



INFORME TECNICO

# 20 INDICADORES DE 25 SEGURIDAD DEL PACIENTE





# INDICADORES SEGURIDAD DEL PACIENTE ANDALUCÍA

INFORME TÉCNICO  
**2025**



## Autoría

Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA):

- Elena Corpas Nogales. Técnica de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Grupo Coordinador de la ESSPA).
- Paloma Trillo López. Asesora técnica Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (Grupo Coordinador de la ESSPA).
- Elvira Eva Moreno Campoy. Directora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (Grupo Coordinador de la ESSPA).

## Revisores:

Gobernanza 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/)

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

Como nombrar el documento:

Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía. Informe de resultados 2025. Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía. Secretaría General de Humanización, Planificación y Calidad. Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias. Junta de Andalucía. Agosto 2026.

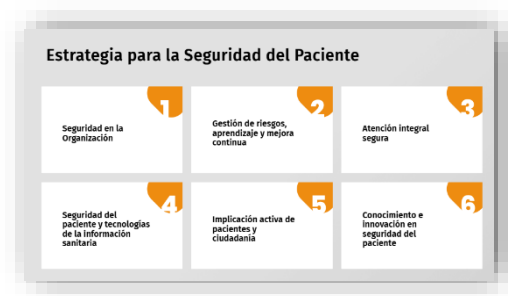
# Índice

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PRESENTACIÓN.....</b>                                                            | <b>7</b>  |
| <b>OBJETIVO.....</b>                                                                | <b>8</b>  |
| <b>METODOLOGÍA.....</b>                                                             | <b>9</b>  |
| <b>RESULTADOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA .....</b>                                    | <b>13</b> |
| Área Clave 1. Seguridad en la organización .....                                    | 13        |
| Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua .....               | 15        |
| Área clave 3. Atención integral segura .....                                        | 17        |
| Área clave 4. Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria..... | 28        |
| Área clave 5. Implicación activa pacientes y ciudadanía .....                       | 29        |
| Área clave 6. Conocimiento e innovación en seguridad del paciente .....             | 30        |
| Conclusiones y recomendaciones .....                                                | 32        |
| <b>RESULTADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....</b>                                         | <b>36</b> |
| Área Clave 1. Seguridad en la organización .....                                    | 36        |
| Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua .....               | 39        |
| Área clave 3. Atención integral segura .....                                        | 41        |
| Área clave 4. Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria..... | 45        |
| Área clave 5. Implicación activa de pacientes y ciudadanía.....                     | 45        |
| Área clave 6. Conocimiento e innovación en seguridad del paciente .....             | 46        |
| Conclusiones y recomendaciones .....                                                | 48        |
| <b>LISTADO INDICADORES Y EVOLUCIÓN 2016-2025 .....</b>                              | <b>51</b> |
| <b>AGRADECIMIENTOS .....</b>                                                        | <b>59</b> |



# PRESENTACIÓN

Este informe técnico que, desde la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz (ESSPA), se publica con carácter anual, tiene como objetivo mostrar la evolución y seguimiento de los indicadores de seguridad del paciente incluidos en las 6 áreas clave de la ESSPA, de los centros sanitarios públicos de Andalucía.



Realizar un seguimiento y monitorización en Seguridad del Paciente (SP), es fundamental para evaluar el avance en esta materia en nuestra comunidad, permitiéndonos identificar las áreas de mejora en relación al grado de implementación de estas prácticas y procedimientos.

Algunos de estos indicadores se vienen recogiendo desde 2011 y posteriormente se han ido incorporando nuevos indicadores que dan respuesta a las diferentes líneas de actuación para la mejora de la seguridad del paciente en los centros sanitarios.

Aunque en este informe se muestra la información agregada y anonimizada, cada centro directivo sanitario dispone de su autoevaluación con toda la información propia presentada, de forma anual, y puede compararse con el conjunto de la comunidad en la propia plataforma notificASP o a través de estos informes.

# OBJETIVO

El objetivo de este informe es mostrar el análisis de los indicadores de seguimiento de seguridad del paciente correspondientes a la autoevaluación de los centros directivos sanitarios para el año 2025, analizados de forma agregada para el conjunto de la comunidad andaluza. Y en el caso de los indicadores que se vienen recogiendo desde 2011, presentar la evolución de los últimos diez años, 2016-2025.



Los resultados, dada la diferencia entre los ámbitos asistenciales, se presentan por separado:

- > Resultados de atención hospitalaria (incluyendo CES061)
- > Resultados de atención primaria.



# METODOLOGÍA

## RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Para recoger la información relativa a los indicadores de seguridad del paciente en Andalucía se ha utilizado una aplicación realizada ad hoc (notificASP/Indicadores) para obtener los datos necesarios para evaluar la situación de los centros andaluces en relación a la seguridad del paciente.

La elaboración del formulario con todos los indicadores y el análisis de los datos ha sido diseñado y realizados por el equipo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA.

Los indicadores están organizados en las 6 áreas clave de la ESSPA:



- ▶ **SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN**  
Preguntas restantes: 3
- ▶ **GESTIÓN DE RIESGOS**  
Preguntas restantes: 9
- ▶ **ATENCIÓN INTEGRAL SEGURA**  
Suma de preguntas restantes: 33
- ▶ **TIS**  
Preguntas restantes: 1
- ▶ **PACIENTES Y CIUDADANÍA**  
Preguntas restantes: 2
- ▶ **CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN**  
Preguntas restantes: 2

La recogida de los datos se ha efectuado durante el trimestre mayo-julio 2026.

El cuestionario incluye preguntas donde es necesario describir las actuaciones realizadas y/o aportar documentación que justifique su respuesta (memorias, protocolos, procedimientos...). Toda la información recibida es revisada para confirmar la validez de las respuestas aportadas por los centros y en caso de dudas, contrastadas con los referentes de los centros, por lo que el efecto limitante que podría suponer las respuestas recogidas a través de un cuestionario auto cumplimentado se encuentra mitigado. En el caso de no presentar la documentación justificativa o que la documentación aportada no cumpla los requisitos exigidos se considera que el indicador no se ha cumplido.

## POBLACIÓN DE ESTUDIO

En 2025, todos los centros del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) han aportado la información solicitada:

- El informe de Atención Hospitalaria muestra resultados de los 35 centros hospitalarios del SSPA, incluyendo el Centro de Emergencias Sanitarias 061 (CES061). Los datos de los Hospitales de Alta Resolución se incluyen con los del hospital a los que están adscritos.
- El informe de Atención Primaria muestra resultados de los 27 distritos de atención primaria (DAP) del SSPA.

16 centros hospitalarios y 16 distritos de atención primaria están integrados en Áreas de Gestión Sanitaria (AGS), es decir, la gerencia es única para atención primaria y hospitalaria, aunque en el informe se muestren por separado por la idiosincrasia de cada ámbito asistencial.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

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

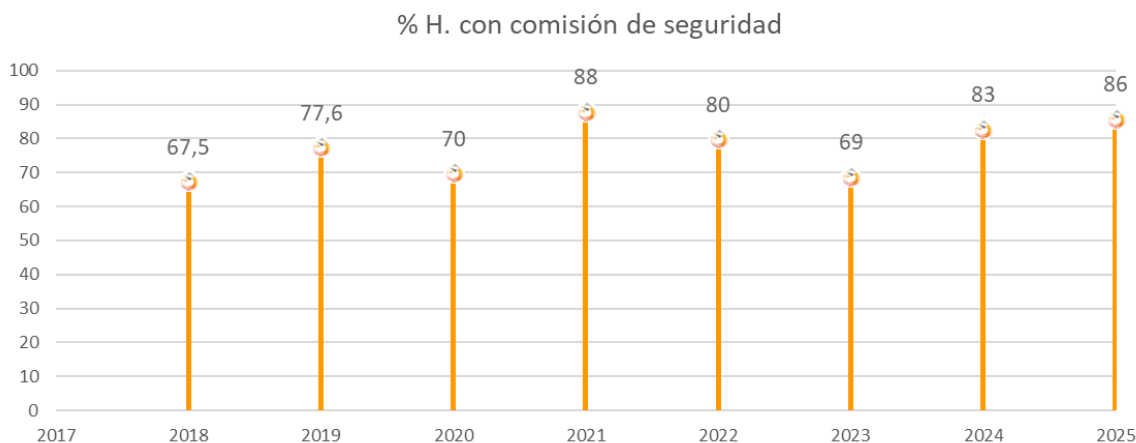
En este documento se presenta un resumen de los datos aportados por los centros de la actividad realizada durante el año 2025, de forma agregada y anonimizada, con el fin de generar conocimiento científico y difundir recomendaciones para la mejora continua.



# RESULTADOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

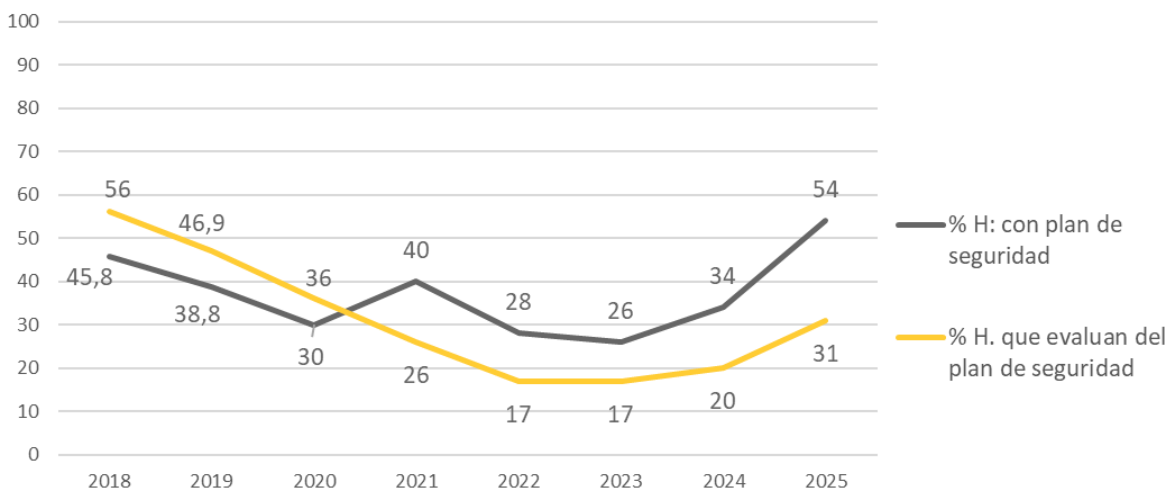
## Área Clave 1. Seguridad en la organización

En los resultados analizados para el año 2025, el 86% (N=30) de los centros sanitarios afirman tener una comisión de seguridad del paciente activa\*, aunque sólo el 43% de las mismas han tenido una frecuencia de reuniones de, al menos, 4 reuniones en el año, como se recomienda en el documento de [Gobernanza para la seguridad del paciente del SSPA](#) publicado por la ESSPA.



\*Se considera que la comisión está activa, cuando evidencian reuniones periódicas, se plantean objetivos anuales y éstos se evalúan.

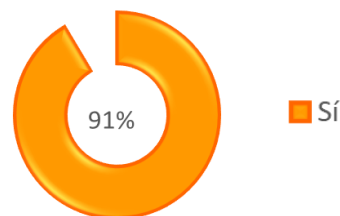
El 54% (N=19) de los centros sanitarios desarrollaron o actualizaron un plan de seguridad del paciente en 2025 con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales.



El 31% (N=11) afirman realizar una evaluación anual con los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales.

Por otro lado, 32 (91%) centros sanitarios afirman que incorporan objetivos de SP en los acuerdos de gestión de las unidades, lo que implica que en los hospitales andaluces haya 779 unidades con objetivos específicos de SP en sus acuerdos de gestión.

Objetivos de SP en Acuerdos de Gestión

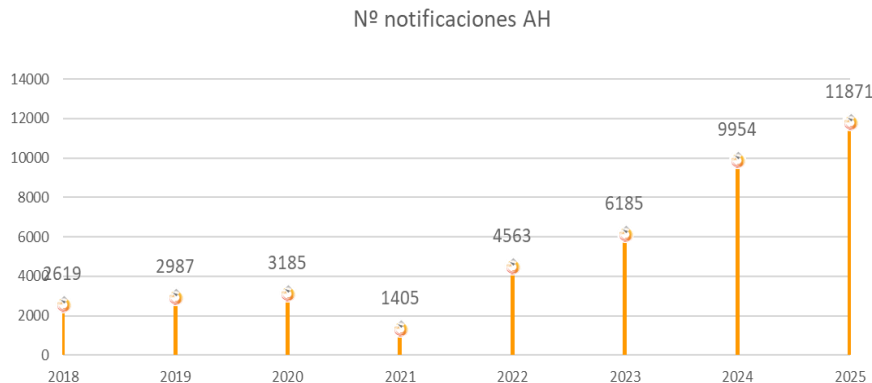
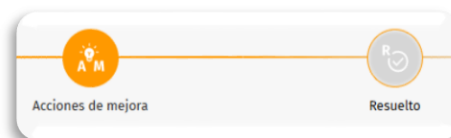


## Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

Respecto a la gestión de riesgos, el 100% (N=35) de los centros utilizan el sistema de notificación y aprendizaje de incidentes autonómico, notificASP. Tan sólo un centro utiliza, además, un sistema de notificación propio de la orden hospitalaria a la que pertenece a nivel nacional.



A lo largo del año 2025 se recibieron en notificASP un total de 11871 notificaciones de atención hospitalaria y se gestionaron (en fase de implementación de acciones de mejora o resueltas) el 91% de las mismas.



**91%**

El 74% (N=26) de los centros sanitarios realizaron, en 2025, un análisis y evaluación global a nivel de centro, de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha, con el

objetivo de identificar las áreas de mejora y posibles objetivos para la seguridad del paciente en el centro.

Entre los métodos más empleados para difundir los informes con este análisis, han sido:

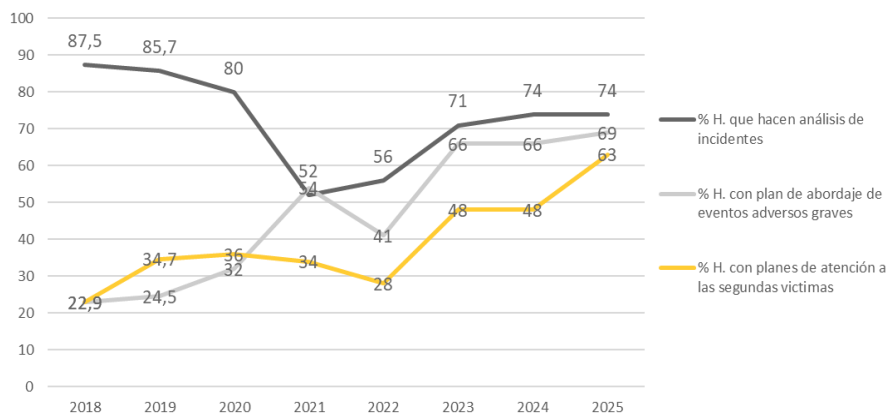
- Comisiones (N=22)
- Correo electrónico (N=14)
- Sesiones clínicas o de cuidados (N=12)

El 69% (N=24) de los centros hospitalarios de Andalucía disponen de un procedimiento de centro para el abordaje y gestión de los eventos adversos graves.

El 63% (N=22) de estos procedimientos de gestión de eventos adversos graves incorpora la atención a 2ª y 3ª víctimas.

En relación a la gestión proactiva de los riesgos, 632 unidades de gestión

hospitalarias disponen de un mapa de riesgos actualizado. Según los datos aportados por los centros, todos los centros sanitarios hospitalarios tienen al menos una unidad con el mapa de riesgos actualizado.

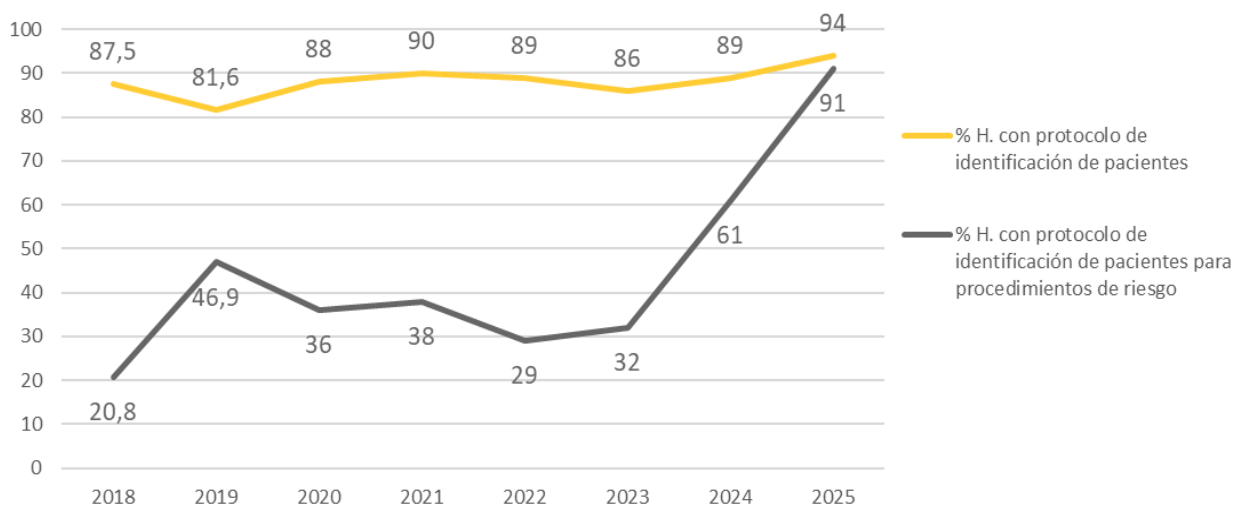




## Área clave 3. Atención integral segura

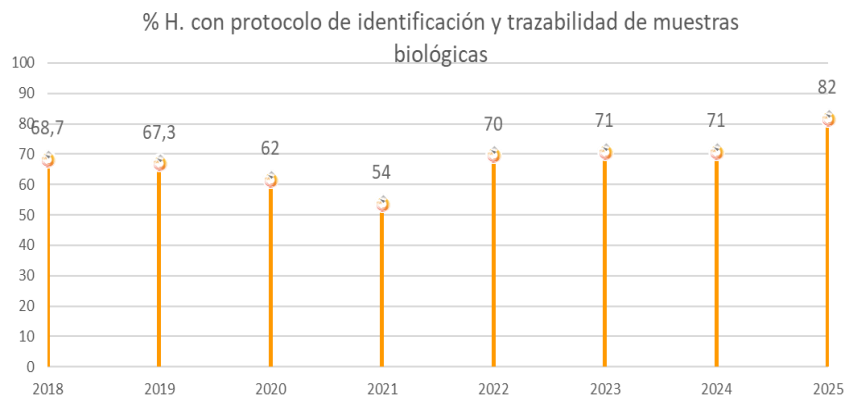
### *Identificación inequívoca y verificación de pacientes*

El 94% (N=33) de los centros hospitalarios disponen de un documento o protocolo que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación inequívoca de los pacientes y verificación. El 91% de estos procedimientos incluye cómo realizar la identificación inequívoca de los pacientes ante procedimientos de riesgo.

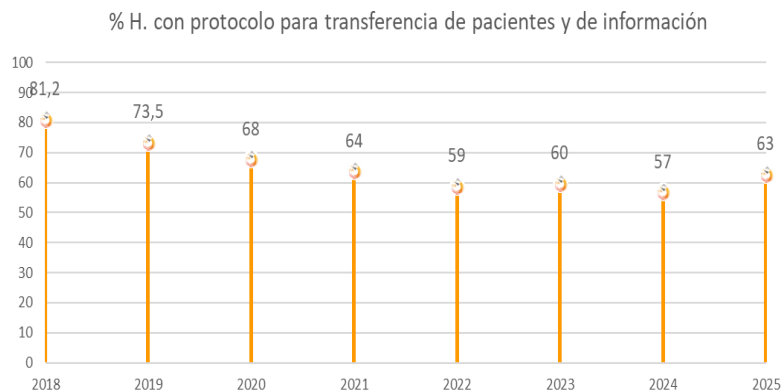


## Seguridad en las pruebas diagnósticas in vitro

El 82% (N=28) de los centros hospitalarios disponen de un documento o protocolo que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación y trazabilidad de muestras biológicas.



## Transferencia segura para el paciente



El 63% de los centros sanitarios (N=22) disponen 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.

## *Prevención de infecciones: Higiene de manos*

### **Indicadores Higiene de Manos (HM) sobre disponibilidad productos de base alcohólica en los puntos de atención al paciente**

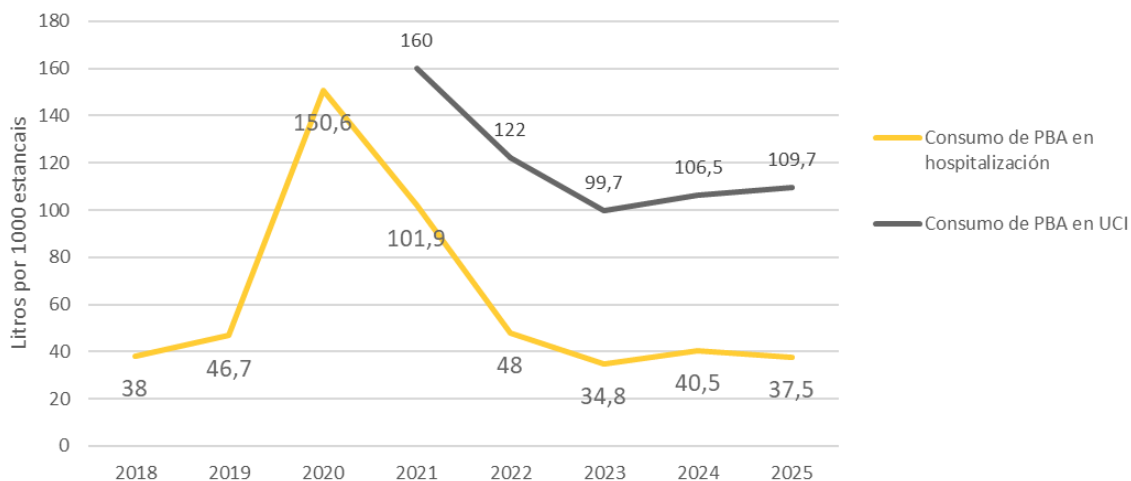
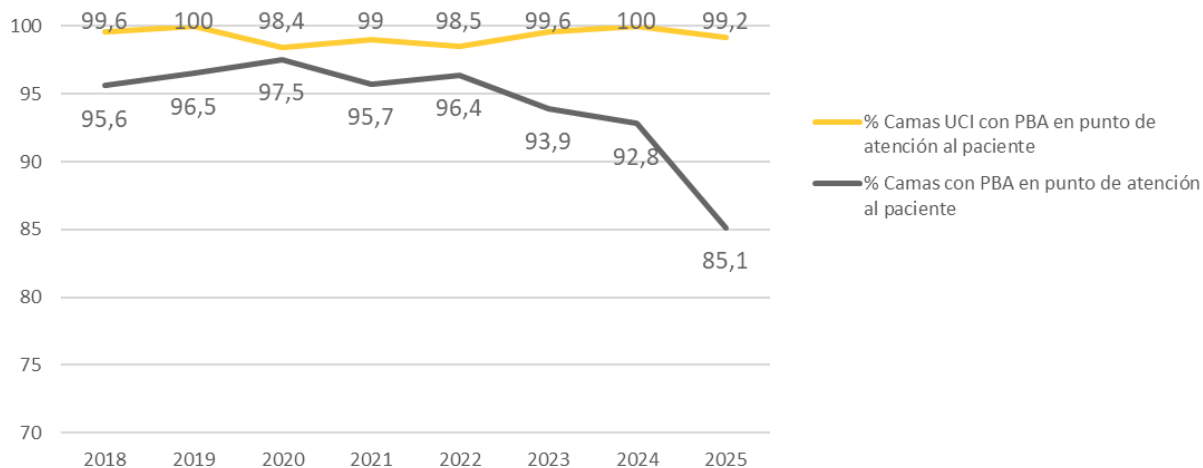
El 99,2% de las camas de cuidados intensivos hospitalarias (N=934) dispusieron de preparados de base alcohólica (PBA), fijos o de bolsillo en el punto de atención al paciente, incluyendo las de pediatría y neonatal. Los datos corresponden a 33 centros hospitalarios, ya que uno de los hospitales no tiene Unidad de Cuidados Intensivos.

El 85,1% de las camas hospitalarias (N=12.237) dispusieron 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.

### **Indicadores de HM de consumo PBA**

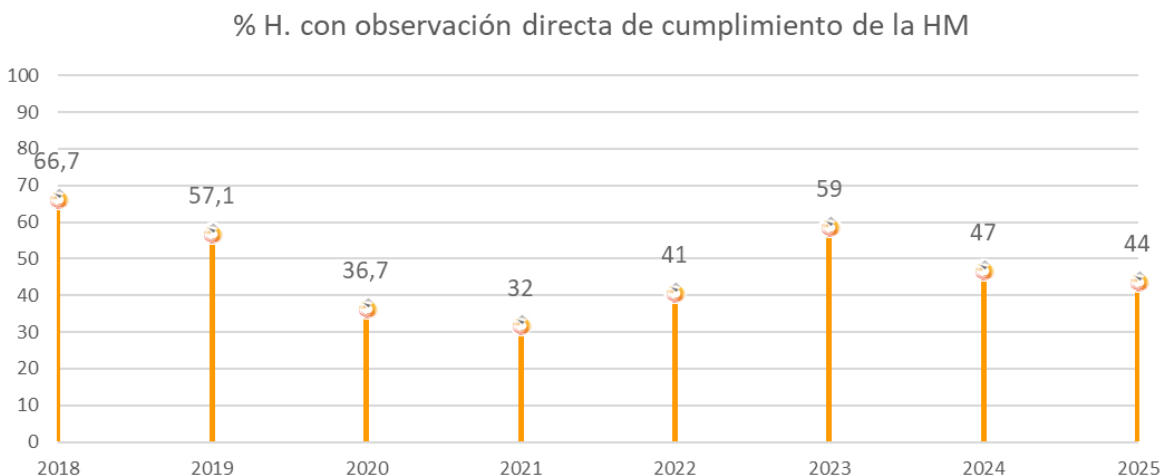
El consumo medio de productos de base alcohólica en hospitalización aportado por los centros es de 37,5 litros por 1000 estancias. En 11 hospitales utilizaron formato líquido, 6 utilizaron gel y en 14 utilizaron ambos formatos y 1 centro utiliza gel, líquido y espuma.

En las Unidades de Cuidados Intensivos, el consumo de productos de base alcohólica fue de 109,7 litros por cada 1000 estancias en UCI. Estos datos corresponden a 33 hospitales.



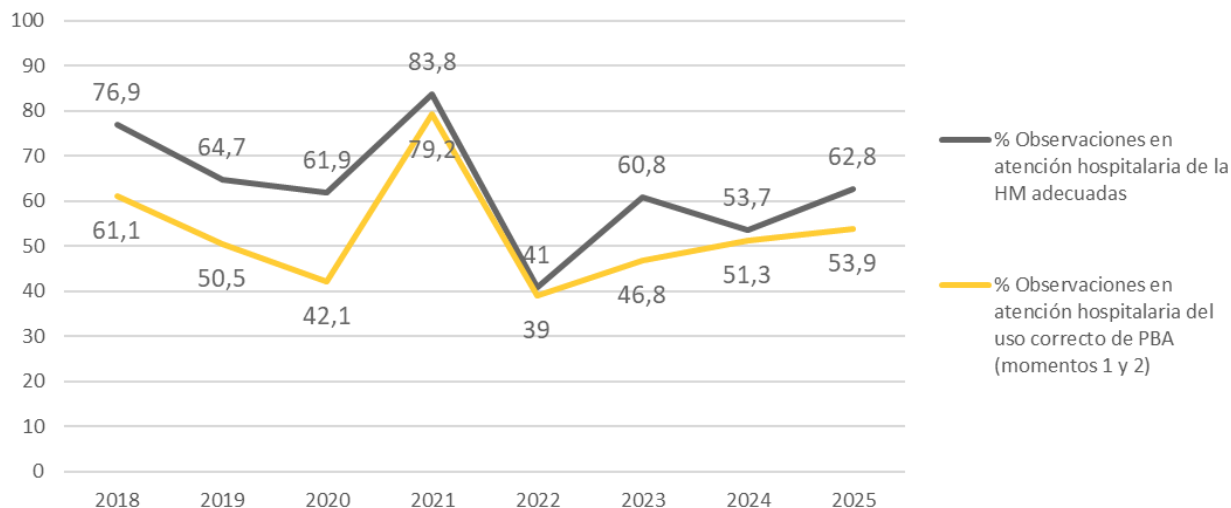
## Indicadores evaluación del cumplimiento de HM mediante la observación directa según metodología de la OMS

El 44% (N=15) 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.



En relación a los resultados de evaluación del cumplimiento de HM mediante la observación directa según metodología de la OMS, el 62,8% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA o con agua y jabón para los momentos 1 y 2.

El 53,9% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA para los momentos 1 y 2.



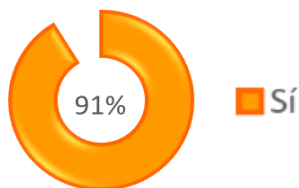
El 44% (N=15) de los hospitales cumplieron el cuestionario de autoevaluación de la higiene de las manos de la OMS, lo que les ha permitido hacer un diagnóstico para identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora. 4 centros han obtenido una calificación básica, 7 una calificación intermedia y 4 avanzada.

#### Cuestionario autoevaluación de la HM

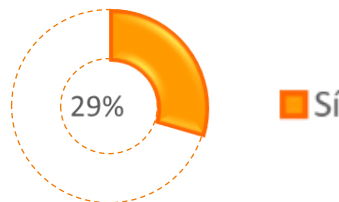


Por otro lado, el 91% (N=31) de los hospitales tienen identificado un profesional del centro referente coordinador de higiene de manos y el 29% (N=10) han puesto un plan de mejora de centro para la higiene de manos.

#### Referente coordinador de la HM

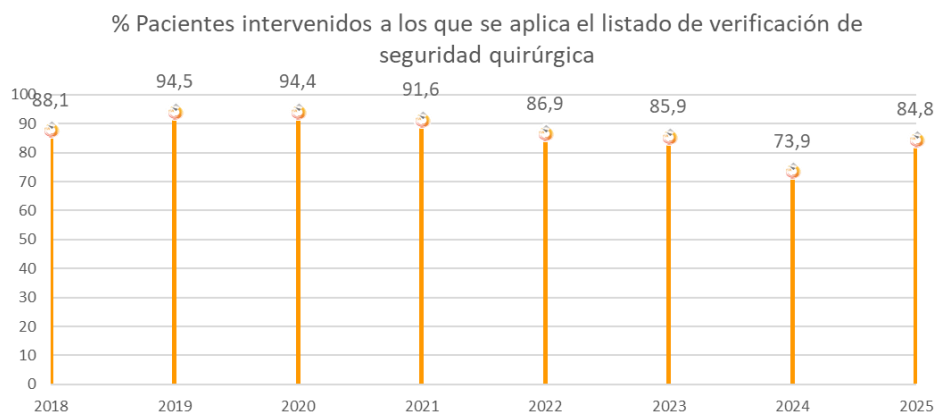


#### Plan de mejora para la HM



### Seguridad en el proceso quirúrgico

El porcentaje 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 84,8%. El número total de pacientes intervenidos es de 464.852. Han aportado información 33 de los hospitales.

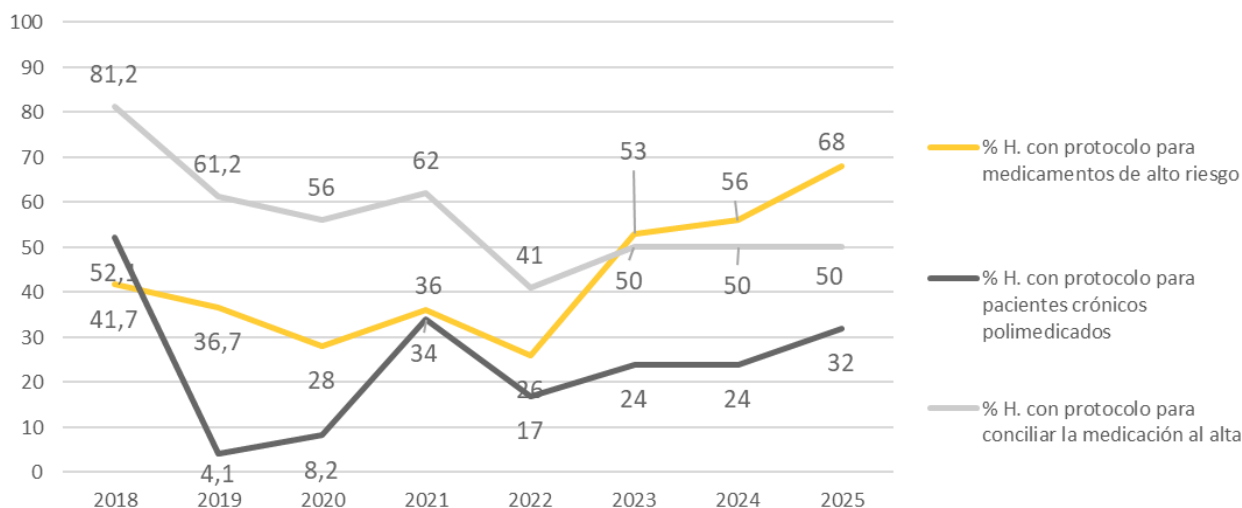


## Uso seguro del medicamento

El 68% (N=23) de los centros hospitalarios disponen de un protocolo actualizado para el manejo de medicamentos de alto riesgo (MAR).

El 32% (N=11) de los hospitales disponen de un documento que establece los procedimientos y circuitos para mejorar la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados.

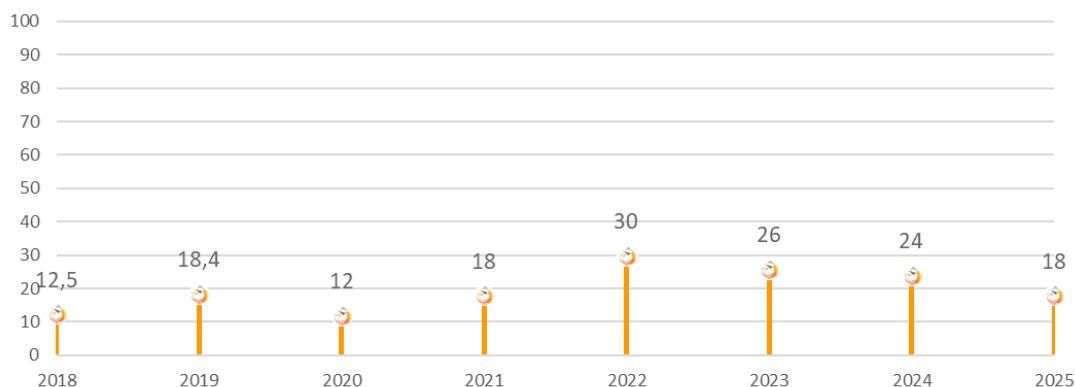
La mitad (N=17) de los centros tiene un procedimiento para conciliar la medicación al alta.





El 18% (N=6) de los hospitales han cumplimentado, en los 5 últimos años, el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos (ISMP) como herramienta para identificar puntos de riesgo y áreas de mejora destinadas a prevenir errores de medicación. De media, el porcentaje global de implantación de los ítems de evaluados en el cuestionario fue del 61,8%, variando entre el 46% y 100%.

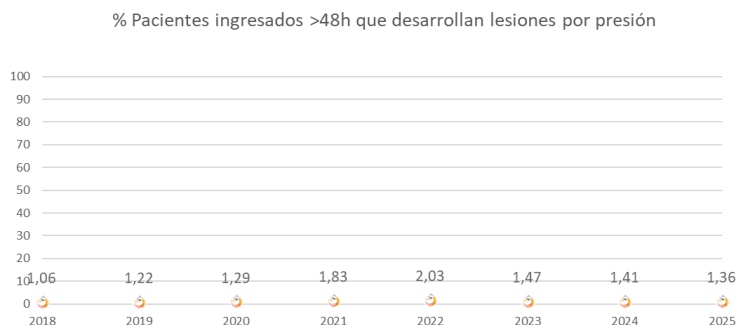
% H. con autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos



Con respecto a otros cuestionarios de autoevaluación publicados por el ISMP, 8 hospitales (24%) han autoevaluado la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, 5 (15%) hospitales se han autoevaluado en los aspectos de seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Urgencias y 2 (6%) hospitales en la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva. Ningún hospital ha realizado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos.

## Seguridad en la asistencia directa al paciente

El 1,36% de los pacientes con ingreso superior a 48 horas desarrollaron durante su estancia una lesión por presión. El número de pacientes con ingreso superior a 48 horas fue de 470.576 y el número de pacientes que desarrollan una úlcera por presión de 6.378.

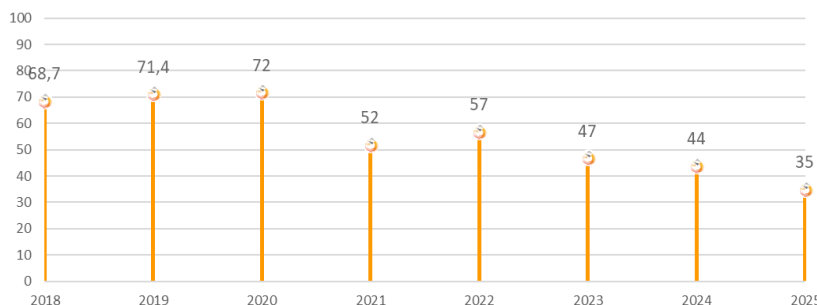


El 0,25% de pacientes hospitalizados sufrió una caída durante su estancia. El número de pacientes hospitalizados fue de 526.873 y el número de caídas registradas 1.292.



% H. con protocolo contención mecánica terapéutica

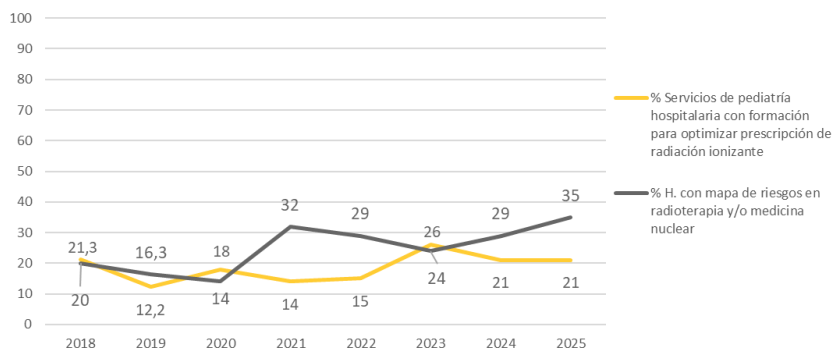
El 35% (N=12) de los hospitales dispusieron de un protocolo de los pasos a seguir para prevenir y recomendaciones para el uso seguro de contención mecánica terapéutica, entendida como aplicación de un sistema de inmovilización a pacientes agitados o desorientados ingresados.



### Uso seguro de radiaciones ionizantes

El 21% (N=7) de los hospitales cuenta con profesionales de pediatría con formación acreditada sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizante.

La totalidad de hospitales con Unidad de Medicina Nuclear (N=12) han realizado un mapa de riesgos de los procesos en radioterapia y/o medicina nuclear en los últimos cinco años.

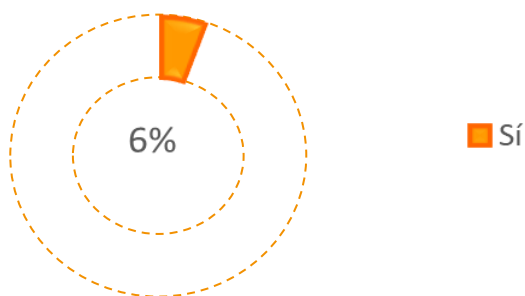


## Área clave 4. Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria

El 6% (N=2) de los hospitales han evaluado en los últimos 2 años, al menos una unidad de su centro, los sistemas de información que utiliza para mejorar la seguridad del paciente utilizando una herramienta basada en las recomendaciones de la guía SAFER.

En total, se han evaluado 3 unidades de atención hospitalaria.

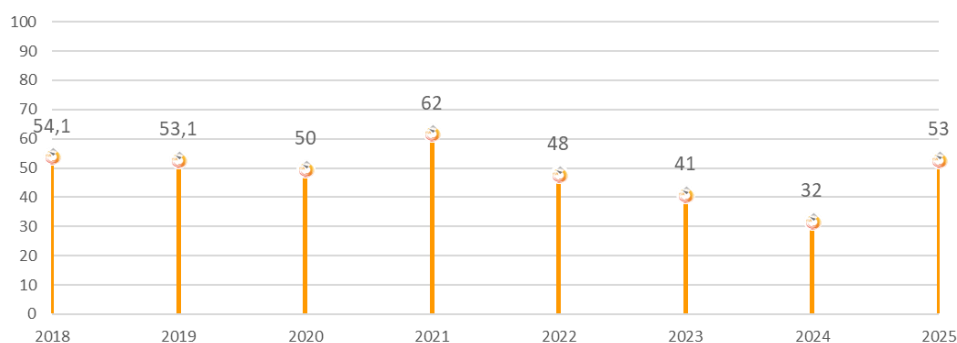
### Autoevaluación TIS



## Área clave 5. Implicación activa pacientes y ciudadanía

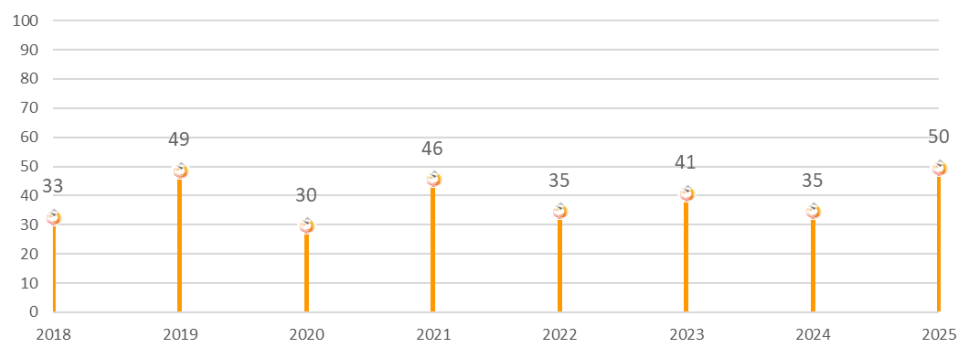
El 53% (N=18) de los centros hospitalarios tienen plan de acogida a pacientes en el que se incorporan aspectos relacionados con su seguridad.

% H. con plan de acogida que incorpora aspectos de SP



El 50% (N=17) de los hospitales han desarrollado actividades/campañas para sensibilizar a pacientes y ciudadanía en SP durante el 2025.

% H. con actividades formativas en SP para pacientes



## Área clave 6. Conocimiento e innovación en seguridad del paciente

En relación a la formación, el 91% (N=32) de los centros han incorporado en su plan de formación actividades específicas sobre seguridad del paciente.

Durante 2025, se han realizado a través de los planes de formación de los hospitales:

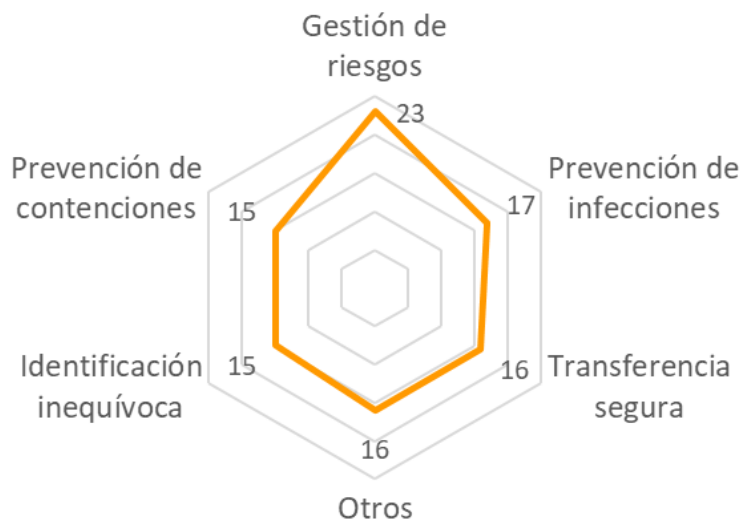


582 actividades formativas en SP realizadas.



13.655 profesionales formados.

Las áreas de conocimiento que más se han tratado en los planes de formación han sido:



Con respecto a la investigación, el 23% (N=8) de los hospitales tienen algún proyecto de investigación activo específico sobre seguridad del paciente. En total, hay 30 proyectos de investigación activos.

Las principales áreas de conocimiento en las que se están desarrollando proyectos de investigación son:

- Prevención de infecciones (N=3)
- Gestión de riesgos (N=2)
- Uso seguro de TIS (N=2).

## Conclusiones y recomendaciones

En 2025, se ha consolidado la implementación de gobernanza para la seguridad del paciente en los centros del Sistema Sanitario Público Andaluz, mediante la publicación de la Resolución 0009/26 del Servicio Andaluz de Salud aprobando las instrucciones para la implantación de la gobernanza para la Seguridad del Paciente en todos los centros de forma homogénea, e instando a las direcciones gerencias de los centros a verificar que esta implementación sea operativa.

Este hecho ha impulsado que mas de la mitad de los hospitales ya cuenten con un plan operativo de seguridad del paciente, adaptado a sus características e idiosincrasia, aspecto que se debe seguir impulsando hasta que todos los centros cuenten con uno, que además se evalúe y actualice periódicamente.

Respecto a las actividades de las Comisiones de Seguridad del Paciente, se debe seguir avanzando en su actividad, para que se establezcan reuniones periódicas, y que se trabaje con objetivos concretos y evaluables para poder desplegar los planes de seguridad en las unidades de gestión de cada hospital.

En el área clave de gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua, destaca el gran impulso a la notificación en notificASP y lo más importante a destacar, es que más del 90% de esas notificaciones están resueltas o en implementación de las acciones de mejora. Está gestión es realizada por los referentes de seguridad del paciente de las unidades y los centros del SSPA a nivel local.

Un aspecto clave a trabajar con las comisiones de seguridad de los centros es la de fomentar el análisis global de estas notificaciones, de forma que sirva de orientación a las comisiones de seguridad del paciente para identificar objetivos y áreas de mejora para priorizar en sus planes de seguridad del paciente. Si bien es cierto que desde notificASP, se dispone de la funcionalidad



de exportar toda la información y de generar informes con la información cuantitativa, son pocos centros los que han realizado una valoración cualitativa a ese estudio.

Respecto a las diferentes prácticas relacionadas con la atención integral segura, destacar las mejoras en identificación de pacientes en procedimientos de riesgos, en la integración de atención a la segunda víctima en la gestión de eventos adversos graves, mejoras en la transferencia de pacientes y el uso de los medicamentos de alto riesgo.

En relación a la Higiene de Manos, han disminuido el número de camas de hospitalización con disponibilidad de PBA y el consumo de PBA, lo cual es posible que se deba a la metodología de monitorización, no obstante, será un aspecto a vigilar y reforzar en los indicadores de 2026. Actualmente, casi todos los centros tienen designado un referente de HM en sus centros y el 29% de éstos ya han elaborado un plan de mejora específico para su centro.

En el área clave 4, son pocos los centros que han realizado la autoevaluación de los sistemas de información basada en las recomendaciones de la guía SAFER. En 2026 se ha hecho la migración de esta plataforma de autoevaluación a la página WebESSPA y se ha hecho formación a los referentes sobre su uso para fomentar esta buena práctica.

Por otro lado, para impulsar la implicación y participación de la ciudadanía en su seguridad, se debe seguir avanzando en actualizar los planes de acogida de los centros, donde se informe a los ciudadanos y pacientes de las diferentes estrategias para mejorar la seguridad propia durante el ingreso. También se deben seguir fomentando actividades de promoción de la cultura de SP, a través de sesiones, mesas informativas talleres, etc. Actualmente, sólo la mitad de los centros tienen la documentación actualizada, aspecto a impulsar en los planes de seguridad de los centros.

Por último, destacar que los centros siguen apostando por la formación y generación de conocimiento en seguridad del paciente, con 13655 profesionales formados localmente en sus planes de formación y 30 proyectos de investigación en SP activos.



# RESULTADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

## Área Clave 1. Seguridad en la organización

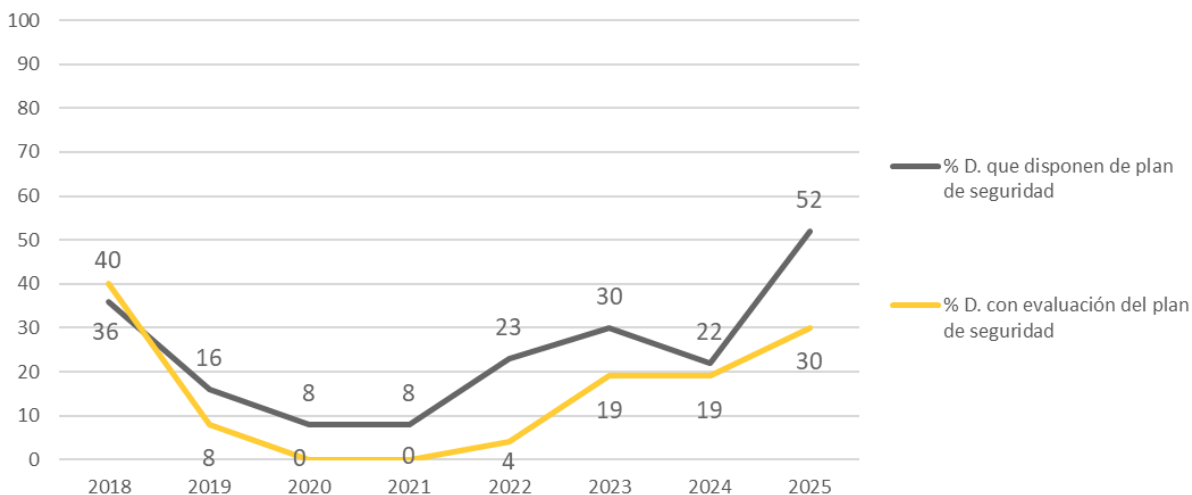
El 89% (N=24) de los distritos de atención primaria (Distritos Sanitarios y ámbito de atención primaria de la AGS) afirman tener una comisión de seguridad del paciente activa\*, aunque sólo el 26% (N=7) de las mismas han tenido una frecuencia de reuniones de al menos 4 reuniones en el año, como se recomienda en el documento de [Gobernanza para la seguridad del paciente del SSPA](#) publicado por la ESSPA y avalados con la Resolución 0009/26 del SAS.



\*Se considera que la comisión está activa, cuando evidencian reuniones periódicas, se plantean objetivos anuales y éstos se evalúan.

El 52% (N=14) de los distritos dispusieron en 2025 de un plan de seguridad con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales.

El 30% (N=8) han realizado una evaluación del plan de seguridad que describe los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales.



25 DAP afirman que incorporan objetivos de SP en los acuerdos de gestión de las unidades, habiendo un total de 370 unidades de atención primaria con objetivos de SP en sus acuerdos de gestión.

### Objetivos de SP en Acuerdos de Gestión

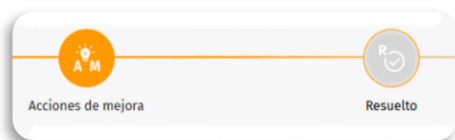


## Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

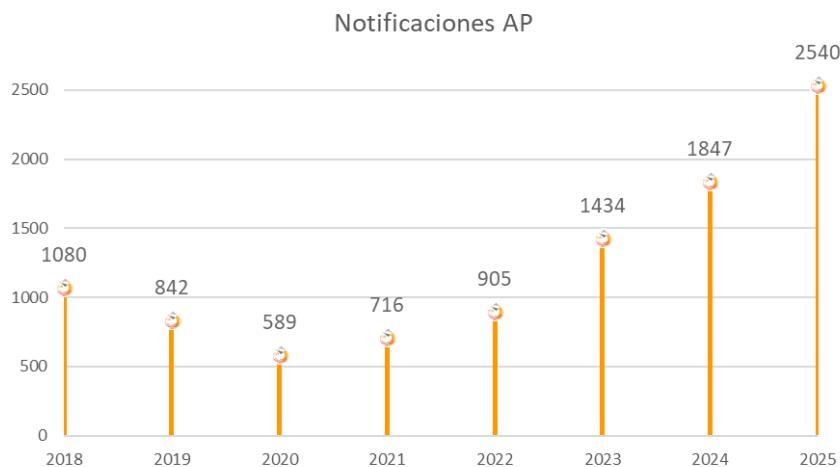


Todos los distritos (N=27) utilizan el sistema de notificación y aprendizaje de incidentes autonómico.

En el año 2025 se realizaron 2540 notificaciones de incidentes en los centros de atención primaria.



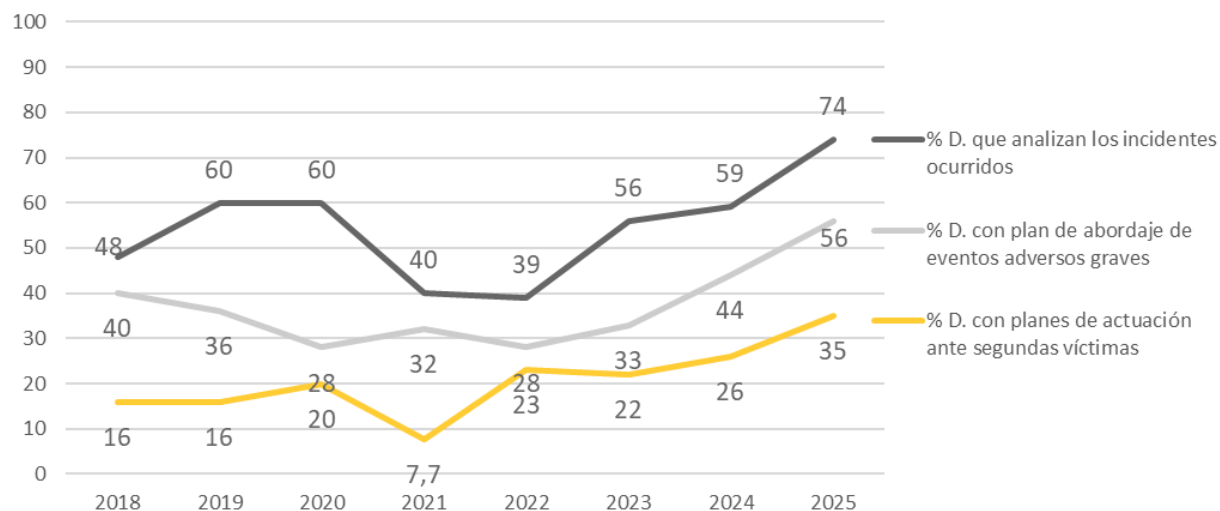
Se gestionaron (en fase de implementación de acciones de mejora o resueltos) el 89% de los incidentes notificados.



**89%**

El 74% (N=20) de los DAP realizaron, en 2025, un informe anual sobre la gestión de incidentes del centro. Estos informes se difundieron a los profesionales del centro principalmente a través de las comisiones (N=16), sesiones clínicas o de cuidados (N=13) y correo electrónico (N=8).

El 56% (N=15) dispusieron de un procedimiento para el abordaje y gestión de eventos adversos graves y el 35% (N=11) de los DAP incluyen en el procedimiento la atención a 2ª y 3ª víctimas.



El 85% de los distritos han realizado mapa de riesgos en algunas de sus unidades. En total hay 214 unidades de atención primaria con un mapa de riesgos.

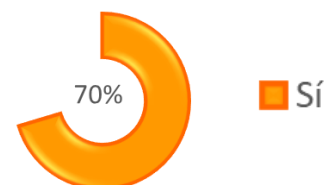


## Área clave 3. Atención integral segura

### Identificación inequívoca y verificación del paciente

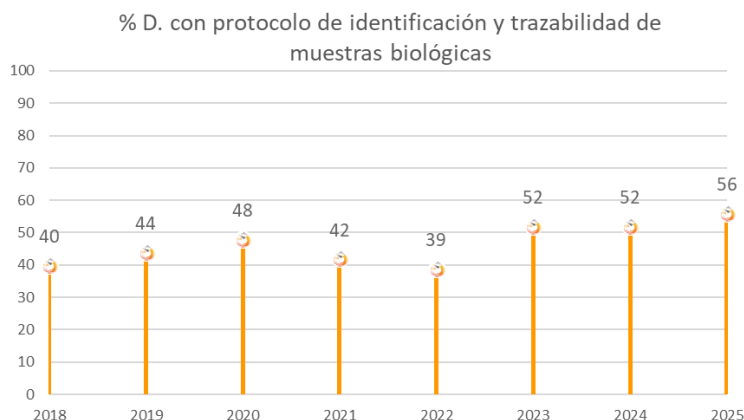
El 70% (N=19) de los distritos disponen de un procedimiento para la identificación inequívoca de los pacientes, mientras que el 59% (N=16) de los distritos incluyen la identificación inequívoca de los pacientes ante procedimientos de riesgo.

#### Identificación inequívoca del paciente



### Seguridad en las pruebas diagnósticas in vitro

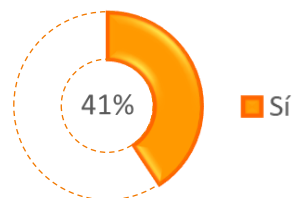
El 56% (N=15) de los distritos existe un procedimiento para garantizar la identificación y trazabilidad adecuada de muestras biológicas.



## Transferencia segura para el paciente

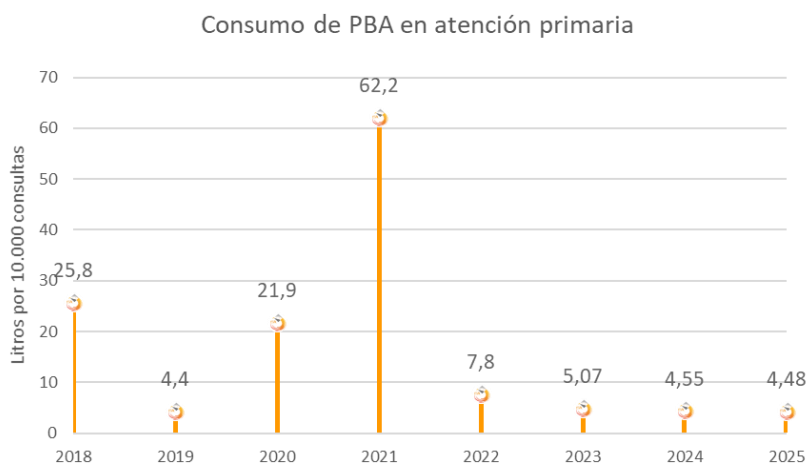
El 41% (N=11) de los DAP disponen de un procedimiento para la transferencia segura de la información y de los pacientes.

### Transferencia segura



## Prevención de infecciones: Higiene de manos

El consumo medio de productos de base alcohólica en atención primaria durante 2025 ha sido de 4,48 litros por cada 10.000 consultas. El número de consultas asciende a 62.980.373 y el número de litros de PBA a 28.230. 9 centros de atención primaria utilizan PBA en formato líquido, 7 utilizan PBA gel y en 11 utilizan ambos formatos.



En relación a la evaluación del cumplimiento de HM mediante la observación directa según metodología de la OMS, 2 distritos de atención primaria han afirmado hacer observación de higiene de manos.

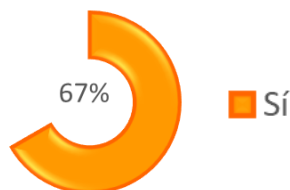
Resultado:

- El 73,0% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA o con agua y jabón para los momentos 1 y 2.
- El 52,5% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA para los momentos 1 y 2.

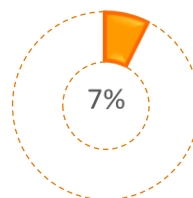
3 distritos han cumplimentado el cuestionario de autoevaluación de la higiene de las manos de la OMS, lo que les ha permitido hacer un diagnóstico para identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora, 2 distritos han obtenido un nivel de higiene de las manos básico y 1 intermedio.

El 67% (N=18) de los distritos disponen de un referente coordinador de higiene de manos y el 7% (N=2) han puesto en marcha un plan de mejora para la higiene de manos en el distrito.

Referente coordinador de la HM



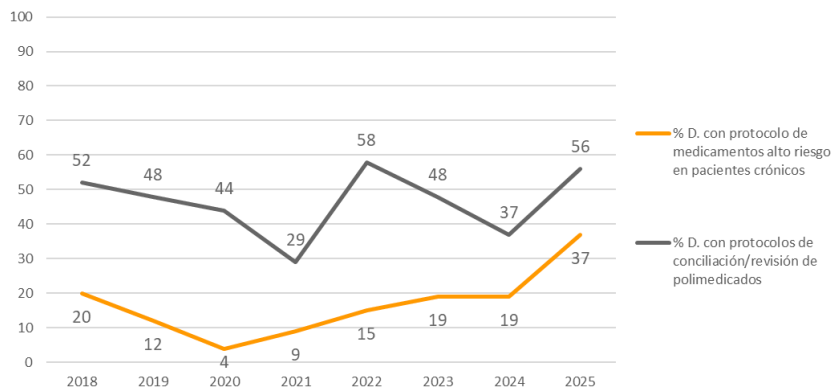
Plan de mejora para la HM



## Uso seguro del medicamento

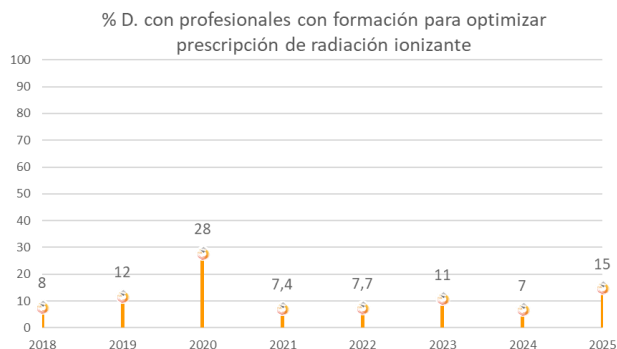
El 37% (N=10) de los DAP disponen de un protocolo actualizado en 2025 para el manejo de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC).

En el 56% (N=15) de los distritos existe un procedimiento para la conciliación, revisión y adecuación de la medicación en pacientes.



## Uso seguro de radiaciones ionizantes

El 15% (N=4) de los distritos afirman que algún profesional ha recibido en los últimos tres años alguna formación acreditada sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.

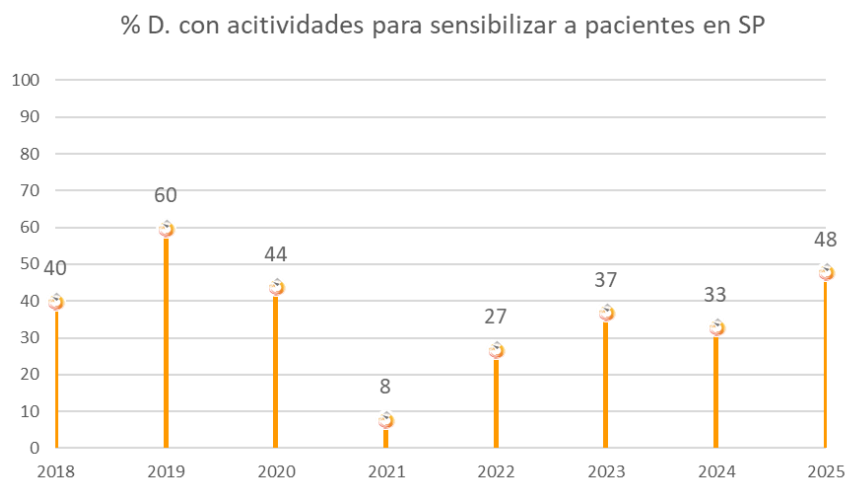


## Área clave 4. Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria

Ningún distrito ha evaluado en los últimos 2 años los sistemas de información que utilizan para mejorar la seguridad del paciente utilizando una herramienta basada en las recomendaciones de la guía SAFER.

## Área clave 5. Implicación activa de pacientes y ciudadanía

El 48% (N=13) han realizado alguna actividad/campaña para sensibilizar a pacientes y ciudadanía en seguridad del paciente durante 2025.



## Área clave 6. Conocimiento e innovación en seguridad del paciente

El 78% (N=21) de los centros han incorporado en su plan de formación actividades específicas sobre seguridad del paciente.

Durante 2025, se han realizado a través de los planes de formación de AP:

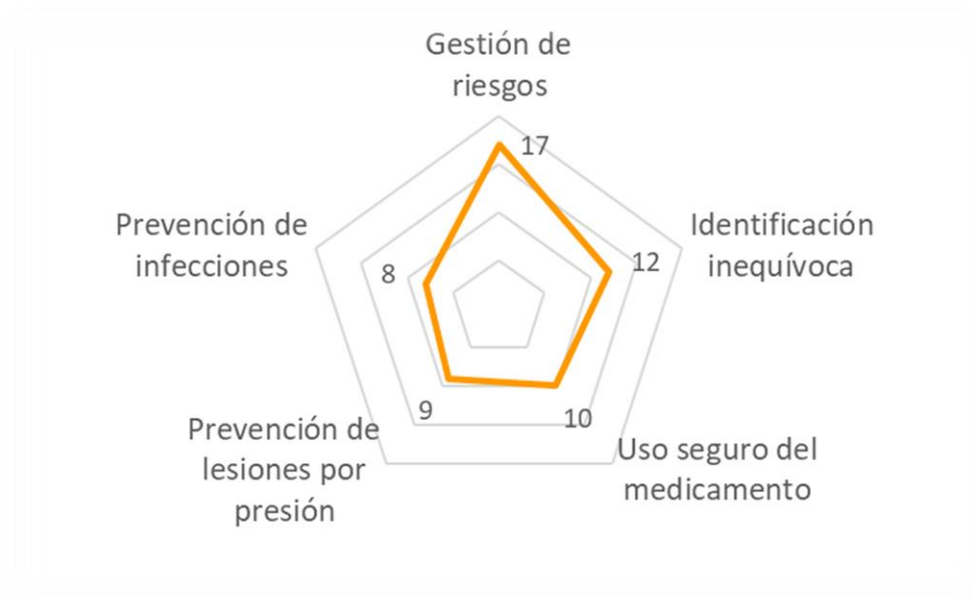


470 actividades formativas en SP.



11853 profesionales formados.

Las áreas de conocimiento que más se han tratado en los planes de formación han sido:



El 22% de los distritos (N=6) afirman tener algún proyecto de investigación activo sobre seguridad del paciente. Entre todos los distritos hay 9 proyectos de investigación activos: 5 sobre uso seguro del medicamento, 2 sobre prevención de infecciones, 1 sobre prevención de caídas y otro de otra temática.

En el 37% de los distritos (N=10), se realiza formación en SP en los institutos de FP de la rama sanitaria.

Las materias impartidas están relacionadas con:

- Gestión de riesgos y notificación de incidentes (N=6)
- Prevención de infecciones (N=5)
- Identificación inequívoca del paciente (N=5)
- Uso seguro del medicamento (N=3)

## Conclusiones y recomendaciones

En atención primaria también se ha avanzado en la implementación de gobernanza para la seguridad del paciente en los centros del Sistema Sanitario Público Andaluz. Actualmente casi todos los centros han incorporados objetivos específicos en SP en sus acuerdos de gestión clínica, impulsando la SP como una estrategia fundamental en todos los ámbitos sanitarios. Otro avance clave ha sido en el desarrollo de planes de seguridad. Actualmente el 50% de los distritos ya cuentan con un plan de seguridad del paciente operativo propio.

Respecto a las actividades de las Comisiones de Seguridad del Paciente, se debe seguir avanzando en que sean activas: que se establezcan reuniones periódicas y que se trabaje con objetivos concretos y evaluables para poder desplegar los planes de seguridad en las unidades de gestión de cada centro. En 2025, el 89% de los distritos de atención primaria ya contaban con una comisión del paciente activa, más del doble que en 2021.

En el área clave de gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua, se sigue impulsando la notificación desde el ámbito de atención primaria y el 89% de esas notificaciones han sido gestionadas por los referentes de seguridad del paciente de las unidades a nivel local.

En atención primaria también se debe fomentar la realización de un análisis global de las notificaciones a través de las comisiones de seguridad de los centros, de forma que sirva de orientación a las comisiones de seguridad del paciente para identificar objetivos y áreas de mejora para priorizar en sus planes de seguridad del paciente.

Respecto a las diferentes prácticas relacionadas con la atención integral segura, casi todas las prácticas seguras han tenido una tendencia ascendente en 2025. Destacar las mejoras en las buenas prácticas relacionadas con la gestión de riesgos y el uso seguro del medicamento.



Los distritos deben impulsar la autoevaluación periódica de sus sistemas de información mediante la utilización de las guías SAFER, como herramienta clave para identificar oportunidades de mejora, reforzar la seguridad y optimizar el uso de las tecnologías de la información en la práctica asistencial.

En los aspectos relacionados con la implicación y participación de la ciudadanía en su seguridad, casi la mitad de los distritos en 2025 programaron actividades de promoción de la cultura de SP, a través de sesiones, mesas informativas, talleres, etc. Aspecto a seguir potenciando como un elemento clave para mejorar la seguridad de los pacientes.

Por último, destacar que los centros han formado a través de los planes de formación propios 11853 profesionales, actualmente hay 7 proyectos de investigación activos y 10 distritos de atención primaria han realizado formación en los centros de formación profesional de rama sanitaria de su área de influencia, contribuyendo a la generación de conocimiento en seguridad del paciente.



# LISTADO INDICADORES Y EVOLUCIÓN 2016-2025

## Área clave 1: Seguridad en la organización

|                                                                | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|----------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % H. con comisión de seguridad *                               |      |      | 67,5 | 77,6 | 70,0 | 88,0 | 80,0 | 69,0 | 83,0 | 86,0 |
| % D. con comisión de seguridad *                               |      |      | 52,0 | 36,0 | 36,0 | 41,0 | 69,0 | 56,0 | 85,0 | 89,0 |
| % H. que disponen de plan de seguridad *                       |      |      | 45,8 | 38,8 | 30,0 | 40,0 | 28,0 | 26,0 | 34,0 | 54,0 |
| % H. que evalúan el plan de seguridad *                        |      |      | 56,0 | 46,9 | 36,0 | 26,0 | 17,0 | 17,0 | 20,0 | 31,0 |
| % D. que disponen de plan de seguridad *                       |      |      | 36,0 | 16,0 | 8,0  | 8,0  | 23,0 | 30,0 | 22,0 | 52,0 |
| % D. que evalúan el plan de seguridad *                        |      |      | 40,0 | 8,0  | 0    | 0    | 4,0  | 19,0 | 19,0 | 30,0 |
| % H. que incluyen objetivos relacionados con la SP en los AG** |      |      |      |      |      | 84,0 | 78,3 | 86,0 | 91,0 | 91,0 |
| % D. que incluyen objetivos relacionados con la SP en los AG** |      |      |      |      |      | 70,4 | 73,1 | 74,0 | 74,0 | 93,0 |

H.: Hospitales

D.: Distritos

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

\*\* Indicador recogido por primera vez en 2021

## Área clave 2: Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

|                                                              | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % H. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes | 100  | 100  | 100  | 93,9 | 96,0 | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| % D. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| % H. que hacen análisis de incidentes                        | 84,8 | 91,3 | 87,5 | 85,7 | 80,0 | 52,0 | 56,0 | 71,0 | 74,0 | 74,0 |
| % D. que hacen análisis de incidentes                        | 60   | 76   | 48,0 | 60,0 | 60,0 | 40,0 | 39,0 | 56,0 | 59,0 | 74,0 |
| % H. con plan de abordaje de eventos adversos graves *       |      |      | 22,9 | 24,5 | 32,0 | 54,0 | 41,0 | 66,0 | 66,0 | 69,0 |
| % D. con plan de abordaje de eventos adversos graves *       |      |      | 40   | 36,0 | 28,0 | 32,0 | 28,0 | 33,0 | 44,0 | 56,0 |
| % H. con planes de atención a las segundas víctimas *        |      |      | 22,9 | 34,7 | 36,0 | 34,0 | 28,0 | 48,0 | 46,0 | 63,0 |
| % D. con planes de actuación ante segundas víctimas *        |      |      | 16,0 | 16,0 | 20,0 | 7,7  | 23,0 | 22,0 | 26,0 | 35,0 |

H.: Hospitales

D.: Distritos

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

## Área clave 3: Atención integral segura

### Identificación inequívoca y verificación de pacientes

|                                                                                    | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % H. con protocolo de identificación de pacientes                                  | 95,6 | 100  | 87,5 | 81,6 | 88,0 | 90,0 | 89,0 | 86,0 | 89,0 | 94,0 |
| % D. con protocolo de identificación de pacientes**                                |      |      |      |      |      |      |      | 48,0 | 67,0 | 70,0 |
| % H. con protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo *  |      |      | 20,8 | 46,9 | 36,0 | 38,0 | 29,0 | 32,0 | 61,0 | 91,0 |
| % D. con protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo ** |      |      |      |      |      |      |      | 26,0 | 41,0 | 59,0 |

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos

\*\* Indicador recogido por primera vez en 2023

### Seguridad en las pruebas diagnósticas in vitro

|                                                                              | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % H. con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas * |      |      | 68,7 | 67,3 | 62,0 | 54,0 | 70,0 | 71,0 | 71,0 | 82,0 |
| % con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *    |      |      | 40,0 | 44,0 | 48,0 | 42,0 | 39,0 | 52,0 | 52,0 | 56,0 |

H.: Hospitales

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

## Transferencia segura para el paciente

|                                                                        | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % H. con protocolo para transferencia de pacientes y de información *  |      |      | 81,2 | 73,5 | 68,0 | 64,0 | 59,0 | 60,0 | 57,0 | 63,0 |
| % D. con protocolo para transferencia de pacientes y de información ** |      |      |      |      |      |      |      | 15,0 | 26,0 | 41,0 |

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

\*\* Indicador recogido por primera vez en 2023

## Higiene de manos (HM)

|                                                             | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020  | 2021  | 2022 | 2023 | 2024  | 2025  |
|-------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|-------|------|------|-------|-------|
| % Camas UCI con PBA en punto de atención al paciente        | 100  | 100  | 99,6 | 100  | 98,4  | 99,0  | 98,5 | 99,6 | 100   | 99,2  |
| % Camas con PBA en punto de atención al paciente            | 97,8 | 97,5 | 95,6 | 96,5 | 97,5  | 97,5  | 96,4 | 93,9 | 92,8  | 85,1  |
| Consumo de PBA en hospitalización <sup>1</sup>              | 32,6 | 32,7 | 38,0 | 46,7 | 150,6 | 101,9 | 48   | 34,8 | 40,5  | 37,5  |
| Consumo de PBA en UCI <sup>1</sup>                          |      |      |      |      |       | 160   | 122  | 99,7 | 106,5 | 109,7 |
| Consumo de PBA en atención primaria <sup>2</sup>            | 18,4 | 23,0 | 25,8 | 4,4  | 21,9  | 62,2  | 7,8  | 5,07 | 4,55  | 4,48  |
| % H. con observación directa de cumplimiento de la HM       | 78,3 | 86,9 | 66,7 | 57,1 | 36,7  | 32,0  | 41,0 | 59,0 | 47,0  | 44,0  |
| % Observaciones en atención hospitalaria de la HM adecuadas | 61,5 | 50,3 | 76,9 | 64,7 | 61,9  | 83,8  | 41,0 | 60,8 | 53,7  | 62,8  |

|                                                                                   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Observaciones en atención hospitalaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2) | 47,8 | 35,5 | 61,1 | 50,5 | 42,1 | 79,2 | 39,0 | 46,8 | 51,3 | 53,9 |
| % D. con observación directa de cumplimiento de la HM *                           |      |      | 12,0 | ND   | ND   | ND   | 3,8  | 4,0  | 7,4  | 7,4  |
| % Observaciones en atención primaria de la HM adecuadas *                         |      |      | 12,4 | ND   | ND   | ND   | 72,0 | 77,0 | 56,7 | 73,0 |
| % Observaciones en atención primaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2) *   |      |      | 66,0 | ND   | ND   | ND   | 46,0 | 77,0 | 37,2 | 52,5 |
| % H. realizado cuestionario HM de la OMS**                                        |      |      |      |      |      | 54,0 | 32,0 | 34,0 | 32,0 | 44,0 |
| % D. realizado cuestionario HM de la OMS**                                        |      |      |      |      |      | 29,6 | 15,0 | 4,0  | 22,2 | 11,1 |
| % H. con referente coordinador de HM***                                           |      |      |      |      |      |      |      |      | 82,0 | 91,0 |
| % H. con plan de mejora para la HM***                                             |      |      |      |      |      |      |      |      | 15,0 | 29,0 |
| % D. con referente coordinador de HM***                                           |      |      |      |      |      |      |      |      | 63,0 | 67,0 |
| % D. con plan de mejora para la HM***                                             |      |      |      |      |      |      |      |      | 7,0  | 7,0  |

\* Indicador recogido por primera vez en 2018      H.: Hospitales      D.: Distritos      ND: Datos no disponibles.

\*\* Indicador recogido por primera vez en 2021      \*\*\* Indicador recogido por primera vez en 2024

<sup>1</sup> litros por 1.000 estancias      <sup>2</sup> litros por 10.000 consultas

## Seguridad en el proceso quirúrgico

|                                                                                                 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Pacientes intervenidos a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica | 97,5 | 87,7 | 88,1 | 94,4 | 94,4 | 91,6 | 86,9 | 85,9 | 73,9 | 84,8 |

## Uso seguro del medicamento

|                                                                                                              | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % H. con protocolo para medicamentos de alto riesgo                                                          | 58,7 | 50,0 | 41,7 | 36,7 | 28,0 | 36,0 | 26,0 | 53,0 | 56,0 | 68,0 |
| % D. con protocolo de medicamentos alto riesgo en pacientes crónicos *                                       |      |      | 20,0 | 12,0 | 4,0  | 9,0  | 15,0 | 19,0 | 19,0 | 37,0 |
| % H. con protocolo para pacientes crónicos polimedicados *                                                   |      |      | 52,1 | 4,1  | 8,2  | 34,0 | 17,0 | 24,0 | 24,0 | 32,0 |
| % H. con protocolo para conciliar la medicación al alta                                                      | 78,3 | 84,7 | 81,2 | 61,2 | 56,0 | 62,0 | 41,0 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| % D. con protocolos de conciliación/revisión de polimedicados *                                              |      |      | 52,0 | 48,0 | 44,0 | 29,0 | 58,0 | 48,0 | 37,0 | 56,0 |
| % H. con autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos                                           | 23,9 | 21,7 | 12,5 | 18,4 | 12,0 | 18,0 | 30,0 | 26,0 | 24,0 | 18,0 |
| % H. con autoevaluación de la seguridad de los medicamentos de alto riesgo**                                 |      |      |      |      |      |      |      |      | 0    | 24,0 |
| % H. con autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Urgencias**          |      |      |      |      |      |      |      |      | 12,0 | 15,0 |
| % H. con autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva** |      |      |      |      |      |      |      |      | 3,0  | 6,0  |
| % H. con autoevaluación de la seguridad de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos**      |      |      |      |      |      |      |      |      | 4,0  | 0    |

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos

\*\* Indicador recogido por primera vez en 2025



## Seguridad en la asistencia directa al paciente

|                                                                   | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Pacientes ingresados >48h que desarrollan úlceras por presión * |      |      | 1,06 | 1,22 | 1,29 | 1,83 | 2,03 | 1,47 | 1,41 | 1,36 |
| % Caídas en pacientes hospitalizados *                            |      |      | 0,19 | 0,41 | 0,35 | 0,22 | 0,26 | 0,19 | 0,24 | 0,25 |
| % H. con protocolo contención mecánica terapéutica *              |      |      | 68,7 | 71,4 | 72,0 | 52,0 | 57,0 | 47,0 | 44,0 | 35,0 |

H.: Hospitales

D.: Distritos

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

## Uso seguro de radiaciones ionizantes

|                                                                                           | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Servicios de pediatría hospitalaria con formación para optimizar prescripción de RRII * |      |      | 21,3 | 12,2 | 18,0 | 14,0 | 15,0 | 26,0 | 21,0 | 21,0 |
| % con formación para optimizar prescripción de RRII *                                     |      |      | 8,0  | 12,0 | 28,0 | 7,4  | 7,7  | 11,0 | 7,0  | 15,0 |
| % H. con mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear *                           |      |      | 20,0 | 16,3 | 14,0 | 32,0 | 29,0 | 26,0 | 29,0 | 35,0 |

H.: Hospitales

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

## Área clave 4: Seguridad del paciente y TIS

|                                                    | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 22 | 2023 | 2024 | 2025 |
|----------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|----|------|------|------|
| % H. que han evaluado los sistemas de información* |      |      |      |      |      |      |    | 11,0 | 17,0 | 6,0  |
| % D. que han evaluado los sistemas de información* |      |      |      |      |      |      |    | 0    | 7,4  | 0    |

H.: Hospitales

D.: Distritos

\* Indicador recogido por primera vez en 2023

## Área clave 5: Implicación activa del paciente y ciudadanía

|                                                                        | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % H. con plan de acogida que incorporan aspectos de SP*                |      |      | 54,1 | 53,1 | 50,0 | 62,0 | 48,0 | 41,0 | 32,0 | 53,0 |
| % H. con actividades para sensibilizar a pacientes y ciudadanía en SP* |      |      | 33,3 | 49,0 | 30,0 | 46,0 | 35,0 | 41,0 | 35,0 | 50,0 |
| % D. con para sensibilizar a pacientes y ciudadanía en SP*             |      |      | 40,0 | 60,0 | 44,0 | 8,0  | 27,0 | 37,0 | 33,0 | 48,0 |

H.: Hospitales

D.: Distritos

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

## Área clave 6: Conocimiento e innovación

|                                                       | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023  | 2024  | 2025  |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| % con actividades de SP en el plan de formación*      |      |      |      |      |      |      | 91,0  | 91,0  | 91,0  |
| Nº actividades formativas en H.*                      |      |      |      |      |      |      | 812   | 967   | 582   |
| Nº profesionales formados en H.                       |      |      |      |      |      |      | 16887 | 16303 | 13655 |
| % D. con actividades de SP en el plan de formación *  |      |      |      |      |      |      | 70,0  | 74,0  | 78,0  |
| Nº actividades formativas en D.*                      |      |      |      |      |      |      | 363   | 405   | 470   |
| Nº profesionales formados en D.                       |      |      |      |      |      |      | 6754  | 9352  | 11853 |
| % H. con proyectos de investigación activos sobre SP* |      |      |      |      |      |      | 29,0  | 26,0  | 23,0  |
| % con proyectos de investigación activos sobre SP*    |      |      |      |      |      |      | 22,0  | 7,4   | 22,0  |
| % D. con formación en SP en los institutos de FP**    |      |      |      |      |      |      |       | 26,0  | 37,0  |

H.: Hospitales

D.: Distritos

\* Indicador recogido por primera vez en 2023

\*\* Indicador recogido por primera vez en 2024

# AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este informe responde a un proceso planificado, participativo y multidisciplinar de la Estrategia para la Seguridad del Paciente junto con todos los centros de atención hospitalaria y atención primaria del SSPA.

El contenido que se muestra anualmente es un reflejo de los compromisos de la Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias y el Servicio Andaluz de Salud con la seguridad de los pacientes, que se despliega en un contexto de alianzas, responsabilidad compartida e implicación de los equipos directivos, profesionales y centros, así como de los niveles de gestión y decisión de política sanitaria para la mejora de la seguridad del paciente.

Por ello, aprovechamos para agradecer a la dirección gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS), a los equipos directivos de todos los centros sanitarios y en especial, a los referentes de seguridad del paciente de los centros, por este compromiso tan importante para la sanidad andaluza y por la colaboración constante en pro de mejorar y seguir avanzando en seguridad del paciente.



**Junta de Andalucía**

Consejería de Presidencia, Sanidad  
y Emergencias