

I Congreso Iberoamericano sobre Calidad y Humanización de la salud



*Seguridad del Paciente, dimensión
esencial de la calidad asistencial.
Aprendizajes de la pandemia derivada del
COVID-19*

*Yolanda Agra Varela
Subdirección General de Calidad Asistencial
DGSP. Ministerio de Sanidad
26 de abril de 2022*

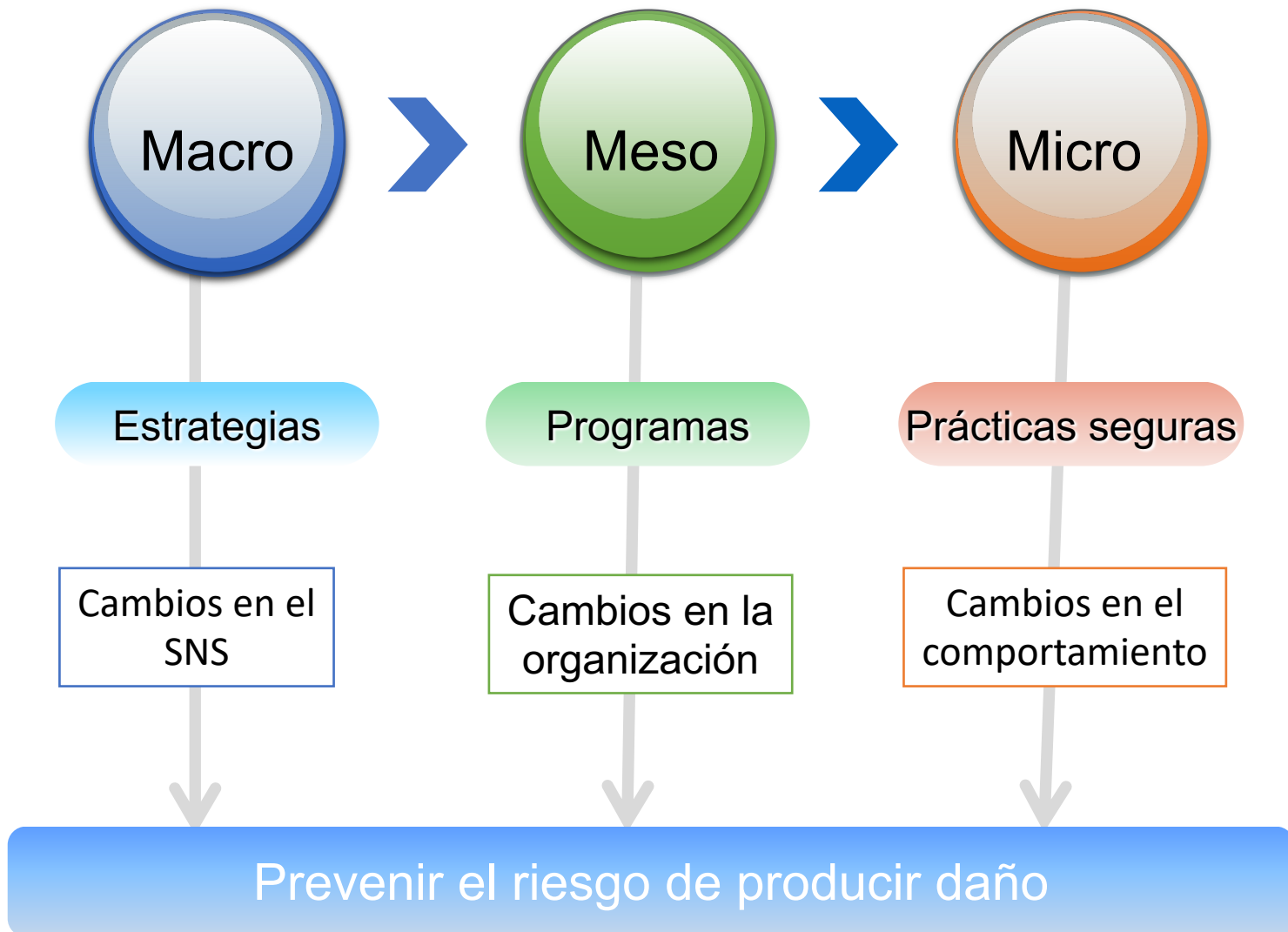
Calidad asistencial



Grado en que los **servicios de salud** para los **individuos** y la **población** aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son al mismo tiempo consistentes con el **conocimiento científico** existente.*

*Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001

Seguridad del Paciente:



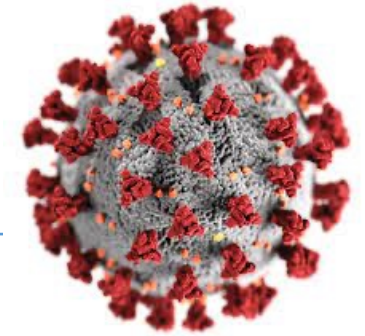
Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la **atención sanitaria** hasta un mínimo aceptable.

Teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.

(ICPS, WHO 2008)

1. Impacto en la atención sanitaria habitual

Impacto



Retrasos en diagnósticos y tratamientos

- Pacientes crónicos: cancelación de consultas. Empeoramiento
- Pacientes con cáncer: diagnóstico, tratamiento

Retrasos en procedimientos quirúrgicos

- Cirugía programada (hasta 90%)

Retrasos en los cribados

- Cribados de cáncer

Reducción de las vacunas habituales

- (alrededor de 20 millones, según la OMS)

2. Impacto en el desempeño

Impacto

Errores diagnósticos

- Alrededor del 17% de los errores prevenibles en pacientes hospitalizados (Harvard Medical Study)
- Sesgos cognitivos+ aspectos del sistema. “Todo es COVID-19”

Aumento de las infecciones

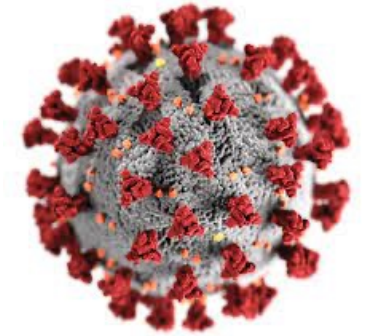
- Δ tasa de infecciones (UCI)
- No se siguen las recomendaciones
- Comunicación y formación deficientes

Errores en el uso de los medicamentos

- Disminución de las notificaciones de errores

Deficiente trabajo en equipo

- Fallos en la coordinación
- Factores estresantes que aumentan el riesgo de producir daño





ORIGINAL

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la seguridad del paciente percibida por los pacientes en Atención Primaria



Maria A. Fiol-deRoque^{a,b}, Maria J. Serrano-Ripol^{a,b,c,d,e},
Montserrat Gens-Barberà^d, Encarna Sánchez^e, Miguel A. Mayer^f,
Francisco Martín-Luján^g, José M. Valderas^h e Ignacio Ricci-Cabello^{a,b,i}

^a Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IISBa), Servicio de Salud de las Islas Baleares, Palma, Islas Baleares, España

^b Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Servicio de Salud de las Islas Baleares, Palma, Islas Baleares, España

^c Universidad de las Islas Baleares (UIB), Departamento de Psicología, Palma, Islas Baleares, España

^d Unitat de Qualitat i Seguretat dels Pacients, Gerència Territorial Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

^e Unitat de Qualitat i Seguretat, Gerència Territorial Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Barcelona, España

^f Research Programme on Biomedical Informatics (GRIB) del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas y la Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^g Unitat de Suport a la Recerca de Tarragona, Institut de d'investigació en l'Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Institut Català de la Salut, Tarragona, España

^h Health Services & Polic Research Group, Exeter Collaboration for Academic Primary Care, University of Exeter, National Institute for Health Research School for Primary Care Research

ⁱ Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

Recibido el 24 de agosto de 2021; aceptado el 5 de octubre de 2021

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud;
COVID-19;
Estudio observacional;

Resumen

Objetivo: Evaluar el impacto de los cambios introducidos en respuesta a la pandemia sobre la seguridad del paciente (SP) percibida por los pacientes en Atención Primaria.

Diseño: Estudio observacional prospectivo de panel (centro de salud [CS]) basado en dos encuestas transversales.

Emplazamiento: 29 CS de tres regiones sanitarias de España (Mallorca, Cataluña Central y Camp de Tarragona).

Abreviaturas: AP, Atención Primaria; CS, centro de salud; PREOS-PC, Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care; SP, Seguridad del Paciente.

^a Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mariajesus.serranoripol@isba.es (M. J. Serrano-Ripol).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102222>
0212-6567/© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Percepción de seguridad en pacientes

cuestionario PRE OS-PC13,14, que permite evaluar la SP en AP desde la perspectiva de los pacientes

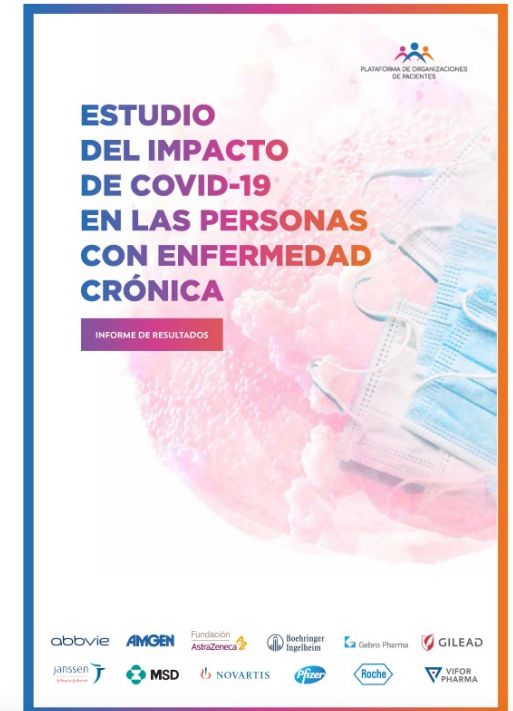
Resultados:

- experiencia de problemas de seguridad (43 vs 50%)
- Problemas comunicación médico-paciente (8% vs. 23%),
- Errores diagnósticos (8% vs.13%)

Fiol-deRoque. Atención Primaria 53 (2021) 102222

POP-Cuestionario a 529 pacientes con E. crónica

- Un 69% experimentaron cancelación de consultas, en estado de alarma.
- Solo el 33,6% se pidió comunicar telemáticamente con su médico
- El 43,5% percibe que ha empeorado su salud.
- El 28% insatisfecho con la atención



Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación

Los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos

En el año 2020 se han comunicado menos incidentes que en años anteriores al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), debido sin duda a la gran presión asistencial existente durante las distintas olas de la pandemia por COVID-19. A pesar de ello, los profesionales sanitarios han seguido notificando incidentes voluntariamente, lo que pone de manifiesto su interés por compartir esta información y porque se utilice para aprender y evitar que vuelvan a producirse incidentes del mismo tipo, en beneficio de la seguridad de los pacientes.

Este boletín recoge los 10 tipos de errores de medicación que han tenido consecuencias más graves para los pacientes en el año 2020, que han sido identificados a través del análisis de los incidentes comunicados a dichos sistemas (Tabla 1). Cabe destacar que estos incidentes son recurrentes y que podrían evitarse o minimizarse implementando prácticas seguras. En cada apartado se resumen las prácticas recomendadas para evitarlos.

Tabla 1. Los 10 tipos de errores de medicación con consecuencias más graves detectados en 2020.

1	Errores por omisión o retraso de la medicación
2	Administración de medicamentos a un paciente equivocado
3	Errores asociados a alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos
4	Errores en el cálculo de la dosis en pacientes pediátricos
5	Errores por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos comercializados
6	Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes
7	Errores por administración accidental de bloqueantes neuromusculares
8	Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos
9	Errores en la conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria
10	Errores por problemas de comprensión de los pacientes de cómo utilizar los medicamentos

1. Errores por omisión o retraso de la medicación

Los errores de omisión o de retraso en la administración de los medicamentos han sido uno de los tipos de errores notificados con más frecuencia en 2020. Estos errores han causado eventos adversos, dependiendo de la situación clínica del paciente y del medicamento implicado (p. ej. si los han causado cuando se ha retrasado la administración de un antibiótico en un paciente con sepsis).

Estos errores se pueden producir en cualquier proceso, pero la mayoría de los incidentes comunicados se han originado en la prescripción y en la administración. Entre los motivos señalados destacan los errores en el manejo de los programas de prescripción electrónica y, particularmente, los fallos en la transmisión de las prescripciones por defectos en la configuración de los sistemas de prescripción, de forma que la medicación prescrita no se vuelca a la hoja de administración electrónica de enfermería (eMAR) o, cuando un paciente se traslada de una unidad a otra, sus medicamentos no aparecen en la eMAR de la nueva unidad. Otro motivo ha sido la falta de disponibilidad de la medicación en la unidad. En cualquier caso, estos errores suelen reflejar deficiencias organizativas importantes, como se indicó en un boletín anterior, que se recomienda consultar para más información¹.

Ejemplo de incidente

Se me avisa sobre las 7.30 h de paciente hematólogo con neutropenia febril en urgencias. Lo valoro y pauto antibioterapia empírica de amplio espectro sobre las 8.30 h. Indico también que se cambie de vía para administrar el tratamiento, al observar edema en la extremidad donde tiene vía periférica. A posteriori recibo noticias de que el paciente ingresa en la planta sobre las 13.30 h, con la vía extravasada y sin haberse administrado la antibioterapia pautada, lo que repercute negativamente en el paciente.

Prácticas recomendadas

- ▶ Revisar el procedimiento completo de gestión de la medicación en el centro y asegurar que incluye directrices específicas sobre la importancia de prescribir, dispensar, administrar y monitorizar los medicamentos a tiempo.
- ▶ Establecer una lista de los medicamentos críticos en los que la administración a tiempo es crucial, y definir los horarios y los márgenes aceptables para la administración a tiempo de estos medicamentos (p.ej. insulina, dosis iniciales de antibióticos IV y anticonvulsivantes, etc.).
- ▶ Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de los errores de omisión o retraso en la administración de los medicamentos.

Tabla 1. Los 10 tipos de errores de medicación con consecuencias más graves detectados en 2020.

1	Errores por omisión o retraso de la medicación
2	Administración de medicamentos a un paciente equivocado
3	Errores asociados a alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos
4	Errores en el cálculo de la dosis en pacientes pediátricos
5	Errores por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos comercializados
6	Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes
7	Errores por administración accidental de bloqueantes neuromusculares
8	Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos
9	Errores en la conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria
10	Errores por problemas de comprensión de los pacientes de cómo utilizar los medicamentos

- ▶ La mayoría de incidentes en prescripción y administración
- ▶ Fallos en la transmisión de la prescripción: no se registra en el sistema, fallos de comunicación en la transición asistencial
- ▶ Falta de medicamentos en la unidad
- ▶ No se verifica la identidad del paciente

Managing teamwork in the face of pandemic: evidence-based tips

Scott I Tannenbaum,¹ Allison M Traylor,² Eric J Thomas,^{3,4} Eduardo Salas²

¹Group for Organizational Effectiveness, Albany, New York, USA

²Department of Psychological Sciences, Rice University, Houston, Texas, USA

³The McGovern Medical School at the University of Texas Health Science Center Houston, Houston, Texas, USA

⁴The University of Texas at Houston—Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety, Houston, Texas, USA

Correspondence to: Dr Eduardo Salas, Department of Psychology, Rice University, Houston, TX 77005, USA; eduardosalas@rice.edu

Received 30 April 2020
Revised 13 May 2020
Accepted 20 May 2020
Published Online First 29 May 2020

Check for updates

© Author(s) (or their employer(s)) 2021. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

To cite: Tannenbaum SI, Traylor AM, Thomas EJ, et al. *BMJ Qual Saf* 2021;30:59–63.

BMJ

Front-line medical teams are experiencing unprecedented stressors as a result of the COVID-19 pandemic. In the face of these pressures, teamwork has become both more important and more challenging. Fortunately, numerous examples of naturally occurring cooperation are appearing at healthcare institutions around the globe, including instances of people trying to work together during the crisis who may not have done so under 'normal' conditions. A crisis can stimulate some people's willingness to cooperate, for example, to ignore prior disagreements to tackle a shared predicament. But even when the intent to cooperate is present, the incessant stress present during a crisis makes it significantly harder for teams to sustain coordinated performance over time.^{1,2} Focused attention on teamwork is required.³

Prior research conducted on teams under stress can be used to help anticipate risk points that can adversely impact teamwork and reveal what can be done to help teams coordinate effectively, maintain resilience and ensure patient safety during the pandemic. This article offers several evidence-based recommendations to help clinical teams that work directly with patients during COVID-19 and in future crises. Tips are included for clinical care team leaders and team members, as well as for members of management who support or oversee clinical teams (senior leaders, middle managers, crisis management teams).

Over the last 30 years we have studied and advised teams across a broad range of settings. Some of these teams work in what you might think of 'normal' or routine settings, such as manufacturing or sales. But many perform in high-stress conditions where the consequences of failure and personal pressures are high, including teams of astronauts, deep sea

divers, jet fighter pilots, smoke jumpers, miners, emergency medical technicians, soldiers and trauma teams. During this time, research on team effectiveness has expanded and close to 50 meta-analyses have been published.⁴ Based on those meta-analytic findings, numerous studies on team effectiveness specifically in healthcare settings⁵ and our nearly 100 years of collective experience studying teams, we offer the following advice on how to counteract prevalent stressors and overcome risks that can adversely affect teamwork.

As shown in figure 1, the COVID-19 pandemic creates a set of individual, team, organisational and work-life stressors that can impact front-line patient care teams. Those stressors can stimulate emergent risk points, which, if not avoided or mitigated effectively, will likely result in poor teamwork, and negatively affect patient safety and quality of care.

Table 1 contains a set of seven recommendations and 19 associated tips for addressing those risk points, with key psychological constructs highlighted in bold. Our focus is on offering research-based advice that is actionable and feasible in the midst of a crisis: for example, we do not recommend intact team training because, despite evidence of its effectiveness, it is typically not feasible during a crisis. Below we briefly explicate each of the recommendations and several of the tips.

1. *Recognise wins and successes—large and small.* Research shows that teams perform better when they possess 'collective efficacy', or a belief that their team can succeed in these conditions.⁶ Note that this is different from self-efficacy, or the belief that you can succeed. It is also different from team potency, or the belief that your team is generally capable. Collective efficacy is context specific: it describes beliefs

Tannenbaum SI, et al. *BMJ Qual Saf* 2021;30:59–63. doi:10.1136/bmjqs-2020-011447

59

Table 1 Evidence-based recommendations and related risk points

Risk points	Recommendations and tips to address risk points	For whom		
		Management	Team leaders	Team members
Uncertainty or doubt that team can succeed; poor collective efficacy	1. Recognise wins and successes—large and small. Communicate wins within the team. Share success stories across teams. Congratulate teammates when they successfully overcome a challenge.	X	X	X
Competing or inconsistent mental models; narrowing of attention	2. Ensure the team sustains shared mental models (SMM). Conduct quick, periodic prebriefs and huddles. Ensure thoughtful cross-shift/cross-team handoffs. Ask questions when you become unsure about priorities or expectations.	X	X	X
Manifestation of schisms, fault lines; silos	3. Don't forget the people behind the scenes. Acknowledge the contributions of those in supporting roles. Recognise people who help your team (eg, who find resources or deal with a problem).	X	X	X
Insufficient monitoring, vigilance, backup; narrowing of attention; low psychological safety	4. Emphasise and promote team mutual monitoring. Begin a shift or prebrief with a reminder about what to monitor. Proactively ask if you can help, particularly with teammates who may be in an unfamiliar role. Thank people when they offer feedback or assistance, even if you didn't need it.		X	X
Discomfort with speaking up; lack of psychological safety; failing to ask questions or admit concerns	5. Take actions that build and sustain psychological safety. Acknowledge where you can improve and admit when you have questions. Thank others when they admit a mistake or offering a dissenting view.	X	X	X
Narrowing of attention; overfocus on self; reduced vigilance	6. Help team members address concerns with their 'home team' (if possible). Seek ways to help team member's family (financial, informational or emotional assistance). Be a good listener to teammate's problems.	X	X	X
Setbacks adversely affecting readiness to perform subsequent tasks; low team resilience	7. Consciously boost team resilience. Anticipate, plan for and attempt to address stressors, surges and likely setbacks. Quickly identify what is not working and encourage adaptations. Apologise for dysfunctional behaviours that occurred under stress. Smartly and 'intentionally' shift the team from normal to emergency modes as appropriate.	X	X	X

Reconocer éxitos

Comunicación

Reconocer equipos auxiliares

Monitorizar

Apoyo psicológico

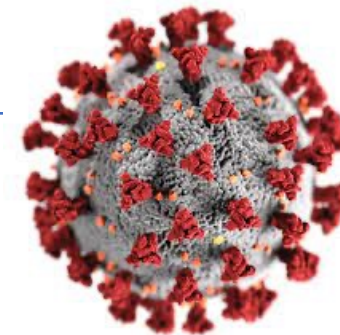
Reforzar la resiliencia

2. Impacto en la salud mental

Impacto

De la población

- **C**entro **I**nvestigaciones **S**ociológicas: Δ ansiedad en jóvenes
- Encuesta Europea de Salud en España (2020): Δ insomnio (10%), decaimiento (16%), especialmente en mujeres



De los profesionales sanitarios

- Ansiedad, depresión, estrés post traumático, burnout (45%-55% en USA)
- Encuesta de la OMC: Δ insomnio , Consumo de BDZ (58%),

Preventing a Parallel Pandemic — A National Strategy to Protect Clinicians' Well-Being

Victor J. Dzau, M.D., Darrell Kirch, M.D., and Thomas Nasca, M.D.

The Covid-19 pandemic, which had killed more than 60,000 Americans by May 1, has been compared with Pearl Harbor and September 11 — cataclysmic events that left indelible imprints on the U.S. national psyche. Like the volunteers who flooded into Manhattan after the World Trade Center attacks, the health care providers working on the front lines of the Covid-19 pandemic will be remembered by history as heroes.

These courageous people are risking their lives, threatened not only by exposure to the virus but also by pervasive and deleterious effects on their mental health. Tragically, we are already seeing reports of clinicians dying by suicide amid the pandemic, in-

cluding the highly publicized death of a prominent emergency medicine physician in Manhattan, the epicenter of the U.S. Covid-19 outbreak.¹ Before the virus struck, the U.S. clinical workforce was already experiencing a crisis of burnout. We are now facing a surge of physical and emotional harm that amounts to a parallel pandemic.

Just as the country rallied to care for September 11 first responders who suffered long-term health effects, we must take responsibility for the well-being of clinician first responders to Covid-19 — now and in the long run. We are calling for several immediate actions to lay the groundwork for a clear and accountable national strategy to safeguard the health and well-being of our clinician workforce (see box).

The first locus of responsibility is health systems and other employers of clinicians. Organization leaders need to understand and squarely confront the unprecedented strains on their workforce. Underlying clinicians' anxieties over the scarcity of personal protective equipment and limited availability of testing is the fear of spreading the disease among patients and coworkers or bringing it home to their families. Clinicians have expressed uncertainty about whether employers would support them if they got sick. Amid extra-long work hours, many are also being asked to fill emer-

gency roles for which they feel underprepared.² As the Covid-19 crisis stretches on, the burden of stress will only mount.

After the 2003 SARS outbreak in Toronto, studies found high levels of emotional distress among hospital workers — stemming from social isolation, the pain of losing colleagues to the disease, and social stigma associated with exposure to SARS, among other factors.³ Stigma, including self-stigmatization, was also a problem for nurses surveyed after the 2011 Fukushima Daiichi nuclear disaster, who described the emotional turmoil of being forced to choose between protecting themselves and their loved ones and doing their duty as caregivers during a national crisis.⁴

The inability to do their duty may be at the heart of the moral distress experienced by Covid-19 clinicians. With overwhelming numbers of seriously ill patients and shortages of essential supplies, providing the optimal standard of care becomes a mathematical impossibility. People who feel that they are called as healers in the altruistic Hippocratic tradition must stand by powerlessly as their patients sicken and die — a tragedy that can cause serious moral injury. Such injury may be most acute and long lasting in the young physicians, nurses, and other health professionals serving on the front lines during their formative years of training.

Five High-Priority Actions to Protect Clinicians' Well-Being during and after the Covid-19 Crisis.

Organizational Level

Integrate the work of chief wellness officers or clinician well-being programs into Covid-19 "command centers" or other organizational decision-making bodies for the duration of the crisis.

Ensure the psychological safety of clinicians through anonymous reporting mechanisms that allow them to advocate for themselves and their patients without fear of reprisal. Sustain and supplement existing well-being programs.

National Level

Allocate federal funding to care for clinicians who experience physical and mental health effects of Covid-19 service.

Allocate federal funding to set up a national epidemiologic tracking program to measure clinician well-being and report on the outcomes of interventions.

5 Acciones prioritarias para proteger el bienestar de los clínicos durante la pandemia de la COVID-19

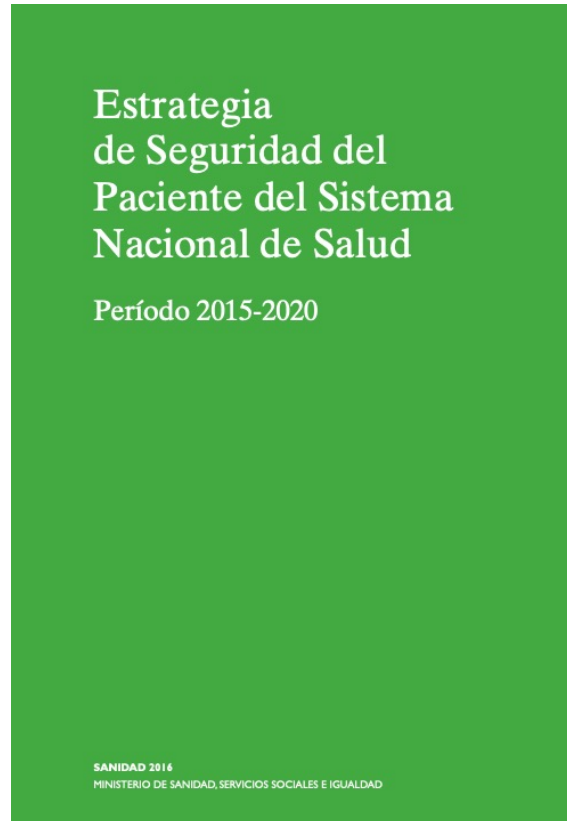
Nivel Local

- Desarrollar e integrar programas de bienestar en los órganos de decisión sobre la pandemia
- Reporte anónimo para solicitar ayuda sin miedo a represalias y que los líderes respondan de forma transparente y proactiva

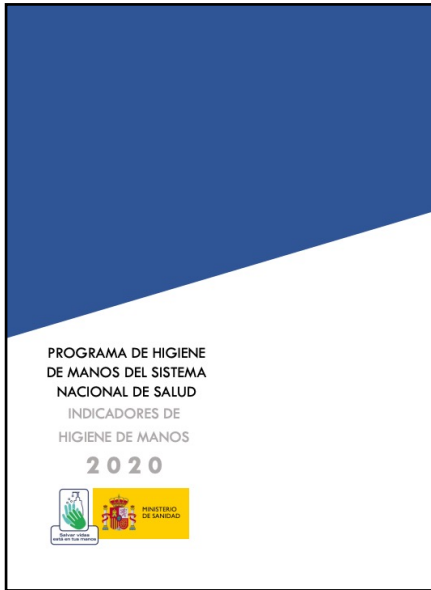
Nivel Nacional

- Dedicar recursos para atender a los profesionales que experimenten problemas de salud mental por la COVID-19
- Dedicar recursos para analizar periódicamente el estado emocional de los profesionales durante la pandemia

Impacto en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS



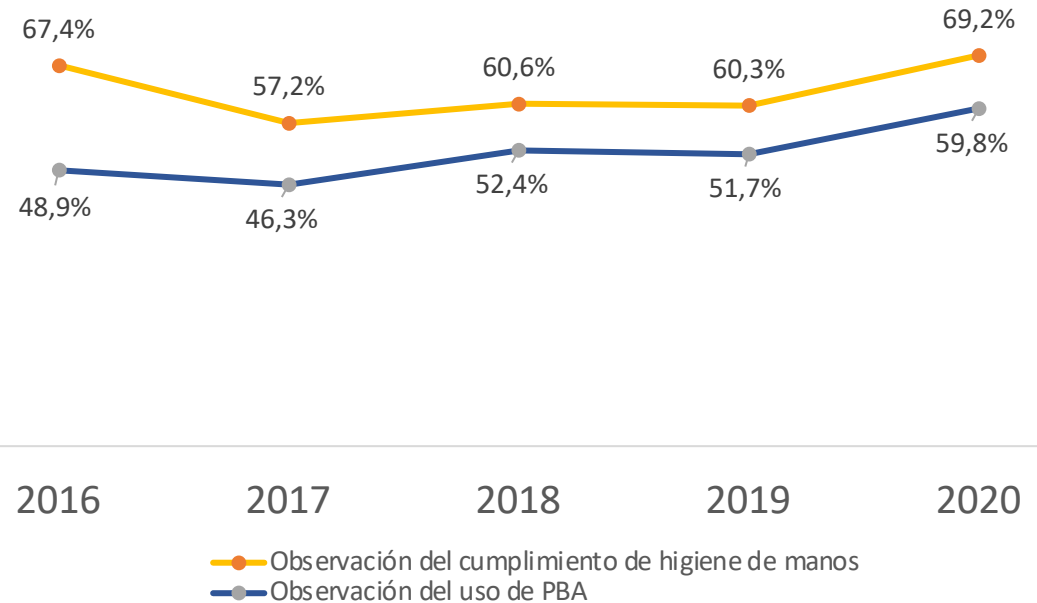
Programa de Higiene de Manos del SNS. 2009-2020



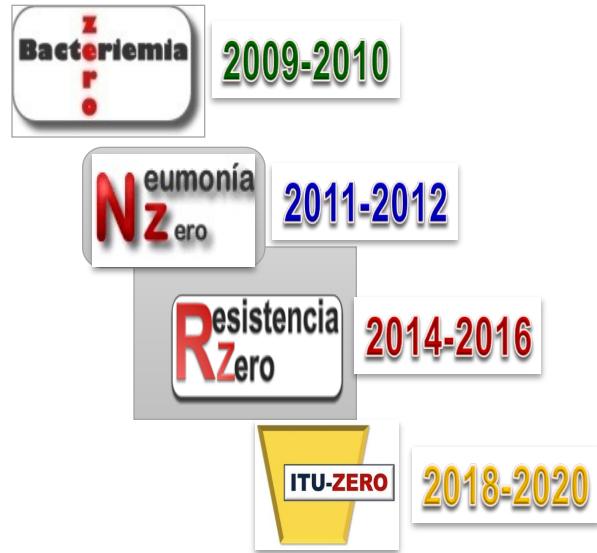
Evolución del consumo de PBA en hospital y en AP



Cumplimiento de la higiene de manos en las oportunidades observadas



Programa de Seguridad en el Paciente Crítico

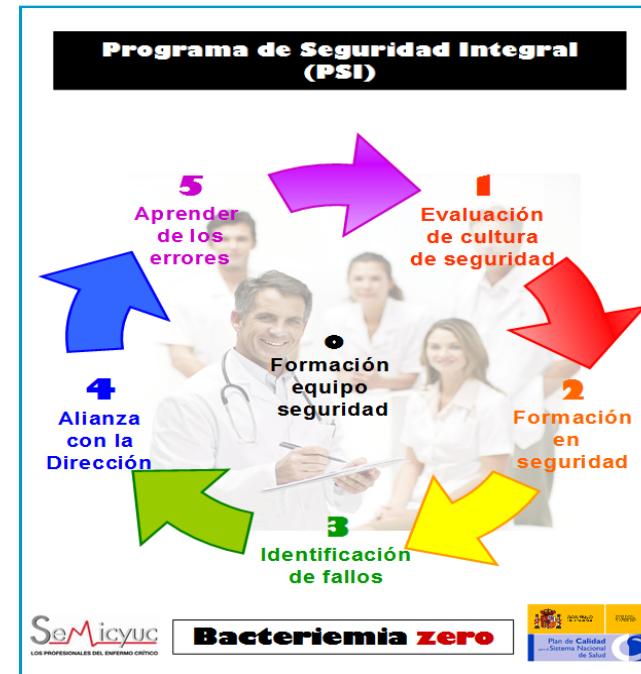


Estrategia Multimodal

Bundle clínico

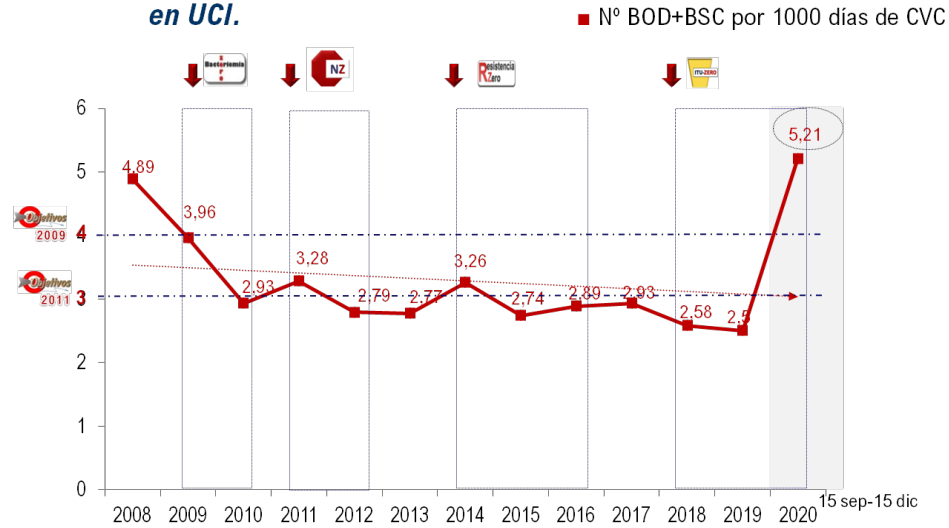
Procedimientos clínicos que cuando se aplican juntos, son más efectivos

Formación



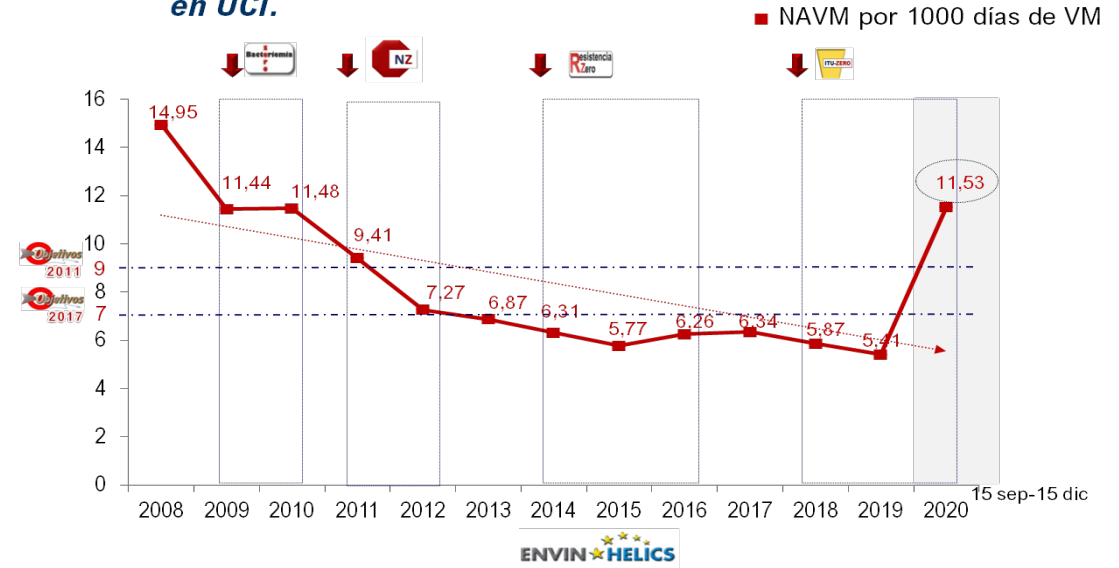
Evolución de las tasas de las IRAS en las UCI (ENVIN)

Tasas de incidencia BP= BOD+BSC en UCI.



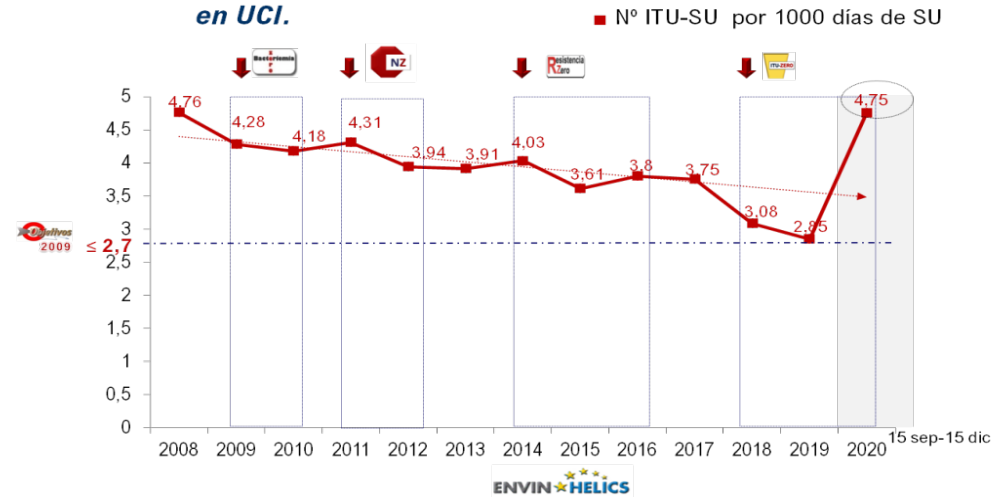
	2009-2019	2019-2020
■ Nº BP por 1000 días de CVC	▼ 36,87%	▲ 108,4%

Tasas de incidencia NAVM en UCI.



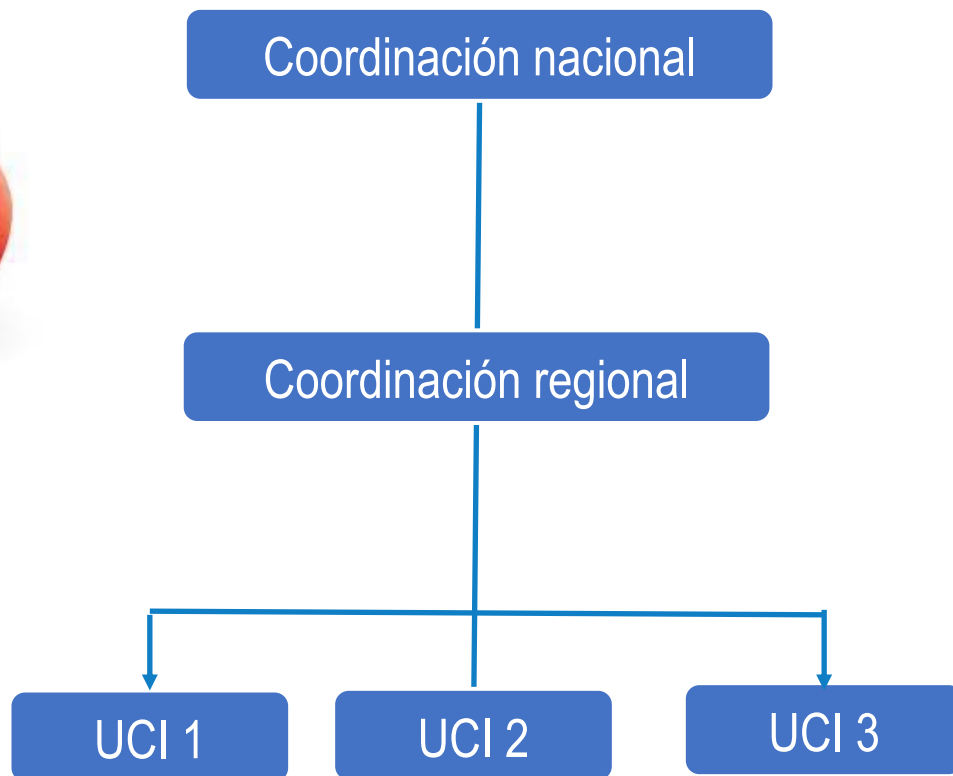
	2011-2019	2019-2020
■ Nº NAVM por 100 pacientes con VM	▼ 42,51%	▲ 113,12%

Tasas de incidencia ITU-SU en UCI.



	2009-2019	2019-2020
● Nº ITU-SU por 1000 días SU	▼ 33,41%	▲ 66,67%

Reiniciando los proyectos

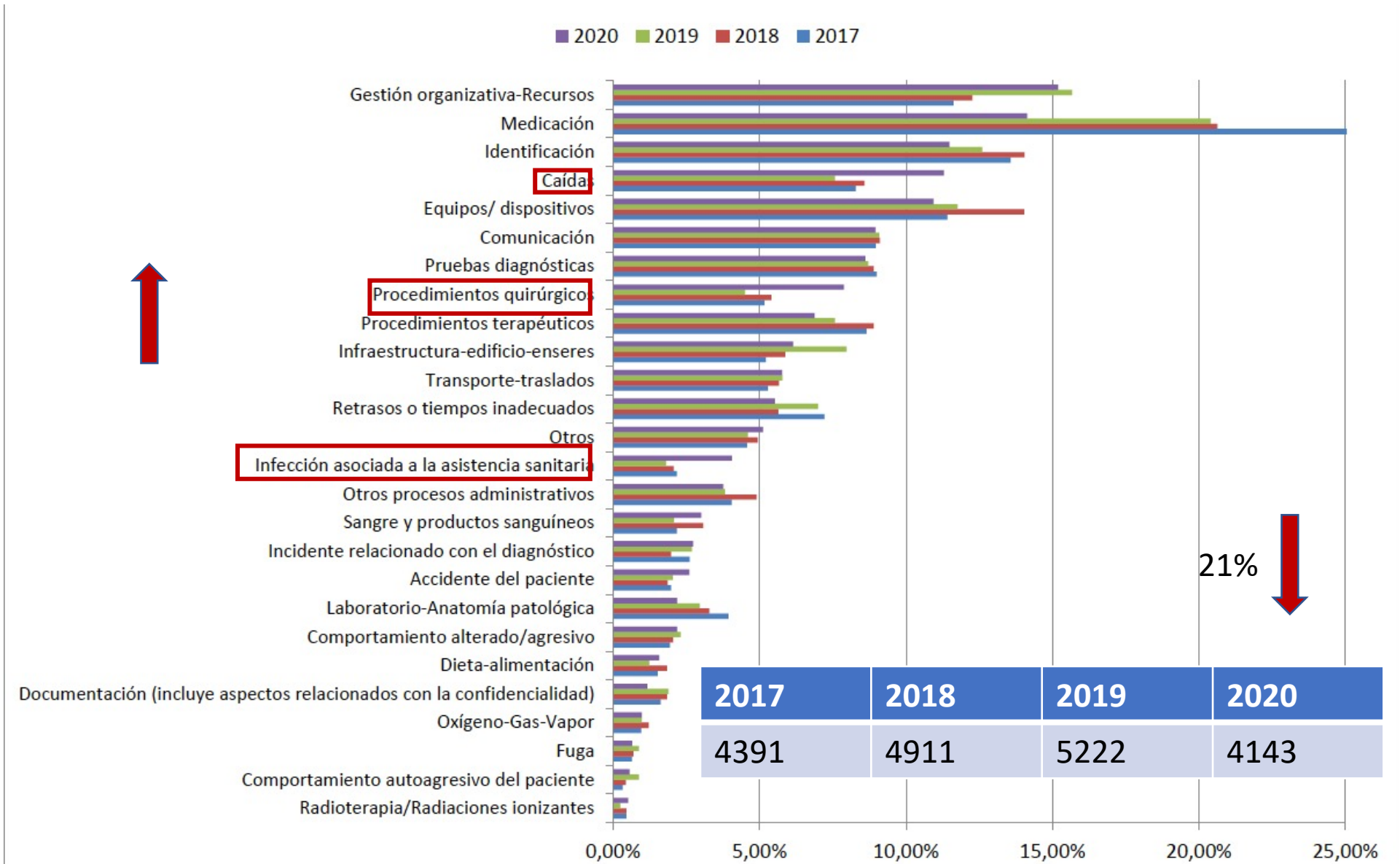


- Análisis de las tasas pre-post
- Actualización de recomendaciones
- Adaptación proyectos
- Actualización de los cursos Online
- Evaluación

- Reuniones con sus UCI
- Difusión de las recomendaciones
- **Plan de Acción**
- Evaluación

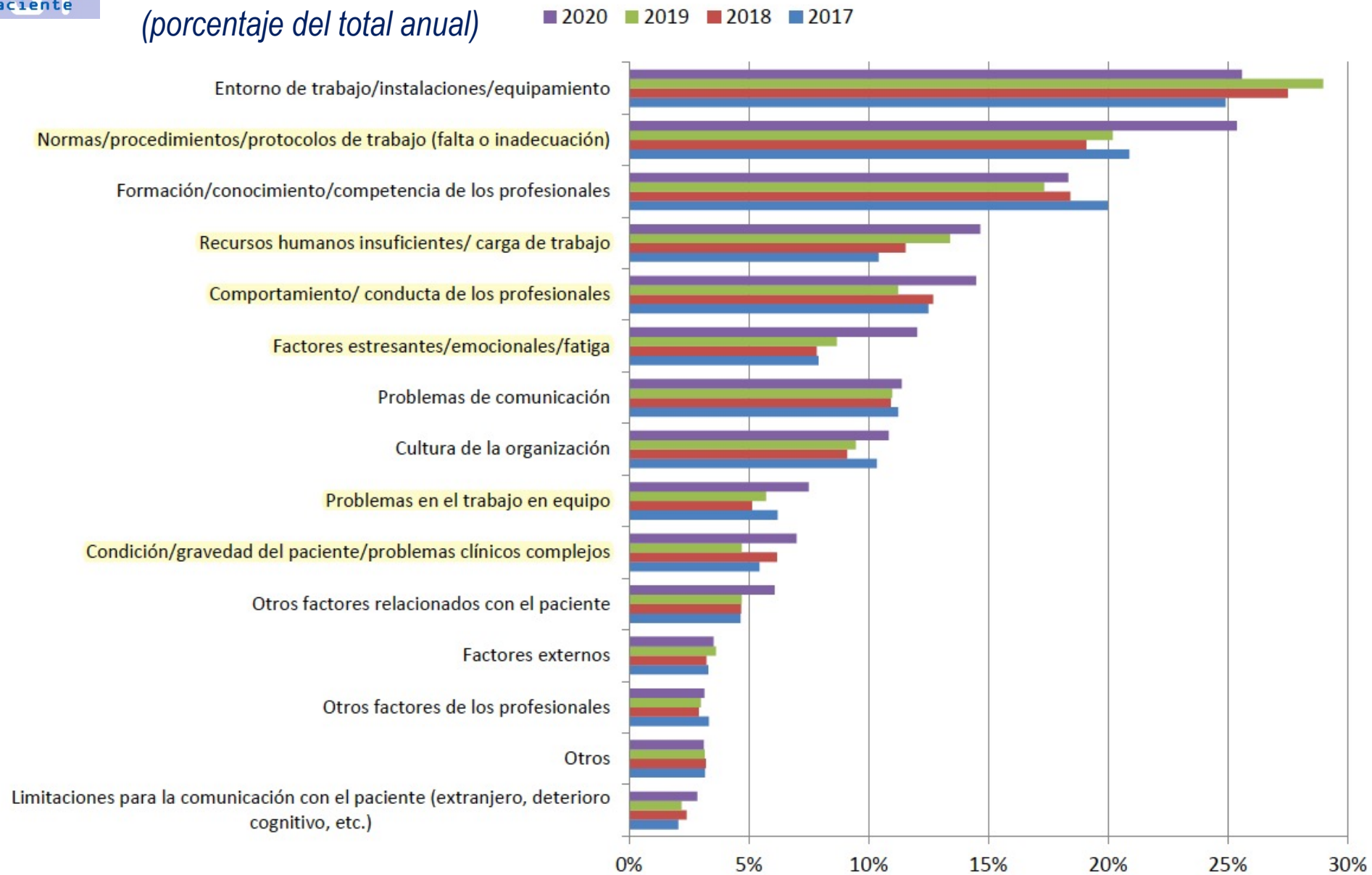
- Difusión resultados
- Formación en recomendaciones
- Implantación del Plan de Acción
- Evaluación

Tipo de incidentes notificados al SiNASP desde 2017 (porcentaje del total anual)



Factores asociados a los incidentes notificados al SiNASP desde 2017

(porcentaje del total anual)



Lecciones aprendida y Recomendaciones mas allá de la COVID-19

Reforzar la Seguridad del Paciente



- Protección de los profesionales:
 - Garantizar equipos de protección
 - Desarrollar Programas de apoyo psicológico
- Mejorar el sistema y su gobernanza
 - Reforzar los sistemas con recursos necesarios
 - Mejorar la cultura de seguridad: concienciación de los gestores y mandos intermedios. Potenciar el liderazgo
 - Transformar los datos en conocimiento y aplicarlos al desempeño
 - Evaluar el desempeño con datos robustos y aplicar mejoras
- Prácticas seguras
 - Revisar la evidencia y actualizar las recomendaciones y adaptarlas a la situación local
 - Formar a los profesionales
 - Mejorar la validez de los indicadores y su monitorización
 - Difundir y Compartir experiencias
 - Implantar soluciones telemáticas “de apoyo”
- Atención centrada en las personas (paciente y cuidadores)
 - Empoderar para implicar

Adaptar para adoptar.....

Valores culturales

Actitudes arraigadas

Creencias que ignoran la evidencia

Conductas irracionales

Cansancio

Polizones *free riders*

Liderazgo *Formación*

Trabajo en equipo

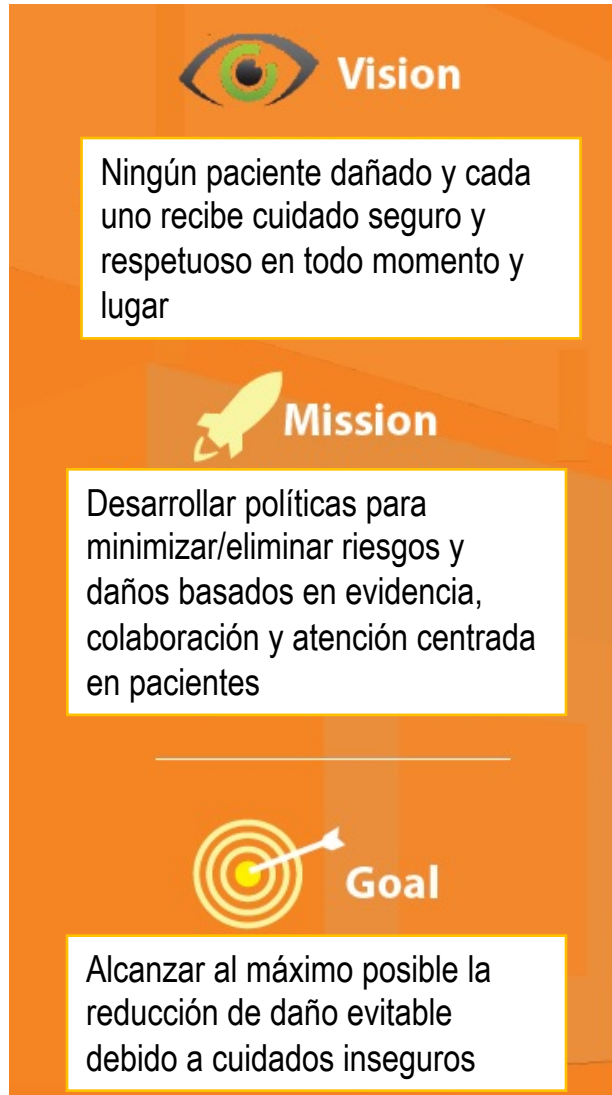
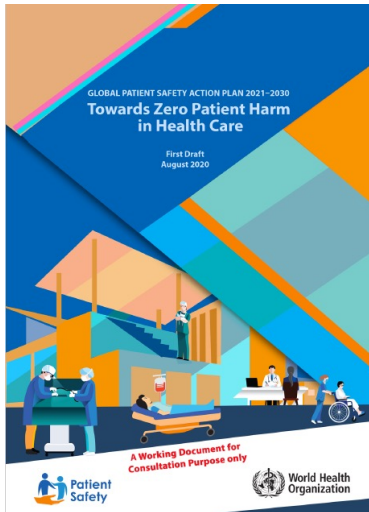
Recursos

Evaluación y feedback



Acción Global en Seguridad del Paciente. 2021-2030

Asamblea 74ª de la OMS de 2021



Declaración de consenso “Role of policy makers and health care leaders in implementation of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030”



Policy Makers' Forum: Patient Safety Implementation. 23 – 24 February 2022. Geneva.

1. Compromiso
2. Valores
3. Implementación
4. Condiciones de seguridad
5. Apoyo y guía



Apoyo al “Global Patient Safety Action Plan 2021–2030”

La seguridad del paciente, prioridad que requiere una acción urgente coordinada

Los líderes deben mantener una cultura de seguridad a todos los niveles

Integrar la experiencia de pacientes y familiares

Asegurar la cobertura universal, la equidad y la atención a los más vulnerables

Mitigar el riesgo, además de aprender de los errores

Colaboración entre todos los sectores

Estrategias de seguridad que integren diferentes programas asistenciales

Mejora de los sistemas de notificación de incidentes para el aprendizaje

Designación de entidad responsable a nivel nacional

Facilitar la adaptación de prácticas seguras en todos los ámbitos asistenciales



¡Gracias!