

Gobernanza para la Seguridad del Paciente en los Centros

del Sistema Sanitario Público de Andalucía



**ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
del Sistema Sanitario Público de Andalucía



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Autoría

Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA)
CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

Grupo coordinador de la ESSPA

Paloma Trillo López
Elena Corpas Nogales
E. Eva Moreno Campoy

Grupo de trabajo de la ESSPA para la Gobernanza de la Seguridad del Paciente en los Centros del SSPA

Segura García, María Teresa
Trillo López, Paloma
Penco Ramírez, María de la Cinta
Ocete Espínola, Maximiliano
Cerón Machado, José Miguel

Revisores:

Comisión Operativa Asesora de la ESSPA
Comité Técnico de la ESSPA
Comité Director de la ESSPA



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Gobernanza para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Enero 2023

Diseño y maquetación: ESSPA. Consejería de Salud y Consumo

ISBN:

Consejería de Salud y Consumo: www.juntadeandalucia.es/organismos/salud.html

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

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se mencione explícitamente la fuente.



ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Gobernanza para la Seguridad del Paciente en los
Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía

CONTENIDO

CONTENIDO	5
INTRODUCCIÓN	6
(1) OBJETIVO GENERAL Y ELEMENTOS CLAVE DE LA GOBERNANZA.....	6
(2) COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CENTRO.....	6
(3) REFERENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UNIDAD.....	6
(4) EVALUACIÓN	6
(5) ANEXOS.....	6
ABREVIATURAS.....	6
BIBLIOGRAFÍA.....	6



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial, cobrando especial importancia en los últimos años para todos los implicados: los pacientes y sus familias, los profesionales sanitarios y la organización sanitaria como institución.

Los profesionales son conscientes de la necesidad de mejorar la seguridad de los pacientes en todo el proceso asistencial. Para ello, necesitan el soporte de una estructura y una organización donde se priorice la seguridad del paciente, además de un plan de trabajo que especifique las medidas a seguir para minimizar riesgos, para ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente, así como, el establecimiento de medidas necesarias para que la institución brinde a estos profesionales, afectados por su participación en un evento adverso, el apoyo necesario. A su vez, los pacientes cada vez más informados, desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos y ser partícipes en su asistencia mediante la toma de decisiones compartida y una atención personalizada.

La cultura de seguridad del paciente se relaciona con un conjunto de valores, actitudes, competencias, normas y conductas comunes a las personas y a los equipos profesionales. Esta cultura de seguridad requiere la implicación, además de los propios pacientes, de directivos (de la macro, meso y microgestión sanitaria y no sanitaria) y de los mismos profesionales para garantizar la gestión de los riesgos e incidentes y, por supuesto, la implementación, monitorización y evaluación de las actuaciones que promueven la seguridad del paciente en todos los ámbitos, servicios y centros asistenciales.

Es sabido que los daños no deseados asociados a las intervenciones realizadas durante la atención sanitaria, son multicausales y pueden provocar morbilidad y mortalidad. Estos efectos no deseados han promovido que las principales organizaciones de salud tanto a nivel internacional como nacional, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el Ministerio de Sanidad y las propias Comunidades Autónomas, desarrollen Estrategias con planes y acciones para controlar y minimizar los eventos adversos evitables de la asistencia sanitaria.



Desde un punto de vista normativo, cabe recordar el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 dentro del Título I. De los derechos y deberes fundamentales. En este artículo se reconoce el derecho a la protección de la salud e indica que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas.

En concordancia, la Ley General de Sanidad de 1986¹, constituye la norma de referencia donde se establece la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario público, orientado prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Según su artículo 1, el objetivo es ofrecer atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (art. 46) mediante las actuaciones de salud pública, en todos los órganos que la constituyen. Ello dio lugar, a una integración de las diferentes estructuras y organización del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado.

Por otro lado, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud² establece que el Ministerio de Sanidad, impulsa la calidad del sistema sanitario y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Esta Ley, amparada por recomendaciones internacionales y expertos españoles, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitario del Sistema Nacional de Salud, del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las diferentes Comunidades Autónomas³.

Esto llevó a que el Ministerio de Sanidad, en 2016, después de diez años de promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones, publicara la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema nacional de Salud 2015-2020, con el fin de tener un instrumento que de una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas y de forma coordinada en torno a la Seguridad del Paciente en todo el territorio Nacional y que actualmente está en periodo de actualización. Estrategia que derivó también de los diferentes convenios que el Ministerio

ha ido firmando con las diferentes Comunidades Autónomas en pos a la Seguridad del Paciente.

Fue en 2009, cuando se publicó Resolución de 22 de diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad con el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía⁴. Este convenio se estableció para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, donde se establecen en principio, cuatro líneas de mejora:

- Prevenir las complicaciones de la anestesia y de la cirugía.
- Prevenir errores debidos a la medicación.
- Prácticas seguras y de calidad en cuidados paliativos.
- Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la Comunidad Autónoma.

En general, los objetivos están orientados a la creación de una estructura y unas condiciones de trabajo adecuadas para reducir el impacto del factor humano en la génesis de los eventos adversos.

Desde 2006, la Sanidad Pública Andaluza viene implementando políticas de seguridad del paciente de forma más estratégica y planificada, dando lugar a la primera Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010, y posteriores actualizaciones, Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público Andaluz 2011-2014, y la vigente Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA), publicada en 2019⁵.

En Andalucía, también se reconoce el derecho de la ciudadanía a recibir una atención sanitaria segura, tal como se recoge en el artículo 21 del Decreto 51/2017 de 28 de marzo⁶, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública: “La ciudadanía tendrá derecho a que se establezca una estrategia de seguridad del paciente que tenga por objetivo la mejora de la calidad de la asistencia

sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros y disminuyendo la incidencia de daños accidentales”.

La actual Estrategia para la Seguridad del Paciente⁵, cuyo despliegue se está realizando a través de los diferentes planes de acción, promueve el avance de la seguridad en la organización y potencia la cultura de Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La ESSPA se estructura en diferentes apartados, donde aparecen, además del resumen del análisis de situación, su misión, visión, valores, la gobernanza a nivel macro y la forma de evaluación, los objetivos (14 generales y 39 específicos) agrupados a su vez en 6 Áreas Clave.

Cabe destacar que, entre los objetivos, dentro del Área Clave 1, está el de impulsar la seguridad del paciente a través de un modelo organizativo estable a nivel meso y micro (la gobernanza en los centros), por lo que este documento tiene como finalidad servir de guía marco para establecer la gobernanza en el ámbito de la seguridad del paciente de todas las instituciones sanitarias pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).



OBJETIVO GENERAL Y ELEMENTOS CLAVE DE LA GOBERNANZA

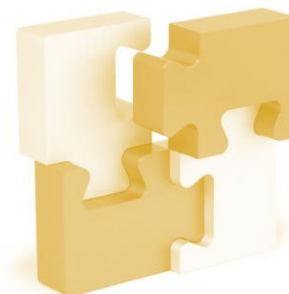
OBJETIVO GENERAL Y ELEMENTOS DE LA GOBERNANZA

La Gobernanza se constituye, como una herramienta clave, para el proceso de toma de decisión que se ejerce por el conjunto de actores involucrados en relación a la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias del SSPA.

Su propósito es el despliegue de la misión de la ESSPA, propiciando su difusión e impulso y facilitando la implementación de las recomendaciones y buenas prácticas en los centros.

Los cuatro principios fundamentales establecidos para la gobernanza son:

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



En este contexto, se establece un sistema de gobernanza para los centros asistenciales, totalmente colaborativo y participativo, integrado en la gobernanza global de la ESSPA.

OBJETIVO

Bajo estas premisas, el objetivo fundamental de este documento, como guía marco, es: **definir los elementos necesarios para facilitar la constitución de la Gobernanza para la Seguridad del Paciente en todos los centros adscritos o concertados que presten servicios asistenciales al SSPA.**

ELEMENTOS CLAVE

Para ello, en todos los centros directivos sanitarios del SSPA (a partir de ahora “Centros”): Áreas de Gestión Sanitaria (AGS), Hospitales (AH), Distritos de Atención Primaria (DAP) y Centros de Emergencias Sanitarias 061 (CES061), la Dirección Gerencia:

1. constituirá una **Comisión de Seguridad del Paciente.**
2. designará al menos un profesional **Referente de Seguridad del Paciente de centro.**
3. se identificarán y nombrarán **Referentes de Seguridad del Paciente de unidad,** en todas las unidades de gestión de cada Centro.

Estos tres ejes fundamentales, conformarán la gobernanza para la SP en los centros.

Cada Dirección Gerencia, es la responsable máxima para potenciar la SP en su centro directivo. Además de implementar la Gobernanza para la SP, será la responsable de monitorizar el cumplimiento del despliegue de la ESSPA a través del seguimiento y evaluación de los indicadores de SP.

El canal de comunicación entre los “Centros” y la Dirección de la ESSPA, será a través de las Direcciones Gerencias y los Referentes de SP de centro que, a su vez, formarán una red corporativa de Referentes de SP de centro a nivel autonómico.

La implicación y el compromiso de las Gerencias y equipos directivos con la SP, como líderes de su organización, junto al asesoramiento y apoyo de los Referentes de SP del centro, la CSP y los Referentes de SP de las unidades, son criterios imprescindibles para establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente y potenciar el despliegue de la ESSPA.



El propósito es conseguir un entorno abierto al cambio, a la escucha y a la comunicación, propiciando la participación y compromiso de todos los profesionales en la implementación de prácticas seguras, gestión del riesgo y la mejora continua.

En los siguientes apartados del documento se definen, la estructura, funciones y organización de estos tres elementos clave, se establece el perfil competencial y las funciones del Referente de SP de centro; y se describe la figura del Referente de SP de las diferentes unidades adscritas a cada uno de los centros directivos sanitarios del SSPA.



Gobernanza para la Seguridad del Paciente

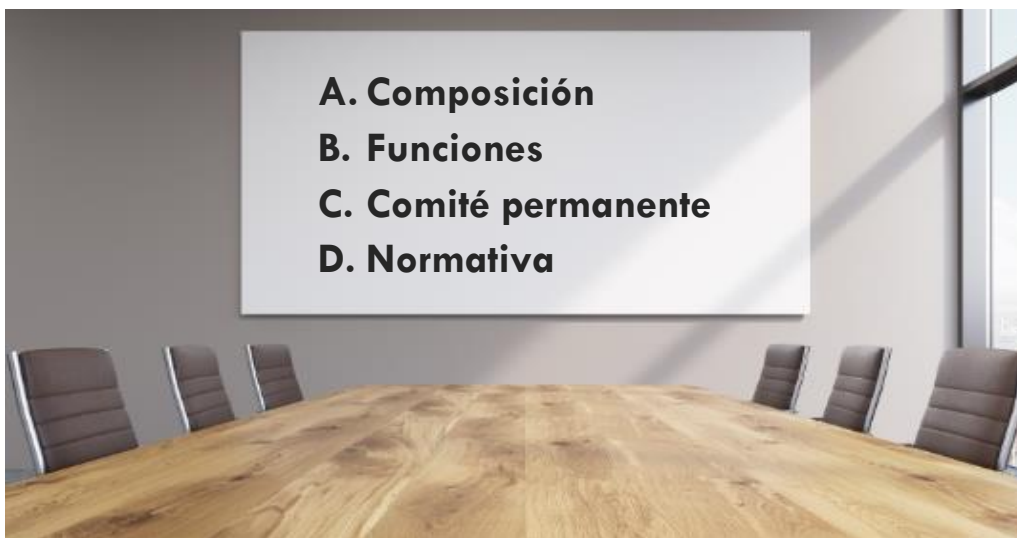
**COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE DEL CENTRO**

COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CENTRO

La **Comisión de Seguridad del Paciente (CSP)** se constituirá como órgano de carácter consultivo, de asesoramiento, de coordinación y participación activa de los equipos directivos y de los profesionales (sanitarios y no sanitarios) que componen los centros asistenciales, con el propósito principal de diseñar, planificar, implementar y evaluar actividades para el despliegue de la estrategia para la seguridad del paciente en los centros.

La CSP dependerá orgánicamente de la Dirección Gerencia y funcionalmente de las Direcciones Asistenciales. Se acogerá al deber de confidencialidad, tanto para los documentos compartidos, como para el tratamiento de cualquier otra información sensible o que identifique centros o personas (Anexo 1).

Para la implementación de la CSP hay que tener en cuenta los siguientes apartados:

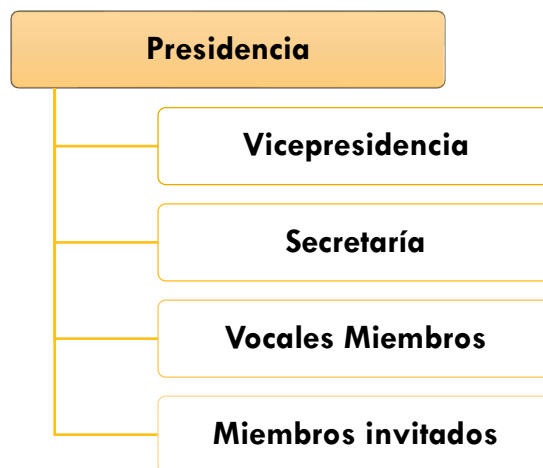


A. COMPOSICION de la Comisión de Seguridad del Paciente

La CSP del centro estará constituida por un **equipo multidisciplinar**, profesionales tanto asistenciales como no asistenciales, que represente las distintas áreas y categorías de la ESSPA.

Los integrantes de la comisión serán preferentemente profesionales con experiencia y formación en líneas de SP y/o gestión de la calidad asistencial.

La composición general de la CSP para el ejercicio de sus funciones en los centros sanitarios será la siguiente:



1. **Presidencia:** La ostentará la Dirección Gerencia del Centro. En su defecto, recaerá sobre una de las direcciones o subdirecciones asistenciales por encargo del Director Gerente.

2. **Vicepresidencia:** Será el Referente de Seguridad del Paciente del Centro.
3. **Secretaría:** Será elegida entre los miembros vocales mediante votación, previa propuesta de los candidatos por la presidencia o vicepresidencia. Tendrá voz y voto.

Podrá existir una secretaría técnica administrativa si el centro lo considera oportuno, sin voz ni voto. En caso de ausencia de la secretaría técnica sus funciones serán asumidas por la secretaría.
4. **Vocales miembros:** Serán profesionales de diferentes categorías, tanto asistenciales como no asistenciales, que representen las distintas áreas clave de la ESSPA vigente. Estarán vinculados profesionalmente a su lugar de trabajo. Tendrán voz y voto. Serán elegidos mediante convocatoria oficial y aprobación de la Dirección Gerencia del Centro donde desarrollen su actividad profesional.

La CSP del Centro deberá incluir, obligatoriamente al menos, representantes de los siguientes perfiles profesionales y ámbitos, según el tipo de centro, y asegurando la participación multidisciplinaria:

- De la Unidad de Calidad o la Comisión de calidad o similar.
- De la Unidad de Medicina Preventiva / Unidad de Salud Pública.
- De las Unidades asistenciales:
 - En caso de una CSP de Atención Primaria, deberá haber representantes según número de Unidades de Gestión Clínica.
 - En el caso de una CSP de Atención Hospitalaria, deberá haber representantes como mínimo de las siguientes unidades: Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Urgencias, Cuidados Críticos, Pediatría, Anestesia, Cirugía General y Salud Mental.
- De las Unidades asistenciales transversales: Enfermera de Gestión de Casos, Radiodiagnóstico, Laboratorio (Biotecnologías) y Farmacia.

- De la Unidades no asistenciales: Atención a la Ciudadanía, Tecnología de la Información, Documentación Clínica y del área de Logística e Infraestructura, (siempre que se cuenten con ellas en el Centro).
- Del otro nivel asistencial: Atención Hospitalaria o de Atención Primaria, de cualquier categoría profesional, con el objetivo de servir de enlace entre las comisiones de ambos niveles asistenciales.

5. Miembros invitados: Por decisión de la propia CSP, podrán participar durante un tiempo definido en reuniones:

- profesionales expertos en áreas temáticas específicas.
- un miembro representativo de la ciudadanía para el desarrollo de la línea de trabajo del Área 5 de la ESSPA “implicación activa de pacientes y ciudadanía”, que sería seleccionado entre las principales Asociaciones, Escuela o Comisiones de Pacientes vinculadas al Centro.
- Profesionales residentes en formación designados a través de la Jefatura de Estudios de la Comisión de Docencia de centro. Será requisito pertenecer al último año de especialidad. Se realizará solicitud en base a los temas del orden del día de la reunión de la CSP.

En cualquier caso, quedarán sujetos como consecuencia de su participación en el órgano, al mismo deber de confidencialidad que asiste a los miembros de la Comisión. Su participación se limitará a las sesiones o actuaciones donde su aportación fuera necesaria. Tendrán voz, pero no voto.

B. FUNCIONES

de la Comisión de Seguridad del Paciente

La CSP, como elemento clave en el despliegue de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, tiene definidas determinadas funciones como tal comisión, además de las funciones que se establecen para los miembros según el cargo que se ostente dentro de dicha Comisión.

B.1. Funciones propias de la Comisión de Seguridad del Paciente

Las funciones que se establecen para la Comisión, como órgano consultivo y asesor que es, son:

- ⇒ Velar para que la cultura de Seguridad del Paciente impregne las decisiones de directivos, decisiones clínicas relacionadas con los procesos asistenciales, las estructuras físicas y cualquier elemento de prevención o control que se establezca.
- ⇒ Promover y desarrollar el conocimiento y cultura de seguridad del paciente para mejorar las competencias y avanzar en la cultura de seguridad de la organización y la participación activa de los profesionales en la seguridad del paciente. custodia
- ⇒ Difundir y promocionar las líneas estratégicas marcadas por la ESSPA.
- ⇒ Diseñar el Plan de Seguridad del centro, que contenga objetivos, plan de acción, responsables asignados, e indicadores de evaluación. Realizar seguimiento y evaluar el Plan de Seguridad del Paciente del centro al menos bianualmente.

- ⇒ Promover la notificación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el Sistema autonómico de notificación de incidentes y aprendizaje para la mejora de la Seguridad del Paciente (notificASP), y la gestión proactiva y reactiva de los mismos.
- ⇒ Realizar evaluación anual de incidentes globales del centro registrados en notificASP.
- ⇒ Formar parte de la red de apoyo entre iguales a los profesionales afectados como segundas víctimas tras un evento centinela. Se recomienda que todos los miembros de la comisión estén formados para la intervención y apoyo a las segundas y terceras víctimas (se puede realizar el Programa de intervención del proyecto de investigación de Segundas y Terceras víctimas www.segundasvictimas.es)
- ⇒ Revisar y aprobar los procedimientos realizados por las diferentes unidades de gestión en relación con la seguridad del paciente.
- ⇒ Promover estrategias de participación de los ciudadanos en su seguridad y participar en las Comisiones de Participación Ciudadana.
- ⇒ Adoptar y mantener medidas que favorezcan la actitud proactiva y responsable de los profesionales mediante el compromiso y la mejora de la comunicación efectiva en los diferentes ámbitos de atención para la asistencia segura del paciente.
- ⇒ Analizar las necesidades de formación e investigación en seguridad del paciente para los distintos colectivos del centro e impulsar la formación e investigación en seguridad del paciente e implementación de resultados basados en evidencia científica para reducir riesgos para el paciente.

- ⇒ Elaborar una memoria anual de actividades realizadas por la Comisión y que incluya la evaluación de los objetivos planteados anualmente y las acciones de mejora puestas en marcha.
- ⇒ Establecer un Plan de comunicación para difusión del Plan de Seguridad del centro, la memoria anual de actividades realizadas, los acuerdos consensuados y aprobados por la CSP, y las acciones de mejora implantadas que serán dados a conocer a todos los profesionales mediante los canales de difusión establecidos por el centro.
- ⇒ Cualquier otra actuación que, en relación con la materia, le sea encargada por Dirección Gerencia o equipo directivo del Centro.

B.2. Funciones de los miembros de la Comisión de Seguridad del Paciente

Las funciones que se establecen para los miembros según el cargo que éstos ostente dentro de la Comisión son:

1. Presidencia:

- > Actuar como interlocutor entre la CSP y la Dirección Gerencia del centro, en las cuestiones relativas a propuestas y necesidades con la seguridad del paciente.
- > Presentar el calendario anual de reuniones y el contenido, así como, velar por su cumplimiento.
- > Impulsar y evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados en la CSP, de los del Contrato Programa, así como coordinar actuaciones para la implantación de mejoras en seguridad del paciente.

- › Trasladar y defender las propuestas y recomendaciones de la CSP en la Comisión o Comité de Dirección del Centro.

2. Vicepresidencia:

- › Asesorar a la presidencia en sus funciones o realizarlas en su ausencia o a petición de ella.
- › Promover y dinamizar las actividades de los grupos de trabajo de las distintas líneas.
- › Ser portavoz, trasladar y defender propuestas de la CSP en la Junta Médica ó Facultativa y de Enfermería, y en las comisiones que, en otros Centros ejerzan funciones similares.
- › Redactar junto a la presidencia y secretaría, la memoria anual de actividades y resultados de la CSP.
- › Cualquier otra función inherente a su condición de vicepresidencia.

3. Secretaría:

- › Redactar y enviar la convocatoria de las reuniones y toda documentación necesaria referente al orden del día de cada reunión.
- › Elaborar y enviar las actas de las reuniones de la CSP para su aprobación.
- › Verificar la asistencia a las reuniones y dar lectura al acta de la reunión anterior.
- › Difundir la información de la CSP a los profesionales en función de los canales de difusión establecidos de cada centro.

- › Colaborar junto a la presidencia y/o vicepresidencia a redactar la memoria anual de actividad de la CSP.
- › Expedir certificaciones de pertenencia a la CSP de los miembros.
- › Cualquier función inherente a su condición de secretaria.

4. Vocales miembros:

- › Asistir a las reuniones y participar en todas las actividades y dinámica que se acuerden en la CSP.
- › Actuar como interlocutor entre los profesionales y pacientes con la CSP en cuestiones, propuestas y necesidades relativas con la seguridad del paciente.
- › Colaborar en la obtención de información y difusión de los acuerdos, recomendaciones y líneas de mejora acordadas por la CSP.
- › Proponer temas de seguridad del paciente o de riesgos para su análisis, gestión y seguimiento.
- › Ejercer de líderes y dinamizar los grupos de trabajo de las distintas líneas estratégicas y objetivos marcados por la CSP.

6. Miembros invitados:

- › Asesorar a la CSP en temas definidos por su experiencia.
- › Proponer temas de seguridad del paciente o de riesgos para su análisis, gestión y seguimiento.

C. COMITÉ PERMANENTE de la Comisión de Seguridad del Paciente

El Comité Permanente (CPCSP) será un órgano constituido por un número representativo de miembros de la CSP, para cumplir las funciones de la misma fuera del periodo ordinario de sesiones y ante una situación relacionada con la seguridad del paciente que precise una respuesta urgente o a petición de la Dirección Gerencia.

Como ejemplo de situaciones urgentes, podría ser la ocurrencia de un evento adverso grave o centinela.

En este caso, el CPCSP activaría de forma rápida las acciones definidas para la atención al paciente y familia, atención a segundas víctimas y puesta en marcha de análisis del evento centinela conforme a los procedimientos establecidos en el Procedimiento Gestión de Eventos Adversos vigente en la ESSPA*

El Comité permanente estará formado por 5 miembros de la CSP con disponibilidad:

- Presidencia
- Vicepresidencia
- Secretaría
- Dos miembros vocales de la CSP que serán designados por la presidencia.

D. NORMATIVA

de la Comisión de Seguridad del Paciente

La Comisión de Seguridad del Paciente, tendrá un régimen interno, que contemple, al menos, los siguientes aspectos:

1. Elección y renovación de miembros de la comisión:

La elección de los vocales se realizará, por un periodo renovable de cuatro años, mediante convocatoria pública y posterior validación por la Gerencia, que confirme, junto a su inmediato superior, la disponibilidad del profesional para colaborar en la Comisión. La presidencia de la CSP podrá proponer hasta un tercio de los vocales.

Dado el carácter sensible de alguna de la información que se pueda tratar en las reuniones de la Comisión, todos los miembros firmaran una cláusula del deber de confidencialidad (Anexo 1).

La renovación de los miembros se revisará con carácter anual.

Serán causas de no renovación de los miembros:

- La no participación.
- Ausencias reiteradas. Se establece un máximo de un 25% de ausencias sin justificar y 50% justificadas, en el cómputo anual. Esta causa será propuesta por la presidencia, y acordada en reunión ordinaria.
- El deseo de ser baja definitiva por voluntad propia. Se notificará a la presidencia y se recogerá en acta.
- Por cese de la actividad profesional en el centro.

2. Reuniones de la Comisión de Seguridad del Paciente.

Se establecerá un cronograma anual de reuniones ordinarias, realizándose al menos 4 convocatorias anuales.

Las convocatorias, a través la secretaria de la Comisión, se realizarán de forma oficial con al menos 15 días de antelación a la fecha de la convocatoria informando del orden del día.

No podrá ser objeto de deliberación o acuerdo, materias que no figuren en el orden del día de la reunión, salvo que estén presentes todos los miembros de la comisión y sea declarada la urgencia del asunto por mayoría absoluta.

Para tomar acuerdos vinculantes, se requerirá la asistencia de la presidencia y de la secretaria, o de quienes les sustituyan, además de la mitad, al menos, de los restantes miembros.

Los acuerdos de la comisión se adoptarán por mayoría simple de votos, siendo decisivo el voto de la presidencia en caso de empate.

De cada sesión que se celebre, se levantará acta, remitiéndose ésta a cada uno de los miembros participantes, para su aprobación en la siguiente reunión de la Comisión y posterior remisión a la Dirección Gerencia, donde deberán custodiar.

Figurará en el acta: los asistentes, orden del día, circunstancias de lugar y tiempo de la reunión, los puntos principales de la deliberación y los acuerdos adoptados.

Las actas de las reuniones mantenidas por la comisión, así como los análisis de evaluación y propuestas de mejora, deben ser públicas para los profesionales, para lo cual cada Centro determinará los canales de difusión interno de las mismas.

3. Funcionamiento de la Comisión de Seguridad del Paciente.

Los miembros de la Comisión podrán constituir cuantos grupos de trabajo fuesen necesarios para lograr los objetivos de la misma. Para cada grupo de trabajo, se establecerán los integrantes, la persona portavoz, los objetivos y los plazos de ejecución. Cada grupo de trabajo determinará de forma interna las posibles reuniones y/o sistema de comunicación del mismo.

Los Procedimientos Normalizados de Trabajo y Guías Clínicas relacionadas con seguridad del paciente en la institución serán presentados a la CSP, para ser revisados y aprobados por ésta.

La difusión a los profesionales de los acuerdos adoptados en el seno de la comisión, la memoria de actividades y del Plan de seguridad del centro, se realizará siguiendo la normativa de difusión y comunicación que tenga establecido cada centro.

Se recomiendan sesiones de centro y sesiones clínicas/cuidados periódicas para fomentar cultura de seguridad a los profesionales.

(2)

Gobernanza para la Seguridad del Paciente

**REFERENTE DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE DE CENTRO**

REFERENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE CENTRO

Este apartado tiene como objeto definir el perfil, las funciones y las competencias básicas del Referente de Seguridad del Paciente de Centro para todas las organizaciones sanitarias adscritas al SSPA. Asimismo, servir de guía para facilitar la selección del profesional referente para los centros directivos sanitarios del SSPA.

El Referente de Seguridad del Paciente de centro (RSPC) para cada AGS, Hospital, DAP o CES061 será el representante líder en la materia de seguridad del paciente en su institución y el canal de comunicación entre su centro y la ESSPA.

La existencia del rol de Referente de Seguridad, no sustituye la responsabilidad general por la seguridad del paciente de la propia organización. Esta responsabilidad recae sobre la Dirección Gerencia del Centro. Tampoco sustituye las responsabilidades de las áreas relacionadas con la protección de la salud (servicios de Medicina Preventiva, Prevención de Riesgos laborales o Salud Laboral) o del total de profesionales que trabajan para el SSPA.

Aunque la Seguridad del Paciente es responsabilidad de todos los profesionales., la implementación de esta figura en todos los Centros del SSPA es determinante para apoyar y fomentar la Seguridad del Paciente, como un elemento central de capacitación de nuestros profesionales. Por ello, todos los centros directivos sanitarios adscritos al SSPA contarán con al menos un profesional referente de SP de centro.



La designación del profesional la realizará la Dirección Gerencia de cada Centro y tendrá dependencia orgánica directa de ésta.

Funcionalmente, esta figura, a la espera de una normativa concreta, podrá estar integrada en las Unidades de Calidad, Unidades de Salud Pública, Unidades de Medicina Preventiva, o donde la Dirección Gerencia vea pertinente, según la estructura funcional de cada Centro.

La incorporación o el cambio de los Referentes de Seguridad del Paciente de Centro serán informados a través de las direcciones o secretarías de Gerencia a la Dirección de la ESSPA a través del correo electrónico de la Estrategia para la Seguridad del Paciente: estrategiadeseuridad.csc@juntadeandalucia.es

La dedicación laboral del profesional será de jornada completa, con el objetivo de abordar adecuadamente sus funciones y las diferentes tareas encomendadas, además de dar visibilidad y apoyo a los correspondientes Referentes de Seguridad del Paciente de Unidad de las diferentes unidades asistenciales, a los profesionales en general y a los equipos directivos de su Centro.

Según el tipo de Centro o en el caso de centros pequeños o con dispersión geográfica, se podría considerar la dedicación a jornada parcial y/o de varios RSPC a jornada parcial, siempre con disponibilidad de horas suficientes semanalmente para poder llevar a cabo las funciones del perfil.

El perfil de los Referentes de Seguridad del Paciente de centro deberá de ser preferentemente asistencial y liderará el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente del centro, trabajando en coordinación con la CSP y los Referentes de SP de las unidades. Así mismo, dinamizará las actividades para la mejora de la seguridad del paciente en el centro y trabajará en red con el resto de RSPC de la Comunidad Autónoma y con la Dirección de la ESSPA.

A. FUNCIONES

Las principales funciones inherentes al Referente de Seguridad del Paciente de Centro, como representante líder en esta materia de su Centro, son:

- * Ser canal de comunicación estable y directo con la ESSPA, y colaborar en sus líneas de trabajo y/o investigación a nivel regional, así como asistir y participar en las reuniones convocadas por la ESSPA de la Red de RSPC de centro a nivel autonómico.
- * Informar y realizar seguimiento de los indicadores de SP del centro y otros informes que sean solicitados desde la ESSPA.
- * Liderar y colaborar con la CSP en el diseño del Plan de Seguridad del Paciente del centro, así como, participar activamente en su seguimiento y evaluación.
- * Ser Gestor de centro, o gestor marco, del Sistema de Notificación de Andalucía, notificASP,) para el seguimiento de la gestión de todas las notificaciones realizadas. Asimismo, coordinará las respuestas conjuntas en eventos que involucran a varias unidades o afectan transversalmente a varias unidades o a todo el centro.
- * Liderar el análisis de los eventos centinelas, atención a segundas víctimas e información a pacientes y familiares que sufren un evento adverso, en coordinación con el CPSP, y con los Referentes de Seguridad del Paciente de la Unidad donde se haya producido el evento adverso.
- * Asesorar a los Referentes de Seguridad del Paciente de Unidad, para la gestión de los incidentes que se notifican en las unidades y proponer acciones de mejora. Facilitar las herramientas necesarias para la implantación de las mismas a nivel local y transversalmente, si procede.
- * Gestionar y evaluar riesgos reales o potenciales del Centro, colaborando en la elaboración y actualización de los mapas de riesgos.
- * Realizar las funciones de Vicepresidencia de la CSP.

- * Ser nexo de unión entre los Referentes de Seguridad del Paciente de Unidad y la CSP.
- * Realizar la Memoria anual de actividades, evaluación de los objetivos y acciones de mejora implantadas de la CSP.
- * Dar soporte a las unidades y profesionales en materia de seguridad del paciente.
- * Desarrollar un programa de mentoría que sirva de Plan de acogida y apoyo para formar a nuevos Referentes de Seguridad del Paciente de las unidades de gestión.
- * Analizar las necesidades de formación e investigación en SP para los distintos colectivos del centro y realizar la propuesta anual del Plan de formación en materia de SP del centro.
- * Participar en la formación de los profesionales en Seguridad del Paciente.
- * Elaborar un banco de objetivos e indicadores en SP del centro para los Acuerdos de Gestión de las unidades del Centro. Asesorar a la Dirección Gerencia respecto de su inclusión por unidades o servicios y evaluar los objetivos trasladados a los acuerdos de gestión anualmente.
- * Realizar el seguimiento del cuadro de mandos en SP del centro y trasladar la información periódicamente a las unidades y dirección del Centro.
- * Promover y coordinar actividades para fomentar la SP dirigido a pacientes y ciudadanía a nivel de centro y con las unidades, como Campaña Higiene de Manos, para conmemora el Día mundial de la Seguridad del Paciente, actividades con la Comisión de Participación Ciudadana, actividades para la difusión en RRSS y web del centro...

B. COMPETENCIAS

En este apartado se incluyen las recomendaciones de competencias para la selección del Referente de Seguridad del Paciente del Centro.



1. Conocimiento y experiencia:

- Formación específica en SP (programas formativos, expertos, diplomas o máster en SP, Gestión de riesgos y atención a las segundas víctimas).
- Tener un conocimiento significativo de la ESSPA y de notificASP.
- Haber trabajado en un rol relacionado con la SP durante al menos dos años, con comprensión de los principios que sustentan los enfoques para mejorar la SP en los sistemas de salud.
- Tener conocimiento y experiencia para impulsar mejoras para la SP y estar comprometido a desarrollar estrategias, como análisis de los factores humanos, fallos del sistema, pensamiento crítico, investigación, mejora de la calidad, gestión del cambio, gestión de riesgo proactivo y reactivo.
- Haber tenido responsabilidad previa y/o participación en sistemas de gobernanza clínica o de la CSP.
- Tener capacidad probada para desarrollar y comunicar una visión a largo plazo para la SP y convertirla en objetivos y planes para su centro.
- Conocimientos de los sistemas de información para el seguimiento y evaluación de indicadores.



2. Competencias y habilidades

- Liderazgo.
- Credibilidad y entusiasmo por la Seguridad del Paciente.
- Habilidades de comunicación y capacidad de influir en otros.
- Capacidad de coordinación y formación de equipos.
- Capacidad para proporcionar y comunicar de manera efectiva información altamente compleja y sensible con profesionales, pacientes y familiares / cuidadores.
- Capacidad para utilizar redes establecidas y crear otras nuevas para compartir buenas prácticas.
- Capacidad para analizar información compleja y sensible (incluidos datos de incidentes de SP, datos administrativos, datos de mortalidad).
- Capacidad para desarrollar y monitorizar sistemas de información para respaldar iniciativas de los grupos de mejora.
- Gestión eficaz del tiempo y priorización de estrategias.
- Entusiasmo e interés para fomentar la capacitación en SP del resto de profesionales del Centro.
- Capacidad docente e investigadora.



3. Valores y comportamiento

- Compromiso con la mejora continua y la calidad asistencial.
- Aprendizaje y desarrollo.
- Sinceridad.
- Asertividad.
- Integridad, valora la diversidad y la diferencia.
- Trabajo en equipo, escucha activa.
- Implicar a profesionales y pacientes.
- Proactividad.

(3)

Gobernanza para la Seguridad del Paciente

**REFERENTE DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE DE UNIDAD**

REFERENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UNIDAD

Para crear una red de seguridad del paciente efectiva en los Centros, que facilite el despliegue de la ESSPA en las unidades y en todos los profesionales, es necesario incorporar el rol del Referente de Seguridad del Paciente de Unidad (RSPU) en todas las unidades de gestión de los centros directivos adscritos al SSPA.

Todas las unidades de cada Centro designarán al menos un Referente de Seguridad del Paciente de Unidad. Estos profesionales tendrán preferentemente perfil asistencial, aunque también pueden realizar estas funciones los cargos intermedios de la unidad. Un RSPU podría tener asignadas varias unidades según el tamaño de la organización, o a discreción del centro.

Es recomendable nombrar más de un RSPU por cada unidad de gestión, e incluir representación de varias categorías, por ejemplo en las unidades de gestión asistenciales, la categorías mas representativas puede ser un profesional médico y otro de enfermería, aunque trabajando de forma coordinada. Esto facilita el despliegue y la formación en todos los niveles de la unidad de gestión (sesiones clínicas, sesiones cuidados etc.). En unidades de gestión mas transversales, por ejemplo, en la unidad de Farmacia, podría ser un profesional farmacéutico y otro de enfermería, supervisor o técnico de farmacia. Es decir, según la unidad gestión, seleccionar las dos categorías más representativas.

La dedicación laboral del profesional seleccionado como Referente de Seguridad del Paciente de Unidad, será a tiempo parcial con disponibilidad suficiente para las tareas y funciones del rol, así como de los acontecimientos o aspectos que tuvieran que trabajarse en la unidad o que necesitase un mayor tiempo de dedicación.

Los Referentes de Seguridad del Paciente de una Unidad trabajarán en red con el resto de RSPU y con el RSPC y la CSP del Centro.

Se realizará una selección entre los profesionales de la unidad, atendiendo al marco de competencias deseables.

La designación del o de los Referentes de Seguridad de Unidad la realizarán los cargos intermedios de dicha Unidad, asesorados, en caso necesario, por el RSPC. Los nombramientos y/o cambios de RSPU serán informados al Referente de Seguridad del Paciente de Centro para su conocimiento y trámites oportunos.

A. FUNCIONES

Las principales funciones inherentes al Referente de Seguridad del Paciente de Unidad, son:

- Gestor del Sistema de Notificación Autonomo notificASP de su unidad (Gestor MICRO).
- Promover la notificación de los riesgos e incidentes de seguridad, formando y ayudando a los profesionales de la Unidad.
- Analizar y gestionar los incidentes y eventos adversos notificados en notificASP por profesionales de la unidad o de otros profesionales pero en la que su Unidad estuviese implicada, implementar las acciones de mejora identificadas y evaluarlas. Esta actividad se realizará conjuntamente con el grupo de trabajo multidisciplinar constituido en la unidad, el RSPU será el que traslade la información de gestión del incidente a notificASP.



- Difundir al resto de profesionales de la unidad periódicamente la gestión de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha en la unidad (informe anual, sesiones formativas, boletines...).
- Promover la implantación de todas recomendaciones incluidas en las 6 Áreas clave de la ESSPA y de las áreas de mejora detectadas a través de la dirección de la unidad, los profesionales, la CSP y el Referente de Seguridad del Paciente de Centro, mediante grupos de trabajo, coordinación con los profesionales de la unidad, etc.
- Constituir y liderar un grupo de trabajo para la SP en su unidad con carácter multidisciplinar que aborde las distintas líneas de buenas prácticas para una atención integral segura siguiendo recomendaciones del “Área clave 3 de la ESSPA” para las Unidades más asistenciales.
- Elaborar, actualizar y difundir el mapa de riesgos de la unidad en coordinación con el grupo de trabajo constituido en la unidad.
- Informar al RSPC de las necesidades de formación e investigación detectadas en su unidad.
- Realizar el programa de mentoría elaborado por el RSPC.
- Evaluar y hacer seguimiento de los objetivos de SP de los Acuerdos de Gestión y del despliegue de la ESSPA de su unidad.

B. COMPETENCIAS

En este apartado se incluyen los aspectos deseables a tener en cuenta y las recomendaciones respecto de las competencias necesarias para la selección del o de los Referentes de Seguridad del Paciente de Unidad.



1. Conocimiento y experiencia:

- Formación específica en la materia (programas formativos, expertos, diplomas o máster en SP, Gestión de riesgos y atención a las segundas víctimas) o la posibilidad de realizarla.
- Tener conocimiento de la ESSPA y experiencia para impulsar mejoras para la SP.
- Formación y conocimiento de notificASP.
- Estar dispuesto y comprometido a desarrollar experiencia en todos los aspectos de la SP, tales como análisis de los factores humanos, fallos del sistema, pensamiento crítico, investigación, mejora de la calidad, gestión del cambio, análisis y gestión de riesgo proactivo y reactivo.
- Conocimientos en docencia e investigación.



2. Competencias y habilidades

- Liderazgo.
- Credibilidad y motivación por la Seguridad del Paciente.
- Entusiasmo e interés para fomentar la capacitación en SP del máximo de profesionales.
- Habilidades de comunicación y capacidad de influir en otros.
- Capacidad de coordinación.
- Capacidad docente e investigadora.



3. Valores y comportamiento

- Compromiso con la mejora continua y la calidad asistencial.
- Sinceridad
- Asertividad.
- Integridad, valora la diversidad y la diferencia.
- Trabajo en equipo, escucha activa
- Implica a profesionales y pacientes
- Proactividad.
- Aprendizaje y desarrollo.

(4)

Gobernanza para la Seguridad del Paciente

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

Para la evaluación de la implementación de la gobernanza en los Centros del SSPA se considerarán los siguientes indicadores:

Centro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El centro tiene designado al menos un RSPC. ✓ Existe una CSP activa y conforme al modelo de gobernanza de la ESSPA. Todas las Unidades del Centro tienen designado al menos un RSPU. ✓ El Centro dispone de un Plan de Seguridad del Paciente y se actualiza bianualmente. ✓ Se informan y monitorizan anualmente los indicadores de SP solicitados por la ESSPA. ✓ Se incluyen y evalúan los objetivos de SP en los acuerdos de gestión de las Unidades del Centro. ✓ Se dispone de un Cuadro de Mandos de Centro para monitorizar los indicadores de SP. ✓ Existe un Plan de Comunicación en materia de Seguridad del Paciente y es conocido por el equipo directivo y los profesionales. ✓ El plan de formación del centro planifica actividades formativas en materia de SP.
CSP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La CSP tiene un calendario establecido de las reuniones, llevando a cabo al menos 4 sesiones anuales. ✓ Existe un Comité Permanente de la CSP. ✓ La CSP cuenta con grupos de trabajo para el despliegue de las líneas identificadas en SP. ✓ Los miembros de la CSP están en los grupos de trabajo y/o han realizado alguna actividad formativa en SP en los últimos dos años.

(5)

Gobernanza para la Seguridad del Paciente

ANEXOS

ANEXO I

DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Todo profesional integrante y/o invitado a la Comisión de Seguridad el Paciente estará obligado a respetar el derecho a la intimidad y la naturaleza confidencial de los datos de carácter personal de pacientes y personas vinculadas que se hablen en dicha Comisión, como a respetar la confidencialidad respecto al contenido de las deliberaciones realizadas en el seno de este órgano.

Yo, D./D^a, con DNI..... y con puesto de trabajo en como integrante de la Comisión de Seguridad del Centro

ME COMPROMETO a tratar los datos y los contenidos de las reuniones de la comisión de Seguridad del Paciente como estipula la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados.

Asimismo, ME COMPROMETO a respetar el derecho a la intimidad, conforme a lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El/La abajo firmante refrenda y suscribe los compromisos anteriores, declarando que actuará respetando la confidencialidad y la protección de datos junto con las normativas aplicables.

Firmado en:, a de de

Fdo:.....



(ABREVIATURAS)

ABREVIATURAS

AGS: Área de Gestión Sanitaria.

AH: Atención Hospitalaria.

Art: Artículo.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CPCSP: Comité Permanente de la Comisión de Seguridad del Paciente.

CSP: Comisión de Seguridad del Paciente.

DAP: Distrito de Atención Primaria.

ESSPA: Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

IASS: Infecciones asociadas a la atención de la salud.

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NotificaASP: Sistema de notificación de incidentes y aprendizaje para la mejora continua del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RRSS: Redes sociales.

RSPC: Referente de Seguridad del Paciente de Centro.

RSPU: Referente de Seguridad del Paciente de Unidad.

SP: Seguridad del Paciente.

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

(BIBLIOGRAFÍA)

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía I

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102. [consultado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo de 2003, núm. 128. [consultado 22 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

España. Ministerio de Sanidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: Organización Institucional. [consultado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 19, de 22 de enero de 2009. [consultado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-1090

Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Estrategia para la Seguridad del Paciente. [consultado 6 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/seguridad-pacientes.html>

Andalucía. Consejería de Salud. Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 62 de 31/03/2017 [consultado 6 de marzo de 2022]. Disponible: <https://juntadeandalucia.es/boja/2017/62/4>

Bibliografía II

Academy of Medical Royal Colleges. National patient safety syllabus 1.0: Training for all NHS staff. 2020. [consultado 29 de noviembre de 2021]

Disponible en: https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/National_Patient_safety_syllabus_v1.0_0120.pdf

Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006. [consultado 1 de diciembre de 2021] Disponible en:

<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx>

Brasaitè I, Kaunonen M, Martinkènas A, Mockienè V, Suominen T. Health care professionals' skills regarding patient safety. Medicina (Kaunas). 2016;52(4):250-256. DOI: [10.1016/j.medici.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.medici.2016.05.004). PMID: 27697239

Canadian Patient Safety Institute. The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. 2020. [consultado 1 de diciembre de 2021] Disponible en:

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Pages/default.aspx>

Canadian Patient Safety Institute. A Guide to Patient Safety Improvement: Integrating Knowledge Translation & Quality Improvement Approaches. 2020. [consultado 1 de diciembre de 2021]

Disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/A-Guide-to-Patient-Safety-Improvement/Documents/A%20Guide%20to%20Patient%20Safety%20Improvement.pdf>

Czabanowska K, Klemenc-Ketis Z, Potter A, Rochfort A, Tomasiak T, Csiszar J, Van den Bussche P. Development of a competency framework for quality improvement in family medicine: a qualitative study. J Contin Educ Health Prof. 2012;32(3):174-80. doi: 10.1002/chp.21142. PMID: 23008079

Junta de Andalucía. Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 140, de 17 de julio de 2007).

Junta de Andalucía. Decreto 462/1996, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 127, de 5 de mayo de 1996).

Kodate N, Ross A, Anderson JE, Flin R. Non-Technical Skills (NTS) for Enhancing Patient Safety: Achievements and Future Directions. 2012. Healthcare 7(4): 360-370.

Leotsakos A, Ardolino A, Cheung R, Zheng H, Barraclough B, Walton M. Educating future leaders in patient safety. J Multidiscip Healthc. 2014;7:381-8. doi: 10.2147/JMDH.S53792. PMID: 25285012

National Health System. Identifying patient safety specialists. 2020. [consultado 29 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/identifying-patient-safety-specialists-v2.pdf>

Okuyama A, Martowiriono K, Bijnen B. Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review. BMJ Qual Saf. 201;20(11):991-1000. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000148. PMID: 21880646.

The Joint Commission. Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation. Nov 2012. [consultado 1 de diciembre de 2021] Disponible online en <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/patient-safety/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf>

Timmons S, Baxendale B, Buttery A, Miles G, Roe B, Browes S. Implementing human factors in clinical practice. Emerg Med J. 2015;32(5):368-72. doi: 10.1136/emered-2013-203203. PMID: 24631959



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo



**ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
del Sistema Sanitario Público de Andalucía