CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Seguridad del paciente: INDICADORES de seguimiento del SNS. Informe de Andalucía.

Informe de resultados de 2019

Junta de Andalucía

Documento elaborado por la Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA.

- Elena Corpas Nogales. Técnica de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Isabel Fernández Ruiz Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Creado en diciembre de 2020

Revisado en abril de 2021.

Indicadores de seguridad del paciente de SNS de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Secretaría General Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y familias. Junta de Andalucía. Diciembre 2020.

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

Seguridad del paciente: INDICADORES de seguimiento del SNS. Informe de Andalucía.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN **7**

OBJETIVO **7**

METODOLOGÍA **8**

A. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN 8

B. POBLACIÓN DE ESTUDIO 8

C. ANÁLISIS ESTADÍSTICO 8

RESULTADOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN HOSPITALARIA **9**

Participación 9

Seguridad en la organización 9

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua 9

Implicación activa de pacientes y ciudadanía 10

Identificación inequívoca de pacientes 10

Transferencia segura para el paciente 11

Higiene de manos 11

Seguridad en el proceso quirúrgico 11

Uso seguro del medicamento 12

Asistencia directa al paciente 12

Uso seguro de radiaciones ionizantes 12

RESULTADOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA **14**

Participación 14

Seguridad en la organización 14

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua 14

Implicación activa de pacientes y ciudadanía 15

Identificación inequívoca del paciente 15

Higiene de manos 15

Uso seguro del medicamento 15

Uso seguro de radiaciones ionizantes 15

EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES 2011-2019 ..... **16**

Seguridad en la organización 16

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua 16

Identificación inequívoca de pacientes 17

Transferencia segura para el paciente 17

Higiene de manos (HM) 18

Seguridad en el proceso quirúrgico 17

Uso seguro del medicamento 19
Asistencia directa al paciente..... 19
Uso seguro de radiaciones ionizantes..... 19
Implicación activa del paciente y ciudadanía..... 20

INTRODUCCIÓN

Tras la actualización de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud en 2015 por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se definieron con el consenso de las comunidades autonómicas y las sociedades científicas nuevos indicadores con los que evaluar el grado de desarrollo de las principales líneas estratégicas a nivel nacional, tanto para atención hospitalaria como para atención primaria.

Estos indicadores tienen por objetivo medir el grado de implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente nacional, así como detectar, comprender, analizar y evaluar estos y otros aspectos relacionados con la seguridad con vistas a plantear acciones de mejora para la Estrategia del Sistema Sanitaria Público de Andalucía (ESSPA).

Algunos de los indicadores se vienen recogiendo desde el año 2011, año en el que el Comité Técnico de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, compuesto por los referentes de seguridad del paciente de cada una de las comunidades autónomas, consensuó una serie de indicadores de seguridad del paciente, a fin de medir el grado de implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) y establecer mejoras en las políticas sanitarias.

OBJETIVO

Analizar los indicadores para la seguridad de los pacientes del SNS para Andalucía correspondientes al año 2019 y presentar su evolución 2011-2019 en los casos en los que se haya mantenido el indicador.

METODOLOGÍA

A. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Para recoger la información relativa a los indicadores de seguridad del paciente del SNS en Andalucía se han utilizado dos cuestionarios en LimeSurvey, uno para atención hospitalaria y otro para atención primaria, cada uno con preguntas adaptadas al nivel asistencial correspondiente.

La recogida de la información y el análisis de los datos han sido realizado por el equipo de la Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA en colaboración con la dirección, entre los meses de marzo y julio del 2020.

Se envió el enlace para cumplimentar el cuestionario a los referentes de seguridad del paciente de cada centro hospitalario o distrito de atención primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). A lo largo del periodo de recogida de la información se hicieron varios recordatorios.

El cuestionario incluye preguntas abiertas donde es necesario describir las actuaciones realizadas y/o aportar documentación que justifique su respuesta (memorias, protocolos, procedimientos…) por lo que el efecto limitante que podría suponer las respuestas recogidas a través de un cuestionario se encuentra mitigado.

B. POBLACIÓN DE ESTUDIO

En 2019, la red de centros del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) está formada por:

- 49 centros hospitalarios, de los cuales 14 son hospitales de alta resolución.
- 26 distritos de atención primaria.

16 centros hospitalarios y 15 distritos de atención primaria están integrados en áreas de gestión sanitaria, es decir, la gerencia es única para atención primaria y hospitalaria.

C. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos mediante resúmenes numéricos que incluyen medidas de frecuencia absoluta y relativa.

Se ha solicitado a todos los centros hospitalarios y distritos de atención primaria autorización para la publicación de resultados de forma agregada y anonimizada con el fin de generar conocimiento científico y difundir recomendaciones para la mejora continua.

En este documento se presenta un resumen de los datos aportados por los centros de la actividad realizada durante el año 2019.

RESULTADOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Participación

Han contestado el cuestionario los 49 hospitales de Andalucía.

Seguridad en la organización

El 93,9% (N=46) de los hospitales afirman disponer de una Comisión operativa de seguridad del paciente con una estructura, organización y funciones definidas. El 77,6% (N=38) aportan el reglamento interno de la comisión.

El 59,2% (N=29) de los centros hospitalarios desarrollaron o actualizaron un plan de seguridad del paciente en 2019 con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales. El 38,8% (N=19) aportaron el plan.

El 53,1% (N=26) afirman disponer de la memoria anual con el desarrollo del plan de seguridad que describía las acciones durante el 2019, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales. 23 centros aportaron el documento con la memoria.

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

El 93,9% (N=46) de los centros hospitalarios contaron con un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes relacionado con la seguridad del paciente (con y/o sin daño) accesible para todas las unidades. El 53,1% utiliza el Sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, el 26,5% un sistema de notificación propio y el 14,3% ambos.

El 87,5% (N=42) de los hospitales dispusieron de una comisión, equipo o unidad operativa para la gestión de los riesgos o incidentes de seguridad ocurridos en su centro con miembros, funciones y actividades definidas. 28 centros aportaron alguna documentación para justificar la actividad de la comisión, aunque tan sólo 5 enviaron la memoria anual que describía la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes.

El 73,5% (N=36) afirmaron disponer de un plan que establecía los procedimientos y circuitos para el abordaje y gestión de eventos adversos graves. Muchos de los documentos aportados son procedimientos de notificación y/o gestión de incidentes pero que no abordan la gestión de eventos adversos graves. Realmente sólo un 24,5% (N=12) aportaron procedimientos para la gestión de eventos adversos graves o eventos centinela.

El 40,8% (N=20) de los hospitales contó con plan de actuación propio para la atención a los profesionales o equipos involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente (atención a las segundas victimas). El 34,7% (N=17) aportan el plan de actuación.

Implicación activa de pacientes y ciudadanía

El 65,3% (N=32) de los centros hospitalarios dispusieron de un plan de acogida para los pacientes ingresados que incluía aspectos específicos relacionados con su seguridad. El 53,1% (N=26) aportaron algún documento que lo avalara.

El 49% (N=24) de los hospitales han afirmado haber realizado alguna actividad formativa dirigida a pacientes sobre aspectos de seguridad de la paciente realizada durante el 2019.

El 53,1% (N=26) de los centros dispusieron de un protocolo de acompañamiento a pacientes hospitalizados con criterios y procedimientos en función del tipo de paciente y la edad del mismo, así como de los espacios de aplicación (planta, cuidados intensivos…). El 40,8% (N=20) aportaron el protocolo correspondiente.

Identificación inequívoca de pacientes

El 95,9% (N=47) de los centros hospitalarios afirman disponer de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación inequívoca de los pacientes. El 81,6% (N=40) aportan un documento con el procedimiento.

El 75,5% de los centros afirma disponer de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación inequívoca de los pacientes ante procedimientos de riesgo (procedimientos invasivos o pruebas diagnósticas). El 46,9% (N=23) aportaron el procedimiento de identificación específico, aunque en la mayoría de los casos se trata de un procedimiento de identificación del paciente en el que se abordan los procedimientos de riesgo.

El 83,7% (N=41) de los centros hospitalarios afirman disponer de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación y trazabilidad de muestras biológicas. El 67,3% (N=33) aporta dicho documento.

Transferencia segura para el paciente

El 83,7% de los hospitales (N=41) afirman disponer de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la adecuada transferencia de la información y de los pacientes incluyendo aspectos como el entorno donde se produce la transferencia, la información a transferir, el lenguaje, el nivel de transmisión o el responsable de la transferencia. El 73,5% (N=36) aportaron algún documento relacionado.

Higiene de manos

El 100% de las camas de cuidados intensivos hospitalarias (N=947) dispusieron de preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo) en el punto de atención al paciente, incluyendo las de pediatría y neonatal. Los datos aportados corresponden a 34 hospitales ya que los hospitales de alta resolución no disponen de unidades de cuidados intensivos.

El 96,5% de las camas hospitalarias (N=12.907) dispusieron de dispensadores de preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo), en el punto de atención al paciente, incluyendo las camas de los servicios de urgencias y excluyendo las del servicio de psiquiatría y unidad de cuidados intensivos. Los 49 hospitales han aportado información de su centro.

El consumo medio de productos de base alcohólica en hospitalización es de 46,7 litros por 1000 estancias. Los datos aportados corresponden a 45 hospitales.

El 57,1% (N=28) de los hospitales realizaron un mínimo de 30 observaciones por unidad (servicio), en al menos el 50% de estas, de los momentos 1 y 2 siguiendo la metodología establecida por la Organización Mundial de la Salud en su manual técnico de referencia.

El 64,7% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA o con agua y jabón para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 28 hospitales.

El 50,5% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 27 hospitales.

Seguridad en el proceso quirúrgico

El porcentaje medio de pacientes intervenidos de cirugía programada no urgente en hospitales a los que se les aplicó el listado de verificación de seguridad quirúrgica fue de 94,5% (DE: 9,1). El número total de pacientes intervenidos es de 379.796. Han aportado información 48 de los hospitales.

Sin embargo, el porcentaje medio de casos a los se les aplicó el listado de verificación de seguridad quirúrgica correctamente en el momento adecuado, por la persona adecuada y de la forma adecuada fue del 86% (DE: 23,5). 46 centros aportaron datos.

Uso seguro del medicamento

El 49% (N=24) de los centros hospitalarios afirman disponer de un protocolo actualizado para el manejo de todos (o de algún) medicamentos de alto riesgo. El 36,7% (N=18) aportaron el documento que lo acredita.

El 40,8% (N=20) de los hospitales disponen de un documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para mejorar la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados.

El 77,6% (N=38) de los centros declararon disponer de un documento o protocolo que estableciera los procedimientos y circuitos que se deben implementar para conciliar la medicación al alta. El 61,2% (N=30) aportó la documentación correspondiente.

El 18,4% (N=9) de los hospitales han cumplimentado en los últimos años el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos y aportan los puntos de riesgo y áreas de mejora destinadas a prevenir errores de medicación

Asistencia directa al paciente

El 84,8% de los pacientes con ingreso superior a las 72 horas fueron dados de alta con planes de cuidados realizados en las primeras 48 horas. El número de pacientes con ingreso superior a 72 horas fue de 322.681 y el número de pacientes dados de alta con planes de cuidados realizados en las primeras 48 horas fue de 273.495. Los datos corresponden a 41 hospitales.

El 1,22% de los pacientes con ingreso superior a 48 horas desarrollaron durante su estancia una úlcera por presión. El número de pacientes con ingreso superior a 48 horas fue de 386.167 y el número de pacientes que desarrollan una úlcera por presión de 4.693. Han aportado datos 37 hospitales.

El 0,41% de pacientes hospitalizados sufrió una caída durante su estancia. El número de pacientes hospitalizados fue de 546.408 y el número de caídas registradas 2227. Han aportado información 44 hospitales.

El 85,7% (N=42) de los hospitales dispusieron de un protocolo que estableciera los pasos a seguir para el empleo de la contención mecánica terapéutica, entendida como aplicación de un sistema de inmovilización a pacientes agitados o desorientados ingresados. El 71,4% (N=35) aportaron el documento.

Uso seguro de radiaciones ionizantes

Solo en el 12,2% (N=6) de los 49 hospitales que disponen de unidad o servicio de pediatría algún profesional de la unidad recibió en los últimos tres años alguna formación acreditada sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.

Solo el 16,3% (N=8) de los centros hospitalarios han realizado un mapa de riesgos de los procesos en radioterapia y/o medicina nuclear en los últimos cinco años, actualizándolo en el caso de incorporación de nuevas tecnologías y/o dispositivos

Solo el 14,3% (N=7) de los hospitales disponían de un informe con los incidentes recogidos por la unidad de radioterapia, según tipo de incidentes y gravedad, así como la relación de acciones de mejoras implementadas. El 8,2% (N=4) enviaron el informe.

RESULTADOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Participación

En atención primaria, han cumplimentado el cuestionario 25 de los 26 distritos de atención primaria (DAP) o áreas de gestión sanitaria (AGS).

Seguridad en la organización

El 80% (N=20) de los DAP/AGS han afirmado disponer de una comisión operativa de seguridad del paciente con estructura, organización y funciones definidas. El 36% (N=9) aportan el reglamento o norma que lo avala.

El 44% (N=11) de DAP/AGS declararon disponer de un plan de seguridad con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales, aunque tan sólo el 16% (N=4) aportaron el plan.

El 28% (N=7) afirmaron haber realizado la memoria anual con el desarrollo del plan de seguridad que describía las acciones durante el 2019, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales, el 8% (N=2) enviaron la memoria.

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

El 100% (N=25) contaron con un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes relacionado con la seguridad del paciente (con y/o sin daño) accesible para todas las unidades. El 84% (N=21) utiliza el Sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, el 8% (N=2) un sistema de notificación propio y el 8% ambos.

El 60% (N=15) de los DAP/AGS dispusieron de una comisión, equipo o unidad operativa para la gestión de los riesgos o incidentes de seguridad ocurridos en su centro con miembros, funciones y actividades definidas.

El 16% (N=4) aportaron la memoria anual que describía la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2019.

El 64% (N=16) dispusieron de un plan que establecía los procedimientos y circuitos para el abordaje y gestión de eventos adversos graves. El 36% (N=9) aportaron dicho plan.

Solo el 32% (N=8) de los DAP/AGS afirmaron disponer de un plan de actuación propio para la atención a los profesionales o equipos involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente (atención a las segundas víctimas). El 16% (N=4) enviaron el plan de actuación.

Implicación activa de pacientes y ciudadanía

El 60% (N=15) han descrito alguna actividad formativa dirigida a pacientes sobre aspectos de seguridad de la paciente realizada durante el 2019.

Identificación inequívoca del paciente

El 80% (N=20) de los DAP/AGS declararon disponer de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación y trazabilidad de muestras biológicas, pero sólo el 44% (N=11) lo aportaron.

Higiene de manos

El consumo medio de productos de base alcohólica en atención primaria es de 4,44 litros por cada 10.000 consultas. El número de consultas asciende a 65.956.374 y el número de litros de PBA a 29.254. Los datos aportados corresponden a 24 distritos o áreas de atención primaria.

2 distritos de atención primaria han afirmado hacer observación de higiene de manos, pero no envían número de observaciones ni número de acciones.

Uso seguro del medicamento

El 44% (N=11) de los DAP/AGS afirman disponer de un protocolo actualizado en 2019 para el manejo de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC), pero tan sólo el 12% (N=3) aportaron el documento.

El 80% (N=20) declararon disponer de un documento que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la conciliación/revisión/adecuación de la medicación en pacientes polimedicados y/o pluripatológicos. El 48% (N=12) enviaron el procedimiento que lo acredita.

Uso seguro de radiaciones ionizantes

Solo en el 12% (N=3) de los distritos algún pediatra recibió en los últimos tres años alguna formación acreditada sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.

EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES 2011-2019

Seguridad en la organización

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
H. con comisión de seguridad *								67,5	77,6
D. con comisión de seguridad *								52,0	36,0
H. que disponen de plan de seguridad *								45,8	38,8
D. que disponen de plan de seguridad *								36,0	16,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
H. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	100	97,8	95,7	97,9	100	100	100	100	93,9
D. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	93,7	78,8	92	94,4	100	100	100	100	100
H. con comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos	95,4	91,3	82,9	93,6	93,3	84,8	91,3	87,5	85,7
D. con comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos *	78,1	60,6	68	68	68	60	76	48,0	60,0
H. con plan de abordaje de eventos adversos graves *								22,9	24,5
D. con plan de abordaje de eventos adversos graves *								40	36,0
H. con planes de atención a las segundas victimas *								22,9	34,7
D. con planes de actuación ante segundas víctimas *								16,0	16,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

Identificación inequívoca de pacientes

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
H. con protocolo de identificación de pacientes	100	100	100	100	100	95,6	100	87,5	81,6
H. con protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo *								20,8	46,9
H. con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								68,7	67,3
D. con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								40,0	44,0

***** Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

Transferencia segura para el paciente

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
H. con protocolo para transferencia de pacientes y de información *								81,2	73,5

***** Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales

Seguridad en el proceso quirúrgico

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
H. con listado de verificación de seguridad quirúrgica	100	100	100	100	100	80,4	78,3	NS	NS
Pacientes intervenidos a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica	79,8	77	86,9	94,8	93,9	97,5	87,7	88,1	94,4

NS: Indicador no solicitado ese año **H.**: Hospitales

Higiene de manos (HM)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Camas con PBA en la habitación	99,1	99,5	99,1	99,8	99,8	99,4	NS	NS	NS
Camas UCI con PBA en punto de atención al paciente	NS	98,7	100	100	100	100	100	99,6	100
Camas con PBA en punto de atención al paciente	92,5	97,9	96,1	98,1	98,9	97,8	97,5	95,6	96,5
UGC de atención primaria con PBA de bolsillo	93,8	98,8	93,3	92,3	94,8	88,8	94,5	NS	NS
H. con formación sobre la HM	100	97,8	91,5	97,9	84,4	80,4	93,4	NS	NS
UGC de atención primaria con formación en HM	92,1	85,4	89,9	88,6	50,7	28,4	NS	NS	NS
H. con formación sobre los 5 momentos de la HM	100	97,8	89,4	97,9	84,4	NS	NS	NS	NS
H. con observación directa de cumplimiento de la HM	64,4	54,4	72,3	63,8	64,4	78,3	86,9	66,7	57,1
Observaciones en atención hospitalaria de la HM adecuadas						61,5	50,3	76,9	64,7
Observaciones en atención hospitalaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2)						47,8	35,5	61,1	50,5
D. con observación directa de cumplimiento de la HM *								12,0	ND
Observaciones en atención primaria de la HM adecuadas *								12,4	ND
Observaciones en atención primaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2) *								66,0	ND
H. con cuestionario de autoevaluación de la HM	80	50	59,6	72,3	53,3	56,5	41,3	NS	NS
Consumo de PBA en hospitalización	19,3	20,4	21,7	18,9	25,6	32,6	32,7	38,0	46,7[1]
Consumo de PBA en atención primaria	20,2	14,8	13,7	15,4	15,7	18,4	23,0	25,8	4,4[2]

***** Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

NS: Indicador no solicitado ese año

ND: Datos no disponibles. 2 distritos de atención primaria han afirmado hacer observación de higiene de manos, pero no envían número de observaciones ni número de acciones.

[1] litros por 1.000 estancias

[2] litros por 10.000 consultas

Uso seguro del medicamento

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
H. con protocolo para medicamentos de alto riesgo	65,9	73,9	48,9	55,3	62,2	58,7	50,0	41,7	36,7
D. con protocolo de medicamentos alto riesgo en pacientes crónicos *								20,0	12,0
H. con protocolo para pacientes crónicos polimedicados *								52,1	4,1
H. con protocolo para conciliar la medicación al alta	40,9	43,5	78,7	87,2	88,8	78,3	84,7	81,2	61,2
D. con protocolos de conciliación/revisión de polimedicados *								52,0	48,0
H. con autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos	37,5	NS	31,9	25,5	15,5	23,9	21,7	12,5	18,4

* Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

Asistencia directa al paciente

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pacientes ingresados con planes de cuidados *								85,5	84,8
Pacientes ingresados >48h que desarrollan úlceras por presión *								1,06	1,22
Caídas en pacientes hospitalizados *								0,19	0,41
H. con protocolo contención mecánica terapéutica *								68,7	71,4

* Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

Uso seguro de radiaciones ionizantes

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Servicios de pediatría hospitalaria con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante *								21,3	12,2
H. con mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear *								20,0	16,3
Servicios de radioterapia con informe de incidentes y acciones de mejora *								13,3	8,2

* Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

Implicación activa del paciente y ciudadanía

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
H. con plan de acogida *								54,1	53,1
H. con actividades formativas en SP para pacientes *								33,3	49,0
D. con actividades formativas en SP para pacientes *								40,0	60,0
H. con protocolo de acompañamiento para pacientes hospitalizados *								47,9	53,1

***** Indicador recogido por primera vez en 2018 **H.**: Hospitales **D.**: Distritos

ESSPA

ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Junta de Andalucía