



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



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



ESSPA

TALLER PARA PERSONAL DIRECTIVO: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Informe de resultados

Julio de 2017

INDICE

1. OBJETIVO.....	4
2. METODOLOGÍA	4
3. RESULTADOS	6
3.1. Resultados del cuestionario	6
3.2. Resultados del taller	14
ANEXOS	22
I. Agenda del taller	22
II. Participantes.....	23
III. Equipo de trabajo	27

1. OBJETIVO

El objetivo de este taller es **mejorar la implantación y participar en el proceso de diseño de la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESP) en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía**. Con esta actividad se pretende favorecer la reflexión sobre seguridad en los centros sanitarios, identificando propuestas de mejora.

2. METODOLOGÍA

El abordaje metodológico que se plantea para este taller está basado en técnicas de debate entre expertos, consenso y priorización.

Previamente a la realización del taller, se envió un cuestionario sobre barreras identificadas para la implantación de una cultura de Seguridad del Paciente. El cuestionario fue realizado en la herramienta LimeSurvey, enviándose un enlace a todas las personas convocadas al taller para su cumplimentación on-line. Para aumentar la tasa de respuesta, se realizaron 2 recordatorios.

Los resultados del cuestionario sirvieron de punto de partida para la identificación de áreas de mejora en el taller presencial.

El taller presencial se realizó en la Escuela Andaluza de Salud Pública el día 9 de junio de 2017 y tuvo una duración de 6 horas.

Como parte del taller, se contempló una actividad formativa que acerque al liderazgo del sistema los elementos clave para mejorar la gestión y la práctica asistencial en relación a la Seguridad del Paciente (SP). Esta formación está orientada a directivos de alto nivel en la organización (gerentes de Distritos, Hospitales, Áreas de Gestión Sanitaria, Agencias Sanitarias y EPEs) y basada en conceptos clave de seguridad operacional y concienciación sobre la importancia de la misma.

Asimismo, se propone participar en una reflexión sobre seguridad en los centros sanitarios, identificando propuestas de mejora a partir de un diagnóstico previo sobre posibles barreras. Par ello, se estableció una dinámica de trabajo en grupos paralelos, que contaron con profesionales de la EASP, que garantizaron el adecuado desarrollo y consecución de los objetivos.

En base a los resultados del cuestionario sobre cultura en Seguridad del Paciente en cada uno de los ámbitos, cada una de las personas identificó 2 acciones de mejora concretas en su nivel asistencial. Para facilitar la recogida de ideas y estructurar la información, se consideraron las siguientes dimensiones de análisis en las que se fueron agrupando las acciones propuestas:

- Procesos y organización
- Entorno y recursos
- Ciudadanía
- Profesionales y equipos de trabajo
- Gestión y liderazgo
- Otros

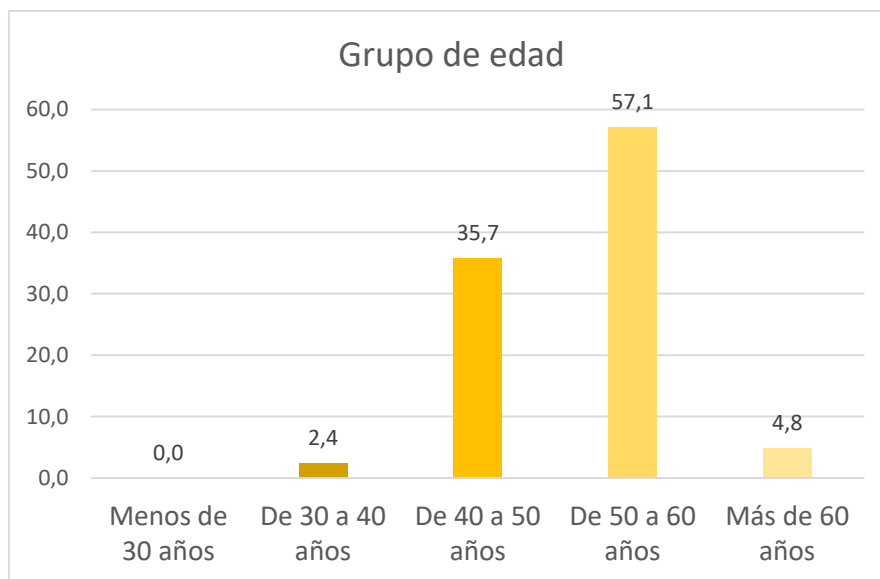
Finalmente, se hizo una priorización de las acciones de mejora surgidas en el grupo, en base a los criterios de importancia de cada una de las acciones (impacto de cada acción en la mejora de la cultura de Seguridad del Paciente) y factibilidad (entendida como las posibilidades de abordaje con los recursos existentes).

3. RESULTADOS

3.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

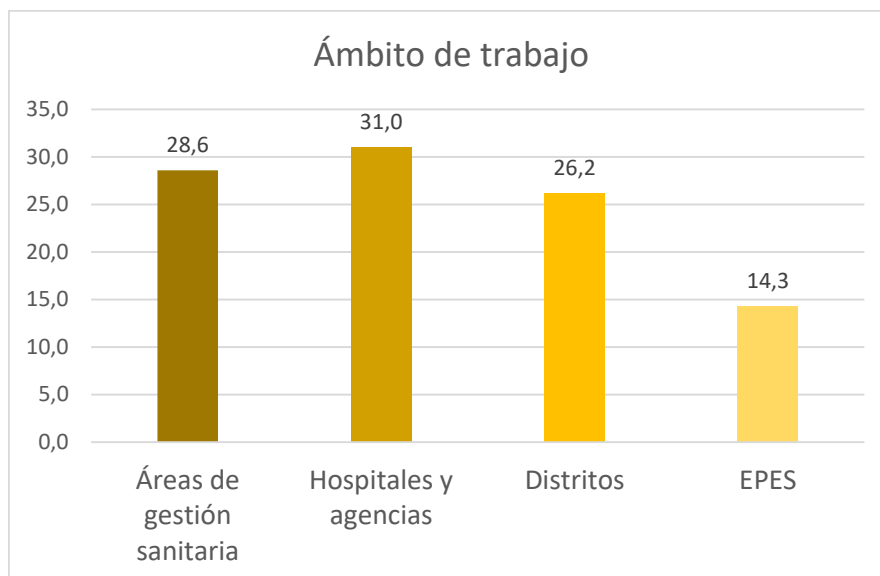
El cuestionario fue enviado a 53 personas, de las cuales respondieron 42, lo que supone una **tasa de respuesta** del 79%. Del total de respuestas, el 40.5% corresponden a **mujeres** y el resto a hombres.

El siguiente gráfico presenta los resultados por **intervalos de edad**. El grupo más representado fue el de 50-60 años (57.1%), seguido del grupo de 40-50 (35.7%)



En relación a la **categoría profesional**, la mayoría de los respondentes pertenecen a la categoría “Medicina” (81%).

El siguiente gráfico muestra los **datos por ámbito de trabajo**. La mayor parte corresponde a profesionales de atención hospitalaria y agencias sanitarias, seguido de las Áreas de Gestión Sanitaria y de Distritos de Atención Primaria.



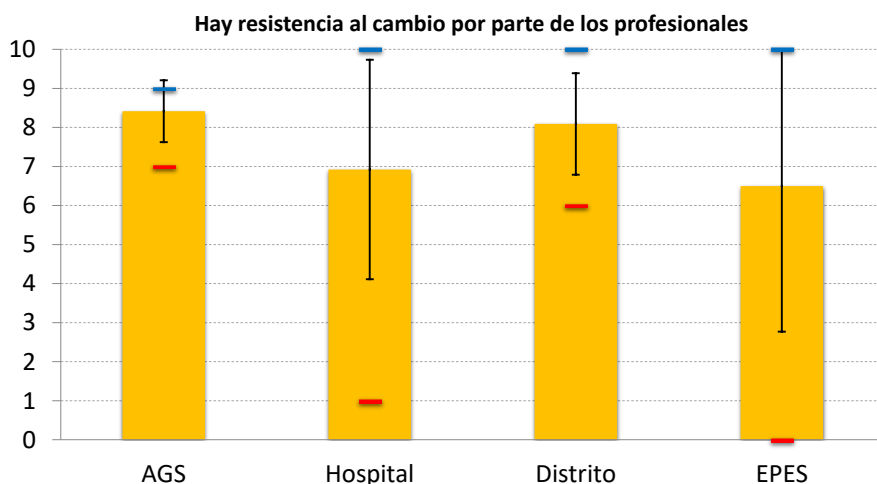
A continuación se recoge la **percepción sobre la presencia de una serie de barreras** en la implantación de la cultura de Seguridad del Paciente.



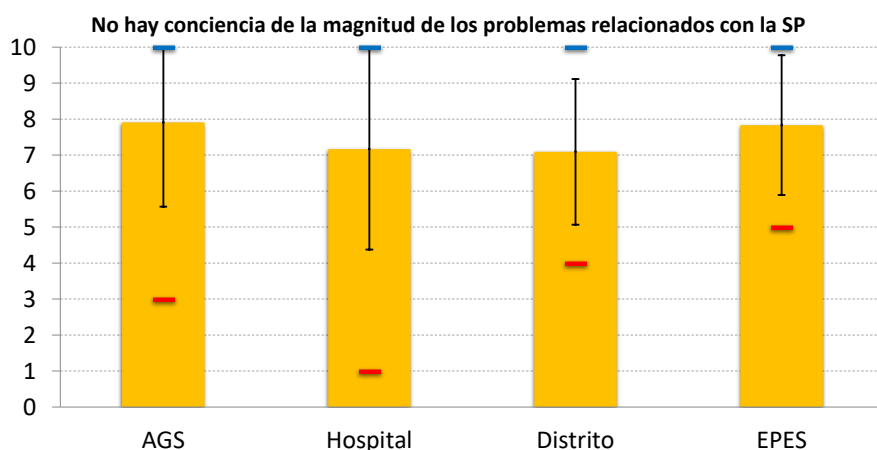
Las barreras que tienen una mayor presencia (puntuaciones por encima de 7) son:

- Resistencia al cambio por parte de los profesionales.
- Falta de conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP (falsa sensación de seguridad, exceso de confianza,...).
- Falta de coordinación entre servicios/unidades.

A continuación se presentan los datos de las 3 barreras principales para los diferentes ámbitos de trabajo.

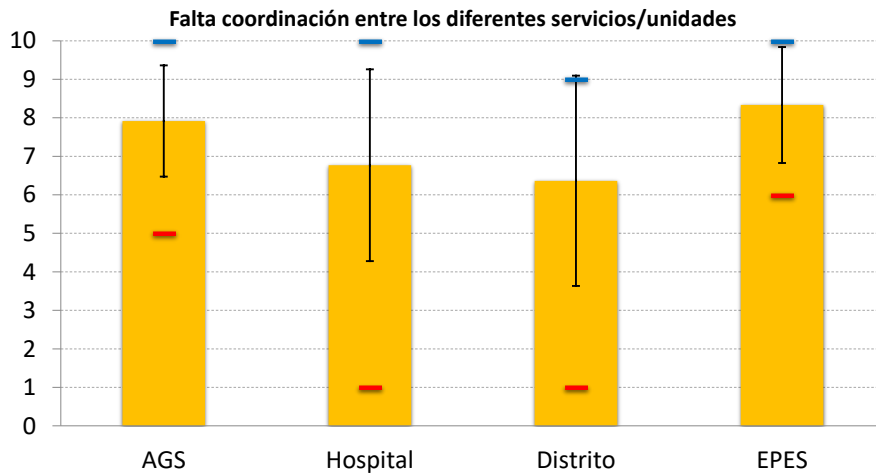


Con respecto a la **resistencia al cambio por parte de los profesionales**, las gerencias de las Áreas de Gestión Sanitaria y de los Distritos de Atención Primaria consideran que esta barrera está más presente en sus centros de trabajo que las gerencias de Hospitales y EPEs.



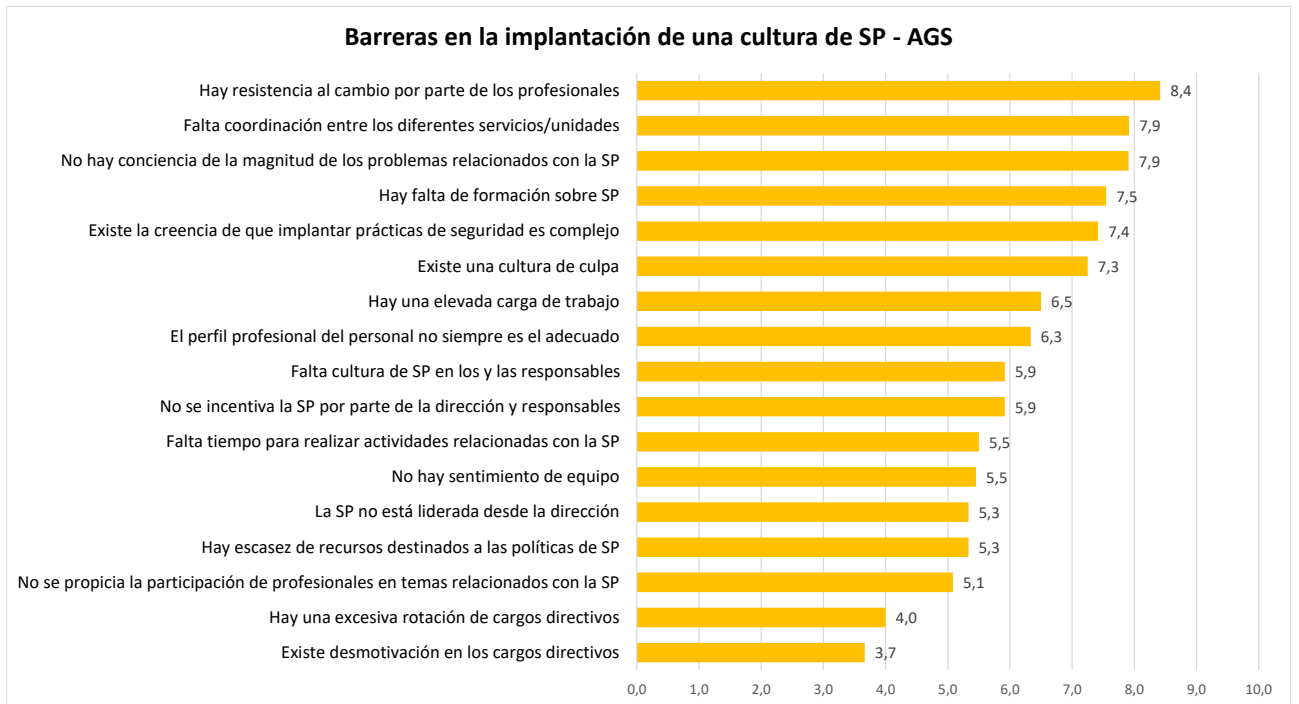
No se observan grandes diferencias en la valoración de la barrera **‘No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la Seguridad del Paciente’**, aunque las gerencias

de las Áreas de Gestión Sanitaria y EPEs consideran que esta barrera está más presente en sus centros de trabajo.



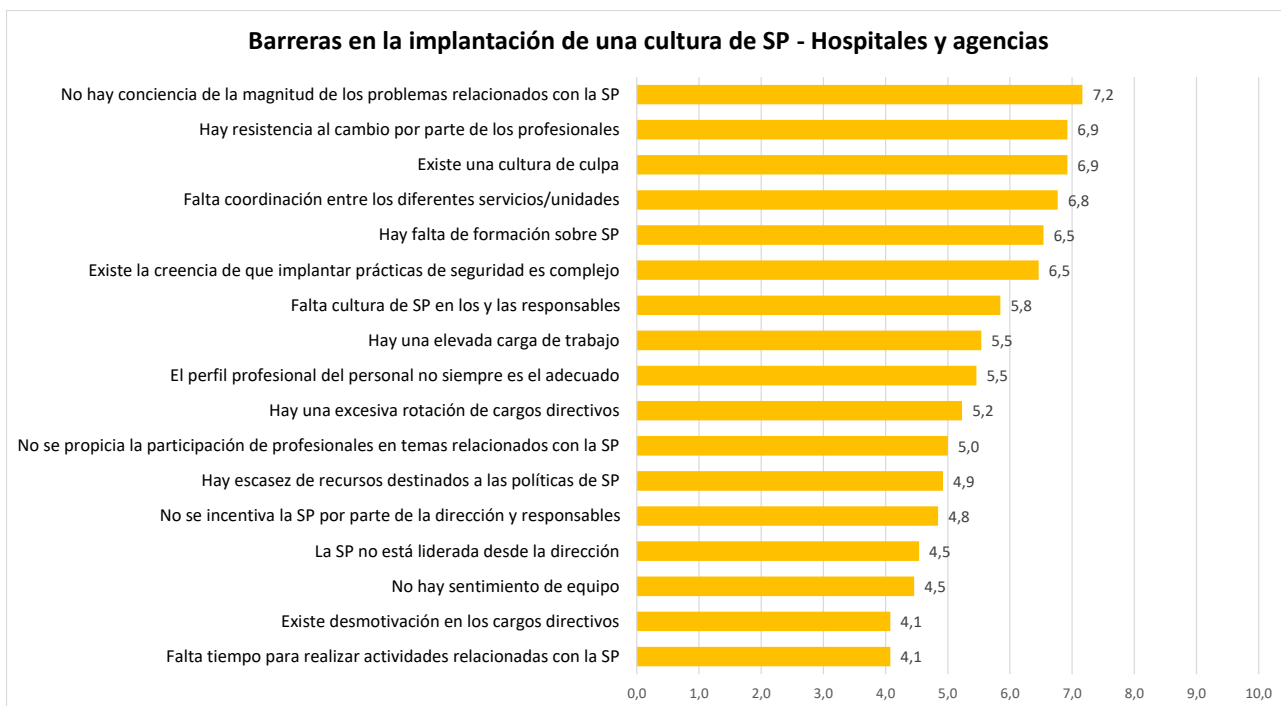
Al igual que en la barrera anterior, las gerencias de las Áreas de Gestión Sanitaria y EPEs consideran que, en sus centros de trabajo, hay una mayor falta de **coordinación entre los diferentes servicios o unidades**.

Los siguientes gráficos muestran la **percepción sobre la presencia de las siguientes barreras** para la implantación de la cultura de Seguridad del Paciente en cada **ámbito de trabajo**.



Las principales **barreras** encontradas por las gerencias de las **Áreas de Gestión Sanitaria** son:

- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales.
- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades.
- No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP.
- Hay falta de formación sobre SP.
- Existe la creencia de que implantar prácticas de seguridad es complejo.
- Existe una cultura de culpa.



Para las gerencias de los Hospitales y Agencias Sanitarias, las principales barreras identificadas han sido:

- No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP.
- Existe una cultura de culpa.
- Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales.
- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades.



En los **distritos de Atención Primaria**, la principal barrera detectada ha sido que ‘Hay resistencia al cambio por parte de los profesionales’. Además, consideran una barrera importante la falta de conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la Seguridad del Paciente.

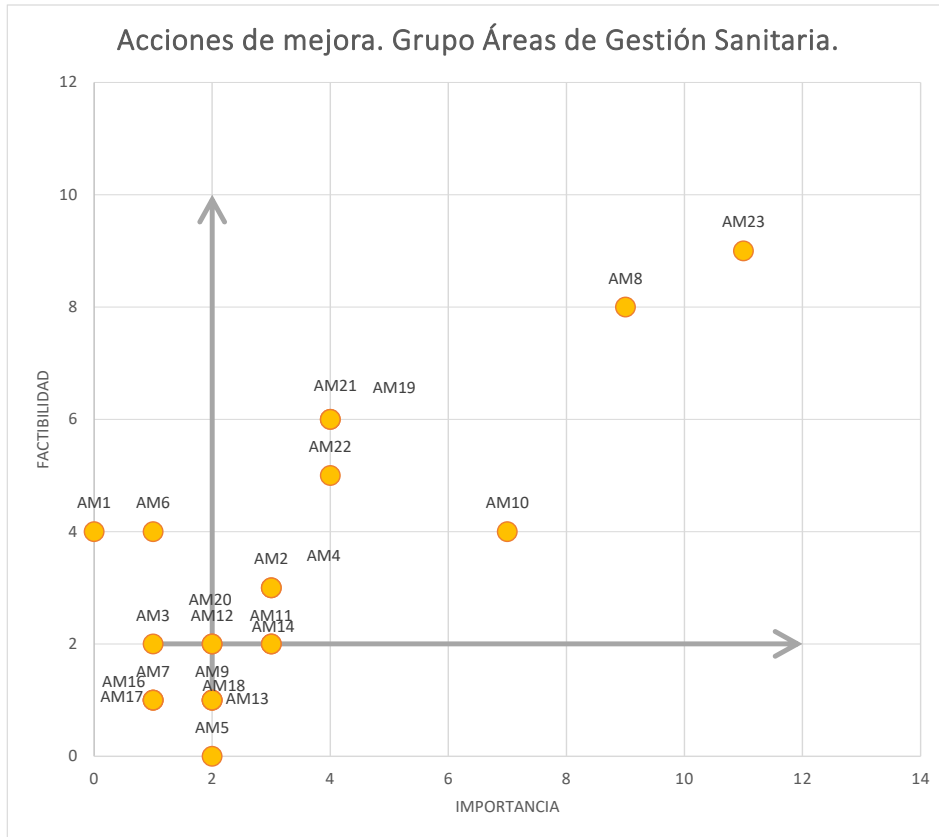


Las principales barreras encontradas en el grupo de **EPEs** son:

- Falta coordinación entre los diferentes servicios/unidades.
- Hay una elevada carga de trabajo.
- No hay conciencia de la magnitud de los problemas relacionados con la SP.
- Hay falta de formación sobre SP.

3.2. RESULTADOS DEL TALLER

GRUPO 1. Área de Gestión Sanitaria

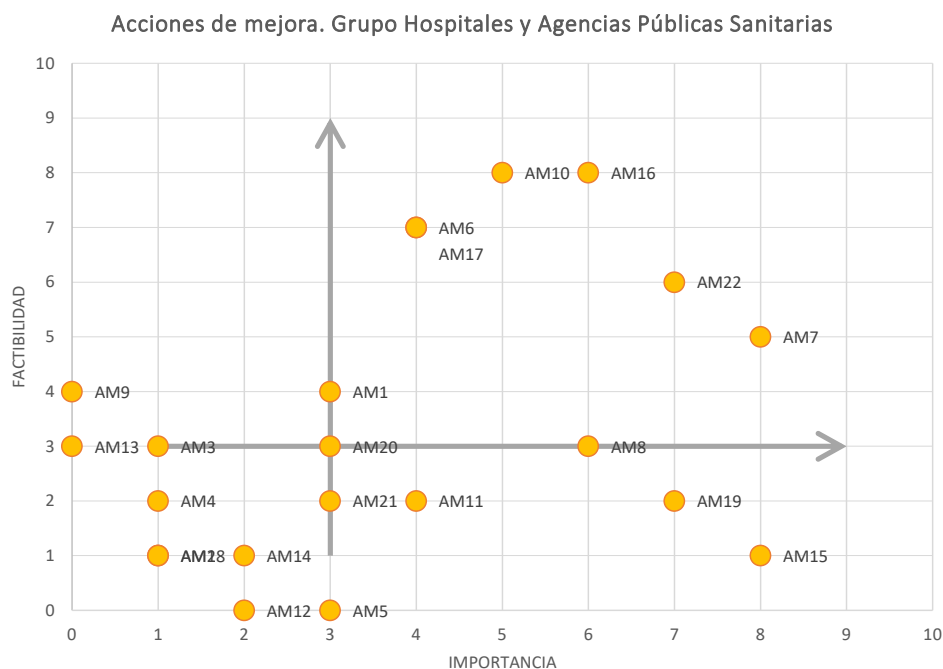


Código	Acciones de mejora	Importancia	Factibilidad
AM1	Recuperar "responsable" de calidad	0	4
AM2	Que la comunicación de problemas (alertas) sea efectiva, que llegue a quien debe llegar, a tiempo, con posibilidad de actuar	3	3
AM3	Reportar respuestas inmediatas a problemas pequeños de los que se comunican	1	2
AM4	Comisiones (farmacia, quirófano ...) se responsabilicen de su parte de SP	3	3
AM5	Registrar mejor, otro sistema de registro que enlace con la HC. No centrarse en el evento o efecto adverso en sí, focalizar en el paciente	2	0
AM6	Registros homogéneos en los centros, sencillo, y que la información permita comparar. Transparencia	1	4
AM7	Hacer partícipe a la ciudadanía cultura de seguridad del paciente (ejemplo lavado manos)	1	1
AM8	Informar riesgos de medicamentos, campañas informativas a los ciudadanos ("más no es mejor")	9	8
AM9	Identificación de pacientes de "riesgo", focalizar en ellos más atención	2	1
AM10	Simplificar objetivos y burocracia	7	4
AM11	Escuchar al profesional	3	2
AM12	Trasmitir especialmente en AP la cultura de riesgo. Diferenciar ámbitos	2	2
AM13	Realizar simulacros o revisiones de procesos centinela	2	1
AM14	Eliminar prácticas no efectivas, que se sabe que no aporta nada	3	2
AM15	Despenalizar	0	0
AM16	Trasmitir transversalidad, implica a todos los profesionales	1	1
AM17	Fomentar el análisis de riesgos en cada equipo de trabajo	1	1
AM18	Proteger al profesional (necesario para transparencia)	2	1
AM19	La gerencia debe tener formación en calidad y SP junto a las herramientas necesarias	4	6
AM20	Más peso /incorporar en acuerdos de gestión o al menos en la gestión)	2	2
AM21	Comisión de SP que mentalice a los profesionales de la cultura	4	6
AM22	La organización tiene compatibilizar entre lo estratégico y táctica. Bajar a lo operativo	4	5
AM23	Difundir resultados SP (transparencia)	11	9

Como se puede observar en el gráfico, las acciones de mejoras consideradas como más importantes y factibles en el grupo de **Áreas de Gestión Sanitaria** son:

- Difundir resultados relacionados con la seguridad del paciente (transparencia).
- Informar sobre los riesgos de medicamentos, campañas informativas a los ciudadanos ("*más no es mejor*").
- Simplificar objetivos y burocracia.
- Comisión de seguridad del paciente que mentalice a los profesionales de la cultura.
- La gerencia debe tener formación en calidad y seguridad del paciente, además de las herramientas necesarias para su aplicación.
- La organización tiene compatibilizar entre lo estratégico y táctica. Bajar a lo operativo.

GRUPO 2. Atención Hospitalaria y Agencias Públicas Sanitarias

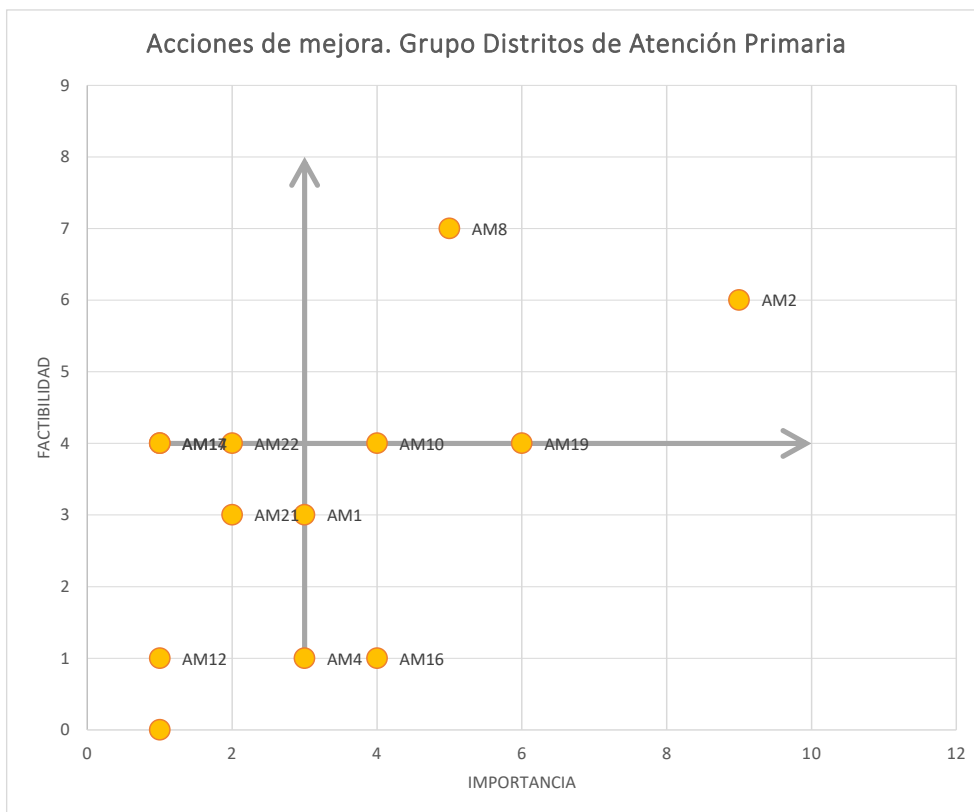


Código	Acciones de mejora	Importancia	Factibilidad
AM1	Incorporar indicadores de seguridad relacionados con la continuidad asistencial	3	4
AM2	Identificar puntos de riesgo y de proceso de atención	1	1
AM3	Identificar elementos que incidan sobre la cultura de culpa	1	3
AM4	Implantar sistemas de mejora en relación a la notificación: incorporar /mejorar la retroalimentación al notificador/a	1	2
AM5	Que exista y funciones comisión de Seguridad que funcione	3	0
AM6	"Simulacros" basados en mapas de riesgo: Prevención EA	4	7
AM7	Entornos digitales. Contenido en aspectos de seguridad en historia clínica para continuidad, cambio turno, atención...	8	5
AM8	Implicar más al paciente: Check list adaptado para pacientes	6	3
AM9	Preguntar a los ciudadanos sobre en relación con su seguridad. Qué opinan y que no entienden	0	4
AM10	Poner evidente lo que se hace bien: benchmarking entre unidades	5	8
AM11	Concienciar a los profesionales en la implantación de estrategias. Ej. 11 meses-11 causas	4	2
AM12	Formación con requisito de transferencia y aplicabilidad.	2	0
AM13	Estrategia de Formación entre iguales	0	3
AM14	Seguridad del paciente de todos los perfiles: asistencial y no asistencial. Más interdisciplinar	2	1
AM15	Seguridad como parte habitual del curriculum de profesionales	8	1
AM16	Formación específica de todos los cargos (Requisito en el perfil)	6	8
AM17	Implicación de las direcciones UGC y directivos	4	7
AM18	Líderes clínicos en el implantación de novedades (Prescripción por escrito, por ejemplo)	1	1
AM19	¿Qué gana el profesional? ¿Cómo incentivar el comportamiento para mejorar la cultura? INCENTIVO./ FUNCION GERENCIAL	7	2
AM20	Difundir memoria anual del centro que incluye información de seguridad	3	3
AM21	Comunicación de la iniciativa con medios claros y que impacten	3	2
AM22	Discurso de seguridad en la comunicación desde gerencia	7	6

Las acciones de mejoras consideradas como más importantes y factibles por las gerencias de Hospitales y Agencias Públicas Sanitarias son:

- Entornos digitales. Contenido en aspectos de seguridad en historia clínica para continuidad, cambio turno, atención...
- Discurso de seguridad en la comunicación, por parte de la gerencia.
- Formación específica de todos los cargos (Requisito en el perfil).
- Poner evidente lo que se hace bien: benchmarking entre unidades.
- "Simulacros" basados en mapas de riesgo: Prevención Eventos Adversos.
- Implicación de las direcciones de UGC y directivos.

GRUPO 3. Distritos de Atención Primaria

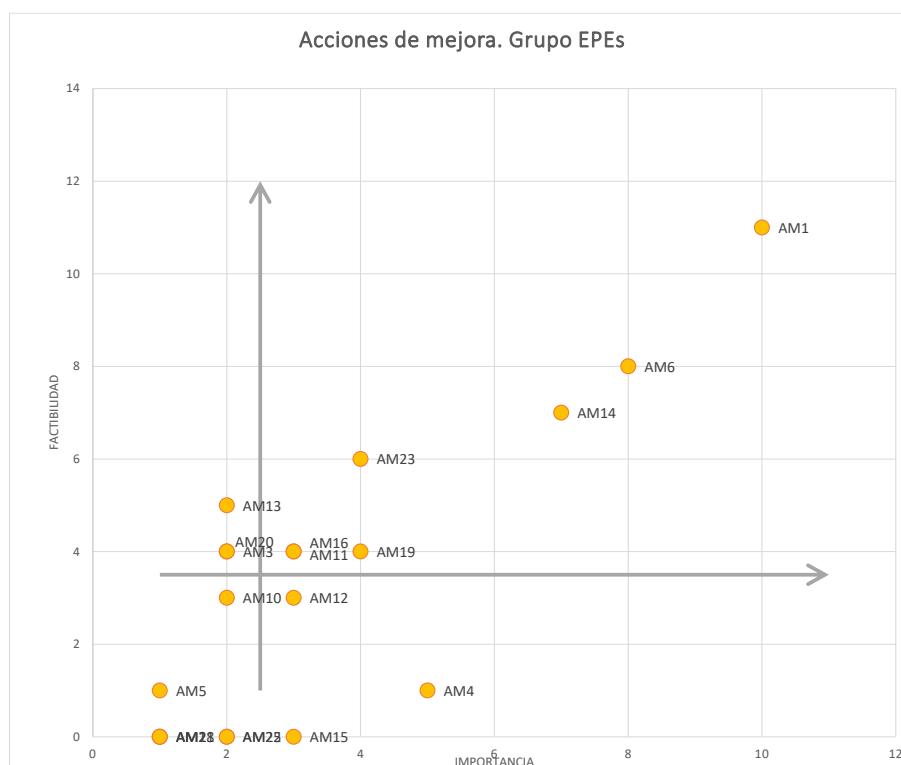


Código	Acciones de mejora	Importancia	Factibilidad
AM1	Impulsar comisión de Seguridad del Paciente	3	3
AM2	Registro de incidentes de Seguridad del Paciente (común intercentros de AP) y dar a conocer éste registro a profesionales	9	6
AM3	Hacer visibles los resultados de las buenas prácticas de profesionales en la mejora de incidentes	0	0
AM4	Difusión sistematizada de las prácticas seguras (propuesta de mejora sobre el Observatorio de Seguridad del Paciente)	3	1
AM5	Fácil acceso a las prácticas seguras	0	0
AM6	Sesiones clínicas periódicas interservicios en las que se trate el tema de seguridad del paciente en las UGC	1	0
AM7	Revisión electromedicina (centralizado)	0	0
AM8	Página de seguridad del observatorio (sencilla, que facilite la declaración de incidentes y que ofrezca retroalimentación)	5	7
AM9	Priorizar (a otras tareas) la respuesta del centro ante un incidente	0	0
AM10	Mayor implicación y liderazgo por parte de los directores de UGC (no delegable)	4	4
AM11	formación a la ciudadanía (que es seguro y que no)	0	0
AM12	Operativizar a través de análisis concretos	1	1
AM13	Trasladar a la ciudadanía procesos de seguridad (incorporar a comisiones?)	0	0
AM14	Analizar reclamaciones de usuarios, desde la perspectiva de seguridad del paciente	1	1
AM15	Adaptar a los centros de atención primaria los procesos de acreditación. Poner en valor la acreditación	0	0
AM16	Identificación de procesos de riesgo en AP	4	1
AM17	Procesos deliberativos con participación de la ciudadanía en la que se fomente la corresponsabilidad	4	4
AM18	Declaraciones anónimas	0	0
AM19	Utilización de las TIC (móvil) para el conocimiento y registro de incidentes, así como para la ciudadanía (pautas, dosificación etc)	6	4
AM20	Utilización de las TIC (móvil) para la ciudadanía (pautas, dosificación etc)	0	0
AM21	Línea de trabajo en Seguridad del medicamento con implicación de la ciudadanía	2	3
AM22	Priorizar la línea de investigación en Seguridad del Paciente en AP	2	4

Para el grupo de gerentes de **Distritos de Atención Primaria**, las principales acciones de mejora son:

- Registro de incidentes de Seguridad del Paciente (común intercentros de AP) y dar a conocer este registro a profesionales.
- Página de seguridad del observatorio (sencilla, que facilite la declaración de incidentes y que ofrezca retroalimentación).
- Utilización de las TIC (móvil) para el conocimiento y registro de incidentes, así como para la ciudadanía (pautas, dosificación etc.).
- Mayor implicación y liderazgo por parte de los directores de UGC (no delegable).

GRUPO 4. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPEs)



Código	Acciones de mejora	Importancia	Factibilidad
AM1	Simplificar los sistemas de notificación, tanto el proceso como la herramienta.	10	11
AM2	Facilitar al equipo directivo la comunicación de las notificaciones realizadas	1	0
AM3	Mejorar herramientas accesibles. Ej herramienta avizor de comunicación de incidentes	2	4
AM4	Mejora en la coordinación/comunicación con otros niveles	5	1
AM5	Identificar bien un responsable o referente de SP que tuviera canal accesible de comunicación	1	1
AM6	Recibir un feedback rápido de la notificación	8	8
AM7	Ampliar en margen de actuación en la SP (ampliar aspectos en la cultura)	0	0
AM8	Facilitar la comunicación así como la gestión relacionada con la notificación de los EAs	0	0
AM9	Disminuir o mejorar la resistencia al cambio facilitando la comunicación entre profesionales como con proveedores externos	0	0
AM10	Difundir la aplicación sobre notificaciones entre todos los profesionales (ligándolos a objetivos)	2	3
AM11	Simplificar los procedimientos operativos (o protocolos)	3	4
AM12	Crear entornos de comunicación y difusión compartida entre todos los profesionales, participativos	3	3
AM13	Difusión de Buenas prácticas con la ciudadanía	2	5
AM14	Identificar una persona referente de los responsables o referentes	7	7
AM15	Hacer visible los logros conseguidos en materia de notificaciones o medidas que se hayan implantado en el servicio propio o en otros para motivar a los profesionales	3	0
AM16	Implementar sesiones de briefing en los cambios de turno (de forma natural)	3	4
AM17	Mejorar algunas herramientas de trabajo, cuando las herramientas no funcionan no sirven.(Financiación)	0	0
AM18	Mejorar sistemas de evaluación de equipamientos, dando importancia a los equipamientos, antes de implementar cualquier equipo de trabajo	1	0
AM19	Calidad de las bases de datos de los sistemas de información, ligado a toma de decisiones de los pacientes, (DIRAYA, CENTROS EN RED, SISTEMA DE DESPACHO)	4	4
AM20	Sensibilizar a los responsables sobre cultura de seguridad, sobre la responsabilidad sin que sea punitiva	2	4
AM21	Mejorar la transferencia de la información relativa al paciente y del propio paciente.	1	0
AM22	Unificar los servicios de urgencias extrahospitalarios de toda la comunidad	2	0
AM23	Profesionalizar la coordinación médica (un poco más)	4	6
AM24	Papel liderazgo	0	0
AM25	Incluir instrumentos que permitan incorporar a la ciudadanía en la estrategia de SP	2	0

Las acciones de mejoras consideradas como más importantes y factibles en el grupo de **EPEs** son:

- Simplificar los sistemas de notificación, tanto el proceso como la herramienta.
- Recibir un feedback rápido de la notificación.
- Identificar una persona referente de los responsables o referentes.
- Profesionalizar la coordinación médica (un poco más).
- Calidad de las bases de datos de los sistemas de información, ligado a toma de decisiones de los pacientes, (DIRAYA, CENTROS EN RED, SISTEMA DE DESPACHO).
- Implementar sesiones de briefing en los cambios de turno (de forma natural).
- Simplificar los procedimientos operativos (o protocolos).

ANEXOS

I. AGENDA DEL TALLER

9.30 Inauguración Institucional del Taller

Teresa Molina López (Directora de Investigación y Gestión del Conocimiento)

Joan Carles March Cerdá (Director Escuela Andaluza de Salud Pública)

Eva Moreno Campoy (Directora de la Estrategia de Seguridad del Paciente)

10.00 Conferencia-Coloquio

“Sistemas de Gestión de Seguridad: marco e implicaciones en el ámbito sanitario”

Rafael Alcocer (Innovación y Gestión de Navegación Aérea, INGENAV)

11.45 Barreras en la cultura de Seguridad del Paciente: perspectiva del liderazgo.

Eva Moreno Campoy (Directora de la Estrategia de Seguridad del Paciente, Junta de Andalucía)

12.15 Trabajo en grupos paralelos

Se establecerán 4 grupos de trabajo en base a los siguientes perfiles y criterios:

- Directivos de AP
- Directivos AH y Agencias
- Directivos AGS
- Directivos EPEs

13.30 Descanso - Aperitivo

14.00 Presentación en plenario de las propuestas de mejora identificadas

Priorización de las propuestas de mejora y debate en torno a los resultados.

14.30 Clausura del Taller

Teresa Molina López (Directora de Investigación y Gestión del Conocimiento)

Joan Carles March Cerdá (Director Escuela Andaluza de Salud Pública)

Eva Moreno Campoy (Directora de la Estrategia de Seguridad del Paciente)

15.00 Fin del Taller

II. PARTICIPANTES

Grupo 1. Áreas de Gestión Sanitaria

Asistentes al grupo de trabajo:

Nombre	Centro de trabajo
Alguacil Herrero, María Dolores	Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla
Baz Montero, Servando Manuel	Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva
Calzón Fernández, Silvia	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
Delgado Vílchez, Francisco José	Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada
Díaz Alcaide, Francisca	Área de Gestión Sanitaria de Osuna
Egido Ambrosy, José Julio	Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz
Jiménez Gómez, Eva María	Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
López Domínguez, Estefanía Isabel	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
Mérida de la Torre, Francisco Javier	Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga
Montaño Remacha, María del Carmen	Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar
Pérez Sáez, Francisco	Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
Pinazo Luque, José	Área de Gestión Sanitaria Este Málaga-Axarquía
Resola García, Antonio Evaristo	Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén
Ríos Toro, Juan Jesús	Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga
Torres Verdú, Bárbara	Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga

Estaban convocados pero no asistieron:

Nombre	Centro de trabajo
Ceballos García, Pedro	Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba
Prieto Tinoco, Juan	Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva
Ruiz Romero, José Antonio	Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga

Grupo 2. Hospitales y Agencias Públicas Sanitarias

Asistentes al grupo de trabajo:

Nombre	Centro de trabajo
Antón Molina, Francisca	Hospital Torrecárdenas
Castro Torres, Antonio	Hospital Virgen Macarena
Domínguez Guerrero, Francisca	Hospital Puerta del Mar
Espejo Guerrero, Pilar	Hospital Virgen de las Nieves
Forja Pajares, Fernando	Hospital Puerta del Mar
García Sánchez, María José	Hospital Virgen de las Nieves
Gutiérrez Amaro, Carlos	Complejo Hospitalario Universitario de Huelva
Gutiérrez Sequera, José Luis	Hospital Campus de la Salud
Hernández Sáez, José Antonio	Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Huerta Almendro, Manuel	Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir
Huertos Ranchal, María Jesús	Hospital Puerto Real
Nuevo Lara, Emiliano Antonio	Hospital Regional de Málaga
Raya Ortega, Lourdes	Hospital Virgen de la Victoria
Romero López, Torcuato	Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol
Salcedo Lagullón, José Luis	Complejo Hospitalario de Jaén
Toro Salas, Antonio de	Hospital San Juan de Dios. Consorcio Sanitario Público Aljarafe

Estaban convocados pero no asistieron:

Nombre	Centro de trabajo
Alvarez Benito, Marina	Hospital Reina Sofía
Iraastroza Aldasoro, María Aránzazu	Servicios de Apoyo del SAS
León Justel, Antonio	Hospital Juan Ramón Jiménez
Romero Gómez, Manuel	Hospital Virgen del Rocío
Rumbao Aguirre, José Manuel	Hospital Reina Sofía
Santos Rubio, M ^a Dolores	Hospital Virgen del Rocío

Grupo 3. Distritos de Atención Primaria

Asistentes al grupo de trabajo:

Nombre	Centro de trabajo
Aguilera Barea, María	Distrito de Atención Primaria Metropolitano de Granada
Ballesta García, Miguel	Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda
Cerón Machado, José Miguel	Distrito de Atención Primaria Jaén
Cosano Santiago, José Manuel	Distrito de Atención Primaria Guadalquivir
Llamas del Castillo, María Dolores	Distrito de Atención Primaria Costa del Sol
Montoya Vergel, Juana	Distrito de Atención Primaria Poniente de Almería
Nieto Reinoso, Álvaro	Distrito de Atención Primaria Sevilla Norte
Sánchez Arenas, Eduardo	Distrito de Atención Primaria Jaén
Tarilonte Delgado, María Ángeles	Distrito de Atención Primaria Sevilla
Vilaseca Fortes, Maximiliano	Distrito de Atención Primaria Málaga

Estaban convocados pero no asistieron:

Nombre	Centro de trabajo
Acosta Ferrer, Margarita	Distrito de Atención Primaria Almería
Cominero Belda, Alicia	Distrito de Atención Primaria Huelva Costa

Grupo 4. Empresas Públicas de Emergencias Sanitarias

Asistentes al grupo de trabajo:

Nombre	Centro de trabajo
Álvarez Rueda, José María	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
Bonilla Quintero, Francisco	EPE Sevilla
Castro García, Susana de	EPE Jaén
Chaves Vinagre, Juan	EPE Huelva
Ferrón García, Francisco Javier	EPE Granada
Gil Piñero, Eladio Juan	EPE Granada
Mantero Muñoz, Antonio	EPE Córdoba
Olavarría Govantes, Luis	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
Plaza Moreno, Félix	EPE Málaga
Tejedor Sánchez, María Ángeles	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
Vivar Díaz, Itziar	EPE Almería

Estaban convocados pero no asistieron:

Nombre	Centro de trabajo
Martínez Faure, Jesús Enrique	EPE Cádiz
Moreno Plaza, Félix	EPE Málaga

Profesionales que asistieron al taller con una participación transversal en los grupos:

Barrera Becerra, María Concepcion

Pérez Pérez, Pastora

Valle Trejo, Carmen María

III. EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación del proyecto:

- Eva Moreno Campoy
Directora de la Estrategia de Seguridad del Paciente, Junta de Andalucía
- Inmaculada García Romera
Directora de Docencia, Escuela Andaluza de Salud Pública

Equipo de trabajo EASP:

- Elena Corpas Nogales
Área de Conocimiento de Ciudadanía y Participación
- Isabel Fernández Ruiz
Directora de Consultoría
- Inmaculada García Romera
Directora de Docencia
- Carmen Guerrero Ruiz
Área de Conocimiento Gestión de Servicios y Profesionales de la Salud
- Óscar Mendoza García
Área de Conocimiento de Gestión de Servicios y Profesionales de la Salud
- José Rodríguez Ocaña
Subdirector de Sistemas de Información
- Ainhoa Ruiz Azarola
Área de Conocimiento de Ciudadanía y Participación
- Silvia Toro Cárdenas
Área de Conocimiento de Salud Pública
- M^a Carmen Valcárcel
Área de Conocimiento de Gestión de Servicios y Profesionales de la Salud

Secretaría EASP:

- Tachy Prieto Hermoso
Secretaría Técnica de Reuniones Científicas
- Pilar Sánchez Peinado
Secretaría de Docencia