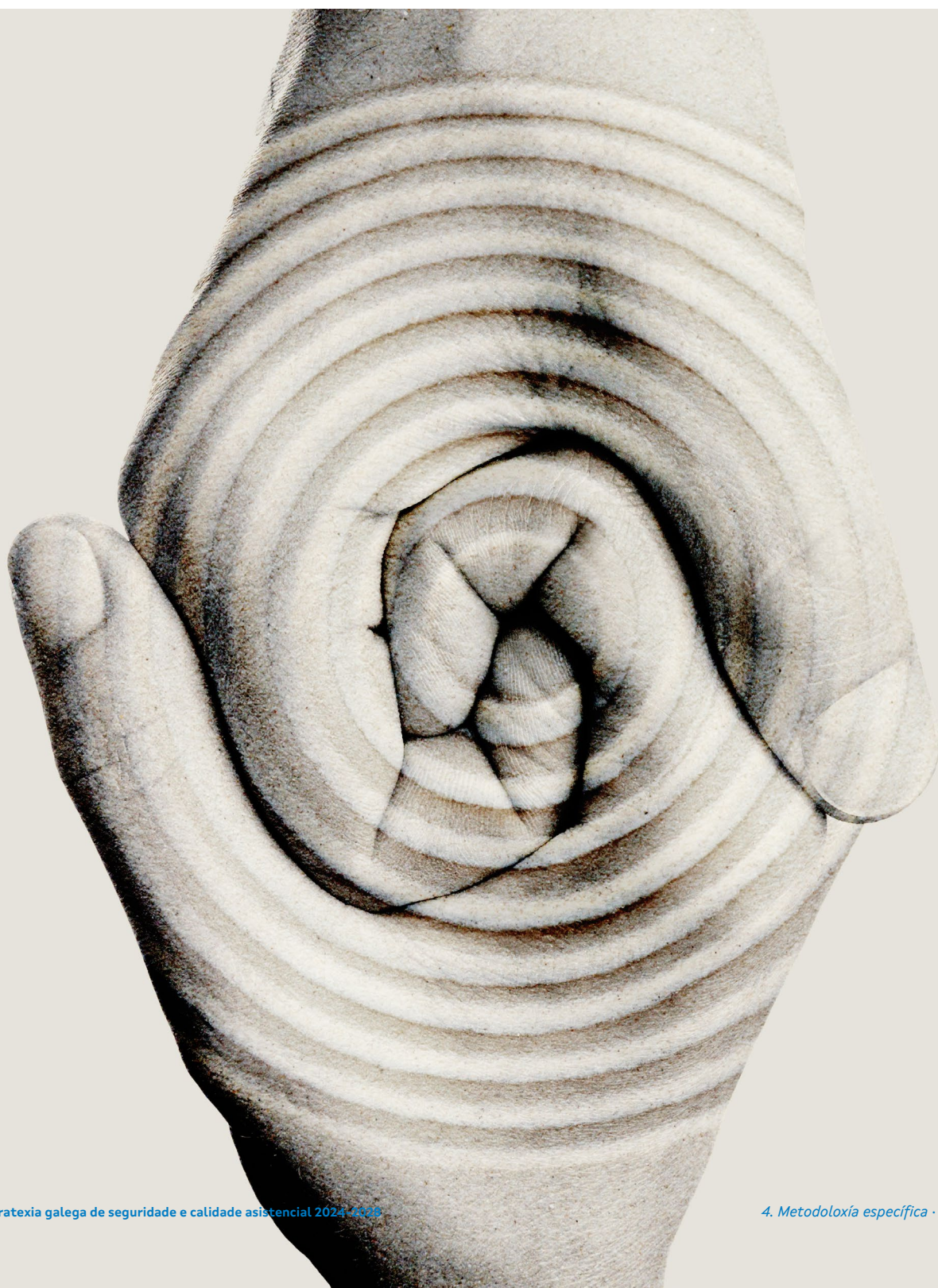
Unha vez definidas as liñas de traballo polo Servizo de Calidade Asistencial da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria, elaborouse un **modelo** que unificou a estrutura e o tamaño de todas as liñas de traballo. Para iso, establecéronse uns criterios tipográficos, así como a estrutura dos documentos de cada liña: autoría, xustificación, metodoloxía, obxectivos (máximo 4). Dentro de cada obxectivo, haberá como máximo 3 liñas de acción e 3 indicadores. Definiuse cada indicador e estableceuse a súa fórmula, os indicadores de resultado e a periodicidade da medición. No persoal, estableceuse un apartado para a bibliografía e outro por se algunha liña o require para os anexos.

Para a elaboración das liñas de traballo, a Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria elixiu unha persoa coordinadora para que liderase cada liña, que foron os responsable de Calidade e Seguridade do Paciente das diferentes áreas sanitarias, así como do Servizo de Calidade Asistencial do Servizo Galego de Saúde. Estes coordinadores formaban o equipo operativo da estratexia.

Cada coordinador creou un **grupo de traballo multidisciplinar** e heteroxéneo e para iso escolleu profesionais das diferentes áreas sanitarias (facultativos/as e persoal de enfermería) que fosen referentes nos obxectivos que se fosen tratar en cada liña dentro da nosa comunidade autónoma.



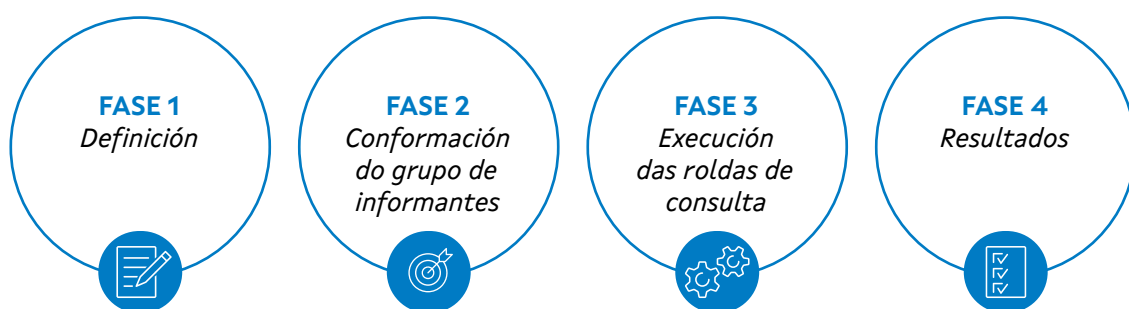
A metodoloxía de traballo para seguir en cada liña depende do coordinador e consiste, basicamente, no seguinte: todas as liñas de traballo foron supervisadas durante o seu desenvolvemento polo **equipo coordinador** da estratexia, integrado por membros da Subdirección de Atención Hospitalaria, cuxa misión foi establecer e coordinar todas as etapas, revisar e asesorar os grupos de traballo, achegar documentación de referencia e convocar reunións periódicas co grupo operativo para regular a marcha e o funcionamento dos grupos. Ademais, este grupo elaborou as partes comúns da estratexia e encargouse de elaborar o documento definitivo. Unha vez finalizado o traballo de cada liña, compartíronse os documentos finais para consensuar definitivamente os contidos.



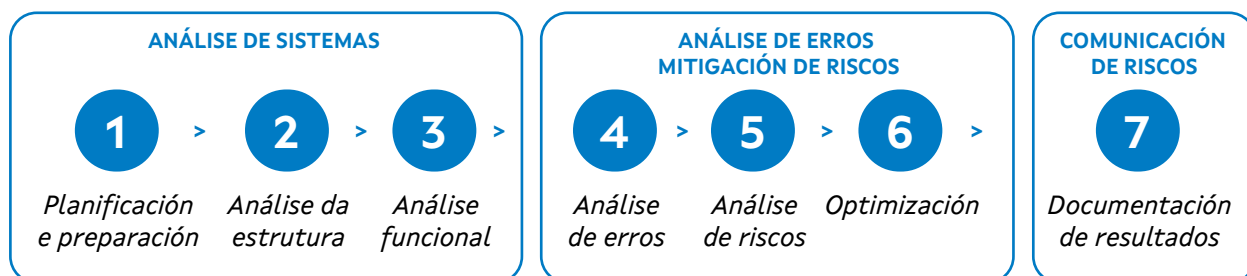
Metodoloxía para a elaboración das liñas

A persoa coordinadora de cada liña tivo a liberdade de elixir, co seu grupo, o mellor método de traballo.

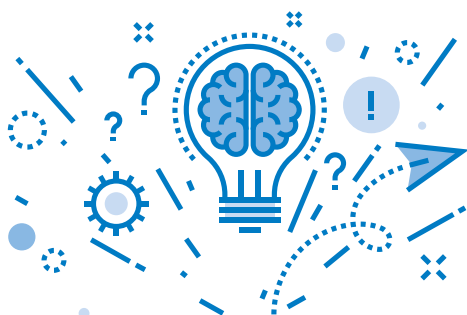
Nalgúns casos empregouse un **DAFO**, noutros o **modelo Delphi**, noutros unha tormenta de ideas ou un **brainstorming** e nalgúns liñas decidiuse realizar unha **análise AMFE**:



Análise DELPHI



Análise AMFE



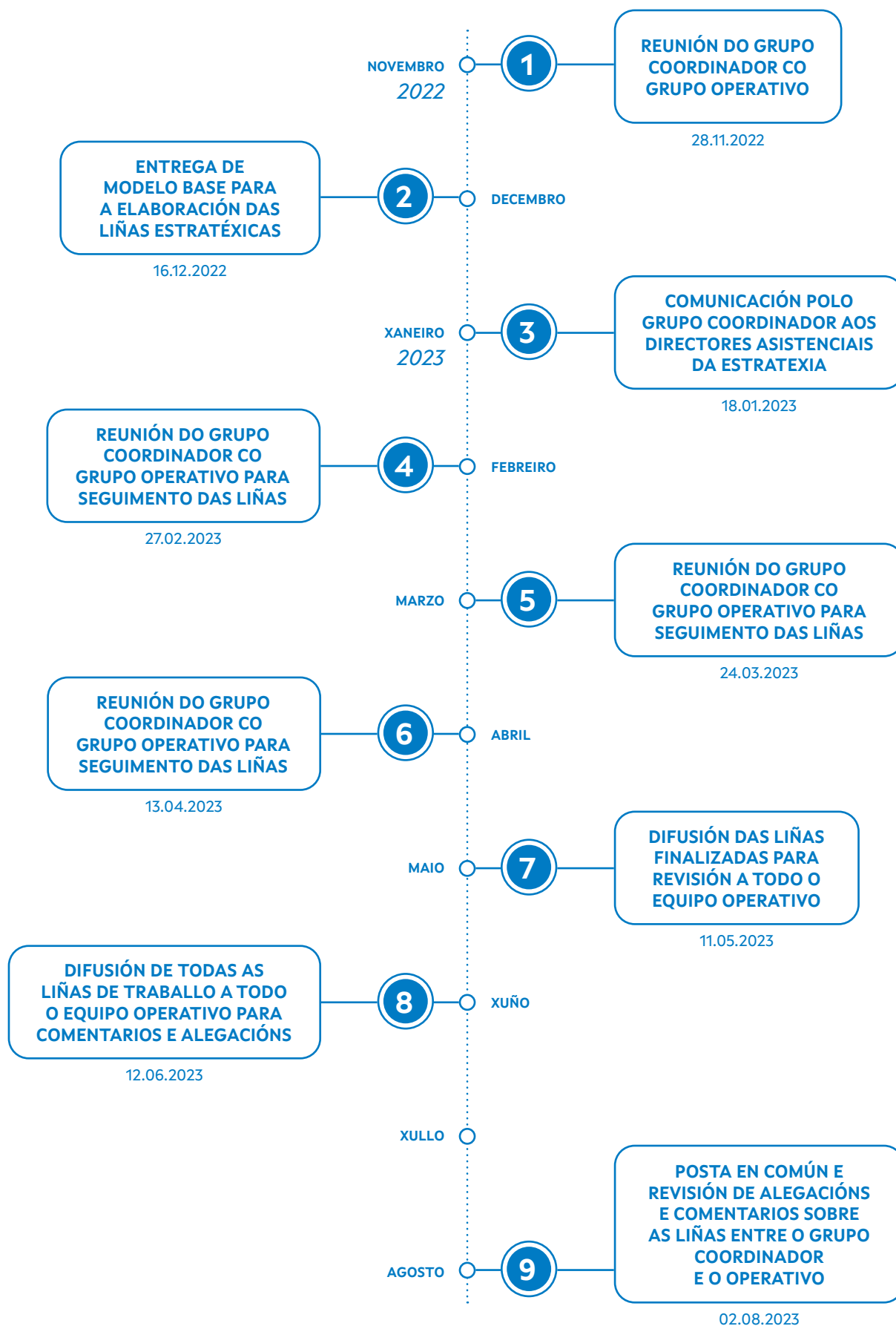
Brainstorming

- Clarificar os obxectivos
- Visión global
- Xestión de proxectos
- Toma de decisións
- Planificar
- Prepara unha negociación
- Aprender con motivación
- Creatividade
- Análise
- Presentacións
- Reunións
- Toma de notas
- Xestión do coñecemento
- Mellora a memoria

05

Cronograma

5. Cronograma



06

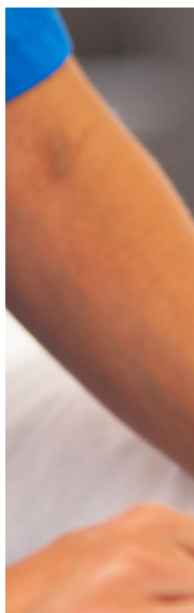
**Liñas
estratégicas**

6. Liñas estratéxicas

Obxectivos

01

Liderado



02

Identificación de pacientes



03

Procesos diagnósticos



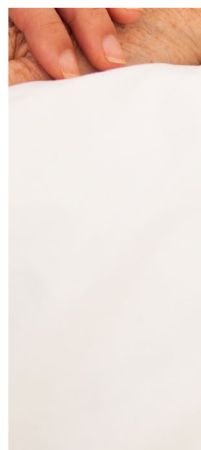
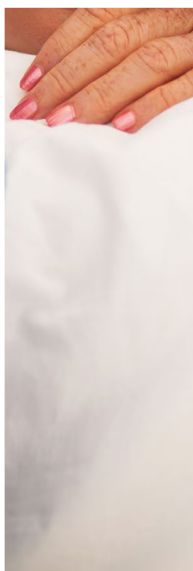
04

Seguridade nos cuidados e tratamentos. Atención á dor



05

Uso seguro dos medicamentos. Conciliación. Medicación de alto risco



06

Xestión de riscos

07

Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. Atención 2.^a e 3.^a vítimas

08

Comunicación e continuidade asistencial

09

Prevenção das infeccións, seguridade nos procesos asistenciais críticos e de risco

10

Formación de profesionais, pacientes e cuidadores en seguridade de pacientes

01 Liderado

XUSTIFICACIÓN

O compromiso do liderado é a dimensión máis forte das organizacións onde a cultura da seguridade e da calidade esta máis consolidada. Os líderes que promoven un clima positivo nas organizacións contribúen á redución dos erros, ao menor desgaste profesional e a uns mellores resultados con relación á saúde. A comunicación eficaz e o traballo en equipo colaborativo entre a organización sanitaria, os xestores e os líderes asistenciais é a clave para apoiar este obxectivo común.

A calidade e a seguridade do paciente nos procesos asistenciais require tempo para desenvolverse e consolidarse e un apoio firme desde o liderado organizacional. Na estratexia de futuro, o paciente pasa de situarse no centro do sistema a estar á beira de todos os axentes implicados e a ser un máis na toma de decisións.

Do labor do grupo de traballo que conformou esta liña, con distintos roles (profesionais e pacientes), distintos estamentos profesionais de distintas áreas e organizacións, destácase a importancia de:

- Avanzar nunha cultura de seguridade que fomente a comunicación e o enfoque cara á mellora, usando canles eficaces para asegurar a aprendizaxe entre os diferentes ámbitos asistenciais e cos pacientes e a cidadanía.
- Potenciar a colaboración multidisciplinar e a participación dos pacientes na toma de decisións como elementos activos da mellora da calidade e da seguridade, actuacións identificadas como elementos que contribúen á creación de organizacións líderes.
- O desenvolvemento de sistemáticas de revisión da protocolización e estandarización nos procesos máis relevantes, con criterios de medición e accións definidas de avaliación e mellora, compartindo información e transparencia nos resultados.

Obxectivo 1.1

Potenciar a cultura da calidade e da seguridade como estratexia clave da organización

ACTUACIÓNS

- 1.1.1. Elaborar unha listaxe de eventos Sentinela.
- 1.1.2. Situar a calidade e a seguridade do paciente como obxectivo estratéxico do Servizo Galego de Saúde.
- 1.1.3. Formar no liderado e en competencias de mellora da calidade e seguridade do paciente os xestores e mandos intermedios do Servizo Galego de Saúde.

Obxectivo 1.2

Comunicación e colaboración inter e multidisciplinar

ACTUACIÓNS

- 1.2.1. Fomentar o traballo colaborativo e o enfoque a riscos multidisciplinar.
- 1.2.2. Incluír a calidade e a seguridade do paciente como información mínima dos plans de acollida a profesionais.
- 1.2.3. Incluír a calidade e a seguridade do paciente como información mínima dos plans de acollida a pacientes.

Obxectivo 1.3

Estandarización, medición e mellora continua dos procesos asistenciais

ACTUACIÓNS

- 1.3.1. Identificar referentes clínicos de calidade e seguridade.
- 1.3.2. Manter un cadro de mandos de indicadores de calidade e xestión de riscos clínicos.
- 1.3.3. Difundir as boas prácticas e a aprendizaxe dos erros.

Identificación de pacientes

XUSTIFICACIÓN

A importancia da identificación inequívoca dos pacientes (e achegados) está relacionada coa seguridade clínica e a atención personalizada, e leva consigo un compoñente ético. Desde a identificación de pacientes con limitacións funcionais a situacións onde a atención non presencial nos obriga a confirmar que é ese paciente e non outro, a identificación do paciente convértese nun requisito.

A nosa organización planificará, realizará, avaliará e mellorará a identificación inequívoca do paciente en todas as áreas sanitarias, minimizando os eventos adversos relacionados con erros de identificación. Os obxectivos propostos para mellorar esta identificación fórmulanse desde unha visión como organización sanitaria en rede asistencial. En calquera dos nosos dispositivos asistenciais, a identificación inequívoca será un procedemento que incorporamos no noso traballo por amabilidade e personalización. Os obxectivos conseguirán que os profesionais interioricen unha sistemática na atención inequívoca, independentemente do dispositivo asistencial no que se atopen. Se engadimos a necesaria participación dos pacientes para que esa identificación sexa inequívoca, ponnos no camiño para ofrecer unha atención segura e personalizada.

Obxectivo 2.1

Planificar a identificación inequívoca do paciente en todas as áreas sanitarias para mellorar a seguridade e a personalización, co fin de minimizar os eventos adversos relacionados con erros de identificación

ACTUACIÓN

2.1.1. O Servizo Galego de Saúde dispón dun procedemento para levar a cabo a identificación inequívoca de pacientes na atención presencial e non presencial en todas as áreas sanitarias e para adaptar, se é preciso, as particularidades que se encontren en cada centro sanitario.

Obxectivo 2.2

Avaliar a identificación inequívoca do paciente en todas as áreas sanitarias para mellorar a seguridade e a personalización, co fin de minimizar os eventos adversos relacionados con erros de identificación

ACTUACIÓNS

2.2.1. Nomear un referente en identificación inequívoca de pacientes en cada área sanitaria.

2.2.2. Avaliar a implantación da identificación inequívoca de pacientes mediante a realización de auditorías internas e externas nas diferentes áreas sanitarias.

2.2.3. Incluír nos cadros de mandos das áreas sanitarias os indicadores de seguimento de identificación inequívoca de pacientes.

Obxectivo 2.3

Comunicarlles os resultados dos procesos de identificación inequívoca de pacientes tanto aos profesionais sanitarios como aos pacientes e á poboación xeral

ACTUACIÓNS

2.3.1. Dispoñer de vías de comunicación de eventos adversos nas áreas sanitarias para a identificación de pacientes (SINASP), que serán coñecidos e utilizados tanto polos profesionais coma polos pacientes.

2.3.2. Comunicarlles aos profesionais, ás asociacións de pacientes e a outras organizacións os resultados das accións de mellora para diminuír os erros de identificación.

2.3.3. Promover a participación activa dos pacientes e achegados nas accións de mellora da identificación inequívoca.

Procesos diagnósticos

XUSTIFICACIÓN

O proceso diagnóstico é un elemento nuclear da atención sanitaria. O diagnóstico diferencial, que forma parte da práctica clínica médica habitual, é non poucas veces complexo e vincula a calidade asistencial, xa que pode dar lugar a erros diagnósticos, sobre-diagnósticos e infradiagnósticos. Nas propostas de seguridade do paciente no ámbito internacional, os incidentes relacionados co diagnóstico aparecen como unha liña de actuación fundamental, xa que se calcula que poden afectar o 5 % dos pacientes e que a metade poderían evitarse se se identificase a intervención de factores humanos (vinculados a estados como o cansazo), factores da organización (coordinación), factores do paciente (dificultade para comunicarse) e factores da propia enfermidade (presentación atípica). Pero a seguridade dos procesos de diagnóstico ten unha vertente que é aínda máis complexa e múltiple porque abarca non só o diagnóstico clínico, senón tamén:

- A seguridade no uso de radiacións ionizantes para reducir a exposición innecesaria á radiación, o que implica a xustificación e a optimización para utilizar a mínima dose posible.
- A seguridade das técnicas de análises e laboratorios, establecendo accións dirixidas á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros.
- A estandarización, medición e mellora continua dos procesos asistenciais, xunto co desenvolvemento de sistemas e circuítos de axuda ao diagnóstico.
- A comunicación dos resultados e a participación do paciente no proceso de diagnóstico como axente activo deste.

Obxectivo 3.1

Racionalizar o uso das radiacións ionizantes na asistencia sanitaria

ACTUACIÓNS

3.1.1. Definir guías e recomendacións de indicación e xustificación de estudos e de procedementos con radiacións ionizantes, especialmente para as probas máis frecuentes, e en pacientes pediátricos, reducindo aqueles innecesarios e que non acheguen valor.

3.1.2. Implantar a petición electrónica en todas as probas de diagnóstico por imaxe para minimizar erros na interpretación da xustificación e atrasos na programación.

Obxectivo 3.2

Seguridade e calidade dos procesos de laboratorio

ACTUACIÓNS

3.2.1. Implantar un programa de seguridade na fase preanalítica para previr erros na identificación, preparación, transporte de mostras e almacenaxe ata o seu procesado.

3.2.2. Formar os profesionais e os pacientes sobre as condicións de recollida de mostras nunha contorna de aprendizaxe e mellora compartida.

3.2.3. Fomentar os sistemas de xestión da calidade baseados na Norma UNE:EN ISO 15189:2023 para mellorar a rastrexabilidade e os resultados do proceso preanalítico, analítico e postanalítico e dar garantía da fiabilidade do resultado.

Obxectivo 3.3

Estandarización, medición e mellora continua dos procesos asistenciais de diagnóstico

ACTUACIÓNS

3.3.1. Introducir a análise sistemática de incidentes clínicos como estratexia en todos os servizos de atención hospitalaria e atención primaria.

3.3.2. Crear estándares para procedementos diagnósticos invasivos que minimicen a posibilidade de erro.

3.3.3. Definir e difundir un manual de boas prácticas no rexistro e acceso á historia clínica electrónica para incrementar a seguridade dos rexistros electrónicos de saúde.

Seguridade nos coidados e tratamentos. Atención á dor

XUSTIFICACIÓN

Implementar accións esenciais para a seguridade do paciente é fundamental para asegurar a efectividade do traballo que se realiza, polo que é necesario que en todo momento se apliquen os protocolos precisos para garantir a seguridade dos pacientes tanto nos centros hospitalarios coma no ámbito extrahospitalario.

Dentro da Estratexia galega de calidade asistencial e seguridade de pacientes, consonte a liña estratéxica 4 —“Seguridade nos coidados e tratamentos. Atención á dor”, débense abordar con especial atención aqueles coidados que, pola súa frecuencia ou repercusión, resultan de maior relevancia na seguridade; por exemplo, a prevención de úlceras por presión e caídas. Por iso, as institucións debemos promover de forma sistematizada **procedementos para a implementación de prácticas seguras**, así como desenvolver como práctica habitual a **avaliación dos riscos e o rexistro da aplicación dos coidados**.

Doutra banda, as intervencións que consideran **o paciente e a familia como unidade de coidado** teñen un impacto positivo sobre a súa saúde e benestar, polo que incorporalos nos seus coidados favorece a súa seguridade.

Abordarase a dor desde dous puntos de vista. Por un lado, a **prevención e o tratamento da dor**, xa que a infravaloración de pacientes con dor e a inadecuación de tratamentos son frecuentes na atención sanitaria e, por outro, os **riscos vinculados** ao tratamento e ás características da patoloxía, ao uso de medicamentos e de técnicas instrumentais e invasivas, co papel fundamental do **Comité da Dor** de cada área sanitaria (Decreto 97/2001, do 22 de marzo).

Obxectivo 4.1

Mellorar a seguridade dos coidados nos centros asistenciais a partir da implantación de procedementos actualizados sobre os aspectos clave descritos a continuación

- Prevención de caídas e lesións asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Prevención do uso de contencións e promoción de espazos terapéuticos sen contención.
- Prevención da malnutrición.
- Prevención da broncoaspiración.
- Prevención de reaccións alérxicas ao látex.
- Prevención da trombose venosa profunda e do tromboembolismo pulmonar.
- Apoio á realización de actividade física e actividades da vida diaria por parte dos pacientes nos centros asistenciais.
- Aplicación da lista de verificación da seguridade na cirurxía. Introducción da lista de verificación precirurxía segura.
- Manexo seguro dos catéteres intravasculares.

ACTUACIÓNS

4.1.1. Identificar, elaborar e/ou actualizar os procedementos para a seguridade nos coidados facéndoos accesibles aos profesionais.

4.1.2. Fomentar as boas prácticas nos coidados dos pacientes en atención primaria e hospitalaria, desenvolvendo un sistema de avaliación do cumprimento dos puntos clave dos procedementos.

Obxectivo 4.2

Apoderar os pacientes como axentes activos, favorecendo a participación nos seus coidados e a posibilidade de influír nos factores que afectan a súa saúde e incorporando tamén a súa familia e os seus coidadores

ACTUACIÓNS

4.2.1. Fomentar e promover a participación do paciente, da familia e dos coidadores dentro da actividade asistencial, proporcionando os coñecementos e habilidades necesarias para intervir nos seus coidados.

4.2.2. Desenvolver actividades formativas e informativas dirixidas aos pacientes, coidadores principais e familias, asegurando que a información se dea de forma completa, clara e comprensible.

4.2.3. Crear contornas facilitadoras nos centros sanitarios para mellorar o benestar e a experiencia dos pacientes e das súa familias e coidadores.

Obxectivo 4.3

Incorporar como práctica habitual nos centros a avaliación dos riscos e a aplicación dos coidados necesarios para a súa prevención, que deberán quedar reflectidos no plan de coidados do paciente

ACTUACIÓNS

4.3.1. Avaliar os riscos do paciente (úlceras por presión, caídas, disfaxia...) no momento do seu ingreso hospitalario e rexístralos na súa historia clínica.

4.3.2. Incorporar aos plans de coidados as accións preventivas adecuadas segundo os resultados da avaliación de risco.

Obxectivo 4.4

Mellorar o diagnóstico e o enfoque terapéutico de prevención, control e tratamento da dor aguda e crónica, incorporando o paciente mediante un afrontamento activo do seu proceso

ACTUACIÓNS

4.4.1. Desenvolver actividades de divulgación, educación e formación tanto para os pacientes e as familias coma para os profesionais sobre os distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria).

4.4.2. Elaborar protocolos multiprofesionais de prevención, control e tratamento dos distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria).

4.4.3. Diseñar e implantar unidades multidisciplinares de afrontamento activo baseadas na educación e no movemento para a abordaxe de pacientes con dor crónica primaria.

4.4.4. Reactivar/constituír os comités clínicos técnicos da dor nas áreas sanitarias e a Comisión Central da Dor do Sergas.

Uso seguro dos medicamentos. Conciliación. Medicación de alto risco

XUSTIFICACIÓN

A Organización Mundial da Saúde (OMS) aprobou o Plan de acción mundial para a seguridade do paciente 2021-2030, na que se insta a todos os Estados membros para que prioricen a seguridade do paciente nos plans e nas políticas de saúde, coa intención de reducir ao máximo os danos evitables durante a asistencia sanitaria.

A medicación representa unha das intervencións máis utilizadas na atención sanitaria e os danos relacionados con esta constitúen a maior proporción total de danos evitables. É necesario impulsar a posta en marcha de prácticas seguras relacionadas co uso dos medicamentos, especialmente en áreas clave onde se producen máis danos: no uso de medicamentos en situacións de alto risco, nas transicións asistenciais e na polimedicación.

Os erros de medicación defínense como calquera incidente evitable que lle poida causar dano ao paciente ou que dea lugar a unha utilización inadecuada dos medicamentos, cando estes están baixo control dos profesionais sanitarios ou dos pacientes. Estes incidentes poden estar relacionados coa práctica profesional, cos procedementos ou cos sistemas, incluídos os fallos na prescrición, comunicación, etiquetaxe, envasado, denominación, preparación, dispensa, distribución, administración, educación, seguimento e utilización.

O proceso de utilización dos medicamentos é moi complexo e nel interveñen diferentes colectivos. Os erros poden ocorrer en calquera das etapas deste proceso e, na maioría, prodúcense por múltiples fallos ou deficiencias nel. Existen, polo tanto, múltiples posibilidades de previlos e necesítase da participación e do esforzo de todos os implicados para lograr evitalos.

Obxectivo 5.1

Uso seguro dos medicamentos. Prácticas para mellorar a seguridade no uso dos medicamentos de alto risco (MAR)

ACTUACIÓNS

5.1.1. Elaborar e implantar un protocolo institucional sobre recomendacións para a utilización segura dos MAR tanto en atención hospitalaria coma en atención primaria.

5.1.2. Identificar os MAR dispoñibles nos centros/unidades asistenciais.

5.1.3. Promover a aplicación de actuacións para reducir os erros asociados aos MAR nas áreas sanitarias.

Obxectivo 5.2

Implantar ferramentas que aseguren a rastrexabilidade no uso seguro de medicamentos

ACTUACIÓNS

5.2.1. Favorecer o uso de tecnoloxías integradas cos sistemas de información clínica que permitan o uso seguro de medicamentos ao longo do proceso de prescrición e validación.

5.2.2. Reducir os erros na preparación e dispensa de medicamentos, centralizar as preparacións no servizo de farmacia e utilizar sistemas electrónicos e de control.

5.2.3. Promover a identificación de poboacións e/ou situacións de especial risco, co obxectivo de reducir ou de prever erros relacionados co uso dos medicamentos.

Obxectivo 5.3

Conciliar a medicación e as alerxias a medicamentos

ACTUACIÓNS

5.3.1. Elaborar un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre revisión e conciliación da medicación ao ingreso hospitalario en atención hospitalaria, en coordinación con atención primaria.

5.3.2. Establecer prácticas de conciliación e revisión da medicación durante as transicións asistenciais, especialmente na transición de ingreso e alta hospitalaria.

5.3.3. Dispor de sistemas efectivos, integrados na historia clínica e no sistema de prescrición electrónica, que alerten de alerxias a medicamentos, previamente á prescrición.

Obxectivo 5.4

Promover unha cultura de seguridade no uso dos medicamentos nas institucións, nos profesionais e nos pacientes

ACTUACIÓNS

5.4.1. Avaliar a mellora da cultura de seguridade en medicamentos nas institucións sanitarias mediante a cumprimento do cuestionario de autoavaliación da seguridade do sistema de utilización dos medicamentos nos hospitais (ISMP).

5.4.2. Desenvolver actividades formativas e informativas dirixidas a profesionais sanitarios sobre o uso seguro de medicamentos nos diferentes ámbitos asistenciais.

5.4.3. Proporcionar información a pacientes ou cuidadores e fomentar a súa implicación na utilización correcta dos medicamentos.

XUSTIFICACIÓN

A xestión de riscos supón a identificación, análise e avaliación dos riscos asociados á atención sanitaria e ao posterior desenvolvemento de plans de acción para diminuír a súa probabilidade ou mitigar as consecuencias.

Unha das ferramentas de maior **utilidade son as unidades funcionais de xestión de riscos (UFXR)**, tanto para a análise proactiva (riscos) coma reactiva (incidentes).

As organizacións deben asegurar que se realiza a análise dos procesos e a identificación dos riscos, documentándose nun **mapa de riscos**, revisado e actualizado periodicamente e sempre que se identifique algún novo.

O mapa de riscos debe reflectir as situacións que teñan probabilidade de ocorrer: incidentes na propia unidade/servizo (riscos reais) ou incidentes dos que se coñece a súa posible aparición, pero que aínda non se rexistraron (riscos potenciais).

No caso dos riscos avaliados, para os non aceptables é necesario implementar un plan de tratamento, co obxectivo de diminuír a posibilidade de que se produzan ou, no caso de que se produzan, para que as consecuencias sexan menores.

Para este proceso (cuantificar o nivel de risco e a súa redución) hai que **implantar accións de mellora**. Un instrumento analítico útil é a análise modal de fallos e efectos (AMFE), que permite valorar a eficacia destas a través de indicadores e sistemas de rexistro.

As unidades funcionais de xestión de riscos sanitarios deben dispor de **sistemas de información e comunicación** que garantan un *feedback* das partes interesadas e unha difusión dos resultados das actividades de xestión dos riscos co paciente e cos membros da organización.

Obxectivo 6.1

Incorporar estratexias para a adecuada xestión de riscos relacionados coa atención sanitaria

ACTUACIÓNS

- 6.1.1. Incorporar actuacións de xestión de riscos sanitarios e realizar a apreciación e o tratamento destes.
- 6.1.2. Realizar actividades formativas para promover a formación de todos os profesionais na xestión de riscos e no uso de ferramentas de valoración do risco aplicables ao seu ámbito.
- 6.1.3. Incluír nos plans de acollida dos novos profesionais información sobre a xestión de riscos e a seguridade do paciente.

Obxectivo 6.2

Dispoñer dun mapa de riscos nas unidades/servizos adaptado á súa realidade funcional e actualizado polo menos anualmente

ACTUACIÓNS

- 6.2.1. Promover diferentes métodos para a identificación de riscos relacionados coa seguridade do paciente (análise de reclamacións e suxestións, roldas de seguridade, revisión de historias clínicas, sesións para aprender dos erros, estudos epidemiolóxicos etc.).
- 6.2.2. Establecer para cada risco identificado a súa definición, as posibles orixes e causas para cada orixe, as consecuencias potenciais ou reais, así como as súas barreiras ou controis existentes.
- 6.2.3. Elaborar en cada área sanitaria o seu mapa de riscos que represente graficamente a apreciación dos riscos coas probabilidades potenciais ou reais de ocorrencia e a gravidade das consecuencias no caso de que ocorra.

Obxectivo 6.3

Establecer accións de mellora para os riscos nos que, tras a súa avaliación, poida determinarse a súa pertinencia e necesidade

ACTUACIÓNS

- 6.3.1. Realizar a avaliación dos riscos, determinando se o risco é aceptable ou non para a organización e establecendo o grao de prioridade para o seu tratamento, en función dos recursos dispoñibles e da mellora esperada.
- 6.3.2. Desenvolver plans de mellora con responsables, accións, prazos, así como a súa medición e seguimento periódico (polo menos, trimestralmente).
- 6.3.3. Establecer indicadores e sistemas de medición que permitan determinar os niveis de partida e a eficacia das accións de mellora desenvolvidas en canto á redución do nivel de risco.

Obxectivo 6.4

Difundir as actividades sobre seguridade do paciente aos profesionais e implantar sistemas de información e consulta que garantan a recollida de información das partes interesadas

ACTUACIÓNS

- 6.4.1. Difundir, por parte dos profesionais dos servizos/unidades que teñan establecida unha análise dos riscos, a información relacionada coa seguridade do paciente que consideren pertinente.
- 6.4.2. Avaliar periodicamente a percepción que teñen os profesionais e os pacientes/coidadores sobre a seguridade do paciente e a xestión de riscos.

Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente.

Atención 2.^a e 3.^a vítimas

XUSTIFICACIÓN

O concepto de seguridade do paciente mudou substancialmente. Actualmente, os pacientes poden ser sometidos a intervencións con equipos que funcionan mediante software ou mesmo que están conectados en rede, o que os fai vulnerables a ataques informáticos. Por iso, faise necesario ampliar o concepto de seguridade do paciente a estas realidades, o que leva consigo a redefinición do actual núcleo de seguridade en canto á organización, á composición e ás funcións en todas as áreas sanitarias.

A notificación voluntaria dos profesionais de incidentes de seguridade considérase unha ferramenta de primeira liña para a aprendizaxe e a mellora da seguridade asistencial. Se se comparte a información obtida, beneficia a todas as organizacións do sistema e aos seus usuarios mediante a formación, o seguimento e a difusión das accións de mellora, onde xogan un papel fundamental os boletíns de seguridade.

Os eventos adversos infrinxen altísimos custos para calquera sistema sanitario e teñen a súa peor consecuencia no sufrimento dos pacientes e dos seus familiares, pero tamén dos profesionais (segundas vítimas), así como perda de prestixio, reputación e confianza nas institucións e nos centros sanitarios (terceiras vítimas). Neste contexto, ademais de garantir unha adecuada resposta ao paciente, débese velar por potenciar actuacións para atender as segundas e terceiras vítimas, e de aí a necesaria implementación de protocolos para unha comunicación franca que contribúa a afrontar e paliar as consecuencias que se derivan dos efectos adversos.

Obxectivo 7.1

Estandarizar a xestión de riscos a nivel de áreas sanitarias, mediante a redefinición do núcleo de seguridade de pacientes en canto á composición, á organización e ao funcionamento

ACTUACIÓNS

- 7.1.1. Establecer en todas as áreas sanitarias unha normativa común do núcleo de seguridade de pacientes e xestión de riscos.
- 7.1.2. Desenvolver protocolos de seguridade tras a análise de incidentes.
- 7.1.3. Promover accións formativas en materia de seguridade do paciente e xestión de risco.

Obxectivo 7.2

Fomentar a notificación de incidentes de seguridade e promover a súa análise, de forma sistemática e estruturada, para a aprendizaxe e para o establecemento de accións de mellora e busca de solucións que eviten a súa repetición

ACTUACIÓNS

- 7.2.1. Analizar os incidentes de seguridade, tendo en conta os sistemas de notificación específicos (SINASP, SENSAR), xerais (CONTACTE) e informais (comunicación oral ou por correo electrónico).
- 7.2.2. Propoñer accións de mellora e implantar accións preventivas e correctoras.
- 7.2.3. Impulsar a comunicación e a retroalimentación cos profesionais da xestión do incidente.

Obxectivo 7.3

Desenvolver unha cultura positiva de seguridade que aborde tanto a atención ao paciente como ás segundas e terceiras vítimas

ACTUACIÓNS

- 7.3.1. Implementar un plan de actuación que permita a xestión inmediata e homoxénea de eventos adversos graves en todos os centros.
- 7.3.2. Realizar ACR en todos os incidentes de seguridade nos que proceda unha análise en profundidade.
- 7.3.3. Promover a formación de todos os profesionais na identificación e xestión de eventos adversos graves.

Comunicación e continuidade asistencial

XUSTIFICACIÓN

A comunicación é un valor fundamental para garantir o adecuado e correcto funcionamento da continuidade asistencial e a seguridade do paciente, en tanto que permite o fluxo adecuado de datos interdisciplinares e interniveis, o que posibilita a abordaxe integral da persoa receptora de cuidados. As fallas na transmisión da información que se xera no eido da prestación sanitaria afecta a continuidade asistencial, entendida esta como o conxunto de procesos integrados para lle ofrecer ao paciente atención sanitaria coordinada, independentemente do ámbito onde se leve a cabo.

A continuidade asistencial identifícase como un elemento clave da boa práctica clínica que é determinante para a seguridade do paciente. Ademais, cando se pon en práctica, evidéncianse bos resultados no referente á mellora da calidade asistencial, á maior equidade no acceso á atención sanitaria, á mellora da experiencia do paciente e dos resultados en saúde e a un menor custo dos servizos.

Son varios os elementos que convén ter en conta no binomio comunicación-continuidade asistencial, como as persoas (pacientes, profesionais e cuidadores), a contorna (organizacións sanitarias, o fogar, a comunidade, os centros de día) e a información (verbal, escrita, audiovisual) para lle ofrecer atención á persoa, á familia e aos cuidadores a través de diferentes ferramentas (historia clínica...). A historia clínica é o elemento vertebrador, xa que no Servizo Galego de Saúde todos os profesionais que interveñen no proceso asistencial do paciente teñen a obriga de recoller a información e de rexistrar as súas intervencións nese documento, que ademais é compartido entre os distintos niveis da organización.

Obxectivo 8.1

Impulsar unha comunicación eficaz entre o paciente, o sistema sanitario e os profesionais que garanta unha atención continuada integral e centrada na persoa

ACTUACIÓNS

8.1.1. Impulsar unha comunicación clara e acorde coas necesidades dos pacientes, familias e cuidadores, fomentando o coñecemento e a utilización das plataformas existentes (É-saúde, CRM-100...).

8.1.2. Realizar talleres formativos para pacientes e cuidadores, de cara a lograr decisións compartidas cos profesionais sanitarios encamiñadas a autoxestionar a súa enfermidade e a corresponsabilizarse no mantemento e na mellora da súa saúde.

8.1.3. Avaliar as reclamacións dos pacientes con relación á atención prestada polos profesionais sanitarios.

Obxectivo 8.2

Asegurar a coordinación e a comunicación eficaz entre os profesionais dos distintos niveis asistenciais que garanta a continuidade dos procesos que conforman a atención do paciente

ACTUACIÓNS

8.2.1. Elaborar e difundir entre os profesionais un procedemento que regule as transicións asistenciais, como derivacións, traslados inter e intracentros ou probas diagnósticas, co fin de maximizar a axilidade e de asegurar a seguridade do paciente.

8.2.2. Impartir talleres informativos aos pacientes, aos familiares e aos cuidadores polos "profesionais sanitarios referentes" en cada un dos ámbitos da prestación da asistencia, para mellorar a comunicación e diminuír a frecuentación innecesaria aos centros sanitarios.

8.2.3. Consolidar o informe de continuidade de cuidados de enfermería garantindo a calidade da información transferida.

Obxectivo 8.3

Asegurar que o paciente comprendeu a información dada polos facultativos con relación aos procesos que requiren consentimento informado: obxectivos, riscos e beneficios

ACTUACIÓNS

8.3.1. Garantir unha comunicación eficaz entre o facultativo e o paciente con relación ao consentimento informado.

8.3.2. Asegurar que o consentimento informado cumpre cos requisitos formais e legais vixentes.

Prevencción das infeccións, seguridade nos procesos asistenciais críticos e de risco

XUSTIFICACIÓN

As **infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria (IRAS)** constitúen un dos efectos adversos máis frecuentes relacionados coa asistencia sanitaria. Afectaron no 2022 ao 7,89 % dos pacientes ingresados en Galicia¹, e supoñen unha elevada morbimortalidade e un alto custo. A prevención e o control das IRAS constitúen unha liña de actuación prioritaria nas estratexias de seguridade do paciente.

Tras a implantación dos **proxectos Zero**^{2,3,4}, a incidencia das IRAS diminuíu de forma importante nas unidades de críticos. Despois da pandemia, os resultados empeoraron e é preciso reactivar o cumprimento dos paquetes de medidas dos proxectos, que deben asociarse aos plans de seguridade integral².

Na mesma liña, o proxecto **Flebite zero**⁵ busca garantir un acceso venoso seguro, eficaz e minimamente agresivo para o paciente. Este proxecto céntrase no coidado dos catéteres periféricos para reducir os efectos adversos relacionados coa súa inserción e mantemento.

O **Código Sepse**^{6,7}, mediante a formación e o cumprimento dos *bundles*, é unha ferramenta importante para reducir a mortalidade asociada á sepsis.

As **infeccións de localización cirúrxica (ILC)** son unhas das complicacións máis frecuentes dos procesos cirúrxicos^{8,9}. A OMS lanzou o reto: "A cirurxía segura salva vidas"¹⁰ promovendo prácticas seguras, mediante a listaxe de verificación cirúrxica (LVC). Neste sentido, no eido nacional, iniciouse o proxecto Infección cirúrxica zero (IQZ)¹¹, co obxectivo de reducir a taxa destas infeccións.

A **hixiene de mans**¹²⁻¹⁵ é a medida máis sinxela, barata e eficaz para a prevención das IRAS e a diseminación de microorganismos resistentes aos antibióticos. Porén, a adherencia a esta polos profesionais sanitarios pódese mellorar.

Obxectivo 9.1

Reactivar, manter e avaliar os proxectos de Bacteriemia zero, Pneumonía zero, Infección do tracto urinario zero e Resistencia zero nas unidades de críticos. Introducción do proxecto Flebite zero

ACTUACIÓNS

- 9.1.1. Avaliar a implantación dos proxecto Zero nas unidades de críticos mediante auditorías externas.
- 9.1.2. Introducir o proxecto Flebite zero nos hospitais de Galicia.
- 9.1.3. Avaliar e mellorar a cultura de seguridade nos proxecto Zero nas unidades de críticos.

Obxectivo 9.2

Reactivar e avaliar a identificación e o tratamento temperá da sepsis. Código Sepsis

ACTUACIÓNS

- 9.2.1. Actualizar o Plan de asistencia á sepsis en Galicia. Código Sepsis.
- 9.2.2. Reconstituír o grupo multidisciplinar de expertos do Código Sepsis, que propondrá as actuacións para a súa implantación e seguimento.
- 9.2.3. Desenvolver ferramentas automatizadas para o rexistro e a identificación dos pacientes con sepsis.

Obxectivo 9.3

Impulsar a implantación do Programa galego de prevención da infección de localización cirúrxica (ILC)

ACTUACIÓNS

- 9.3.1. Crear un grupo de traballo multidisciplinar de expertos para regular a implantación do Programa galego de prevención da ILC.
- 9.3.2. Consolidar a implantación da listaxe de verificación cirúrxica adaptada nas unidades do bloque cirúrxico de Galicia, así como crear na historia clínica electrónica un lugar habilitado para o seu rexistro.
- 9.3.3. Elaborar un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre profilaxe cirúrxica con actualizacións bianuais.

Obxectivo 9.4

Fomentar e manter o Programa da hixiene de mans do Sergas

ACTUACIÓNS

- 9.4.1. Concienciar e fomentar a adherencia á hixiene de mans polos profesionais sanitarios como unha ferramenta sinxela e eficaz para previr as infeccións, mediante programas formativos e a elaboración e distribución de materiais entre os profesionais.
- 9.4.2. Realizar auditorías por parte de profesionais referentes na hixiene de mans para avaliar a adherencia aos 5 momentos da hixiene de mans da OMS.

Formación de profesionais, pacientes e cuidadores en seguridade de pacientes

XUSTIFICACIÓN

Unha atención sanitaria de calidade e con seguridade do paciente está relacionada directamente co coñecemento. A xestión do coñecemento inclúe a súa xeración mediante a investigación e a innovación, ata a súa difusión mediante o fomento da aprendizaxe de profesionais, pacientes e cidadáns e a transferencia do devandito coñecemento á organización a través dos estándares e das boas prácticas asistenciais baseadas na mellor evidencia científica dispoñible. Compartir e difundir boas prácticas efectivas, experiencias e ferramentas avaliadas para a mellora da calidade asistencial e seguridade do paciente é un fin que incrementa a cultura de seguridade. O coñecemento parte dunha aprendizaxe activa e enriquecese coa experiencia, como froito dunha mellora continua baseada na necesidade de manter e de mellorar o traballo realizado con relación ás competencias profesionais, tanto no sentido do seu fortalecemento a través de formación transversal e específica coma na identificación das competencias necesarias para xestionar os riscos e exercer o liderado en seguridade do paciente no sistema sanitario. É necesario establecer alianzas para colaborar con outros sectores dedicados á capacitación e de lograr que os profesionais reciban formación en seguridade desde os niveis iniciais de ensino e ao longo do proceso continuo de formación: formación de grao, ciclos formativos, formación sanitaria especializada, formación continuada, formación no desempeño e desenvolvemento profesional. Ademais, os pacientes, cuidadores e cidadáns, así como as redes profesionais e cidadás, móstranse como un instrumento útil e eficiente para promover o enfoque de aprendizaxe e mellora continua.

Obxectivo 10.1

Dispoñer dun plan actualizado de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente

ACTUACIÓNS

10.1.1. Identificar as necesidades de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente para profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía, en cada área sanitaria.

10.1.2. Desenvolver itinerarios formativos para profesionais, pacientes, coidadores e cidadáns en calidade asistencial e seguridade do paciente.

Itinerario 1: Profesionais do Sergas non sanitarios que prestan servizos de apoio ou soporte

Itinerario 2: Profesionais do Sergas sanitarios

Itinerario 3: Profesionais con responsabilidade en xestión de equipos e mandos intermedios (dirección de UGC, supervisores...) e directivos do Sergas de calquera nivel nas organizacións

Itinerario 4: Pacientes, coidadores e cidadanía

Itinerario 5: Alumnado en prácticas de titulacións sanitarias

Itinerario 6: Traballadores de empresas externas prestadoras de servizos (constituirá un requisito nos contratos)

10.1.3. Promover a creación e o desenvolvemento da Rede galega de formadores referentes en calidade asistencial e seguridade do paciente.

10.1.4. Impartir talleres formativos/informativos dirixidos á cidadanía e aos pacientes a través da Escola de Pacientes/Cidadáns e das sociedades científicas colaboradoras.

Obxectivo 10.2

Identificar, recoller e xestionar o coñecemento e a experiencias en calidade asistencial e seguridade do paciente

ACTUACIÓNS

10.2.1. Crear canles de difusión que faciliten a divulgación das actividades de formación entre pacientes, familiares e profesionais.

10.2.2. Avaliar e aplicar a metodoloxía de mellora continua ao funcionamento dun banco de boas prácticas.

10.2.3. Habilitar un espazo específico na web do Sergas e na web e Intranet de cada área sanitaria con información actualizada dos programas vixentes, xornadas claves en seguridade e boletíns e informes técnicos.

10.2.4. Desenvolver e colaborar no mantemento da Biblioteca Breve de Calidade Asistencial e Seguridade do Paciente do Sergas, cun sistema dirixido a profesionais e a pacientes integrado nas ferramentas do Sergas (Bibliosaúde, É-Saúde, Escola de Cidadáns...).

10.2.5. Incorporar as sociedades científicas do noso ámbito para manter e difundir as experiencias en calidade e seguridade do paciente.

07

Bibliografía

7. Bibliografía

1. Agency for Healthcare Research and Quality. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. [Internet] 2019 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
2. Agency for Healthcare Research and Quality. **International Use of SOPS**. [Internet] 2022 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/international/index.html>
3. Agency for Healthcare Research and Quality. **Learning Health Systems**. [Internet] 2022 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/learning-health-systems/index.html>
4. Aguirrezabal Bazterrica I, Galán Martín M A, Montero Cuadrado F. **Abordaje no farmacológico del dolor**. FMC 2020; 27(3):145-53. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-abordaje-no-farmacologico-del-dolor-artigo-S1134207219302415>
5. American Hospital Association, institute for Diversity in Health Management, national Center for Healthcare Leadership. **Strategies for LEADERSHIP**. [Internet] 2001 [citado o 14/08/2023]. Disponible en: <https://ifdhe.aha.org/sites/default/files/ifdhe/Assessment%20Tool%20v4%2820-page%20bklt%29.pdf>
6. Asociación Española para a Calidade, AEC. **Ferramentas AMFE**. [Internet] 2017 [citado o 08/03/2023]. Disponible en: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/amfe>
7. Astier Peña M P, Martínez Bianchi V, Torijano Casalengua M L, Ares Blanco S, Bueno Ortiz J M, Fernández García M. **El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. Atención Primaria**. 2021;53 Suppl 1(Suppl 1):102224. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102224. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002584>.
8. Badia J M, Del Toro M D, Navarro Gracia J F, Balibrea J M, Herruzo R, González Sánchez C, e cols. **Surgical Infection Reduction Program of the Observatory of Surgical Infection (PRIQ-O): Delphi prioritization and consensus document on recommendations for the prevention of surgical site infection**. Cir Esp (Engl Ed). 2023;101(4):238-251. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36427782/>
9. Borrás Almenar C, Font Noguera I, Fernández Megia M J, Valero García S, Montoya Carrillo I, Poveda Andrés J L. **Desafíos en la gestión de una base de datos para la prescripción electrónica asistida**. Rev. OFIL-ILAPHAR 2018, 28;3:213-20. Disponible en: <https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2018/08/Rev-OFIL-28-3-Original-4.pdf>
10. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. **Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper**. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. Disponible en: <https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/ptsafety/Botwinick.pdf>
11. Butler D S, Moseley G L. **Explain pain**. 2.a ed. Adelaide: NOI group Publications; 2013. 133 p.
12. Calderón Hernanz B, Oliver Noguera A, Tomás Vecina S, Baena Parejo M I, García Peláez M, Juanes Borrego A, e cols. **Documento consenso conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. Emergencias**. 2013;25(3):204-17. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/redfaster/documentos/conciliacion-de-los-medicamentos-en-los-servicios-de-urgencias_artigo.pdf
13. Canadian Patient Safety Institute. **A Guide to Patient Safety Improvement**. [Internet] 12/01/2023 [citado o 12/01/2023]. Disponible en: <https://www.healthcareexcellence.ca/en/resources/a-guide-to-patient-safety-improvement/>
14. Carl de Wet, Chris Black, Sarah Luty, John McKay, Catherine A O'Donnell, Paul Bowie. **Implementation of the trigger review method in Scottish general practices: patient safety outcomes and potential for quality improvement**. BMJ Quality & Safety 2017; 26: 335-342. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/26/4/335?etoc>
15. Cholewicki J, Breen A, Popovich J M Jr, Reeves N P, Sahrman S A, van Dillen LR, e cols. **Can Biomechanics Research Lead to More Effective Treatment of Low Back Pain? A Point-Counterpoint Debate**. J Orthop Sports Phys Ther. 2019;49(6):425-436. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31092123/>

16. Consejería de Salud. Gobierno do Principado de Asturias. **Plan de humanización do sistema sanitario público do Principado de Asturias**. Liñas xerais [Internet] 2021 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/800740/L_%C3_%ADneas+Generales+Plan+humanizaci%C3_%B3n+21x21_Ed23.pdf/ade42ecd-d0f5-1b8a-f59a-5ee00f4a152e?t=1675410859895
17. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. **Análisis de la implementación de la Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2006–2010**. [Internet] 2011 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/08/Analisis_Implementacion_Estrategia_2006_10.pdf
18. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. **Análisis de situación de la estrategia para la seguridad del paciente en Andalucía 2018**. [Internet] 2019 [citado o 18/08/2023]. Dispoñible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/An_%C3_%A1lisis_de_%20situaci%C3_%B3n_%20Estrategia_%20SP%20_18-06-2019.pdf
19. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. **Estrategia para la seguridad del paciente. Área 3. Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria** [Internet] 2023 [citado o 15/08/2023]. Dispoñible en: <https://www.seguridadpaciente.es/areas-clave/area-3-atencion-integral-segura/practicas-seguras/infecciones-asociadas-a-la-asistencia-sanitaria/>
20. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. **Metodología para la elaboración de mapas de riesgos. Estrategia para la seguridad del paciente del sistema sanitario público de Andalucía**. [Internet] 2020 [citado o 12/05/2023]. Dispoñible en: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/11/ESSPA_Mapa_de_riesgos_2020_11_17_Def.pdf
21. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. **Plan estratégico de calidad del sistema sanitario público de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente**. [Internet] 2019 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategiaSeguridadPaciente_v5.pdf
22. Consejería de Sanidad, Comunidade de Madrid. **Estrategia de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027**. [Internet] 10/2022 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: <https://gestión3.madrid.org/bvirtual/BVCM050736.pdf>
23. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. **Estrategia de seguridad del paciente de Castilla-La Mancha. 2019-2023**. [Internet] 2018 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190513/estrategia_de_seguridad_del_paciente_de_castilla-la_mancha.pdf
24. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. **Plan galego de cuidados paliativos [Internet] 2007** [citado o 17/08/2023]. Dispoñible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-1592-es.pdf>
25. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. **Plan de asistencia á sepse de Galicia: código Sepse**. Santiago de Compostela: Tórculo Comunicación Gráfica SA, 2018. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1026/CODIGO_SEPSE_GALEGO_WEB.pdf
26. Consellería Salut i Consum. Gerència Atenció Primària Mallorca. GOIB. **Plan estratégico 2019-2022 de seguridad del paciente en Atención Primaria. [Internet] 2018** [citado o 13/08/2023]. Dispoñible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/profesionales/seguridad-del-paciente>
27. De Bienassis K, Kristensen S, Burtscher M, Brownwood I, Klazinga N S. **Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries**. OECD Health Working Papers, n.º 119, Paris: OECD Publishing; 2020. Dispoñible en: <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>
28. Delblanco T, Gerteis M. **A patient-centered view of the clinician-patient relationship**. UpToDate [Internet] Xullo 2023 [citado o 18/08/2023]. Dispoñible en: <https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship>
29. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith C M, French C, e cols. **Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021**. Intensive Care Med. 2021 Nov;47(11):1181-1247. Dispoñible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34599691/>
30. **Flebitis zero**. [Internet] 2023 [citado o 12/08/2023]. Dispoñible en: <https://flebitiszero.com/app/>
31. Fitzcharles M A, Cohen S P, Clauw D J, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. **Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions**. Lancet. 2021;397(10289):2098-110. Dispoñible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062144/>

32. Galan Martin M A, Montero Cuadrado F, Lluch Girbes E, Coca López MC, Mayo Iscar A, Cuesta Vargas A. **Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial.** J Clin Med. 2020;9(4):1201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32331323/>
33. Gasull Molinera V, Divison Garrote J A, Díaz Rodríguez A, Frías Vargas M. **Superando las barreras en el abordaje del paciente crónico.** Semergen [Internet]. 2023;49(2):101874. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/vasculopatias/superandoBarreras.pdf>
34. Gobierno de Aragón. Estrategia de seguridad del paciente. **Prácticas clínicas seguras, línea estratégica 2: Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las IRAS.** [Internet] 2023 [citado o 146/08/2023]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/L2_IRAS.pdf/8d2985b6-3a06-7daa-1829-837c3b4cb075
35. Gobierno de España. Ministerio de Sanidade. **Declaración de Consenso. El papel de los responsables políticos y de los líderes sanitarios en la implementación del Plan de acción global para la seguridad del paciente 2021-2030.** [Internet] 2022 [citado o 12/08/2023]. Disponible en: <https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2022/11/221101-OMS-SP-DECLARACION-DE-CONSENSO-last-version-ES.pdf>
36. Gómez Batiste X, Espinosa J, Martínez Muñoz M. **Cómo elaborar indicadores y estándares para la evaluación de calidad de la atención paliativa en servicios de salud. Generalitat de Catalunya.** [Internet] 04/2011 [citado o 01/02/2023]. Disponible en: https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/tool_como_elaborar_indicadores_y_estandares_calidad_at_pal_ss_vf.pdf
37. Grupo de Trabajo de Seguridad Clínica. **Sociedade Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Seguridad clínica y farmacia hospitalaria: Documento de posicionamiento sobre trazabilidad y uso seguro del medicamento en hospitales.** [Internet] 2022 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/posicionamientos_institucionales/13-posicionamiento-trazabilidad-uso-medicamento.pdf
38. Grupo de trabajo. Xunta de Galicia. **Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud. Documento estratégico y de gestión.** [Internet] novembro 2019 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1154/Por%20una%20atenci%C3%B3n%20primaria%20vertebradora%20del%20sistema%20de%20salud%20-%20WEB.pdf>
39. Healthcare Improvement Scotland. **Scottish Patient Safety Programme. Essentials of Safe Care.** [Internet] 2023 [citado o 14/08/2023]. Disponible en: <https://ihub.scot/improvement-programmes/scottish-patient-safety-programme-spsp/essentials-of-safe-care>
40. Healthcare Improvement Scotland. Scottish Patient Safety Programme. **Leadership and Culture.** [Internet] 2023 [citado o 14/08/2023]. Disponible en: <https://ihub.scot/improvement-programmes/scottish-patient-safety-programme-spsp/essentials-of-safe-care/leadership-and-culture/>
41. Healthcare Improvement Scotland. Scottish Patient Safety Programme. **Safe Communications.** [Internet] 2023 [citado o 14/08/2023]. Disponible en: <https://ihub.scot/improvement-programmes/scottish-patient-safety-programme-spsp/essentials-of-safe-care/safe-communications/>
42. Ibáñez Lagunas E, Berrade Zubiri E, Madorrán Navajas I, Arraiza Gulina N, Ornia Mateo S, Pérez Berrueta M. **Vista de interconsulta no presencial enfermera sobre úlceras vasculares y pie diabético en la Comunidad Autónoma de Navarra.** Rev. enferm. vasc. 2023;5(7):11-7. Disponible en: <https://www.revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/article/view/108/150>
43. Institute for Healthcare Improvement. Baylor College of Medicine of Houston TX. **Safer Dx Checklist: 10 High-Priority Practices for Diagnostic Excellence.** [Internet] 2008 [citado o 15/08/2023]. Disponible en: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/safer-diagnostic-checklist.aspx>
44. Institute for Healthcare Improvement. **Crosswalk of Joint Commission and Centers for Medicare and Medicaid Services Leadership Standards.** [Internet] 2023 [citado o 15/08/2023]. Disponible en: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/CrosswalkTJCandCMSLeadershipStandards.aspx>
45. Institute for Healthcare Improvement. **How-to Guide: Governance Leadership (Get Boards on Board)** [Internet] 2008 [citado o 15/08/2023]. Disponible en: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx>
46. Institute for Healthcare Improvement Idealized Design Group, Frankel A. **Patient Safety Leadership Walkrounds.** [Internet] 2004 [citado o 15/08/2023]. Disponible en: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>

47. Instituto para o Uso Seguro dos Medicamentos., ISMP-España. **Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Proyecto MARC.** [Internet] 2014 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Relaci%C3%B3n%20medicamentos%20alto%20riesgo%20en%20cronicos.pdf>
48. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, ISMP-España. **Lista de medicamentos de alto riesgo para hospitales.** [Internet] 10/2022 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo%20-ISMP.pdf>
49. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, ISMP España. **Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. ISMP España. Educación al paciente y prevención de errores de medicación.** Boletín n.º 42. [Internet] 12/2016 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2042%20%28Diciembre%202016%29.pdf>
50. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, ISMP-España. **Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Errores en pacientes con alergias a medicamentos.** Boletín n.º 48. [Internet] 12/2019 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2048%20%28Diciembre%202019%29.pdf>
51. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, ISMP-España. **Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes en 2021.** Boletín n.º 51 [Internet] 06/2022 [citado o 18/08/2023]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2051%20%28Junio%202022%29.pdf>
52. Jeon B, Jeong B, Jee S, Huang Y, Kim Y, Park G H, e cols. **A Facial Recognition Mobile App for Patient Safety and Biometric Identification: Design, Development, and Validation.** JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(4):e11472. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6475824/>
53. Junta de Castilla y León. **Plan de calidad y seguridad del paciente 2022-2026** [Internet] 29/09/2022 [citado o 11/05/2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/calidad-seguridad-paciente/plan-calidad-seguridad/plan-calidad-seguridad-paciente-2022-2026>
54. Latham J R, Magiorakos A P, Monnet D L, Alleaume S, Aspevall O, Blacky A, e cols. **The role and utilisation of public health evaluations in Europe: a case study of national hand hygiene campaigns.** BMC Public Health 2014;14:131. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-131>
55. Ministerio da Presidencia, Relacións coas Cortes e Memoria Democrática. Gobierno de España. **Real decreto 1976/1999, do 23 de decembro, polo que se establecen os criterios de calidade en radiodiagnóstico.** BOE núm. 311, do 29 de decembro de 1999, páxinas 45891 a 45900 Sec. 1. Disposicións xerais. Referencia: BOE-A-1999-24717. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1999/12/23/1976>
56. Ministerio da Presidencia, Relacións coas Cortes e Memoria Democrática. Gobierno de España. **Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica.** BOE núm. 274, do 15/11/2002. Referencia: BOE-A-2002-22188. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
57. Ministerio de Sanidade. Gobierno de España. **Programas de seguridade nos pacientes críticos (proxectos Zero).** [Internet] 2023 [citado o 17/08/2023]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/seguridadPacienteCritico/home.htm>
58. Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social. **Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónico.** [Internet] 2019 [citado o 18/08/2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/Recomendaciones_de_Practicaseguras_en_la_conciliacion_de_la_medizacion_al_alta_hospitalaria_en_pacientes_cronicos_2019.pdf
59. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. **Documento marco para a mellora da abordaxe da dor no sistema nacional de saúde.** Sanidade [Internet] 2014 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf
60. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. **Unidade Asistencial de Diagnóstico e Tratamento pola Imaxe. Estándares e recomendacións de calidade.** [Internet] 2013 [citado o 11/05/2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/Diagnostico_Imagen_EyR.pdf

61. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. Goberno de España. **Estratexia de seguridade do paciente do sistema nacional de saúde. Período 2015-2020.** [Internet] 2015 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/Estrategia %20Seguridad %20del %20Paciente %202015-2020.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf)
62. Ministerio de Sanidade e Consumo. Goberno de España. **Prácticas para mellorar a seguridade dos medicamentos de alto risco.** [Internet] decembro 2007 [citado o 15/08/2023]. Dispoñible en: [http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas %20para %20mejorar %20la %20seguridad %20de %20los %20medicamentos %20de %20alto %20riesgo.pdf](http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf)
63. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. Goberno de España. **Cuestionario de autoavaliación da seguridade do sistema de utilización dos medicamentos nos hospitais. Versión española II (2018). Adaptación do ISMP-Medication Safety Self-,Assessment for Hospitals, polo Instituto para o Uso Seguro dos Medicamentos (ISMP-España).** Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo; 2018. Dispoñible en: <http://apps.ismp-espana.org/v2/ficheros/CuestionarioV2.pdf>
64. Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais. Instituto Nacional de Seguridade e Hixiene no Traballo. **NTP 679: Análise modal de fallos e efectos. AMFE.** [Internet] 2004 [citado o 08/03/2023]. Dispoñible en: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_679.pdf/3f2a81e3-531c-4daa-bfc2-2abd3aaba4ba
65. Minúe Lorenzo S, Astier Peña M P, Coll Benejam T. **El error diagnóstico y sobrediagnóstico en Atención Primaria. Propuestas para la mejora de la práctica clínica en medicina de familia.** Atención primaria 2021;53 (Supl. 1)102227. Dispoñible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102227>
66. Moreno Campoy E, Fernández Ruiz I, Pérez Pérez P, Barrera Becerra C, Corpas Nogales E, Suárez Alemán G, e cols. **Estrategia para la seguridad del paciente: Plan estratégico de calidad del sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, 2019.** Dispoñible en: <http://hdl.handle.net/10668/3046>
67. Murphy D R, Laxmisan A, Reis B A, Thomas E J, Esquivel A, Forjuoh S N e cols. **Electronic health record-based triggers to detect potential delays in cancer diagnosis.** BMJ Quality & Safety 2014;23:8-16. Dispoñible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001874>
68. **National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).** [Internet] 2023 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: <http://www.nccmerp.org/>
69. Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. **How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: practice guidelines.** Man Ther. 2011;16(5):413-8. Dispoñible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21632273/>
70. Oliver Rosset E, Guerrero Bernat S, Soler Mieras A, Cabrer Palomés J F, Roca Casas A. **Pla Estratègic de Seguretat del Pacient 2019-2023.** Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2018. Dispoñible: <https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/18669/pla-estrategic-seguretat-pacient-2019-2023-ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
71. Rathert C, Wyrwich M D, Boren S A. **Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature: A systematic review of the literature.** Med Care Res Rev. 2013;70(4):351-79. Dispoñible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1077558712465774>
72. **Recomendacións da Axencia de Calidade Sanitaria de Andalucía. n.º 16. Análisis causa raíz (ACR).** [Internet] 05/2020 [citado o 10/08/2023]. Dispoñible en: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/08/Doc1_recomendacion-16-analisis-causa-raiz-acr.pdf
73. Rede nacional de vixilancia epidemiolóxica (RENAVE). **Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ).** [Internet] 2016 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servizos/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS %20EN %20BLOQUE/PROTOCOLOS %20IRAS %20Y %20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS %20NUEVOS %202019 %20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servizos/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf)
74. Rojas Manzano K L, Toro Delgado N, Eraso Riascos D J, Mondragón Sánchez E J. **Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicabilidad del proceso de continuidad de cuidados.** Rev. Cuidarte 2022; 14(1):e2210. Dispoñible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2210/2678>
75. Semicyuc. **Programa de formación en proxectos Zero.** [Internet] 2023 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: <https://proyectoszero.semicyuc.org/>

76. Seram - Sociedade Española de Radioloxía Médica. **Posición de la SERAM sobre los riesgos asociados a las dosis de radiación utilizadas en las exploraciones practicadas en radiodiagnóstico.** [Internet] 2015 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: <https://servei.org/wp-content/uploads/posicion-seram-radiaciones.pdf>
77. Servizo de Promoción da Calidade e a Bioética. **Dirección Xeral de Ordenación Profesional e Regulación Sanitaria. Departamento de Saúde. Guía para el manejo de los medicamentos de alto riesgo. Documento para la seguridad de los pacientes.** [Internet] 09/2018 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: https://seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/que_es_la_seguretat_de_pacients/actualitat/Guia-MAR-esp.pdf
78. Servizo Rioxano de Saúde. **Plan de seguridad del paciente 2022-2024.** [Internet] 2022 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: <https://www.riojasalud.es/files/portadas/te-interesa/PS-PACIENTE-SERIS.pdf>
79. Servizo Galego de Saúde. **Decreto 97/2001, do 22 de marzo, de regulación básica dos órganos de dirección, asesoramento, calidade e participación das institucións hospitalarias do Servizo Galego de Saúde.** [Internet] 2019 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/gal/NormativaConvenios/NormativaSanitaria/archivos/1552001936475.htm>
80. Servizo Galego de Saúde, Xunta de Galicia. **Estratexia de calidade e seguridade do paciente do Sergas.** [Internet] 2014 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridade-do-paciente/Documents/6/SISTEMA %20DE %20SEGURIDADE %20DO %20PACIENTE %20E %20XESTION %20DE %20RISCOS_gall.pdf
81. Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. **Estratexia Sergas 2014, a sanidade pública ao servizo do paciente. Sistema de seguridade do paciente e xestión de riscos sanitarios.** [Internet] 2014 [citado o 11/08/2023]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
82. Servizo Galego de Saúde, Xunta de Galicia. **Estratexia Sergas 2020.** [Internet] 2020 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organización/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
83. Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. **Guía de recomendacións para a xestión de eventos sentinela e eventos adversos graves nos centros sanitarios do sistema público de saúde de Galicia.** Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2013. Dispoñible en: <https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/8595/Even.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
84. Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. **Sistema de seguridade do paciente e xestión de riscos sanitarios. Do modelo corporativo de xestión integrada da calidade do Servizo Galego de Saúde** [Internet] 2014 [citado o 11/05/2023]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridade-do-paciente/Documents/6/SISTEMA %20DE %20SEGURIDADE %20DO %20PACIENTE %20E %20XESTION %20DE %20RISCOS_gall.pdf
85. Singh H, Thomas E J, Khan MM, Petersen L A. **Identifying diagnostic errors in primary care using an electronic screening algorithm.** Arch Intern Med. 2007;167(3):302-8. Dispoñible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17296888/>
86. Singh H, Meyer AND, Thomas E J. **The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations.** BMJ Quality & Safety 2014;23:727-731. Dispoñible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/9/727>
87. Sociedade Española de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Xestión Sanitaria. **ESTUDO EPINE-EPPS n.º 32: 2022. Prevalencia de infeccións (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos.** [Internet] 01/12/2022 [citado o 14/08/2023]. Dispoñible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2022 %20EPINE %20Informe %20Espa %C3 %B1a %2020221201.pdf/reports-esp>
88. Sociedade Española de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Hixiene. **Proyecto Infección cirúrxica zero (IQZ).** [Internet] 2023 [citado o 19/08/2023]. Dispoñible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>
89. Solà Bonada N, Álvarez Díaz A, Codina Jané C, TECNO Work Group of the SEFH. **Papel del farmacéutico en el diseño, desarrollo e implantación de sistemas de soporte a la prescripción de medicamentos.** Farm. Hosp. 2016; 4(6):457-76. Dispoñible en: https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v40n6/es_01artigoespecial01.pdf
90. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde. **Plan de acción para a reactivación dos proxecto Zero en unidades de críticos de Galicia.** [Internet] 03/2023 [citado o 16/08/2023]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1637/Plan_de_accion_reactivacion_programas_Zero_en_Uci-cas.pdf

91. Taylor, N. Clay Williams, R. Hogden, E. Braithwaite, J and Groene, O. **High performing hospitals: a qualitative systematic review of associated factors and practical strategies for improvement.** BMC Health Serv Res 2015; 15: 244. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0879-z>
92. The Joint Commission. Improving Patient and Worker Safety. **Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation.** [Internet] 2012 [citado o 14/08/2023]. Disponible en: <https://www.patientcarelink.org/wp-content/uploads/2021/02/6-TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monographpdf.pdf>
93. The Joint Commission. **Quick Safety 52: Advancing safety with closed-loop communication of test results.** [Internet] 2019 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quick-safety-issue-52-advancing-safety-with-closed-loop-communication-of-test-results/quick-safety-52-advancing-safety-with-closed-loop-communication-of-test-results/#.ZA8tHpHMK5>
94. Thomas E J, Sexton J B, Neilands T B, Frankel A, Helmreich R B. **The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units.** BMC Health Services Research 2005;5:28. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-5-28>
95. Treede R D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett M I, Benoliel R, e cols. **Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11).** Pain. 2019;160(1):19-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30586067/>
96. UNE, normalización española. **Norma UNE 179003:2013 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.** [Internet] 10/04/2013 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma?c=N0051018>
97. Vincent C. **Understanding and Responding to Adverse Events.** NEJM 2003;348 (11):1051-6. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/12637617>
98. Vincent C, Amalberti R. **Seguridad del paciente: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura.** Madrid: Editorial Modus Laborandi; 2016. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Seguridad_del_paciente.pdf
99. World Health Organization. **Alianza mundial para la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas.** [Internet] 2008 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=0C8FC5CCA2251DDDB5FB3276E5157D3?sequence=1
100. World Health Organization. **Evidence of hand hygiene as the building block for infection prevention and control.** [Internet] 05/05/2017 [citado o 13/08/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.7>
101. World Health Organization. **Global guidelines for the prevention of surgical site infection, second edition.** [Internet] 2018 [citado o 19/08/2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
102. World Health Organization. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** [Internet] 2020 [citado o 14/08/2023] Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>
103. World Health Organization. **Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos.** [Internet] 2009 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1
104. World Health Organization. **Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Xenebra: Organización Mundial da Saúde, 2022.** Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
105. World Health Organization. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care.** [Internet] 2009 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
106. Xunta de Galicia. **Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade.** [Internet] 2019 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-ga.pdf>
107. Xunta de Galicia. **Plan galego de atención primaria 2019-2021.** [Internet] 2019 [citado o 16/08/2023]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2760-ga.pdf>

08

Indicadores de seguimiento e evaluación

01 Liderado

OBXECTIVO

1.1

Potenciar a cultura da calidade e seguridade como estratexia clave da organización

ACTUACIÓN 1.1.1

Elaborar unha listaxe de eventos sentinela

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Cada institución dispón dunha listaxe de eventos sentinela e decide cales son os incidentes que deben someterse a unha ACR (análise causa-raíz). En todas as ACR de eventos sentinela participará activamente a Dirección.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.1.2

Situar a calidade e a seguridade do paciente coma obxectivo estratéxico do Servizo Galego de Saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia de obxectivos estratéxicos de calidade e seguridade do paciente nos acordos de xestión anuais.

FÓRMULA 

$(\text{Peso dos obxectivos de calidade e seguridade} / \text{total obxectivos}) \times 100$

ESTÁNDAR 

5 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.1.3

Formar no liderado e en competencias de mellora da calidade e seguridade do paciente os xestores e os mandos intermedios do Servizo Galego de Saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia dun itinerario formativo específico e de adquisición de competencias en calidade e seguridade do paciente para os xestores e mandos intermedios.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de xestores e mandos intermedios que teñen realizada unha acción formativa anual de calidade e seguridade} / N.º \text{ total de xestores e mandos intermedios}) \times 100$

ESTÁNDAR 

50 %

PERIODICIDADE 

Anual

Comunicación e colaboración inter e multidisciplinar

ACTUACIÓN 1.2.1

Fomentar o traballo colaborativo e o enfoque a riscos multidisciplinar

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Creación e mantemento de grupos de traballo/comisións clínicas reguladas, como obxectivos enfocados á abordaxe de potenciais problemas de seguridade e á avaliación de resultados, creando canles de comunicación estables entre o equipo directivo e as comisións para mellorar a coordinación e facilitar a implementación de medidas.

FÓRMULA 

N.º de comisións clínicas activas / ano

ESTÁNDAR 

≥ 15

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.2.2

Incluír a calidade e a seguridade do paciente como información mínima dos plans de acollida a profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os plans de acollida dos novos profesionais inclúen aspectos relacionados coa seguridade do paciente, como poden ser a existencia de sistemas de notificación de incidentes, os programas Zero, programas de seguridade cirúrxica, aspectos básicos de identificación, rastrexabilidade e confidencialidade da información, ademais de aspectos organizativos.

FÓRMULA 

(N.º de novos plans de acollida aos profesionais con información de seguridade / N.º de novos plans) x 100

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.2.3

Incluír a calidade e a seguridade do paciente como información mínima dos plans de acollida a pacientes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os plans de acollida a pacientes (ingresados e consultas) inclúen aspectos relacionados coa seguridade do paciente, como programas de seguridade implantados, mecanismos de notificación de incidentes e accións para contribuír como axentes implicados no proceso da seguridade da atención (identificación, hixiene de mans, caídas etc.).

FÓRMULA 

N.º de novos plans de acollida aos pacientes con información de seguridade / N.º de novos plans

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual

Estandarización, medición e mellora continua dos procesos asistenciais

ACTUACIÓN 1.3.1

Identificar referentes clínicos de calidade e seguridade

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Identificación dun referente de calidade e seguridade clínico, médico e enfermeiro, en cada servizo, con funcións definidas.

FÓRMULA 

(N.º de referentes identificados / N.º de unidades e servizos) x 100

ESTÁNDAR 

60 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.3.2

Manter un cadro de mandos de indicadores de calidade e xestión de riscos clínicos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A organización revisa anualmente o funcionamento do sistema de calidade e xestión de riscos, elaborando informes de benchmarking entre áreas sanitarias e dando difusión aos profesionais sanitarios

FÓRMULA 

Existencia dun informe de "benchmarking" anual difundido ás áreas sanitarias

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.3.3

Difundir as boas prácticas e a aprendizaxe dos erros

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A organización (área) difunde anualmente resultados de boas prácticas e fomenta a aprendizaxe dos erros, dándolles información aos mandos e aos profesionais sanitarios.

FÓRMULA 

(N.º de accións de difusión anuais / N.º de boas prácticas e erros identificados) x 100

ESTÁNDAR 

≥ 10 %

PERIODICIDADE 

Anual

Identificación de pacientes

OBXECTIVO

2.1

Planificar a identificación inequívoca do paciente en todas as áreas sanitarias para mellorar a seguridade e a personalización, co fin de minimizar os eventos adversos relacionados con erros de identificación

ACTUACIÓN 2.1.1

O Servizo Galego de Saúde dispón dun procedemento para levar a cabo a identificación inequívoca de pacientes na atención presencial e non presencial en todas as áreas sanitarias e adapta, se é preciso, as particularidades que se encontren en cada centro sanitario

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

No Servizo Galego de Saúde existe un procedemento para levar a cabo a identificación inequívoca de pacientes na atención presencial e non presencial actualizado bianualmente.

FÓRMULA



Dicotómica

ESTÁNDAR



Si/Non

PERIODICIDADE



Anual



OBXECTIVO
2.2

Avaliar a identificación inequívoca do paciente en todas as áreas sanitarias para mellorar a seguridade e a personalización, co fin de minimizar os eventos adversos relacionados con erros de identificación

ACTUACIÓN 2.2.1

Nomear un referente en identificación inequívoca de pacientes en cada área sanitaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe a nivel das áreas sanitarias un profesional sanitario responsable de xestión da identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 2.2.2

Avaliar a implantación da identificación inequívoca de pacientes mediante a realización de auditorías internas e externas nas diferentes área sanitarias

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

As áreas sanitarias deben cumprir anualmente o estándar dos ítems avaliados nas auditorías internas/externas realizadas para avaliar a identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de medidas cumpridas entre as auditadas} / N.º \text{ de medidas totais auditadas}) \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 95 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 2.2.3

Incluír nos cadros de mandos das áreas sanitarias os indicadores de seguimento de identificación inequívoca de pacientes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen no cadro de mandos da área sanitaria indicadores empregados para a identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
2.3

Comunicarlles os resultados dos procesos de identificación inequívoca de pacientes tanto aos profesionais sanitarios como aos pacientes e á poboación xeral

ACTUACIÓN 2.3.1

Dispoñer de vías de comunicación de eventos adversos nas áreas sanitarias para a identificación de pacientes (SiNASP), que serán coñecidos e utilizados tanto por profesionais coma por pacientes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de eventos adversos comunicados por pacientes e profesionais relacionados coa identificación inequívoca de pacientes con relación ao total de eventos adversos comunicados por SiNASP.

FÓRMULA

(N.º de eventos adversos comunicados por SiNASP relacionados coa identificación inequívoca de pacientes / Total de eventos adversos comunicados por SiNASP) x 100

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 2.3.2

Comunicarlles aos profesionais, ás asociacións de pacientes e a outras organizacións os resultados das accións de mellora para diminuír os erros de identificación

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen informes a través de boletíns, da Intranet das áreas sanitarias ou da páxina web do Sergas que poñen en coñecemento os resultados das accións de mellora para evitar os erros de identificación.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 2.3.3

Promover a participación activa dos pacientes e achegados nas accións de mellora da identificación inequívoca

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

N.º de actividades realizadas polas áreas sanitarias/Sergas para promover a participación activa dos pacientes e achegados na mellora da identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA

N.º de actividades realizadas polas áreas sanitarias / Total de actividades do Sergas

ESTÁNDAR

≥ 1

PERIODICIDADE

Anual

Procesos diagnósticos

OBXECTIVO

3.1

Racionalizar o uso das radiacións ionizantes na asistencia sanitaria

ACTUACIÓN 1.1.1

Definir guías e recomendacións de indicación e xustificación de estudos e de procedementos con radiacións ionizantes, especialmente para as probas máis frecuentes e, en pacientes pediátricos, reducindo aqueles innecesarios e que non acheguen valor

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O Servizo Galego de Saúde elabora, aproba e difunde guías de indicacións e recomendacións consensuadas entre especialidades asistenciais e radioloxía para a indicación e a xustificación de estudos.

FÓRMULA 

N.º de recomendacións consensuadas e difundidas / ano

ESTÁNDAR 

> 5

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.1.2

Implantar a petición electrónica en todas as probas de diagnóstico por imaxe para minimizar erros na interpretación da xustificación e atrasos na programación

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A petición electrónica atópase implantada e inclúe formularios de petición para a axuda da toma de decisións, recomendacións sobre probas de escaso valor (NON FACER) e identificación de función renal ou alerxias do paciente en probas con contraste.

FÓRMULA 

Dicotómico

ESTÁNDAR 

SI

PERIODICIDADE 

Anual

Seguridade e calidade dos procesos de laboratorio

ACTUACIÓN 3.2.1

Implantar un programa de seguridade na fase preanalítica para previr erros na identificación, preparación, transporte de mostras e almacenaxe ata o seu procesado

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen accións de implantación de mecanismos e sistemas de seguridade e rastrexabilidade para a correcta preparación, a utilización do medio ou o soporte adecuado, o transporte e o almacenamento.

FÓRMULA 

Accións de implantación de programas de seguridade preanalítica

ESTÁNDAR 

≥ 1

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.2.2

Formar os profesionais e os pacientes sobre as condicións de recollida de mostras nunha contorna de aprendizaxe e mellora compartida

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen accións formativas que lles permiten aos profesionais coñecer as condicións óptimas de obtención e identificación de mostras biolóxicas e que lles permiten aos pacientes implicarse na súa seguridade, informándoos das condicións necesarias de preparación para as probas diagnósticas.

FÓRMULA 

N.º de accións formativas / ano

ESTÁNDAR 

≥ 5

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.2.3

Fomentar os sistemas de xestión da calidade baseados na UNE: EN ISO 15189:2023 para mellorar a rastrexabilidade e os resultados do proceso preanalítico, analítico e postanalítico e dar garantía da fiabilidade do resultado

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Acreditación segundo a Norma UNE-EN ISO 15189:2022 os laboratorios clínicos nos alcances que cada centro determine.

FÓRMULA 

N.º de novos alcances / ano no Sergas

ESTÁNDAR 

≥ 5

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
3.3

Estandarización, medición e mellora continua dos procesos asistenciais de diagnóstico

ACTUACIÓN 3.3.1

Introducir a análise sistemática de incidentes clínicos como estratexia en todos os servizos de atención hospitalaria e atención primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe análise sistemática de incidentes clínicos en relación co diagnóstico realizado en sesións periódicas nos servizos que abordan problemas no proceso de atención sen dano para o paciente (p. ex.: fallos na toma de decisións ou decisións complexas tomadas sen apoio).

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de sesións realizadas} / N.º \text{ de unidades e servizos de atención hospitalaria e atención primaria}) \times 100$

ESTÁNDAR 

> 90 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.3.2

Crear estándares para procedementos diagnósticos invasivos que minimicen a posibilidade de erro

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Está determinada unha listaxe de procedementos para estandarizar, tendo en conta a frecuencia e o impacto na seguridade. De cada un dos procedementos da listaxe elabóranse uns estándares de calidade e seguridade.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de estándares elaborados} / N.º \text{ de procedementos invasivos frecuentes}) \times 100$

ESTÁNDAR 

> 20 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.3.3

Definir e difundir un manual de boas prácticas no rexistro e acceso á historia clínica electrónica para incrementar a seguridade dos rexistros electrónicos de saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen accións de mellora da seguridade relacionada coas áreas clave de risco da HCE (p. ex.: difundir recomendacións de calidade á hora de cubrir a historia clínica electrónica, fomentar as prácticas seguras no manexo da información e na emisión de informes).

FÓRMULA 

$N.º \text{ de accións de difusión}$

ESTÁNDAR 

≥ 5

PERIODICIDADE 

Anual

Seguridade nos coidados e tratamentos.

Atención á dor

OBXECTIVO

4.1

Mellorar a seguridade dos coidados nos centros asistenciais a partir da implantación de procedementos actualizados sobre os aspectos clave descritos

ACTUACIÓN 4.1.1

Identificar, elaborar e/ou actualizar os procedementos para a seguridade nos coidados, facéndoo accesibles aos profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro dispón dos procedementos, recollidos neste obxectivo, actualizados para a seguridade nos coidados e dispoñibles para os profesionais.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de procedementos dispoñibles} / N.º \text{ de procedementos recollidos no obxectivo}) \times 100$

ESTÁNDAR 

40 % o primeiro ano, 60 % o segundo ano, 80 % o último ano de vixencia da estratexia

PERIODICIDADE 

Revisar os procedementos cada 3 anos desde a primeira edición en vigor

ACTUACIÓN 4.1.2

Fomentar as boas prácticas nos coidados dos pacientes en atención primaria e hospitalaria, desenvolvendo un sistema de avaliación do cumprimento dos puntos clave dos procedementos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro dispón de indicadores vinculados a cada un dos procedementos descritos, realiza a súa análise e establece medidas de mellora.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de procedementos cun indicador vinculado no cadro de mando da organización} / N.º \text{ de procedementos totais}) \times 100$

ESTÁNDAR 

100 % procedementos cun indicador no cadro de mando

PERIODICIDADE 

Revisión mensual do cadro de mando

OBXECTIVO
4.2

Apoderar os paciente como axentes activos, favorecendo a participación nos seus coidados e a posibilidade de influír nos factores que afectan a súa saúde e incorporando tamén a súa familia e coidadores

ACTUACIÓN 4.2.1

Fomentar e promover a participación do paciente, familia e coidadores dentro da actividade asistencial, proporcionando os coñecementos e as habilidades necesarias para intervir nos seus coidados

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de sesións formativas dirixidas aos profesionais de enfermería que promovan a participación de pacientes e familias nas unidades de hospitalización.

FÓRMULA 

25 % de unidades de hospitalización cada ano

ESTÁNDAR 

25 % de unidades de hospitalización cada ano, ata acadar o 100 % no 2028

PERIODICIDADE 

Revisión Anual

ACTUACIÓN 4.2.2

Desenvolver actividades formativas e informativas dirixidas aos pacientes, coidadores principais e familias, asegurando que a información se dea de forma completa, clara e comprensible

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro desenvolve actividades formativas e informativas dirixidas aos pacientes, coidadores principais e familias.

FÓRMULA 

Número de actividades formativas e informativas realizadas / ano

ESTÁNDAR 

Mínimo 3 actividades formativas realizadas

PERIODICIDADE 

Revisión Anual

ACTUACIÓN 4.2.3

Crear contornas facilitadoras nos centros sanitarios para mellorar o benestar e a experiencia de pacientes e familias/coidadores

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro dispón de contornas facilitadoras para mellorar o benestar e a experiencia de pacientes e familias/coidadores.

FÓRMULA 

Número de contornas facilitadoras existentes na área sanitaria

ESTÁNDAR 

1 contorna facilitadora no período

PERIODICIDADE 

Revisión Anual

OBXECTIVO
4.3

Incorporar como práctica habitual nos centros a avaliación dos riscos e a aplicación dos cuidados necesarios para a súa prevención, que deberán quedar reflectidos no plan de cuidados do paciente

ACTUACIÓN 4.3.1

Avaliar os riscos do paciente (úlceras por presión, caídas, disfaxia...) no momento do seu ingreso hospitalario, rexistrándoos na súa historia clínica

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes coas avaliacións dos riscos ao ingreso rexistradas na súa historia clínica.

FÓRMULA 

(N.º de pacientes con avaliación de risco rexistrada na historia clínica / N.º pacientes totais) x 100

ESTÁNDAR 

90 % dos pacientes con avaliación de risco rexistrada na historia clínica

PERIODICIDADE 

Revisión mensual dos indicadores vinculados no cadro de mando

ACTUACIÓN 4.3.2

Incorporar aos plans de cuidados as accións preventivas adecuadas segundo os resultados da avaliación de risco

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes con accións preventivas adecuadas incorporadas ao seu plan de cuidados.

FÓRMULA 

(N.º de pacientes con accións preventivas rexistradas na historia clínica / N.º pacientes con risco) x 100

ESTÁNDAR 

90 % dos pacientes con risco con accións preventivas rexistradas na historia clínica

PERIODICIDADE 

Revisión mensual dos indicadores vinculados no cadro de mando

OBXECTIVO
4.4

Mellorar o diagnóstico e o enfoque terapéutico de prevención, control e tratamento da dor aguda e crónica, incorporando o paciente mediante un afrontamento activo do seu proceso

ACTUACIÓN 4.4.1

Desenvolver actividades de divulgación, educación e formación tanto para pacientes e familias coma para profesionais sobre os distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro desenvolve actividades de divulgación, educación e formación tanto para pacientes e familias coma para profesionais.

FÓRMULA 

Número de actividades desenvolvidas anualmente

ESTÁNDAR 

Mínimo 3 actividades / ano

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 4.4.2

Elaborar protocolos multiprofesionais de prevención, control e tratamento dos distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


A área sanitaria dispón de protocolos multiprofesionais de prevención, control e tratamento dos distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria).

FÓRMULA 

N.º de protocolos existentes na área

ESTÁNDAR 

Mínimo 3 protocolos (un por cada tipo de dor)

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 4.4.3

Deseñar e implantar unidades multidisciplinares de afrontamento activo baseadas en educación e movemento para a abordaxe de pacientes con dor crónica primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A área sanitaria dispón dunha unidade multidisciplinar de afrontamento activo para a abordaxe de pacientes con dor crónica primaria.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

1 unidade creada

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 4.4.4

Reactivar/constituír os comités clínicos técnicos da dor nas áreas sanitarias e a Comisión Central da Dor do Sergas

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


A área sanitaria ten constituído o Comité Técnico da Dor e o Sergas a Comisión Central.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Ambos (comités/comisión) en funcionamento

PERIODICIDADE 

Anual

Uso seguro dos medicamentos. Conciliación. Medicación de alto risco

OBXECTIVO

5.1

Uso seguro dos medicamentos. Prácticas para mellorar a seguridade no uso dos medicamentos de alto risco (MAR)

ACTUACIÓN 5.1.1

Elaborar e implantar un protocolo institucional sobre recomendacións para a utilización segura dos MAR tanto en atención hospitalaria coma en atención primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe un protocolo institucional elaborado e implantado sobre recomendacións para a utilización segura dos MAR tanto en atención hospitalaria coma en atención primaria.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 5.1.2

Identificar os MAR dispoñibles nos centros/unidades asistenciais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de MAR correctamente identificados no centro/unidades asistenciais.

FÓRMULA

$(N.º \text{ de MAR correctamente identificados no centro/unidade asistencial} / N.º \text{ total de MAR dispoñibles no centro/unidade asistencial}) \times 100$

ESTÁNDAR

≥ 90 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 5.1.3

Promover a aplicación de actuacións para reducir os erros asociados aos MAR nas áreas sanitarias

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Actuacións levadas a cabo para reducir os erros asociados aos MAR nas áreas sanitarias.

FÓRMULA

$N.º \text{ actuacións levadas a cabo para reducir os erros asociados os MAR}$

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO
5.2


Implantar ferramentas que aseguren a rastrexabilidade no uso seguro de medicamentos


ACTUACIÓN 5.2.1

Favorecer o uso de tecnoloxías integradas cos sistemas de información clínica que permitan o uso seguro de medicamentos ao longo do proceso de prescrición e validación

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de servizos/unidades con ingreso e hospitais de día que dispoñen de sistemas de prescrición electrónica asistida (sistemas de soporte ás decisións clínicas que relacionan as características dos medicamentos coas circunstancias clínicas do paciente).

FÓRMULA  $(N.º \text{ de servizos/unidades con ingreso e hospitais de día que dispoñen de sistemas de prescrición electrónica asistida} / N.º \text{ total de servizos/unidades con ingreso e hospitais de día}) \times 100$

ESTÁNDAR  $\geq 70 \%$ (unidades de hospitalización, incluídas as unidades de críticos) $\geq 50 \%$ (hospitais de día e urxencias). Exclúense as residencias sociosanitarias


PERIODICIDADE  Anual



ACTUACIÓN 5.2.2

Reducir os erros na preparación e dispensa de medicamentos, centralizar as preparacións no servizo de farmacia e utilizar sistemas electrónicos e de control

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A preparación de medicamentos no Servizo de Farmacia conta con sistemas de control que utilizan a identificación inequívoca do medicamento e con sistemas electrónicos de soporte á súa preparación.

FÓRMULA  $(N.º \text{ de preparacións de produtos estériles que utilizan a identificación inequívoca do medicamento e/ou sistemas electrónicos de soporte a preparación} / N.º \text{ total de preparacións de produtos estériles}) \times 100$


ESTÁNDAR  $\geq 50 \%$ **PERIODICIDADE**  Anual



ACTUACIÓN 5.2.3

Promover a identificación de poboacións e/ou situacións de especial risco, co obxectivo de reducir ou previr erros relacionados co uso dos medicamentos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Estratexias de prevención ou redución de erros relacionados co uso de medicamentos implantadas anualmente nos servizos hospitalarios/atención primaria.

FÓRMULA  $N.º \text{ de estratexias de prevención ou de redución de erros relacionadas co uso de medicamentos implantadas nos servizos hospitalarios/atención primaria}$

ESTÁNDAR  ≥ 2 **PERIODICIDADE**  Anual

ACTUACIÓN 5.3.1

Elaborar un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre revisión e conciliación da medicación ao ingreso hospitalario en atención hospitalaria, en coordinación con atención primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre revisión e conciliación da medicación ao ingreso en atención hospitalaria en coordinación con atención primaria, actualizado bianualmente (servizos clínicos consensuados con cada área sanitaria).

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Bianual

ACTUACIÓN 5.3.2

Establecer prácticas de conciliación e revisión da medicación durante as transicións asistenciais, especialmente na transición de ingreso e alta hospitalaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes conciliados na poboación diana (poboación de pacientes seleccionada en cada área sanitaria).

FÓRMULA 

$(N.º \text{ pacientes conciliados} / N.º \text{ total pacientes poboación diana}) \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 70 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 5.3.3

Dispor de sistemas efectivos, integrados na historia clínica e no sistema de prescrición electrónica, que alerten de alerxias a medicamentos, previamente á prescrición

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Dispónse de sistemas efectivos, integrados na historia clínica e no sistema de prescrición electrónica, que alerten de alerxias a medicamentos, previamente á prescrición.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Dentro do período de vixencia da estratexia 2023-2028

OBXECTIVO
5.4

Promover unha cultura de seguridade no uso dos medicamentos nas institucións, nos profesionais e nos pacientes

ACTUACIÓN 5.4.1

Avaliar a mellora da cultura da seguridade en medicamentos nas institucións sanitarias mediante o cumprimento do cuestionario de autoavaliación da seguridade do sistema de utilización dos medicamentos nos hospitais (ISMP)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Cumprimento do cuestionario de autoavaliación da seguridade do sistema de utilización dos medicamentos nos hospitais (ISMP) nas áreas sanitarias por un grupo de traballo multidisciplinar.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Bianual

ACTUACIÓN 5.4.2

Desenvolver actividades formativas e informativas dirixidas a profesionais sanitarios sobre o uso seguro de medicamentos nos diferentes ámbitos asistenciais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Realización de actividades formativas e informativas dirixidas a profesionais sanitarios sobre o uso seguro de medicamentos nos diferentes ámbitos asistenciais.

FÓRMULA 

N.º de actividades formativas e informativas realizadas nos distintos ámbitos asistenciais por ano

ESTÁNDAR 

≥ 3

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 5.4.3

Proporcionar información a pacientes ou cuidadores e fomentar a súa implicación na utilización correcta dos medicamentos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Realización de actividades formativas e informativas dirixidas a pacientes ou cuidadores sobre o uso seguro de medicamentos nos diferentes ámbitos asistenciais. Proporcionarlles información a pacientes/cuidadores e fomentar a súa implicación na utilización correcta dos medicamentos.

FÓRMULA 

N.º de actividades formativas e informativas realizadas nos distintos ámbitos asistenciais por ano

ESTÁNDAR 

≥ 3

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

6.1

Incorporar estratexias para a axeitada xestión de riscos relacionados coa atención sanitaria

ACTUACIÓN 6.1.1

Incorporar actuacións de xestión de riscos sanitarios e realizar a apreciación e o tratamento destes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

N.º de servizos que realizaron actuacións de xestión dos seus riscos sanitarios específicos: identificación, análise e tratamento.

FÓRMULA

$(N.º \text{ de unidades/servizos que realizaron actuacións de xestión dos seus riscos} / N.º \text{ de unidades/servizos existentes}) \times 100$

ESTÁNDAR

≥ 20 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 6.1.2

Realizar actividades formativas para promover a formación de todos os profesionais na xestión de riscos e no uso de ferramentas de valoración do risco aplicables ao seu ámbito

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de actividades formativas destinadas aos profesionais que se realizaron coa temática da seguridade do paciente e xestión dos riscos.

FÓRMULA

$N.º \text{ de actividades formativas realizadas ao ano}$

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 6.1.3

Incluír nos plans de acollida aos novos profesionais información sobre a xestión de riscos e a seguridade do paciente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de plans de acollida aos profesionais que conteñen información sobre o sistema de xestión de riscos da área ou da unidade (se existise unha específica) do total de plans de acollida existentes.

FÓRMULA

$(N.º \text{ de plans de acollida aos profesionais con información sobre o sistema de xestión de riscos} / N.º \text{ de plans de acollida existentes}) \times 100$

ESTÁNDAR

≥ 50 %

PERIODICIDADE

Anual

Dispoñer dun mapa de riscos nas unidades/servizos adaptado á súa realidade funcional e actualizado polo menos anual

ACTUACIÓN 6.2.1

Promover diferentes métodos para a identificación de riscos relacionados coa seguridade do paciente (análise de reclamacións e suxestións, roldas de seguridade, revisión de historias clínicas, sesións para aprender dos erros, estudos epidemiolóxicos etc.)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de actividades formativas realizadas con contidos relacionados coa identificación e coa análise proactiva dos riscos.

FÓRMULA 

N.º de actividades formativas realizadas / ano

ESTÁNDAR 

> 2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.2.2

Establecer para cada risco identificado a súa definición, posibles orixes e causas para cada orixe, consecuencias potenciais ou reais, así como as súas barreiras ou controis existentes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de unidades/servizos que teñen un mapa de riscos onde figuren os riscos identificados, a súa definición, orixes e causas, as consecuencias e os controis asociados a cada risco. Os mapas de riscos deben ser adaptados á realidade de cada unidade/servizo ou agrupacións, no caso de que a situación funcional destes permita esa unificación de riscos.

FÓRMULA 

(N.º de unidades/servizos con mapa de riscos / N.º de unidades/servizos existentes) x 100

ESTÁNDAR 

≥ 20 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.2.3

Elaborar en cada área sanitaria o seu mapa de riscos, onde presente graficamente a apreciación dos riscos coas probabilidades potenciais ou reais de ocorrencia e a gravidade das consecuencias no caso de que ocorra

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de unidades/servizos que teñen un mapa de riscos onde figuren os riscos identificados, a súa definición, orixes e causas, as consecuencias e os controis asociados a cada risco. Os mapas de riscos deben ser adaptados á realidade de cada unidade/servizo ou agrupacións, no caso de que a situación funcional destes permita esa unificación de riscos.

FÓRMULA 

(N.º de unidades/servizos con mapa de riscos / N.º de unidades/servizos existentes) x 100

ESTÁNDAR 

≥ 20 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
6.3

Establecer accións de mellora para os riscos nos que, tras a súa avaliación, poida determinarse a súa pertinencia e necesidade

ACTUACIÓN 6.3.1

Realizar a avaliación dos riscos, determinando se o risco é aceptable ou non para a organización e establecendo o grao de prioridade para o seu tratamento, en función dos recursos dispoñibles e da mellora esperada

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de accións de mellora das cales, tras a súa avaliación, se determina a necesidade de tratamento, cuns beneficios importantes na seguridade dos pacientes. Estas accións de mellora teñen que expresar no seu contido os responsables, as accións con prazos e as necesidades de recursos que levan consigo.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de accións de mellora} / N.º \text{ de riscos non aceptables}) \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 50 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.3.2

Desenvolver plans de mellora con responsables, accións, prazos e necesidades de recursos, así como a súa medición e seguimento periódico (polo menos trimestralmente)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de accións de mellora das cales, tras a súa avaliación, se determina a necesidade de tratamento, cuns beneficios importantes na seguridade dos pacientes. Estas accións de mellora teñen que expresar no seu contido os responsables, as accións con prazos e as necesidades de recursos que levan consigo.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de accións de mellora} / N.º \text{ de riscos non aceptables}) \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 50 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.3.3

Establecer indicadores e sistema de medición que permitan determinar os niveis de partida e a eficacia das accións de mellora desenvolvidas en canto á redución do nivel de risco

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de riscos identificados que teñen polo menos un indicador que permite coñecer a situación na que se atopa e os cambios que se producen no tempo tras desenvolver accións de mellora.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de indicadores} / N.º \text{ de riscos con accións de mellora implantada}) \times 100$

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual

Difundir as actividades sobre seguridade do paciente aos profesionais e implantar sistemas de información e consulta que garantan a recollida de información das partes interesadas

ACTUACIÓN 6.4.1

Difundir por parte dos profesionais dos servizos/ unidades que teñan establecida unha análise dos riscos a información relacionada coa seguridade do paciente que consideren pertinente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de boletíns/publicacións/informes relacionados coa seguridade do paciente e a xestión de riscos que se difunden por algún medio a profesionais da área sanitaria.

FÓRMULA

N.º de publicacións relacionadas coa xestión de riscos / ano

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 6.4.2

Avaliar periodicamente a percepción que teñen os profesionais e os pacientes/coiadores sobre a seguridade do paciente e a xestión de riscos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de profesionais que responden ás enquisas sobre a seguridade do paciente.

FÓRMULA

(N.º de enquisas recibidas / N.º de profesionais) x 100

ESTÁNDAR

≥ 5 %

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de enquisas que se lles realizan aos pacientes/coiadores sobre a seguridade do paciente.

FÓRMULA

N.º de enquisas cubertas polos pacientes/coiadores

ESTÁNDAR

≥ 100

PERIODICIDADE

Anual

Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente.

Atención 2.^a e 3.^a vítimas

OBXECTIVO

7.1

Estandarizar a xestión de riscos a nivel de áreas sanitarias, mediante a redefinición do núcleo de seguridade de pacientes en canto á composición, organización e funcionamento

ACTUACIÓN 7.1.1

Establecer en todas as áreas sanitarias unha normativa común do núcleo de seguridade de pacientes e xestión de riscos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Implantación do núcleo de seguridade tendo en conta a *Guía da composición, funcións e normas xerais de funcionamento dos núcleos de seguridade*.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 7.1.2

Desenvolver protocolos de seguridade tras a análise de incidentes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Establecer protocolos de seguridade en eidos sensibles (con carácter enunciativo: contención terapéutica, emerxencia clínica, conciliación de medicación, uso seguro medicamentos, carros de PCR, identificación de pacientes, identificación nai/fillo, hixiene de mans...).

FÓRMULA

N.º de protocolos

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 7.1.3

Promover accións formativas en materia de seguridade do paciente e xestión de risco

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de accións formativas en xestión de riscos e seguridade do/a paciente programadas.

FÓRMULA

N.º de accións formativas

ESTÁNDAR

≥ 4

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO
7.2

Fomentar a notificación de incidentes de seguridade e promover a súa análise, de forma sistemática e estruturada, para a aprendizaxe e para o establecemento de accións de mellora e busca de solucións que eviten a súa repetición

ACTUACIÓN 7.2.1

Analizar os incidentes de seguridade, tendo en conta os sistemas de notificación específicos (SiNASP, SENSAR), xerais (Contacte) e informais (comunicación oral ou por correo electrónico)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de reunións anuais relacionadas coa xestión de riscos.

FÓRMULA 

N.º reunións de xestións de riscos

ESTÁNDAR 

≥ 6

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.2.2

Propoñer accións de mellora e implantar accións preventivas e correctoras

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de accións implantadas sobre o total de incidentes analizados.

FÓRMULA 

(N.º de accións implantadas / N.º de incidentes analizados) x 100

ESTÁNDAR 

30 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.2.3

Impulsar a comunicación e a retroalimentación cos profesionais da xestión do incidente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de boletíns de seguridade que inclúen as accións de mellora realizadas.

FÓRMULA 

(N.º de boletíns de seguridade con accións de mellora / N.º total de boletíns de seguridade difundidos) x 100

ESTÁNDAR 

20 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
7.3

Desenvolver unha cultura positiva de seguridade que aborde tanto a atención ao paciente como ás segundas e terceiras vítimas

ACTUACIÓN 7.3.1

Implementar un plan de actuación que permita a xestión inmediata e homoxénea de eventos adversos graves en todos os centros

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Desenvolvemento de plan de actuación seguindo a *Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e atención ás segundas e terceiras vítimas*.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.3.2

Realizar ACR en todos os incidentes de seguridade nos que proceda unha análise en profundidade

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de ACR realizados en caso de eventos adversos graves, así como nos que proceda a súa análise en profundidade.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de ACR realizados} / N.º \text{ de incidentes categorizados como SAC 1 e aqueles considerados como catastróficos}) \times 100$

ESTÁNDAR 

80 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.3.3

Promover a formación de todos os profesionais na identificación e xestión de eventos adversos graves

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de profesionais formados anualmente en xestión de eventos adversos graves e atención a segundas e terceiras vítimas.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de profesionais sanitarios formados} / N.º \text{ de profesionais sanitarios}) \times 100$

ESTÁNDAR 

80 %

PERIODICIDADE 

Anual

Comunicación e continuidade asistencial

OBXECTIVO

8.1

Impulsar unha comunicación eficaz entre o/a paciente, o sistema sanitario e os profesionais que garanta unha atención continuada integral e centrada na persoa

ACTUACIÓN 8.1.1

Impulsar unha comunicación clara e acorde coas necesidades de pacientes, familias e cuidadores fomentando o coñecemento e a utilización das plataformas existentes (É-Saúde, CRM-100...)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de cidadáns que consultan as plataformas descritas sobre o total da cidadanía que teñen acceso a estas.

FÓRMULA 

(N.º de cidadáns que consultan as plataformas / N.º de cidadáns con acceso ás plataformas) x 100

ESTÁNDAR 

≥ 30

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.1.2

Realizar talleres formativos para pacientes e cuidadores, logrando decisións compartidas cos profesionais sanitarios encamiñadas a autoxestionar a súa enfermidade e a corresponsabilizarse no mantemento e mellora da súa saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Realizacións de intervencións formativas, informativas e de difusión dirixidas a pacientes, familiares e cuidadores.

FÓRMULA 

N.º de intervencións realizadas ao ano

ESTÁNDAR 

4

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.1.3

Avaliar as reclamacións dos pacientes con relación á atención prestada polos profesionais sanitarios

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de reclamacións de pacientes recollidas en QUERES con relación á atención percibida entre o número de reclamación totais.

FÓRMULA 

(N.º de reclamacións de pacientes en QUERES sobre a atención percibida / N.º de reclamacións totais) x 100

ESTÁNDAR 

< 5 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
8.2

Asegurar a coordinación e a comunicación eficaz entre os profesionais dos distintos niveis asistenciais que garanta a continuidade dos procesos que conforman a atención do paciente

ACTUACIÓN 8.2.1

Elaborar e difundir cara aos profesionais un procedemento que regula as transicións asistenciais, como derivacións, traslados inter e intracentros ou probas diagnósticas, maximizando a axilidade e asegurando a seguridade do paciente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A área sanitaria dispón dun manual para a regulación das transicións asistenciais.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.2.2

Impartir talleres informativos a pacientes, familiares e cuidadores, polos profesionais sanitarios referentes en cada un dos ámbitos da prestación da asistencia para mellorar a comunicación e diminuír a frecuentación innecesaria aos centros sanitarios

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de sesións formativas anuais impartidas polos profesionais referentes en cada un dos ámbitos asistenciais para fomentar a atención sanitaria non presencial.

FÓRMULA 

N.º de sesións realizadas

ESTÁNDAR 

2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.2.3

Consolidar o informe de continuidade de cuidados de enfermería garantindo a calidade da información transferida

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de pacientes con informe de continuidade de cuidados de enfermería rexistrado no aplicativo Gacela.

FÓRMULA 

(N.º de pacientes con informe de continuidade de cuidados cuberto á alta / N.º de pacientes de alta hospitalaria) x 100. Exclusión: quedan excluídos os exitus.

ESTÁNDAR 

≥ 85 %

PERIODICIDADE 

Trimestral

OBXECTIVO
8.3

Asegurar que o paciente comprendeu a información dada polos facultativos con relación aos procesos que requiren consentimento informado: obxectivos, riscos e beneficios

ACTUACIÓN 8.3.1

Garantir unha comunicación eficaz entre facultativo e paciente con relación ao consentimento informado

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de consentimentos informados revisados e actualizados.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

≥ 5

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.3.2

Asegurar que o consentimento informado cumpre cos requisitos formais e legais vixentes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de historias clínicas electrónicas auditadas que conteñen o consentimento informado asinado polo paciente e o facultativo médico responsable.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de consentimentos informados rexistrados en IANUS asinados} / N.º \text{ total de probas/procesos auditados na historia clínica que requiren consentimentos informados}) \times 100$

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual [mediante auditorías realizadas pola Inspección de Servizos Sanitarios da Consellería de Sanidade]



Prevencción das infeccións, seguridade nos procesos asistenciais críticos e de risco

OBXECTIVO

9.1

Reactivar, manter e avaliar os proxectos de Bacteriemia zero, Pneumonía zero, Infección do tracto urinario zero e Resistencia zero nas unidades de críticos coa finalidade de reducir as IRAS nesas unidades. Introducción do proxecto Flebite zero nos hospitais da nosa comunidade

ACTUACIÓN 9.1.1

Avaliar a implantación dos proxectos Zero nas unidades de críticos mediante auditorías externas

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

As unidades de críticos de adultos (UCI, unidades de reanimación e unidades de queimados) deberán cumprir anualmente o estándar dos ítems/medidas avaliadas nas auditorías externas realizadas pola Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ medidas cumpridas de entre as auditadas} / N.º \text{ de medidas totais auditadas}) \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 60 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.1.2

Introducir o proxecto Flebite zero nos hospitais de Galicia

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe un plan de implantación do programa Flebite zero en Galicia e cúmprense os obxectivos para a súa introdución nas diferentes áreas sanitarias.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.1.3

Avaliar e mellorar a cultura de seguridade nos proxectos Zero nas unidades de críticos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de profesionais sanitarios das unidades de críticos que realizaron os cursos de formación sobre proxectos Zero con relación ao total dos profesionais sanitarios das unidades de críticos de Galicia.

FÓRMULA

$(N.º \text{ de profesionais das unidades de críticos con formación en todos os cursos dos PZ} / \text{Total profesionais sanitarios das unidades de críticos}) \times 100$

ESTÁNDAR

95 %

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO

9.2

Reactivar e avaliar a identificación e o tratamento temperá da sepse. Código Sepse

ACTUACIÓN 9.2.1

Actualizar o Plan de asistencia á sepse en Galicia. Código Sepse

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen actas das reunións realizadas periodicamente polo grupo multidisciplinar de expertos do Código Sepse.

FÓRMULA

N.º de actas das reunións

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 9.2.2

Reconstituír o grupo multidisciplinar de expertos do Código Sepse, quen propondrá as actuacións para a súa implantación e seguimento

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen actualizacións bianuais do documento do Plan de asistencia á sepse de Galicia. Código Sepse.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 9.2.3

Desenvolver ferramentas automatizadas para o rexistro e a identificación dos pacientes con sepse

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe un mecanismo que permite alertar automaticamente do score que indica que o paciente está en risco de deterioración.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

2023-2028

Impulsar a implantación do Programa galego de prevención da infección de localización cirúrxica (ILC)

ACTUACIÓN 9.3.1

Crear un grupo de traballo multidisciplinar de expertos para regular a implantación do Programa galego de prevención da ILC

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existen actas das reunións realizadas periodicamente do grupo multidisciplinar de expertos para a implantación do Programa galego de prevención da infección de localización cirúrxica (ILC) nas unidades cirúrxicas de Galicia.

FÓRMULA 

N.º de actas

ESTÁNDAR 

≥ 2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.3.2

Consolidar a implantación da listaxe de verificación cirúrxica adaptada nas unidades do bloque cirúrxico de Galicia, así como crear na historia clínica electrónica un lugar habilitado para o seu rexistro

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes intervidos cirurxicamente nos que se cubriu a listaxe de verificación cirúrxica (LVC) en relación co total de pacientes intervidos.

FÓRMULA 

$(N.º \text{ de intervencións nas que se cubriu o LVC} / N.º \text{ total de intervencións}) \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 60 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.3.3

Elaborar un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre profilaxe cirúrxica con actualizacións bianuais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existe un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre profilaxe cirúrxica actualizado bianualmente.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/non

PERIODICIDADE 

Anual

Fomentar e manter o Programa da hixiene de mans do Sergas

ACTUACIÓN 9.4.1

Concienciar e fomentar a adherencia á hixiene de mans polos profesionais sanitarios como unha ferramenta sinxela e eficaz para previr as infeccións, mediante programas formativos e a elaboración e distribución de materiais entre os profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe unha celebración institucional en cada área sanitaria dedicado ao Día Mundial da Hixiene de Mans cuxas actividades realizadas están publicadas na páxina web do Sergas e na Intranet de cada área sanitaria.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen cursos anuais en ACIS destinados á correcta adherencia á hixiene de mans.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.4.2

Realizar auditorías por parte de profesionais referentes na hixiene de mans para avaliar a adherencia aos 5 momentos da hixiene de mans da OMS

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de oportunidades nas que se realiza correctamente a hixiene de mans observadas polos auditores externos.

FÓRMULA 

(N.º de oportunidades nas que se realiza correctamente a hixiene de mans observadas polos auditores externos / todas as oportunidades posibles para a hixiene de mans observadas durante o período de auditoría observacional) x 100

ESTÁNDAR 

≥ 60 %

PERIODICIDADE 

Anual



Formación de profesionais, pacientes e coidadores en seguridade de pacientes

LIÑA
ESTRATÉXICA
10

OBXECTIVO
10.1

Dispoñer dun plan actualizado de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente

ACTUACIÓN 10.1.1

Identificar as necesidades de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente para profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía en cada área sanitaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia dun procedemento para a identificación, en todas as áreas sanitarias, das necesidades de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente para profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Necesidades de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente identificadas en cada área sanitaria para profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía.

FÓRMULA 

Dicotómica

N.º de formación identificada

ESTÁNDAR 

Si/Non

> 0. Incremento do 10 % anual

PERIODICIDADE 

Anual

Anual



ACTUACIÓN 10.1.2

Desenvolver itinerarios formativos para profesionais, pacientes, cuidadores e cidadáns en calidade asistencial e seguridade do paciente

Itinerario 1: Profesionais do Sergas non sanitarios que prestan servizos de apoio ou soporte.

Itinerario 2: Profesionais do Sergas sanitarios.

Itinerario 3: Profesionais con responsabilidade en xestión de equipos e mandos intermedios (dirección de UGC, supervisores...) e directivos do Sergas de calquera nivel nas organizacións.

Itinerario 4: Pacientes, cuidadores e cidadanía.

Itinerario 5: Alumnado en prácticas de titulacións sanitarias.

Itinerario 6: Traballadores de empresas externas prestadoras de servizos (constituirá un requisito nos contratos).

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen itinerarios formativos específicos para o alumnado en prácticas de titulacións sanitarias, profesionais, pacientes, cuidadores e cidadanía.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de itinerarios activos en calidade asistencial e seguridade do paciente para alumnado en prácticas de titulacións sanitarias, profesionais, pacientes, cuidadores e cidadanía (integrado nos procedementos de ACIS).

FÓRMULA 

Dicotómica

N.º de itinerarios activos

ESTÁNDAR 

Si/Non

> 0. Incremento do 10 % anual

PERIODICIDADE 

Anual

Anual

ACTUACIÓN 10.1.3

Promover a creación e o desenvolvemento da Rede galega de formadores referentes en calidade asistencial e seguridade do paciente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Crear a Rede galega de formadores referentes en calidade e seguridade do paciente.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

N.º de formadores referentes expertos en calidade e seguridade do paciente que participan en actividades de formación anualmente nas áreas.

FÓRMULA 

Dicotómica

N.º de formadores

ESTÁNDAR 

Si/Non

> 0. Incremento do 10 % anual

PERIODICIDADE 

Anual

Anual

ACTUACIÓN 10.1.4

Impartir talleres formativos/informativos dirixidos á cidadanía e a pacientes a través da Escola de Pacientes/Cidadáns e das sociedades científicas colaboradoras

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de talleres formativos/informativos en calidade asistencial e seguridade do paciente impartidos anualmente a través da Escola de Pacientes/Cidadáns destinados á formación en calidade e seguridade do paciente.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de pacientes/cidadáns formados nos talleres formativos/informativos impartidos anualmente a través da Escola de Pacientes/Cidadáns e das sociedades científicas colaboradoras destinados á formación en calidade e seguridade do paciente.

FÓRMULA 

Número de talleres

ESTÁNDAR 

> 7

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
10.2

Identificar, recoller e xestionar o coñecemento e experiencias en calidade asistencial e seguridade do paciente

ACTUACIÓN 10.2.1

Crear canles de difusión que faciliten a divulgación das actividades de formación entre pacientes, familiares e profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Establécese un procedemento para identificar, difundir e compartir boas prácticas, información e experiencias en calidade asistencial e seguridade do paciente.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Incorporación nas canles de difusión de polo menos unha información semestral por área sanitaria e servizos centrais.

FÓRMULA 


Dicotómica

N.º de informacións

ESTÁNDAR 

Si/Non

≥ 1 AA e SSCC

PERIODICIDADE 

Anual

Semestral

ACTUACIÓN 10.2.2

Avaliar e aplicar a metodoloxía de mellora continua ao funcionamento do Banco de Boas Prácticas

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Desenvolvemento do Banco de Boas Prácticas e da metodoloxía para o seu funcionamento.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de cumprimento dos obxectivos anuais de funcionamento do Banco de Boas Prácticas.

FÓRMULA 

Dicotómica

$(N.º \text{ obxectivos cumpridos} / N.º \text{ obxectivos totais anuais}) \times 100$

ESTÁNDAR 

Si/Non

≥ 80 %

PERIODICIDADE 

Anual

Anual

ACTUACIÓN 10.2.3

Habilitar un espazo específico na web do Sergas e na web e Intranet de cada área sanitaria de información actualizada dos programas vixentes, xornadas claves en seguridade e boletíns e informes técnicos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia de canles de difusión que facilitan a divulgación dos resultados de investigación a pacientes/cidadanía e profesionais en calidade asistencial e seguridade do paciente.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Publicación de polo menos unha noticia nas devanditas canles por área sanitaria e servizos centrais ao trimestre.

FÓRMULA 

Dicotómica

$N.º \text{ de noticias}$

ESTÁNDAR 

Si/Non

≥ 1 AA e SSCC

PERIODICIDADE 

Anual

Trimestral

ACTUACIÓN 10.2.3

Desenvolver e colaborar no mantemento da Biblioteca Breve de Calidade Asistencial e Seguridade do Paciente do Sergas, cun sistema dirixido a profesionais e a pacientes integrado nas ferramentas do Sergas (Bibliosaúde, É-Saúde, Escola de Cidadáns...)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia da Biblioteca Breve en Calidade Asistencial e Seguridade do paciente.

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Incorporación na biblioteca e xeración dunha alerta trimestral para profesionais e outra para pacientes.

FÓRMULA 


Dicotómica

$N.º \text{ de alertas}$

ESTÁNDAR 

Si/Non

≥ 1 / AS e SSCC

PERIODICIDADE 

Anual

Trimestral

Servizo Galego
de Saúde

Asistencia Sanitaria

8

Documento estratéxico

A



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE