

# Acciones recomendadas en materia de seguridad del paciente recogidas en la App “Agenda del Directivo”

## IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE RIESGOS

### 1. Procesos de gestión de riesgos

---

1.1 Revisión y mejora, en su caso, de los diferentes procesos de gestión de riesgos (identificación, análisis, evaluación y tratamiento)

*Anual*

### 2. Recursos

---

2.1 Asignación de medios para implementar el sistema de gestión de riesgos

*Anual*

### 3. Estudio de frecuencia de EA

---

3.1 Reunión del comité de dirección para acordar las fechas del estudio para determinar la frecuencia de eventos adversos

*Anual*

### 4. Análisis de riesgos

---

4.1 Equipo directivo dedica al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad de los pacientes (hospitalización, urgencias, área quirúrgica o atención ambulatoria) a partir de las fuentes de información de que disponemos (sistema de notificación de incidentes y EA, CMBD, EPINE)

*Cuatrimstral*

4.2 Identificación y revisión de los procesos propios de cada unidad o servicio en el que se pretende implantar el servicio de gestión de riesgos (análisis del contexto)

*Anual*

### 5. Sesiones clínicas

---

5.1 Sesión clínica con presencia equipo dirección sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro

*Semestral*

# ANÁLISIS DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN DE RIESGOS EN EL CENTRO

## 6. Resultados ACR

---

6.1 Sesión del Comité de Dirección para conocer y debatir los resultados del ACR

*Semestral*

## 7. Notificaciones: Comité de Seguridad

---

7.1 Sesión de la Comisión de Seguridad que revisa resultados del sistema de notificación

*Semestral*

7.2 Revisión y actualización de los sistemas de notificación de incidentes sin daño y eventos adversos

*Anual*

## 8. Notificaciones: Comité de Dirección

---

8.1 Sesión del Comité de Dirección que revisa resultados del sistema de notificación

*Semestral*

8.2 Revisión y actualización de los sistemas de notificación de incidentes sin daño y eventos adversos

*Anual*

## 9. Anonimización notificaciones

---

9.1 Supervisar la anonimización de datos en el sistema de notificaciones

*Trimestral*

## 10. Seguimiento de efectividad

---

10.1 Reunión del comité de dirección para realizar un seguimiento de la efectividad de las medidas que ponemos en marcha derivadas de los estudios realizados para determinar la frecuencia de EA

*Semestral*

10.2 Implementación y revisión del sistema de medición del sistema de gestión de riesgos (medidas cualitativas y cuantitativas de: consecución de objetivos, eficacia de controles y programas de actuación)

*Anual*

## **11. Sesiones clínicas**

---

11.1 Sesión clínica con presencia equipo dirección sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro

*Semestral*

## **ACCIONES FORMATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

## **12. Revisión formación**

---

12.1 Revisión de los enfoques y resultado del año anterior del plan de formación anual en seguridad del paciente

*Anual*

12.2 Identificación de necesidades de formación del personal y diseño de actuaciones para dar respuesta a las mismas

*Anual*

12.3 Revisión del plan de formación de residentes en seguridad del paciente, revisión de resultados de la anualidad anterior

*Anual*

## **13. Incorporaciones de nuevo personal**

---

13.1 Sesión de la Comisión de Seguridad dónde se revisa el protocolo para asegurar que las incorporaciones de nuevo personal no afectan a los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes (sobre todo en determinadas unidades como UCI, quirófano, hospital de día)

*Semestral*

13.2 Bienvenida a residentes y folleto informativo sobre seguridad paciente en el centro aprobado por Dirección

*Anual*

## **14. Efectividad de las acciones formativas**

---

14.1 Evaluación de la efectividad de las acciones formativas realizadas en materia de seguridad del paciente

*Anual*

## COMUNICACIÓN, INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

### 15. Plan de comunicación

---

15.1 Revisión anual de un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes

*Anual*

15.2 Establecimiento y revisión de un plan de comunicación interna y externa en materia de seguridad del paciente

*Anual*

### 16. Documentación

---

16.1 Establecimiento y revisión del procedimiento de control de documentos (aprobación, actualización, disponibilidad, accesibilidad, legibilidad...)

*Anual*

## CONSECUENCIAS EVENTOS ADVERSOS

### 17. Información a familiares

---

17.1 Revisión anual del protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA

*Anual*

### 18. Informe de compensaciones a víctimas

---

18.1 Revisión del informe anual sobre compensaciones a los pacientes víctima de EA

*Anual*

### 19. Informe pólizas de seguros

---

19.1 Revisión del informe anual de profesionales que han recurrido a la póliza del seguro para cubrir indemnizaciones

*Anual*

### 20. Impacto sobre la segunda víctima

---

20.1 Incidencia de profesionales afectados por la participación en un EA para el paciente

*Anual*

20.2 Acciones preventivas y de intervención para abordar el fenómeno de las segundas víctimas

*Anual*

### **21. Impacto sobre tercera víctima**

---

21.1 Analizar el impacto económico que supone que los profesionales del centro se conviertan en segundas víctimas tras su implicación en un EA

*Anual*

21.2 Analizar la reputación del centro sanitario en los medios de comunicación en cuanto a la gestión de los EA y las consecuencias que tiene en pacientes y en los profesionales

*Anual*

## **AUDITORÍAS**

### **22. Revisión y planificación del programa de auditorías internas y externas**

---

22.1 Planificación de un programa de auditorías internas y externas (definición de criterios, establecimiento de un procedimiento documentado)

*Anual*

22.2 Revisión de los resultados de las auditorías internas y externas y planificación de acciones correctivas

*Anual*

## **CULTURA DE SEGURIDAD POSITIVA**

### **23. Asegurar que se promueve la cultura de seguridad en la organización**

---

23.1 Definir e implantar acciones concretas para promover la cultura de seguridad en los profesionales del centro

*Anual*

23.2 Evaluar el cumplimiento de las acciones de promoción de la cultura de seguridad

*Anual*

## ACUERDOS DE GESTIÓN

### 24. Acuerdos de gestión

---

24.1 Revisión indicadores centrados en la seguridad del paciente

*Anual*

24.2 Inclusión de indicadores y cumplimiento en los acuerdos de gestión del centro

*Anual*

Descárgate la app *Agenda del Directivo en materia de Seguridad del Paciente* haciendo clic sobre el icono

