

## EXPONEN

Primero.—Que el artículo 44.1 de la Constitución Española establece que los poderes públicos promoverán y tutelarán el acceso a la cultura, a la que todos tienen derecho.

Segundo.—Que el artículo 149.2 de la Constitución Española establece que, sin perjuicio de las competencias que podrán asumir las Comunidades Autónomas, el Estado considerará el servicio de la cultura como deber y atribución esencial y facilitará la comunicación cultural entre las Comunidades Autónomas, de acuerdo con ellas.

Tercero.—Que el artículo 30.26 del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, aprobado por Ley Orgánica 2/1983, de 25 de febrero, en la redacción dada por la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, establece la competencia exclusiva de esta comunidad autónoma en materia de cultura, el apartado 24 del mismo artículo establece la competencia exclusiva sobre bibliotecas que no sean de titularidad estatal. El artículo 32.5 del mismo texto legal atribuye a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, la gestión de bibliotecas de titularidad estatal que no se reserve el Estado.

Cuarto.—Que la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en su artículo 6 faculta a la Administración General del Estado y a los órganos de Gobierno de las Comunidades Autónomas para la celebración de convenios de colaboración entre sí, en el ámbito de sus respectivas competencias, señalando así mismo, el contenido mínimo de los mismos.

Quinto.—Que las Directrices IFLA/UNESCO para el desarrollo del servicio de bibliotecas públicas dicen, en su apartado 4.5, que todas las bibliotecas públicas, independientemente de su tamaño, han de poseer materiales en diversos formatos; en el 4.6, que, en líneas generales, los fondos deberán tener entre 1,5 y 2,5 publicaciones por persona y que la cantidad mínima de obras del punto de servicio menor no deberá ser inferior a 2.500 obras; en el 4.9, que el índice de adquisiciones debería estar entre 200 y 250 publicaciones adquiridas por cada 1.000 habitantes al año.

Sexto.—Que en las bibliotecas públicas españolas, en 2004, se disponía de 1,26 publicaciones por habitante, se adquirieron 69 publicaciones por cada 1.000 habitantes y había 427 puntos de servicio con menos de 2.000 obras.

Séptimo.—Que en España, en 2004, la Administración Local era titular del 93 por 100 de las bibliotecas públicas y financiaba el 67,39 por 100 de los gastos que generaban.

Octavo.—Que el Plan de Fomento de la Lectura 2006-2007 del Ministerio de Cultura tiene entre sus objetivos mejorar las colecciones de las bibliotecas públicas para lo cual prevé un Plan extraordinario de dotación bibliográfica financiado con 19.600.000 euros que se distribuirán entre las diferentes comunidades y ciudades autónomas en función de la población de cada una de ellas, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, siendo el porcentaje que suponga dicha población sobre el total de la del Estado el que se aplique a los 19.600.000 euros para calcular la cantidad que, finalmente, el Ministerio transferirá a cada Comunidad o Ciudad Autónoma.

En consecuencia, el Ministerio de Cultura y la Consejería de Educación y Cultura del Govern de les Illes Balears acuerdan formalizar el presente Convenio de colaboración conforme a las siguientes

## CLÁUSULAS

Primera. *Objeto.*—El presente Convenio tiene por objeto la aportación y distribución de crédito para la adquisición de fondos bibliográficos para la mejora de las bibliotecas públicas radicadas en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears por un valor de 762.525,36 euros, que se desglosa de la siguiente manera:

1. El Ministerio de Cultura aporta una cantidad que se calcula de acuerdo al punto octavo de la exposición del presente Convenio y que supone 465.554 euros.

2. El Gobierno de las Illes Balears aporta 296.971,36 euros. Esta cantidad, siempre que corresponda a créditos del ejercicio al que se refiere este Convenio, podrá haber sido ya ejecutada, en todo o en parte, a la fecha de la firma del Convenio.

Segunda. *Financiación.*—La financiación de las cantidades desglosadas en la cláusula primera se hará de la siguiente manera:

1. La aportación que realiza el Ministerio de Cultura la financiará dicho Ministerio, por medio de su Dirección General del Libro, Archivos y Bibliotecas, con cargo a la aplicación presupuestaria 24.04.332B.453.

2. La aportación del Gobierno de las Illes Balears la realizará con cargo a las aplicaciones presupuestarias siguientes: 13203.455A06.62900.11; 13204.455A06.62900.20; 13201.455A01.64000.00; 13301.455B03.62900.00.

3. Tras firmar ambos el Convenio, el Ministerio de Cultura transferirá la cantidad fijada como su aportación a la Consejería de Educación y Cultura del Govern de les Illes Balears.

4. Tanto la aportación del Ministerio de Cultura como la de la del Gobierno de las Illes Balears se realizarán con cargo a créditos del ejercicio 2007.

Tercera. *Distribución de los créditos.*—La distribución de los créditos la llevará a cabo la Consejería de Educación y Cultura del Gobierno de las Illes Balears con arreglo a los siguientes criterios:

1. La aportación financiera para la adquisición de fondos bibliográficos alcanzará a la mayoría de las bibliotecas públicas de la Comunidad Autónoma.

2. El Gobierno de las Illes Balears podrá adaptar estos criterios de distribución en función de sus peculiaridades.

Cuarta. *Información.*—En el caso de que la distribución de los créditos se realice mediante la convocatoria de ayudas, en las actuaciones de convocatoria, publicidad, resolución y notificación de las mismas se harán públicas las aplicaciones presupuestarias destinadas a financiar esta actuación, la distribución definitiva del crédito que haga cada Comunidad Autónoma y la aportación del Estado. Si esto no fuese posible, por ser otro el método que la Administración Autónoma ha seguido para la distribución de los créditos, dicha Administración certificará tanto la ejecución material del objeto del Convenio, como que las cantidades aportadas por el Ministerio de Cultura y por ella misma han sido invertidas en la adquisición de fondos bibliográficos para las bibliotecas públicas radicadas en su ámbito territorial.

Quinta. *Comisión de seguimiento.*—Una Comisión realizará el seguimiento y control de este Convenio de colaboración. Esta Comisión estará compuesta por representantes de la Administración General del Estado, de las Administraciones Autonómicas y de la Federación Española de Municipios y Provincias.

Su funcionamiento y competencias irán dirigidas al seguimiento de la ejecución y cumplimiento del Convenio.

Sexta. *Modificación y resolución.*—El presente Convenio de colaboración podrá ser modificado de mutuo acuerdo entre las partes, siempre que el oportuno acuerdo de modificación sea formalizado y se produzca antes de la expiración de su plazo de duración.

Será causa de resolución de este Convenio el mutuo acuerdo, así como el incumplimiento de las cláusulas del mismo por alguna de las partes.

Asimismo podrá ser resuelto por acuerdo motivado de una de ellas, que deberá comunicarse por escrito a la otra parte, al menos con tres meses de antelación a la fecha prevista de resolución.

Séptima. *Duración.*—El presente Convenio de colaboración estará vigente hasta la realización de su objeto.

Octava. *Naturaleza y régimen jurídico.*—El presente Convenio tiene la naturaleza y régimen jurídico establecido en los artículos 6 y 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, estando incluido en los previstos en el artículo 3.1.c) del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio.

Las cuestiones litigiosas a que pueda dar lugar la interpretación, modificación, efectos o resolución del presente Convenio serán resueltas de conformidad con la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Y, en prueba de conformidad, se suscribe el presente Convenio, en lugar y fecha arriba indicados, por cuadruplicado ejemplar y a un solo efecto, quedando uno de ellos en poder de cada una de las partes.—El Ministro de Cultura, César Antonio Molina Sánchez.—La Consejera de Educación y Cultura, Bárbara Galmés Chicón.

## MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

**19485** RESOLUCIÓN de 19 de octubre de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio Vasco de Salud, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.

Suscrito el 19 de octubre de 2007, Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, en cumpli-

miento de lo dispuesto en el apartado dos del artículo 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» de dicho acuerdo, que figurará como anexo de esta Resolución.

Lo que se hace público a los efectos oportunos.

Madrid, 19 de octubre de 2007.—El Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, José Martínez Olmos.

## ANEXO

### Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 19 de octubre de 2007.

De una parte, don Bernat Soria Escoms, Ministro de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 961/2007, de 6 de julio (BOE número 163 de 9 de julio), y en virtud de las facultades que le otorga el artículo 4.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno; así como el artículo 13.3 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

Y, de otra, el Excmo. don Gabriel M.<sup>a</sup> Inclán Iribar, Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-S.V.S., en virtud de las facultades atribuidas en el artículo 7 del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos sociales del ente público Osakidetza-S.V.S.

Ambos, que actúan en razón de sus respectivos cargos, se reconocen, mutua y recíprocamente, capacidad legal necesaria para la formalización del presente Convenio de colaboración y, a tal efecto;

## EXPONEN

Primero.—Que el artículo 149.1.16.<sup>a</sup> de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo.—Que el artículo 18, de la Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, Estatuto de Autonomía del País Vasco le atribuyó el desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica a la Comunidad en materia de sanidad interior.

Tercero.—Que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley, en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Cuarto.—Que el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) tiene interés en colaborar en el impulso de proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Quinto.—Que la estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud para lo que prevé la firma de Convenios específicos entre las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que incluirán una financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos.

Sexto.—Que ambas entidades reconocen la existencia de objetivos e intereses comunes en la mejora de la calidad asistencial y en concreto en los campos de la transferencia de conocimientos y la toma de decisiones basada en la evidencia, así como la voluntad de colaborar y establecer fórmulas de cooperación que contribuyan al cumplimiento de sus fines y por ello acuerdan el presente Convenio de colaboración que se regirá mediante las siguientes

## ESTIPULACIONES

Primera. *Objeto.*—El presente Convenio tiene por objeto regular las condiciones de la colaboración entre ambas partes, para el desarrollo de la estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud para la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios con los siguientes objetivos específicos:

Promover sistemas que permitan conocer los efectos adversos ocasionados en los centros asistenciales y desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la CC.AA.

Prevenir úlceras por presión en pacientes ingresados.

Prevenir los errores debidos a medicación.

Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la CC.AA.

Garantizar el derecho de poder hacer efectivas las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

En el anexo técnico se especifican las acciones concretas y los indicadores de resultado establecidos.

Segunda. *Funciones y actividades del Ministerio:*

Prestará el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el Convenio.

Colaborará con el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por la C.A. y en la medida de sus posibilidades.

Aportará la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), siempre que ésta se encuentre en su poder.

Actuará como coordinador don Enrique Terol García, Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

Cofinanciará las actividades objeto del Convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Tercera. *Funciones y actividades del Servicio Vasco de Salud:*

Realizará las actividades previstas para cada uno de los objetivos tal como se detalla en el anexo técnico.

Elaborará un informe de actividad en el que se detallen las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.

Cofinanciará las actividades objeto del Convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Elaborará un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del Convenio.

Cuarta. *Comisión de Seguimiento.*—Se constituye, para el seguimiento del presente Convenio, una Comisión Mixta de Seguimiento que se reunirán a petición de parte y al menos una vez antes del fin de su vigencia. Esta Comisión estará formada:

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS.

El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

En representación de la CC.AA. del País Vasco:

Jon Etxeberria Cruz, Director Económico Financiero del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Marbella García Urbaneja, Subdirectora de calidad del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Además de la función genérica de vigilancia y seguimiento de la ejecución del presente Convenio de colaboración, la Comisión resolverá las dudas que pudieran surgir en la interpretación y aplicación del mismo y certificarán de conformidad, en su caso, los informes previstos en la cláusula sexta.

La comisión de seguimiento tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 27 de la Ley de Ordenación y Funcionamiento de la Administración General del Estado y valorará la presencia en la misma de un representante de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma.

Quinta. *Plazo de vigencia.*—El plazo de vigencia del presente Convenio se establece en el período comprendido entre la fecha de su firma y el 15 de diciembre de 2007.

Con el acuerdo de ambas partes, el presente Convenio se podrá prorrogar por períodos anuales, formalizándose por escrito las prórrogas antes de la expiración del plazo de vigencia del Convenio o de la prórroga vigente.

Sexta. *Financiación y pago.*—El coste de las actividades previstas en el presente Convenio asciende a un millón diecinueve mil novecientos sesenta y seis euros (1.019.966,00 euros), IVA incluido.

De esta cantidad, el MSC asume un 75Porcentaje que supone 764.974,50 euros, asumiendo la CC.AA. el 25Porcentaje restante que asciende a 254.991,50 euros.

Las cantidades correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo se imputarán con cargo a la aplicación presupuestaria 26.13.3110.226.10 de sus presupuestos de gastos del ejercicio 2007.

Las cantidades a abonar por el Ministerio de Sanidad y Consumo se realizarán en dos pagos:

1. El primero tras la firma del Convenio y entrega por el Servicio Vasco de Salud de un informe preliminar relativo al inicio de las actuaciones y cronograma del total de las mismas, por un importe correspondiente al 75Porcentaje del total de la aportación del Ministerio, 573.730,88 euros con cargo al Presupuesto del ejercicio 2007.

2. El segundo tras la recepción de un informe descriptivo de los trabajos realizados que contemplará las acciones acometidas y los indicadores de logro obtenidos, según lo explicitado en el anexo técnico para cada objetivo específico, por un importe correspondiente al 25Porcentaje del total de la aportación del Ministerio, 191.243,63 euros con cargo al Presupuesto del ejercicio 2007. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2007.

Ambos informes, preliminar y final, necesitarán el certificado de conformidad de la comisión de seguimiento como requisito previo al pago.

Ambas partes estarán sometidas a los procedimientos de autorización y control presupuestario del gasto vigente en cada una de ellas, garantizando la correcta utilización de los fondos.

Séptima. *Publicidad sobre los resultados del Convenio.*—La divulgación de los resultados de los proyectos objeto del presente Convenio, sea cual sea el soporte en que se realice, hará mención expresa al hecho de ser producto del mismo, figurando en todo caso tanto el logotipo del Ministerio de Sanidad y Consumo como el del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud junto al de la C.A.

Octava. *Resolución.*—El presente Convenio podrá quedar sin efecto por mutuo acuerdo de las partes, bastando con que los representantes de ambas entidades expresen su voluntad de resolver el Convenio de forma expresa y por escrito.

Podrá procederse igualmente a la resolución unilateral del Convenio por incumplimiento de las obligaciones en él contenidas por cada una de las partes, previo aviso con un plazo no inferior a tres meses a la fecha prevista para la resolución del Convenio o de sus prórrogas.

Novena. *Marco jurídico.*—El presente Convenio de colaboración tiene naturaleza administrativa de los previstos en el artículo 3.1.c) del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas por lo que queda fuera de su ámbito de aplicación sin perjuicio de los principios y criterios en él contenidos para resolver las lagunas que pudieran suscitarse.

Décima. *Jurisdicción.*—Las dudas y controversias que puedan surgir con motivo de la interpretación y aplicación del presente Convenio, y que no pueden ser resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento, se resolverán de conformidad con las normas aplicables en Derecho, y serán de la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Y para que conste a los efectos oportunos, en prueba de conformidad, las partes firman el presente Convenio en el lugar y fecha anteriormente indicados.—El Ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria Escoms.—El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza, Gabriel María Inclán Iribar.

## ANEXO TÉCNICO

### Prescripciones técnicas a cumplir por los proyectos

*Asegurar la instauración de sistemas que permitan conocer los efectos adversos ocasionados en los centros asistenciales y desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la CC.AA.*

Justificación: Para reducir la frecuencia de los eventos adversos es necesario conocer su presentación, analizar sus causas y diseñar acciones para prevenirlos. Para conseguir este fin es necesario contar con sistemas de notificación de errores y riesgos, voluntarios y anónimos cuya utilidad ha sido demostrada en el ámbito sanitario.

La consolidación de una política en seguridad de pacientes se facilitaría creando unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en las diferentes CC.AA. y que tengan como funciones: la adecuada información y formación sobre seguridad, la propuesta de objetivos ligados a incentivos, la promoción de prácticas seguras, la unificación de sistemas de información en seguridad y la evaluación de las acciones emprendidas.

Proyecto presentado:

Promover la cultura de seguridad e integrar la gestión de riesgos en la gestión de los procesos asistenciales.

Este objetivo tendría dos objetivos generales:

1. Pilotar en nuestro medio una estrategia para la mejora de la seguridad del paciente basada en la integración de la gestión de riesgos en la gestión de procesos. Esta estrategia tendría como objetivos específicos:

Promover y potenciar la cultura de seguridad a través de la información y formación de los profesionales en materia de seguridad del paciente.

Implantar Unidades funcionales. Formar expertos que puedan asumir la formación de los profesionales en materia de seguridad y prestar apoyo

en el uso de las herramientas de gestión de riesgos. Estos profesionales actuarían como referentes en las organizaciones de servicios (Unidades funcionales).

Conocer los EA declarados. Diseñar e implementar un sistema de notificación de efectos adversos. Identificar qué eventos deben ser investigados (incidencias críticas). Realizar análisis-causales de estas incidencias.

Integrar la gestión de riesgos en la gestión de los procesos asistenciales. Promover a nivel de equipo de proceso:

El uso de herramientas que rastreen las debilidades del sistema (análisis proactivo de riesgo).

El rediseño de los procesos para hacerlos más seguros.

El registro de efectos adversos.

La implantación de las medidas correctivas priorizadas tras el análisis de incidencias críticas.

Evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas.

2. Extraer conclusiones que permitan diseñar una estrategia corporativa para la mejora de la seguridad del paciente en nuestro sistema de salud. Estas conclusiones estarían relacionadas con:

Factibilidad de la integración de la gestión de riesgos en la gestión de procesos.

Sistema/s organizativo/s que contribuyan a la gestión de los riesgos/seguridad de los procesos asistenciales.

Funciones a desarrollar, en materia de seguridad, por las diferentes comisiones y profesionales que conforman la estructura de apoyo del sistema de gestión de la calidad.

Factores determinantes del éxito del sistema de notificación de efectos adversos en nuestro medio.

Metodología: Proyecto coordinado en el que se aproveche el conocimiento generado por aquellas organizaciones de servicios que desarrollan su actividad con el Sistema de Gestión de Procesos con el fin de implantar la gestión de la seguridad del paciente como punto crítico de calidad dentro de la gestión del proceso asistencial.

Metodos de selección: Hospitales con procesos asistenciales que estén siendo gestionados mediante la metodología de gestión de procesos.

Actividades/instrumentos:

1. Presentación del proyecto a los directivos de las organizaciones participantes.

2. Creación de un grupo de trabajo constituido por:

Responsables de la gestión de la seguridad en las organizaciones de servicios.

Equipos de los procesos asistenciales de las organizaciones de servicios participantes.

Especialistas en gestión y calidad de la Organización Central.

3. Formación de expertos (Unidades funcionales) en metodología de gestión de riesgos a través de la asistencia a cursos específicos de metodología y visita a centros con experiencia

4. Formación del equipo de proceso y de las personas participantes en el proceso en temas de seguridad:

Cultura de seguridad del paciente. Conciencia de que las cosas pueden ir mal. Desterrar el mito de la perfección

Enfoque de sistema

Beneficios de una cultura de seguridad

Necesidad de aprender de los errores. Notificación y análisis de los incidentes de seguridad del paciente

Herramientas para la gestión de riesgos

5. Diseño de un sistema de notificación de efectos adversos (incidencias críticas) en relación con la seguridad del paciente. Desde el punto de vista de Leape, este sistema debe tener como características:

No punitivo.

Confidencial: La identidad del paciente, del comunicante y de la institución no se revela a terceros.

Independiente de cualquier autoridad con poder para sancionar al comunicante o a la organización.

Analizado por expertos: Los informes son evaluados por expertos que comprenden las circunstancias clínicas y que han sido adiestrados para el análisis de las causas sistémicas subyacentes.

Inmediato: Los informes se analizan inmediatamente y las recomendaciones se difunden rápidamente a todos aquellos que deben conocerlas, especialmente cuando se identifiquen peligros graves.

Sistémico: Las recomendaciones se centran en cambios de los sistemas, procesos o productos, en lugar de en los comportamientos de los individuos.

Eficaz: La/s persona/s que reciben las comunicaciones son capaces de difundir las recomendaciones.

Según el Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria del Comité Europeo de la Sanidad, para lograr el éxito del sistema, éste debería:

Incluir definiciones consensuadas de los incidentes y cuasi-incidentes de seguridad del paciente a los efectos de su registro y comunicación (utilizando si es posible definiciones normalizadas).

Un conjunto de datos mínimo para los incidentes y cuasi accidentes de seguridad del paciente.

Utilizar un modelo de informe normalizado (inicialmente tanto en papel como electrónico, pero avanzando gradualmente hacia un modelo exclusivamente electrónico).

Ir asociado a que existan personas con pericia en la investigación de incidentes, empleando métodos de análisis de causas.

Promover una cultura de la comunicación positiva, confidencial, sensible y abierta.

Apoyar al personal involucrado en lo que con frecuencia puede ser un acontecimiento perturbador y angustioso.

6. Integración de la gestión de riesgos en la gestión de los procesos asistenciales.

Evaluación proactiva de riesgos en los procesos seleccionados mediante AMFE.

Rediseño del proceso. Aquellas medidas preventivas que sean identificadas y puedan minimizar riesgos se incluirán en la planificación de estos procesos. Nos acercaremos a un diseño de un «proceso seguro» que introduzca y asigne responsables de:

Las medidas preventivas eficaces extraídas del AMFE, recogidas en la bibliografía o propuestas por la experiencia del equipo del proceso.

Los controles a realizar en el proceso para detectar efectos adversos antes de que se produzcan.

La definición de lo que va a ser considerado incidencia crítica en el proceso en relación con la seguridad del paciente.

La definición de los indicadores corporativos de medición para valorar los objetivos en materia de seguridad.

Implantación y gestión del proceso rediseñado.

Gestión de las incidencias críticas: a) registro de efectos adversos utilizando el sistema de notificación de incidencias críticas diseñado b) análisis de las causas de estas incidencias, c) implantación de medidas correctivas.

Medición y seguimiento. Monitorización y evaluación del cumplimiento de objetivos de seguridad. Monitorización de la aparición de incidencias críticas relacionadas con las medidas preventivas introducidas.

Monitorización. Informe de resultados sobre:

Porcentaje de organizaciones de servicios con Unidades funcionales.

Porcentaje de organizaciones de servicios con actividades de formación en seguridad de pacientes.

Porcentaje de procesos que evalúan las acciones desarrolladas en seguridad.

Porcentaje de eventos centinela analizados/notificados.

Porcentaje de organizaciones de servicios que han puesto en marcha un sistema de notificación de EA.

Porcentaje de Unidades Funcionales que han realizado evaluación del sistema de notificación.

Valoración de resultados: Valoración cualitativa de la experiencia por un panel de expertos en gestión y calidad. Elaboración de un informe de conclusiones donde se realice una valoración de:

Factibilidad de la integración de la gestión de riesgos en la gestión de procesos.

Sistema/s organizativo/s que contribuyan a la gestión de los riesgos/seguridad de los procesos asistenciales.

Funciones a desarrollar, en materia de seguridad, por las diferentes comisiones y profesionales que conforman la estructura de apoyo del sistema de gestión de la calidad.

Factores determinantes del éxito del sistema de notificación de efectos adversos en nuestro medio.

Fases de desarrollo: El desarrollo de este proyecto se plantea en cinco fases:

1.ª fase. Presentación del proyecto. Constitución del grupo de trabajo (1.º semestre 2007).

Presentación del proyecto a los directivos de las organizaciones participantes.

Determinar los responsables de la gestión de la seguridad en cada organización de servicios.

Determinar los equipos de proceso a participar en el proyecto.

2.ª fase. Promoción de una cultura de seguridad. Implantación de unidades funcionales (1.º semestre 2007).

Formación de expertos.

Formación-acción del equipo del proceso asistencial en temas de seguridad.

3.ª fase. Diseño de un sistema de notificación de efectos adversos (1.º semestre 2007).

4.ª fase. Integración de la gestión de riesgos en la gestión de procesos asistenciales.

Fase de análisis proactivo de riesgos y rediseño del proceso (a partir 2.º trimestre 2007)

Fase de implantación y gestión del proceso rediseñado (a partir 2.º trimestre 2007).

5.ª fase. Monitorización de resultados del proyecto. Elaboración de informe de conclusiones (último trimestre 2007).

Distribución de tareas:

Director del proyecto:

Presentación del proyecto a los directivos de las organizaciones participantes.

Seguimiento del proyecto.

Valoración de resultados del proyecto. Elaboración del informe de conclusiones.

Técnico en calidad contratado (especialista en Gestión y Calidad, adscrito a la Organización Central):

Coordinación del programa de formación de expertos.

Participación en actividades de formación de expertos en gestión de riesgos.

Formación de los equipos de proceso en temas de seguridad.

Diseño del sistema de notificación de efectos adversos.

Coordinación y apoyo de la fase de integración de la gestión de riesgos en la gestión de procesos asistenciales en los centros.

Elaboración del informe de resultados.

Responsables de la gestión de la seguridad en las organizaciones de servicios:

Participación en actividades de formación de expertos en gestión de riesgos.

Formación de los equipos de proceso en temas de seguridad.

Colaboración en el diseño del sistema de notificación.

Coordinación y apoyo de la fase de integración de la gestión de riesgos en la gestión de procesos asistenciales en sus centros de procedencia.

Equipos de gestión de procesos asistenciales:

Participación en actividades de formación en temas de seguridad.

Colaboración en el diseño del sistema de notificación.

Participación en la integración de la gestión de riesgos en sus procesos asistenciales.

Lugares de realización del proyecto:

Hospitales participantes.

Organización Central de Osakidetza.

Productos a presentar:

Sistema de notificación de eventos adversos en los centros sanitarios. Informe de resultados del proyecto con:

Porcentaje de organizaciones de servicios con Unidades funcionales.

Porcentaje de organizaciones de servicios con actividades de formación en seguridad de pacientes.

Porcentaje de procesos que evalúan las acciones desarrolladas en seguridad.

Porcentaje de eventos centinela analizados/notificados.

Porcentaje de organizaciones de servicios que han puesto en marcha un sistema de notificación de EA.

Porcentaje de Unidades Funcionales que han realizado evaluación del sistema de notificación.

Informe de conclusiones donde se analice:

Factibilidad de la integración de la gestión de riesgos en la gestión de procesos.

Sistema/s organizativo/s que contribuyan a la gestión de los riesgos/seguridad de los procesos asistenciales.

Funciones a desarrollar, en materia de seguridad, por las diferentes comisiones y profesionales que conforman la estructura de apoyo del sistema de gestión de la calidad.

Factores determinantes del éxito del sistema de notificación de efectos adversos en nuestro medio.

Director del proyecto:

Marbella García Urbaneja.  
Subdirectora de Calidad.  
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

#### *Prevenir el desarrollo de úlceras por presión en pacientes ingresados*

Justificación: La ocurrencia de úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados es una complicación frecuente en pacientes inmobilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo y a menudo produce prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costes sanitarios. Las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas con adecuados cuidados enfermeros.

Proyecto presentado: Difundir el nuevo protocolo de prevención de úlceras por presión. El protocolo incluye: 1. Un check list para la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar una upp, y 2. La relación de medidas preventivas a adoptar en cada caso.

Metodología:

Métodos de selección: Hospitales de agudos, hospitales de media-larga estancia y comarcas de Atención Primaria

Actividades/instrumentos:

1. Edición del protocolo, elaborado por un grupo de expertos de la organización en base a la evidencia científica, sobre criterios de valoración de riesgo de UPP y medidas preventivas a utilizar en cada caso.

2. Difusión del nuevo protocolo a través de la formación de formadores. La formación se realizaría mediante seminarios impartidos en las organizaciones de servicios, destinados a las supervisoras y responsables de formación continuada de hospitales y a las coordinadoras de enfermería de las Unidades de Atención Primaria.

Monitorización:

Porcentaje de pacientes ingresados en los que se ha aplicado el protocolo.

Porcentaje de altas hospitalarias que presentan úlceras por decúbito en cualquier diagnóstico secundario CIE 9 CM 707.0

Plan de trabajo: Fases de desarrollo:

1.ª fase. Edición del protocolo (2.º semestre 2007).

2.ª fase. Difusión del nuevo protocolo a través de la formación de formadores (2.º semestre-1.º semestre 2007).

3.ª fase. Evaluación de la implantación del protocolo durante la evaluación externa del proceso de atención de enfermería (1.º semestre 2007).

Distribución de tareas:

Técnico de Calidad de la Organización Central:

Coordinación de la edición del protocolo.

Participación en los seminarios de difusión.

Participación en la evaluación del proceso de atención de enfermería.

Grupo de trabajo para la elaboración del protocolo:

Participación en los seminarios de difusión.

Participación en la evaluación del proceso de atención de enfermería.

Lugares de realización del proyecto:

Hospitales de agudos.

Hospitales de media-larga estancia.

Comarcas de Atención Primaria.

Productos a presentar:

1. Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión editado.

2. Informe de resultados:

Sesiones realizadas.

Asistentes.

Resultados de la evaluación externa del proceso de atención de enfermería en relación con la aplicación del nuevo protocolo.

Incidencia de úlceras por presión según el sistema de notificación.

Porcentaje de pacientes ingresados en los que se ha aplicado el protocolo.

Porcentaje de altas hospitalarias que presentan úlceras por decúbito en cualquier diagnóstico secundario CIE 9 CM 707.0.

Director del proyecto:

Marbella García Urbaneja.  
Subdirectora de Calidad.  
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

#### *Prevenir los errores debidos a la medicación*

Justificación: Los errores en la medicación constituye una de las causas más frecuentes de efectos adversos tanto en pacientes hospitalizados como en el ámbito extra hospitalario. Varios estudios han encontrado que la mitad de los errores ocurren durante la prescripción de fármacos aunque también son frecuentes durante su administración. Los errores en la medicación pueden producir daños de diversa consideración e incluso muerte a los pacientes así como prolongación de estancias y aumento de gasto sanitario.

Según la Joint Comisión (JCAHO, 2004) las tres mayores causas de errores en la medicación se deben a: formación (60 %), comunicación (50-60 %) y disponibilidad de información (20-30 %). La experiencia de cientos de organizaciones ha demostrado que la comunicación deficiente sobre órdenes en el tratamiento es responsable de al menos el 50 % de los errores en la medicación en el hospital y suponen, al menos, el 20 % de los efectos adversos. Por ejemplo: Una revisión multidisciplinaria sobre órdenes de medicación en pacientes pediátricos con cáncer reveló que el 42 % de las órdenes revisadas necesitaban ser cambiadas.

Los sistemas de salud pueden mejorar este problema a través de sistemas computarizados de prescripción, mejoras en la identificación de fármacos, mejoras en la comunicación entre profesionales e implantación de dosis única de fármacos (unidosis).

Siendo los errores de medicación una de las causas más frecuentes de eventos adversos se proponen aquí varias prácticas asistenciales dirigidas a: la mejora de:

1. La identificación de medicamentos en los centros asistenciales.
2. La mejora en la identificación de drogas de «alto riesgo».
3. La mejora en la administración de medicamentos en pacientes hospitalizados.

Proyecto presentado: Pilotar una estrategia para prevenir errores de medicación.

La estrategia, consistiría en rediseñar el proceso asistencial y el proceso de gestión farmacoterapéutica, mediante la incorporación de nuevas tecnologías destinadas a prevenir errores de medicación. Los objetivos específicos del proyecto serían:

1. Evaluar la utilidad de los sistemas automatizados de dispensación en unidades donde no está indicada la utilización de unidosis. Estos sistemas podrían facilitar la identificación, el etiquetado y el almacenaje de los medicamentos utilizados habitualmente en estas unidades.
2. Pilotar la implantación del módulo de Prescripción electrónica-gestión de Farmacia-dispensación de la Historia Clínica informatizada.

Para lograr su puesta en marcha se trabajaría en el diseño de una base de datos única donde se incluirían todas las especialidades farmacéuticas en uso en nuestra red. Esta base de datos: 1. permitiría mejorar la identificación de los medicamentos, y 2. recogería, de manera estandarizada, los datos precisos para facilitar el uso seguro de los medicamentos durante todo el proceso de prescripción-dispensación-administración.

Objetivos:

Objetivo 3. Pilotar el rediseño del proceso asistencial y del proceso de gestión farmacoterapéutica, incorporando el uso de nuevas tecnologías.

Este objetivo tendría como objetivos específicos:

Desarrollar una base de datos-guía farmacoterapéutica única que sirva como método estandarizado para la identificación de medicamentos en toda la red y que sería incorporada al módulo de prescripción electrónica en desarrollo.

Pilotar la introducción de herramientas de dispensación automática de medicamentos en áreas donde no está indicada la introducción de dispensación por unidosis.

Evaluar la efectividad de estas nuevas tecnologías, en nuestro entorno, en términos de prevención de errores de medicación.

Metodología:

Métodos de selección:

Hospitales de agudos donde vaya a pilotarse la implantación del módulo de farmacia de e-Osabide.

Hospitales de agudos que cuentan con unidades/servicios donde no está indicada la utilización de unidosis y que podrían beneficiarse de la utilización de sistemas de dispensación automática.

Actividades/instrumentos: Base de datos única para la identificación de medicamentos que sería incorporada al módulo de prescripción electrónica y al de dispensación automática.

Esta base de datos recogería de manera estandarizada todos los datos precisos para garantizar un proceso seguro de prescripción, dispensación, almacenamiento y administración de medicamentos, especialmente, con los medicamentos de alto riesgo para la salud del paciente, como con

aquellos que requieran monitorización de dosis o intervención farmacéutica según función renal o hepática o prevención de interacciones farmacéuticas de relevancia clínica.

Esta base de datos nutriría al programa de prescripción electrónica. La literatura avala, según la AHRQ, la eficacia de estos programas en reducir la frecuencia de errores de medicación, incluyendo errores serios. En los estudios publicados, las aplicaciones de prescripción electrónica con sistemas expertos de ayuda a la prescripción reducirían hasta en un 81 % los errores de medicación (Bates 1999). Estos programas serían especialmente efectivos en disminuir los errores relacionados con la prescripción de dosis o intervalos posológicos incorrectos, las interacciones medicamentosas o las alergias (Bates 1999 y Teich 2000), así como para ajustar la dosificación y reducir los AAM en pacientes con I. Renal (Chertow 2001). Sin obviar, sin embargo, que se han descrito, con el uso de alguna de estas aplicaciones, errores relacionados con: 1. la fragmentación de los datos o fallos en la integración de los sistemas de información, y 2. la falta de integración de estos sistemas en la organización habitual del trabajo (Koppel 2005).

Las actividades a realizar serían:

1. Finalización y pilotaje del software de Farmacia de e-Osabide (prescripción electrónica, gestión de farmacia y dispensación) en un hospital de agudos donde e-Osabide esté funcionando.
2. Creación de un grupo de trabajo constituido por farmacéuticos e informáticos de la red que asesoren en el desarrollo de una base de datos única corporativa de medicamentos. Esta base de datos se integraría en el módulo de Farmacia de e-Osabide.
3. Desarrollo de una base de datos con aproximadamente 13000 códigos entre especialidades farmacéuticas y otros productos farmacéuticos.

La base de datos incorporaría, entre otros datos, para cada registro:

- El código nacional de la especialidad.
- Nombre completo del medicamento.
- Ficha técnica del medicamento.
- Forma terapéutica.
- Dosis y unidades.
- Vías de administración posibles.
- Frecuencia de administración.
- Volumen.
- Soluciones a emplear en caso de dilución.
- Concentración y velocidad de infusión.
- Dosis máxima.
- Dosis mínima.
- Necesidades de ajuste en caso de insuficiencia renal o hepática.
- Contraindicaciones.
- Interacciones farmacológicas.
- Condiciones de conservación y almacenaje.

No se incluirían abreviaturas, utilizando únicamente el sistema métrico internacional para señalar las unidades.

El sistema podría incluir alertas para los medicamentos cuyos nombres son fonéticamente u ortográficamente similares.

Respecto a los fármacos de alto riesgo, el sistema podría: 1. incluir alarmas que ayudaran a identificar a médicos y personal de enfermería qué fármacos son de alto riesgo (insulina, lidocaína, heparina, anticoagulantes orales, citotóxicos, medicamentos con especiales condiciones de conservación, estupefacientes...); 2. asociar protocolos de uso de estos fármacos; 3. durante la elaboración de la base de datos se podría limitar el número de concentraciones disponibles especialmente en heparina y morfina a las que las unidades clínicas tendrían acceso, o 4. podría consensuarse e identificarse en la base de datos qué preparaciones es recomendable que lleguen preparadas desde Farmacia...

Los objetivos perseguidos con el desarrollo de esta base de datos serían, por tanto: 1. estandarizar la identificación de los fármacos en la red; 2. ayudar a identificar los fármacos de alto riesgo, y 3. prevenir los errores relacionados con la prescripción médica, la transcripción, la preparación y la administración de medicamentos.

4. Revisión del programa de prescripción electrónica para asegurar que el sistema incorpora mecanismos para evitar los errores referidos por Koppel et al que tienen que ver con el diseño del programa: «posibilidad de consultar la información del paciente en una sola pantalla» «alerta de duplicidades en la prescripción», «alerta de alergias antes de validación de la orden», «dosis única que sólo permanece activa en el sistema durante un corto período de tiempo», «posibilidad de introducir aclaraciones sobre cuándo administrar un medicamento si precisa»...

5. Rediseño del proceso asistencial con la introducción de modificaciones en el proceso que aseguren la implantación adecuada del módulo de prescripción. Definición de responsabilidades. Definición de protocolos de uso. Planificación de un sistema alternativo de prescripción de medicamentos en caso de averías.

En esta etapa sería especialmente importante trabajar en asegurar que el proceso se rediseña de forma que el uso de esta herramienta esté perfectamente integrado en la organización habitual del trabajo de la unidad

6. Formación de las personas que trabajan en el proceso, en la utilización del módulo de prescripción y en el rediseño del proceso asistencial.

7. Implantación del módulo de prescripción electrónica en el proceso de hospitalización. Parametrización del sistema. Puesta en marcha.

8. Período de aprendizaje. Notificación de incidencias/errores. Análisis de las causas.

9. Optimización del sistema y del proceso.

10. Monitorización de los resultados en seguridad.

Sistemas automatizados de dispensación de medicamentos: Los sistemas de dispensación de medicamentos más conocidos e implantados actualmente en los hospitales son el sistema de dispensación por stock en unidad de enfermería, el sistema de dispensación por reposición y paciente y el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias. Entre los inconvenientes de los dos primeros están las numerosas oportunidades de error relacionadas con la medicación. El sistema de dispensación en dosis unitaria es el más idóneo para conseguir los objetivos de un sistema de distribución de medicamentos ideal. Pero, en unidades con cuidados intensivos, urgencias o quirófanos, la urgencia y la variabilidad de los tratamientos dificulta la implantación y funcionamiento del sistema de unidosos

Los sistemas automáticos de dispensación (SAD) se utilizan como complemento del sistema tradicional de medicamentos en dosis unitarias en aquellas unidades donde no es posible individualizar la dispensación por paciente: Urgencias, Medicina Intensiva, Quirófanos.

Los SAD son armarios controlados electrónicamente, gestionados por un software e interconectados con el censo de pacientes de la unidad de admisión del hospital y con el programa de gestión de stock del Servicio de Farmacia como mínimo. Están situados en las unidades clínicas y contienen la medicación lista para su uso en cajetines con distintos niveles de control y acceso. El armario, unidad principal, dispone de un teclado y pantalla táctil para la realización de todas las funciones: identificación del usuario, selección del paciente, retirada de medicación, reposición, etc. Estos armarios, situados en las unidades clínicas, están conectados a una consola central, ubicada en el Servicio de Farmacia, a través de la cual se gestionan todas las unidades periféricas. El armario principal de la unidad de enfermería está provisto de un ordenador para el registro de los movimientos realizados con los medicamentos.

Su objetivo es hacer más seguro y eficiente el proceso de dispensación, almacenamiento y administración de medicamentos. Según algunos autores: 1. Ofrecen la oportunidad de disminuir los errores de medicación debidos a diferencias en el horario de administración y a la omisión del medicamento, cuando se utiliza el sistema como único sistema de aprovisionamiento (Borel 1995, Shirley 1999). 2. Facilitan que los errores puedan ser identificados y documentados. 3. Mejoran las condiciones de identificación, etiquetado, conservación y almacenaje de medicamentos en las unidades clínicas. 4. La disponibilidad de la medicación a través de un acceso seguro, rápido y controlado a los medicamentos.

La AHRQ 2001 y Oren 2003 revisaron la eficacia de estos sistemas en la prevención de errores de medicación. Su conclusión fue que mejoran la eficiencia, aunque no todos los estudios constatan una mejora valorable en la reducción de errores de medicación. No está totalmente claro si los sistemas de dispensación automatizada suponen una mejora significativa en la reducción del número de errores de medicación respecto a los sistemas de dispensación de dosis unitaria tradicionales (Barker 1984, Borel 1995, Ray 1995).

Algunos autores describen una importante variabilidad en la tasa de error entre los profesionales que utilizan estos dispositivos (Barker 1984). Borel en 1995 lo relaciona con una serie de desviaciones en el uso de estos dispositivos respecto al proceso diseñado e insiste en la necesidad de que la introducción de estas tecnologías vaya acompañada de un rediseño del proceso que asegure su adecuada utilización.

Ventajas frente al sistema de dispensación por stock y botiquín tradicionales (Sánchez MT):

Es posible la supervisión de los tratamientos prescritos.

Facilita la identificación de pacientes con problemas relacionados con la medicación.

Mejora la conservación de los medicamentos, más orden, mejor identificación de los medicamentos y mejor control de caducidades.

Mejora la información para la utilización de los fármacos. Permite la visualización en pantalla de recomendaciones para la administración cuando la enfermera retira el medicamento, mejorando la atención sanitaria del paciente.

Inconvenientes:

No están exentos de errores. Según la configuración del cajón, es posible tener acceso a más de un medicamento, se recomienda que en los

cajones tipo matriz se coloquen los medicamentos con apariencia o nombre similar alejados. La fuente de errores también puede ser originada por la reposición de los armarios: ubicación incorrecta de los medicamentos, carga excesiva con posible caída de un medicamento en el contenedor adyacente.

Las actividades a realizar para su implantación serían:

1. Creación de un equipo multidisciplinar en el que participen los profesionales implicados en la utilización y funcionamiento del sistema: farmacéuticos, supervisora de farmacia, médicos, supervisora y enfermera de la unidad clínica e informáticos

2. Selección del sistema automatizado de dispensación.
3. Planificación del proceso de implantación.
4. Parametrización y configuración del sistema:

a) Definir usuarios, niveles de acceso al sistema y claves.

b) Seleccionar los medicamentos a almacenar y establecer el inventario en base a estudios cuantitativos y cualitativos de consumo de medicamentos en la unidad.

c) Definir los criterios de inclusión y exclusión de los medicamentos a almacenar. Medicamentos de corta caducidad, con especiales condiciones de conservación y manipulación, contaminantes y de alto riesgo para el paciente y manipulador, son considerados medicamentos poco apropiados para almacenar en los SAD. Almacenamiento de fármacos en dosis unitaria y listos para ser administrados, sin manipulaciones previas, siempre que sea posible.

d) Establecer el stock máximo y mínimo para cada especialidad y la periodicidad de reposición.

e) Establecer la ubicación y el nivel de control de acceso a los medicamentos almacenados. Las ubicaciones de máximo acceso y mínimo control son adecuadas para medicamentos sin restricciones de uso y/o para medicamentos de prescripción a demanda. Las ubicaciones de mínimo acceso y máximo control se reservarán para medicamentos de uso restringido por ejemplo por cuestiones de seguridad.

f) Establecer el nivel de intervención del farmacéutico (con intervención previa o posterior a la dispensación).

g) Establecer cuándo se puede acceder a la medicación: Antes o sólo después de la validación del farmacéutico, sólo a la hora de la administración, en cualquier momento para algunos medicamentos.

5. Rediseño del proceso asistencial en la fase de administración de medicamentos. Punto crítico en el éxito de la implantación del sistema:

Definir las actividades a desarrollar por cada miembro del equipo.

Definir las responsabilidades de cada nivel de acceso.

Elaborar protocolos de utilización.

Garantizar la formación continuada para todos los miembros del equipo.

Planificación de un sistema alternativo de dispensación de medicamentos en caso de averías, al menos, para los medicamentos urgentes.

Proceso de traslado del medicamento desde el control de enfermería hasta la habitación del paciente.

6. Formación con una sesión general teórica en la unidad implicada en el que se dan a conocer las principales ventajas e inconvenientes de la utilización de los sistemas automatizados de dispensación individualizada de medicamentos y formación práctica de los miembros del equipo multidisciplinar que se encargarán de la formación específica del resto de miembros de la unidad, con el objetivo de familiarizarse con el manejo de la nueva herramienta de trabajo. La formación incluye los cambios introducidos en el rediseño del proceso asistencial.

7. Puesta en marcha del sistema. Período de aprendizaje durante 1 mes con el fin de evitar roturas de stock. Mantener simultáneamente el sistema tradicional y el sistema automatizado.

8. Monitorización y seguimiento del proceso.

Evaluación del uso del sistema (porcentaje cobertura de la prescripción médica, porcentaje de utilización del sistema, porcentaje de dispensaciones erróneas/dispensaciones).

Detección de incidencias que puedan motivar la aparición de errores de medicación.

Realizar los cambios de configuración y funcionamiento necesarios

9. Optimización del sistema y del proceso.

10. Monitorización de los resultados en seguridad.

Monitorización:

Porcentaje de centros en los que existe un método estandarizado para la identificación de medicamentos.

Porcentaje de drogas de alto riesgo identificadas adecuadamente.

Valoración de resultados:

Incidencias y mejoras en seguridad con el uso del módulo de prescripción electrónica.

Incidencias y mejoras en seguridad con el uso de los sistemas de dispensación automatizada.

Plan de trabajo:

1. Base de datos única para la identificación de medicamentos que sería incorporada al módulo de prescripción electrónica. Fases de desarrollo:

1.<sup>a</sup> fase. Finalización y pilotaje del software de Farmacia de e-Osabide (1.<sup>er</sup> semestre 2007).

2.<sup>a</sup> fase. Creación de un grupo de trabajo que asesoren en el desarrollo de la base de datos (1.<sup>er</sup> semestre 2007).

3.<sup>a</sup> fase. Desarrollo de la base de datos (1.<sup>er</sup> semestre 2007).

4.<sup>a</sup> fase. Revisión del programa de prescripción electrónica (1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

5.<sup>a</sup> fase. Rediseño del proceso asistencial (a partir 1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

6.<sup>a</sup> fase. Formación (1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

7.<sup>a</sup> fase. Implantación del módulo de prescripción electrónica (a partir 1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

8.<sup>a</sup> fase. Período de aprendizaje. Notificación de incidencias/errores. Análisis de las causas (a partir 2.<sup>o</sup> trimestre 2007).

9.<sup>a</sup> fase. Optimización del sistema y del proceso (a partir 2.<sup>o</sup> trimestre 2007).

10.<sup>a</sup> fase. Monitorización de los resultados en seguridad (a partir 2.<sup>o</sup> trimestre 2007).

Distribución de tareas:

Grupo de trabajo multidisciplinar (Farmacéuticos, Informáticos, Responsable Médico del Programa e-Osabide).

Finalización y pilotaje del software.

Revisión del programa de prescripción.

Formación de los profesionales.

Implantación del módulo de prescripción electrónica.

Análisis de causas de las incidencias. Resolución. Optimización del sistema.

Asesoramiento en el diseño de la base de datos.

Farmacéuticos contratados adscritos a la Organización Central:

Diseño y construcción de la base de datos para la identificación de medicamentos.

Formación de los profesionales.

Técnicos de calidad de la Organización Central y de las organizaciones de servicios:

Rediseño del proceso asistencial.

Análisis de causas de incidentes.

Optimización del proceso.

Análisis de resultados en seguridad.

Profesionales de las Unidades:

Participación en el rediseño del proceso asistencial.

Participación en las actividades de formación.

Notificación de incidencias. Participación en el análisis de causas.

Optimización del proceso.

Participación en la monitorización de los resultados en seguridad.

Lugares de realización del proyecto:

Hospitales de agudos donde vaya a pilotarse la implantación del módulo de farmacia de e-Osabide

Organización Central de Osakidetza.

2. Sistemas automatizados de dispensación de medicamentos:

1.<sup>a</sup> fase. Creación de un equipo multidisciplinar (1.<sup>er</sup> semestre 2007).

2.<sup>a</sup> fase. Selección del sistema automatizado de dispensación (1.<sup>er</sup> semestre 2007).

3.<sup>a</sup> fase. Planificación del proceso de implantación (1.<sup>er</sup> semestre 2007).

4.<sup>a</sup> fase. Parametrización y configuración del sistema (1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

5.<sup>a</sup> fase. Rediseño del proceso asistencial (a partir 1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

6.<sup>a</sup> fase. Formación (a partir 1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

7.<sup>a</sup> Fase. Puesta en marcha del sistema. (a partir 1.<sup>er</sup> trimestre 2007).

8.<sup>a</sup> fase. Monitorización y seguimiento del proceso (2.<sup>o</sup> trimestre-2.<sup>o</sup> semestre 2007).

9.<sup>a</sup> fase. Optimización del sistema y del proceso (a partir 2.<sup>o</sup> trimestre 2007).

10.ª fase. Monitorización de los resultados en seguridad (a partir 2.º trimestre 2007).

Distribución de tareas:

Equipo multidisciplinar:

Selección del sistema automatizado de dispensación.  
Planificación del proceso de implantación.  
Parametrización y configuración del sistema.  
Participación en el rediseño del proceso asistencial.  
Participación en actividades de formación.  
Puesta en marcha del sistema.  
Monitorización y seguimiento del proceso. Análisis de incidencias.  
Participación en la optimización del sistema y del proceso.  
Colaboración en la monitorización de los resultados en seguridad.  
Profesionales de la unidad.  
Colaboración en el rediseño del proceso asistencial.  
Participación en actividades de formación.  
Comunicación de incidencias.  
Colaboración en la optimización del sistema y del proceso.

Técnicos de calidad de la Organización Central y de las organizaciones de servicios:

Apoyo para el rediseño del proceso asistencial.  
Análisis de incidencias. Apoyo para el análisis de causas.  
Apoyo para la optimización del proceso.  
Análisis de los resultados en seguridad.

Lugares de realización del proyecto:

Hospitales de agudos que cuentan con unidades/servicios donde no está indicada la utilización de unidosis y que podrían beneficiarse de la utilización de sistemas de dispensación automática.

Servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos que vayan a trabajar en la notificación de efectos adversos y en la gestión de riesgos.

Productos a presentar:

1. Base de datos corporativa para la identificación de medicamentos.
2. Informe de resultados:

Porcentaje de centros en los que existe un método estandarizado para la identificación de medicamentos.

Porcentaje de drogas de alto riesgo identificadas adecuadamente.

3. Informe de conclusiones sobre:

Incidencias y mejoras en seguridad con el uso del módulo de prescripción electrónica.

Incidencias y mejoras en seguridad con el uso de los sistemas de dispensación automatizada.

4. Fichas de proceso de los procesos en los que se han incorporado el uso de nuevas tecnologías.

Director del proyecto:

Marbella García Urbaneja.  
Subdirectora de Calidad.  
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

#### *Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades en los pacientes ingresados*

Justificación: La inadecuada comunicación con el paciente en la fase terminal de su vida y con su familia puede originar sufrimiento añadido por prolongación de síntomas o por no haber respetado las creencias y cultura del paciente. Por eso es necesario asegurar que existe documentación escrita sobre las preferencias de tratamiento del paciente en las fases finales de su vida.

Acción: Diseñar un procedimiento que garantice que el testamento vital, o últimas voluntades del paciente sea accesible de forma permanente y garantice el fiel cumplimiento de su función. Para ello se dispondrá de la documentación estandarizada que marque la normativa vigente y se diseñará un circuito que garantice el adecuado cumplimiento y evaluación de las voluntades del paciente o de la persona que éste designe.

Indicadores de logro:

Porcentaje de servicios que disponen de la documentación estandarizada para que el paciente exprese sus últimas voluntades, si así lo requiere.

Porcentaje de testamentos vitales en los que se han cumplido las voluntades del paciente.

Aclaraciones: Existirá un circuito perfectamente explicitado así como la documentación estandarizada necesaria para registrar la voluntad del paciente que lo solicite.

El cumplimiento de las voluntades del paciente serán valoradas por un profesional del hospital y un familiar del paciente.

Proyecto presentado: Garantizar el derecho que asiste a la ciudadanía de poder hacer realmente efectivas sus voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

Metodología:

Metodos de selección: Facultativos colegiados en la Comunidad Autónoma del País Vasco. En esta primera fase de implantación, en la monitorización y evaluación se priorizarán los facultativos y centros de Osakidetza.

Actividades/instrumentos:

A) Operativizar el proceso de acceso al registro de voluntades anticipadas a través de firma electrónica reconocida.

El proceso de puesta en funcionamiento de los dispositivos informáticos que garanticen el acceso al registro es el siguiente:

1. Recepción del Documento.
2. Inscripción telemática del documento, una vez verificados los requisitos necesarios, en el Registro.
3. Generación automática de un registro en la base de datos de aseguramiento que identifica la existencia de un documento nuevo o la revocación de uno existente.
4. Actualización diaria de la información anterior en la Base de Datos Corporativa de Pacientes de Osakidetza.
5. Anotación automática en los diferentes sistemas de información de Osakidetza (tanto en atención primaria como en atención especializada) de una señal o un icono que identifica que la persona tiene inscrito un DVA.

Adicionalmente se ha habilitado un servicio on-line en osanet.euskadi.net en el ámbito de profesionales, a través del cual cualquier facultativo de la Comunidad Autónoma puede consultar la existencia o no de un documento de voluntades anticipadas inscrito para un paciente concreto. A este servicio pueden acceder los facultativos a través de contraseña y password.

6. El proceso de acceso definido establece que en el momento en el que un facultativo precise acceder al contenido de un DVA de un paciente, este acceso se realizará vía internet por medio de una Tarjeta con certificado electrónico reconocido que se distribuirá a todos los médicos colegiados o habilitados en la CAPV. En la actualidad se está trabajando en el desarrollo de esta funcionalidad.

7. Comprobada la autorización, el médico peticionario podrá acceder a un fichero PDF con el DVA original escaneado.

8. De la misma manera, la persona otorgante de un DVA puede acceder también vía internet, a través de TIS electrónica, a su propio documento así como al resto de servicios que ofrece el Registro (información personalizada, petición de certificados...).

B) Realizar los desarrollos informáticos necesarios para mejorar el registro de documentos de voluntades anticipadas e iniciar los análisis necesarios para definir en qué término se puede llevar a cabo la conexión de este Registro con el de otras Comunidades.

C) Definir y protocolizar un procedimiento que permita comprobar el grado de cumplimiento de las voluntades anticipadas.

Diseñar mecanismos que permitan evaluar el grado de cumplimiento de las voluntades anticipadas.

Monitorizar los indicadores de evaluación y medición del grado de cumplimiento.

Proponer medidas correctoras.

Monitorización:

Porcentaje de centros cuyos médicos pueden acceder por tarjeta con certificado electrónico al Registro.

Porcentaje de últimas voluntades que han sido cumplidas.

En esta primera fase de implantación, en la monitorización y evaluación se priorizarán los facultativos y centros de Osakidetza.

Plan de trabajo:

Fases de desarrollo.

- 1.ª fase. Habilitar los dispositivos informáticos (2.º semestre 2007).
- 2.ª fase. Diseñar y coordinar la distribución de firma electrónica entre los facultativos de la Comunidad (2.º semestre 2007).
- 3.ª fase. Realizar formación entre los profesionales acerca del sistema de acceso al Registro (2.º semestre 2007).

4.ª fase. Análisis de situación de otros Registros autonómicos (1.º semestre 2007).

5.ª fase. Diseñar estrategia de conexión y el desarrollo informático que haga efectiva la conexión (2.º semestre 2007).

6.ª fase. Definir el sistema de alerta para la detección de un caso de fallecimiento (1.º semestre 2007).

7.ª fase. Realizar los desarrollos informáticos que permitan la conexión entre aplicaciones (2.º semestre 2007).

8.ª fase. Protocolizar el procedimiento de acceso y revisión del cumplimiento de las voluntades anticipada (2.º semestre 2007).

9.ª fase. Monitorizar los indicadores de medición y evaluación del grado de cumplimiento (2.º semestre 2007).

10.ª fase. Proponer medidas correctoras en el caso de detectar incumplimientos y/o dificultades en la implantación (2.º semestre 2007).

Distribución de tareas:

Directora de Estudios y Desarrollo Sanitario:

Coordinación del proyecto.

Seguimiento del proyecto.

Valoración de los resultados.

Responsable del Registro de Voluntades anticipadas del Departamento de Sanidad:

Soporte técnico del proyecto.

Elaboración del informe de conclusiones.

Equipos informáticos Departamento de Sanidad: Desarrollos informáticos.

Apoyo de Consultoría:

Formación profesionales.

Análisis del Registro de últimas voluntades de otras Comunidades.

Diseño del cuadro de indicadores de seguimiento.

Seguimiento de la implantación.

Productos a presentar:

1. Dispositivos informáticos de acceso automático al Registro de Voluntades anticipadas.

2. Procedimiento de acceso y revisión del cumplimiento de las voluntades anticipadas.

3. Informe de conclusiones donde se analice el grado de cumplimiento de las últimas voluntades expresadas por los ciudadanos.

Directora del proyecto:

Patricia Arratibel Ugarte.

Directora de Estudios y Desarrollo sanitario.

Departamento de Sanidad.

## BANCO DE ESPAÑA

**19486** RESOLUCIÓN de 26 de octubre de 2007, del Banco de España, por la que se publica la baja en el Registro de Establecimientos Financieros de Crédito de Telefónica Factoring, Establecimiento Financiero de Crédito, S. A.

En cumplimiento de lo establecido en el apartado 3 del artículo 3 del Real Decreto 692/1996, de 26 de abril, sobre el régimen jurídico de los establecimientos financieros de crédito, se procede a la publicación de la siguiente baja en el Registro de Establecimientos Financieros de Crédito:

Con fecha 23 de octubre de 2007 ha sido inscrita en el Régimen de Establecimientos Financieros de Crédito la baja, por renuncia, de Telefónica Factoring, Establecimiento Financiero de Crédito, S. A., que mantenía el número de codificación 8918.

Madrid, 26 de octubre de 2007.—El Director General, José María Rolán Alegre.

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

**19487** RESOLUCIÓN de 5 de octubre de 2007, de la Dirección General de Instituciones y Cooperación con la Justicia, de la Consejería de Justicia y Administración Pública, por la que se inscribe en el Registro de Fundaciones de Andalucía la Fundación para una Educación en Valores.

Visto el expediente por el que se solicita la inscripción en el Registro de Fundaciones de Andalucía de la Fundación para una Educación en Valores, sobre la base de los siguientes

### Antecedentes de hecho

Primero. *Constitución de la Fundación.*—La Fundación para una Educación en Valores fue constituida mediante escritura pública otorgada el 13 de octubre de 2006, ante el notario don Luis Martínez Pantoja del Ilustre Colegio de Granada, registrada con el número 1.636 de su protocolo, subsanada por escritura autorizada por don Alfonso Argüelles Luis, el 6 de junio de 2007, número de protocolo 965.

Segundo. *Fines.*—Los fines de la Fundación de acuerdo con lo dispuesto en sus Estatutos, son los siguientes:

«a) Divulgar una educación en valores en el ámbito educativo y en la sociedad en general. b) Defender la necesidad de una nueva educación en valores. c) Promocionar la educación integral u holista ante las instituciones, especialmente la Universidad. d) Premiar a personas e instituciones que se caractericen por su defensa de la educación en valores. e) Apoyar proyectos de investigación educativa que se centren en los valores y en la educación integral. f) Denunciar públicamente actos y actitudes que constituyan un daño notorio de la educación en valores. g) Dotar becas para las familias que quieran participar en nuestros centros educativos. h) Propiciar y desarrollar, conjuntamente con las Asociaciones de madres y padres de la institución, una promoción de las escuelas de padres, que generen compromisos estables en la educación de sus hijos y les preparen para la función que deben realizar como educadores. i) Practicar una formación complejo-evolucionista para el cambio social. j) Promover la creación de empresas que construyan y/o gestionen centros educativos que pongan en práctica una nueva concepción educativa, de acuerdo con nuestros principios educativos. k) Mantener relaciones de cooperación internacional en defensa de una educación en valores.»

Tercero. *Domicilio y ámbito de actuación.*—El domicilio de la Fundación ha quedado establecido en la calle La Luna, número 14, de Jaén, y el ámbito de actuación, conforme dispone la norma estatutaria, se extiende principalmente al territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Cuarto. *Dotación.*—La dotación inicial está constituida por 30.000 euros, desembolsándose el veinticinco por ciento, con el compromiso de aportar la cantidad restante en un plazo máximo de cinco años a contar desde el otorgamiento de la escritura de constitución.

Quinto. *Patronato.*—El Patronato de la Fundación, cuya composición se regula en el artículo 13 de los estatutos, queda identificado en la escritura de constitución, constanding la aceptación expresa de los cargos de patronos.

### Fundamentos de Derecho

Primero. Resultan de aplicación para la resolución del procedimiento: el artículo 34 de la Constitución Española, que reconoce el derecho a fundar para fines de interés general; el artículo 79.2 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía; la Ley 10/2005, de 31 de mayo, de Fundaciones de la Comunidad Autónoma de Andalucía; el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Registro de Fundaciones de Andalucía, aprobado por Decreto 279/2003, de 7 de octubre; y la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo. La Fundación ha sido constituida por personas legitimadas para ello, dándose cumplimiento a lo establecido en la Ley 10/2005, de 31 de mayo, de Fundaciones de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Tercero. La Entidad que ha solicitado su inscripción registral responde a la definición de fundación del artículo 1 de la Ley 10/2005, de 31 de mayo, estando sus fines comprendidos dentro de la enumeración del artículo 3 de dicho texto legal.