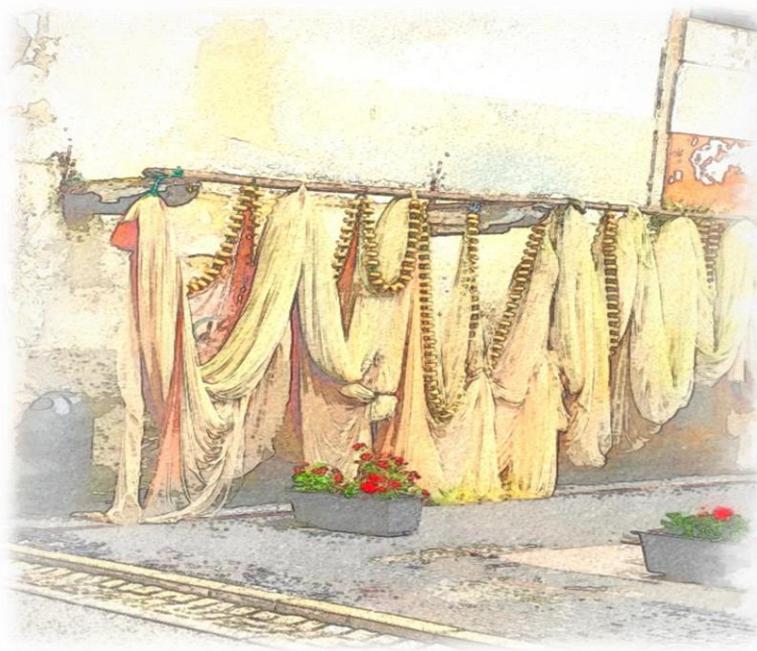


PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE DERECHOS
SOCIALES Y BIENESTAR



Septiembre 2021

Edita

Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento

Consejería de Salud del Principado de Asturias

DL AS 02601-2021

Autores

Eguren Adrián, Nerea

Socióloga. Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

Lafuente Robledo, Esther

Economista de la Salud. Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

Prieto Lorenzo, Amparo

Enfermera Gestora de Casos. Coordinadora de centros Sociosanitarios. Área III. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Suárez López, Jorge

Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores Santa Bárbara. Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Triguero Estévez, Yobana

Directora del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores de Arriondas. Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Coordina

Suárez Mier, M Belén

Coordinadora de la Estrategia de Seguridad. Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

Revisores

M Elena Llorente Fernández

Directora General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

Ana M Suarez Guerra

Directora Gerente del Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Contenido

JUSTIFICACIÓN	6
SEGURIDAD DEL PACIENTE: CONCEPTO Y DESARROLLO	8
EL ORGANISMO AUTÓNOMO ERA Y LA SEGURIDAD DEL RESIDENTE	11
La cultura de seguridad en el ERA	14
LÍNEAS DE TRABAJO DEL PROYECTO	16
Línea de trabajo 1: Implementación. Organización y liderazgo	16
Línea de trabajo 2: Cultura de Seguridad	17
Línea de trabajo 3: Participación del residente y familias	20
Línea de trabajo 4: Gestión de la información	22
Línea de trabajo 5. Entorno seguro	23
Línea de trabajo 6. Prácticas clínicas seguras	25
A. Promover la identificación inequívoca.....	25
B. Adecuación de la asistencia al residente frágil.....	26
C. Fomentar las buenas prácticas asociadas a los cuidados.....	27
D. Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes.....	28
E. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.....	29
Línea de trabajo 7. Gestión de riesgos	31
PROPUESTA DE INDICADORES	34
BIBLIOGRAFÍA	38

Referencia de género: Todas las referencias a cargos, puestos o personas para los que en este documento se utiliza la forma de masculino genérico deben entenderse aplicables, indistintamente, a mujeres y hombres.

Paciente/residente: Todas las referencias a paciente se trasladan a residente para una mejor adaptación al contexto para el que se diseña este documento.



JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas las necesidades sociosanitarias del conjunto de la población y las respuestas a las mismas han aumentado de manera notable, sin duda debido a la interrelación de diversos factores de carácter sociodemográfico con otros de carácter normativo. Los primeros se encuentran en consonancia con la esperanza de vida y el incremento de la cronicidad y de la dependencia; también con los cambios en la organización social del cuidado y con la modificación de las estructuras y relaciones familiares. A todo ello hay que añadir, los efectos que han tenido en la salud las crisis económicas sufridas en los últimos años. Por su parte, los cambios normativos han supuesto un importante avance en el reconocimiento de derechos a las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia (1, 2) En este contexto una demanda importante se centra en las personas mayores con necesidades de cuidados.

El incremento en la esperanza de vida de la población ha contribuido a aumentar la demanda de servicios en centros residenciales de mayores, “ello hace que el perfil de las personas residentes en los centros sociosanitarios sea el de una persona de edad avanzada, con alguna discapacidad o dependencia (física y/o mental), con pluripatología y polimedicación y que precisa de cuidados durante un periodo largo de tiempo” (3,4). Estas personas, por sus características y vulnerabilidad, presentan un mayor riesgo de sufrir un daño relacionado con la atención que se les presta.

Esta realidad justifica el desarrollo y establecimiento de aquellas medidas que ayuden a los centros residenciales a prevenir, reducir o eliminar los riesgos de producir un daño innecesario relacionado con la atención. La reciente crisis vivida en relación a la COVID 19 incrementa, de manera urgente, esta necesidad (5,6,7). Se impone, en definitiva, incorporar la cultura de seguridad en estos centros.

La cultura de seguridad, y más en concreto la seguridad del paciente, cuenta con un notable desarrollo en el ámbito sanitario, tanto a nivel internacional como nacional, con resultados favorables lo que ha promovido su expansión a otros niveles asistenciales. En este sentido, la “Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020” (8) plantea como uno de sus objetivos “Promover la cultura de seguridad del paciente en otros centros sanitarios y sociosanitarios de la comunidad”.

Asturias cuenta con una importante red de centros públicos de atención residencial y diurna, gestionados por el organismo ERA (Establecimientos Residenciales para Personas Mayores en Asturias) creado en el año 1991 (9). Su oferta de plazas públicas, bajo diferentes modalidades de gestión (directa, indirecta y concertada), ascendió en el año 2019 a 6.366 plazas dando cobertura a toda la Comunidad Autónoma (10). El número de plazas se mantiene en la actualidad.

Las cifras mencionadas convierten a nuestra comunidad en un ejemplo singular en cuanto al volumen y gestión de plazas públicas residenciales dentro del conjunto del Estado, especialmente en lo referido a la gestión directa. También justifican, plenamente, la competencia y el interés de la Consejería de Salud junto con la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, a través del Organismo Autónomo ERA, en el diseño e implantación de un modelo centrado en la seguridad de las personas residentes en estos centros.

El presente documento fija como primera meta promover la cultura de seguridad dentro de la red de dispositivos públicos dependientes del ERA, con el objetivo de poder hacerla extensible a toda la red de centros residenciales del Principado de Asturias, con independencia de la titularidad de su gestión. Persigue así mismo, ser un documento de referencia para directivos/as, profesionales, personas residentes y sus familias, en lo relativo a la seguridad de la asistencia prestada dentro de los centros públicos sociosanitarios de atención a personas mayores del Principado de Asturias.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: CONCEPTO Y DESARROLLO

CONCEPTO

Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos”(11)

Cuando hablamos de incidente relacionado con la seguridad del paciente nos estamos refiriendo a cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando ese evento o circunstancia produce daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un evento adverso (EA) (12)

DESARROLLO

1. Internacional

La magnitud y la gravedad de los daños, así como las consecuencias sanitarias y económicas de estos para los pacientes, los profesionales y las organizaciones sanitarias, han provocado que la seguridad del paciente sea considerada como una prioridad a nivel mundial. “La seguridad del paciente no es algo nuevo, pero adquirió importancia creciente a partir del estudio *‘Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro’*, publicado en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM), que afirmaba que entre 44.000 y 98.000 personas fallecen cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de fallos que podrían evitarse”(8).

Poco tiempo después, en el año 2002, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó, mediante una resolución, la necesidad de abordar el problema por parte de todos los países. En el año 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con la misión de coordinar, difundir y acelerar mejoras en seguridad del paciente a nivel mundial y facilitar el desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad entre los estados miembros de la OMS.

Una de las acciones prioritarias fue la elaboración de una nomenclatura común internacional que permitiese el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en todos los sistemas organizacionales. El producto fue el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente que señala, entre otros, los conceptos referidos anteriormente.

2. Nacional

En nuestro país, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ⁽¹³⁾ introduce en una norma elementos clave relacionados con la calidad y la seguridad del paciente. Así, su capítulo VI denominado “De la Calidad”, se dedica de manera exclusiva a esta materia.

La norma detalla elementos básicos para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud, como el registro de eventos adversos y el de buenas prácticas, entre otros. También establece la creación de la Agencia de Calidad y la elaboración de Planes de Calidad, como la “Estrategia en Seguridad del Paciente en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud” aprobada en el año 2005.

3. Autonómico

Dentro del marco internacional y nacional descritos, nuestra comunidad autónoma elabora en el año 2015 la “Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020” con el objetivo de dar continuidad y mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles asistenciales dentro del Principado de Asturias.

Tal y como se ha señalado, una de las líneas de actuación de esta Estrategia, “Cultura de seguridad y formación”, establece un objetivo dirigido, exclusivamente, a los centros sociosanitarios: “Promover la cultura de seguridad del paciente en otros centros sanitarios y sociosanitarios de la comunidad”. Este documento persigue concretar dicho objetivo, dando cumplimiento al mismo.

Por otro lado, cabe destacar que este marco de actuación se ha visto reforzado con la aprobación de estructuras estables de coordinación sociosanitaria ⁽¹⁴⁾ integradas dentro del “Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021”.

4. La Seguridad del Paciente en el ámbito sociosanitario

Según el Estudio Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (EARCAS) ⁽¹⁵⁾. “En el ámbito sociosanitario, los problemas relacionados con la seguridad del paciente presentan cierta singularidad, ya que las propias características de la persona hacen difícil distinguir entre los daños ocasionados por la atención prestada y los derivados de la enfermedad y/o sus condiciones clínicas y que son conocidos como complicaciones del curso clínico o de la historia natural de la enfermedad”

Ya se ha mencionado que el perfil tipo de una persona residente en un centro sociosanitario se corresponde con una persona de edad avanzada, con alguna discapacidad o dependencia sea física o mental, con pluripatología y/o polimedicación y que precisa de cuidados durante un periodo largo de tiempo. Estas características contribuyen, sin

duda, a aumentar el riesgo de sufrir un daño asociado a la atención; sin embargo los estudios relacionados con seguridad del paciente en este ámbito son llamativamente escasos.

4.1. Estudio EARCAS

El primer estudio nacional en abordar de forma general la seguridad de las personas en los centros sociosanitarios es el Estudio EARCAS liderado en el año 2011 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y desarrollado en colaboración con el conjunto de las comunidades autónomas. Asturias estuvo presente a través de diversos profesionales adscritos al ERA.

Entre sus principales aportaciones destacan las siguientes:

- “Los incidentes y eventos adversos que se producen con mayor frecuencia en los centros sociosanitarios están relacionados con los cuidados proporcionados a los pacientes (estreñimiento, incontinencia, caídas), la medicación (tanto errores de medicación como acontecimientos adversos) y las infecciones, entre las que destacan las del tracto urinario y las úlceras por presión.
- Las características y la vulnerabilidad de las personas usuarias contribuyen enormemente a la aparición de los incidentes. No obstante, se han destacado otros factores causantes como son los relacionados con las actitudes y conductas de los profesionales, con su formación, condiciones de trabajo o con los problemas de comunicación (paciente-profesional, profesional-profesional y/o centro sociosanitario-centro sanitario).
- Se pueden realizar estrategias efectivas y sostenibles para mejorar la seguridad del paciente a nivel de cada centro. Estas estrategias pueden dirigirse hacia los propios pacientes (desarrollo de planes de atención individualizados), hacia los profesionales (formación y sensibilización en prácticas seguras -higiene de las manos, uso seguro de la medicación, identificación de pacientes, mejoras en la comunicación o trabajo en equipo-), o hacia la organización (protocolización de actuaciones, sistemas de registro o mejoras en las transiciones)”.

Publicada en 2013 la “*Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios*”⁽¹⁶⁾ avala las conclusiones del Estudio y destaca “la importancia atribuida a la labor de enfermería, dejando en sus manos la responsabilidad de gran parte de las medidas recomendadas” Apunta también que “las deficiencias en la comunicación entre profesionales o entre instituciones son causa común de incidentes...”. Así mismo “identifica el entorno físico de los centros sociosanitarios como otro de los factores potenciales de riesgo y sugiere que es necesario evaluar adecuadamente este entorno cuando se aplican medidas de limitación física a los residentes”.

EL ORGANISMO AUTÓNOMO ERA Y LA SEGURIDAD DEL RESIDENTE

El ERA es el organismo autónomo de gestión del conjunto de centros y plazas públicas, tanto residenciales como de atención diurna, en el Principado de Asturias. Fue creado por ley en el año 1991 y a lo largo de estos años ha ido aumentando, de forma continuada, tanto la oferta de recursos de atención dirigidos a las personas mayores como las medidas para la mejora de la calidad en los servicios que se prestan.

Se muestran a continuación las principales magnitudes del ERA con el fin de contextualizar y dimensionar el ámbito de actuación que se describe en este documento.

1. Centros y plazas

En la actualidad el ERA realiza la gestión directa de 29 centros, de 3 tipologías diferentes:

- *Centros Polivalentes de Recursos:* Son centros de carácter mixto, en los que podrán integrarse dependencias propias de los centros de alojamiento, apartamentos, pequeñas unidades de convivencia y/o centro de día para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia y que presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas.
- *Residencias:* Son centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interdisciplinar, en los que viven temporal o permanentemente personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia.
- *Apartamentos:* Son centros de alojamiento para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial, constituidos por pequeñas viviendas independientes donde la persona puede vivir sola o con un grupo familiar reducido sin necesidad de apoyos intensos (10).

La siguiente tabla describe el conjunto de las plazas ofertadas según modalidad de gestión. Entre gestión directa e indirecta, el Organismo Autónomo gestiona un total de 4.194 plazas, de ellas 3.621 corresponden a gestión directa (86,34%).

A estas cifras hay que añadir 2.172 plazas concertadas con 59 centros privados o sin ánimo de lucro. Estas cifras indican el gran volumen de servicio que presta el ERA a través de sus 5.541 plazas residenciales (10) constituyendo el 36,1% del conjunto de plazas de este tipo disponibles en Asturias en el año 2020, que ascendió a 15.349(17)

RESUMEN DE PLAZAS POR MODELO DE GESTIÓN			
PROPIAS	CENTROS RESIDENCIAS	Gestión directa*	3.092
		Gestión indirecta	328
	APARTAMENTOS		225
	CENTROS DE DÍA	Gestión directa	529
		Gestión indirecta	20
	Total plazas propias		4.194
CONCERTADAS	Residencias		2.121
	Centros de día		51
	Total plazas concertadas		2.172
TOTAL DE PLAZAS			6.366

CENTROS RESIDENCIALES Y PLAZAS					
Gestión Directa			Gestión Indirecta		Gestión Concertada
CPR	RESIDENCIA	APARTAMENTOS	CPR	RESIDENCIA	CENTROS CONCERTADOS
21	5	3	1	7	59
3.317			328		2.121
TOTALES CENTROS					96
TOTALES PLAZAS					5.766

Fuente: ERA Memoria de Actividades 2019 (Modalidad de Gestión)

El tamaño de los centros de gestión directa oscila entre las 450 plazas de la Residencia Mixta de Gijón y las 35 de Cudillero. Entre ambos límites, el mayor porcentaje de centros se concentran entre los que tienen menos de 100 plazas.

2. Recursos humanos

Los recursos humanos constituyen el elemento clave en el desarrollo y la implantación de las acciones propuestas en este documento, de ahí la importancia de conocer su dimensión y características.

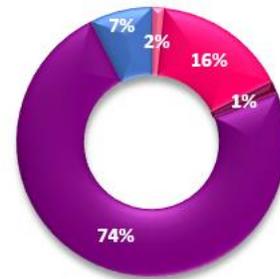
El Organismo Autónomo ERA cuenta, en la actualidad, con una plantilla de 1756 efectivos. La categoría profesional mayoritaria, 1.291 trabajadores, corresponde al nivel D (Auxiliar de Enfermería), seguida del grupo B (Enfermería y Trabajo Social).

PLANTILLA CREADA EN RPT Y CATÁLOGO

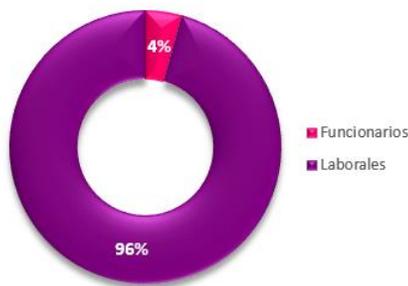
GRUPO	FUNCIONARIOS	LABORALES	TOTAL
A	5	23	28
B	16	265	281
C	8	18	26
D	46	1245	1291
E	1	129	130
TOTAL	76	1680	1756 *

* No se incluyen los contratos por obra y servicios

Porcentaje por grupo profesional



Porcentaje por relación laboral



- Grupo A
- Grupo B
- Grupo C
- Grupo D
- Grupo E

Fuente: ERA Memoria 2020 (Recursos humanos) *

PLANTILLA FUNCIONAL POR CATEGORÍAS PROFESIONALES Y CUERPOS /ESCALAS

CATEGORÍAS PERSONAL LABORAL	Nº PLAZAS
Titulado/a superior	29
Titulado/a grado medio	271
Animador/a cultural	21
Técnico/a superior en dietética	1
Encargado/a	4
Administrativo/a	10
Técnico/a auxiliar informática y/o comunicación	1
Jefe cocina a extinguir ©	2
Auxiliar administrativo/a	11
Conductor/a	1
Auxiliar de enfermería	1.170
Cocinero/a	23
Oficial/a de Oficio	1
Cocinero/a ayudante	24
Oficial/a de mantenimiento	8
Oficial/a de oficio almacenero	2
Subgobernante/a	5
Ordenanza	29
Operario/a de servicios	100
TOTAL	1713

CUERPOS/ESCALAS FUNCIONARIOS	Nº PLAZAS
Cuerpo superior administradores	5
Gestión finanzas/Cuerpo Diplomados y Técnicos	2
Asistentes sociales/Cuerpo Diplomados y Técnicos	5
Ingeniero Técnico Industrial/Cuerpo Diplomados y Técnicos	1
Cuerpo de gestión	8
Cuerpo de administrativos	8
Cuerpo de auxiliares	38
Escala a extinguir grupo D	8
Escala a extinguir grupo E	1
TOTAL	76

PLANTILLA FUNCIONAL TOTAL	Nº PLAZAS
Personal laboral	1713
Personal funcionario	76
TOTAL	1789

La cultura de seguridad en el ERA

Desde su creación, el ERA ha desarrollado instrumentos de apoyo y mejora para la calidad de la atención de las personas residentes.

En este sentido, una herramienta importante, tanto de trabajo como de soporte documental, han sido los denominados “Protocolos de Actuación”. Estos protocolos son guías prácticas de atención e intervención en diversos ámbitos relacionados con la calidad y la seguridad como son los concernientes a la prevención de úlceras por presión o caídas, sujeciones, cuidados básicos, salidas y acompañamientos o alimentación, entre otros.⁽¹⁸⁾

De manera paralela, y relacionada con la implantación de dichos Protocolos, a lo largo de estos años el personal del ERA ha recibido formación a través de Instituto Asturiano de Administración Pública (IAAP) como responsable de la formación continuada dirigida a sus profesionales.

Ahora bien, este conjunto de acciones no han estado guiadas bajo un enfoque integral de Seguridad del Paciente tal como este se ha definido en las líneas de trabajo internacionales, nacionales y autonómicas descritas en apartados anteriores.

Se plantea por tanto, dotar de un marco integrado y completo a las diferentes acciones que componen la seguridad sanitaria en los centros residenciales. Para ello se pretende reforzar y extender las actividades desarrolladas hasta el momento, introducir nuevos ámbitos de actuación que amplíen la perspectiva de la seguridad y crear nuevas figuras que lideren y desarrollen su implantación, tanto a nivel orgánico como profesional.

Este documento promueve la consecución de objetivos que habían sido fijados en la “Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020” de ahí que contemple, en cuanto a estructura se refiere, las dimensiones sobre las que ésta ha sido diseñada:

1. Organización y Liderazgo
2. Cultura de Seguridad
3. Participación del paciente
4. Gestión de la información clínica
5. Entorno seguro
6. Prácticas clínicas seguras
7. Gestión de riesgos

Entorno a estas líneas de trabajo se articulan un total de 24 objetivos específicos para cuyo desarrollo, y tomando como referencia la Estrategia de Seguridad, se han definido una serie de acciones acordes a la realidad que se vive en los centros residenciales para personas mayores dependientes del Organismo Autónomo ERA.

Los indicadores propuestos pretenden ser unos indicadores dinámicos, que favorezcan la implantación y seguimiento de esas acciones y contribuyan a la mejora continuada de los centros.

En definitiva, este proyecto persigue la mejora de la calidad asistencial al introducir e implantar la Seguridad del Paciente como una cultura organizativa que guíe y apoye la labor asistencial, directiva y de las familias dentro de los centros residenciales públicos el Principado de Asturias.

LÍNEAS DE TRABAJO DEL PROYECTO

Línea de trabajo 1: Implementación. Organización y liderazgo

El compromiso institucional es fundamental para poner en marcha iniciativas que impliquen cambios culturales en las organizaciones. Es necesario constituir equipos de trabajo comprometidos con la seguridad que trasladen, de arriba abajo y de abajo arriba, información y contribuyan a diseminar conocimiento y buenas prácticas en un proceso de mejora continuada. Una mejora orientada a ofrecer una atención y unos cuidados seguros y de excelencia a las personas en un tramo de la vida en que son valores como la empatía, cercanía, proximidad o escucha activa los que pueden contribuir a que la estancia en los centros sea más confortable y acogedora.

Objetivo 1

Desarrollar la estructura organizativa y de liderazgo adecuada a las necesidades de los centros sociosanitarios en seguridad del residente.

Acciones

- Crear una Comisión de Seguridad que facilite el liderazgo, la coordinación y el seguimiento y evaluación entre la Gerencia del ERA y los centros residenciales de personas mayores.
- Conformar equipos para la gestión del riesgo acordes a las áreas sociales existentes.
- Designar una persona responsable en seguridad en cada centro.
- Cada programa de prácticas seguras en los centros deberá contar con un referente que promueva su implantación, cumplimiento y evaluación.

Objetivo 2

Implementar el Proyecto de mejora de la seguridad en los centros sociosanitarios.

Acciones

- Presentar el Proyecto para la mejora de la seguridad del residente definido por el Organismo Autónomo ERA a los equipos de gestión de cada área/centro.
- Formar a los miembros de los equipos de gestión en materia de seguridad del residente y en el manejo Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP).

Línea de trabajo 2: Cultura de Seguridad

“Las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces comparten un compromiso constante con la seguridad como prioridad del máximo nivel que impregna toda la organización. Los componentes más destacados son:

- El reconocimiento de que las actividades de una organización son de alto riesgo y propensas a los errores.
- Un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasiincidentes sin ser castigados.
- Una expectativa de colaboración entre estamentos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades.
- Una voluntad por parte de la organización de asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad” (12)

Trasladado al ámbito de la atención a las personas mayores que viven en centros residenciales, nuestra responsabilidad es la de contribuir a consolidar una cultura de seguridad trabajando sobre estos mismos aspectos: medir periódicamente e identificar oportunidades de mejora vinculadas a prácticas seguras; promover el liderazgo en seguridad y fomentar la formación y la comunicación efectiva.

Objetivo 1

Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales en seguridad del residente.

Acciones

- Incluir los aspectos esenciales en seguridad del residente en el plan de acogida dirigido a todos los profesionales de nueva incorporación.
- Desarrollar actividades de difusión y formación relacionadas con la seguridad del residente dirigidas a todos los profesionales de los centros residenciales.
- Incluir una acción formativa específica para cada práctica segura. (caídas, uso de fármacos, recogida de muestras, afecciones urinarias...)

Objetivo 2

Valorar el grado de cultura en Seguridad del Paciente como medio para detectar oportunidades de mejora en seguridad del residente

Acciones

- Evaluar periódicamente la percepción que tienen los profesionales de la seguridad del residente mediante instrumentos adaptados a los centros sociosanitarios.

Objetivo 3

Promover la participación activa de los profesionales en cultura de seguridad del residente.

Acciones

- Planificar sesiones informativas periódicas que favorezcan la comunicación bidireccional entre los profesionales y los equipos de gestión de la seguridad del residente.
- Difundir a los profesionales a través de un portal web corporativo la información agregada y actualizada respecto a:
 - Riesgos derivados de la atención prestada al residente.
 - Acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación.
 - Compartir buenas prácticas en seguridad.
 - Estándares en seguridad del residente establecidos corporativamente.
- Realizar una jornada anual autonómica para compartir experiencias sobre seguridad.

Objetivo 4

Favorecer la investigación en seguridad del residente.

Acciones

- Abrir líneas de investigación en alguno de los siguientes aspectos:
 - Identificación y análisis de los factores implicados en la aparición de eventos adversos.
 - Incidentes ocurridos en el proceso de comunicación entre profesionales y entre profesionales y residentes.
 - Factores de riesgo de los residentes relacionados con una mayor probabilidad de sufrir un evento adverso.
 - Evaluación de la efectividad de las intervenciones para la mejora de la seguridad del residente
- Apoyar la asistencia a congresos y reuniones científicas para la presentación de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del residente.

Línea de trabajo 3: Participación del residente y familias

El nuevo modelo de cuidados de los centros residenciales para personas mayores en el Principado de Asturias aborda la necesidad de un cambio sustancial que vaya desde el actual modelo más institucional donde las personas pierden parte de su identidad y el control sobre aspectos fundamentales de su vida, hacia un nuevo enfoque que plantea facilitar ambientes más cercanos y confortables, organizaciones flexibles, en las que uno de sus objetivos sea fomentar la elección y autonomía de las personas que allí viven, favoreciendo las condiciones para que puedan percibir el centro como su nuevo hogar. En este contexto, resulta ineludible impulsar el desarrollo de acciones dirigidas a favorecer que el residente intervenga en la toma de decisiones y colabore en aspectos que atañen a su seguridad.

Por su parte, familias y allegados adquieren un papel fundamental, siendo indispensable favorecer y promover su implicación en la atención al residente, ya que tienen un papel relevante en la prestación de cuidados no profesionales, complementando los cuidados especializados que se ofrecen en el centro y participando de manera activa en la creación de espacios seguros y entornos familiares y cercanos.

Objetivo1

Favorecer la participación de la persona residente en la toma de decisiones sobre su seguridad durante el proceso asistencial.

Acciones

- Aplicar un procedimiento por el que se garantice que la persona residente recibe la información, en un lenguaje claro, legible y fácil de entender, sobre los aspectos que se recojan en su proceso asistencial y los riesgos que conllevan, de tal manera que la toma de decisiones ante posibles alternativas terapéuticas y de cuidados sea compartida con el equipo interdisciplinar, garantizándole su derecho a negarse a posibles tratamientos o pautas de cuidado.
- El procedimiento citado anteriormente se adaptará a las circunstancias personales de la persona residente, y a su capacidad de toma de decisiones, determinando en su caso, quien le sustituye en la toma de decisiones (familiar, tutor o representante legal), en condiciones de incapacitación o cuando el paciente no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de lo que se determine.
- Promover las actuaciones necesarias para conocer y registrar las preferencias de la persona residente al final de la vida.

Objetivo 2

Favorecer la participación de familiares y allegados en la seguridad del residente

Acciones

- Disponer de un documento con recomendaciones que promuevan la participación de las familias en aspectos relacionados con la seguridad del residente.
- Promover la participación de la Asociación de Familiares en la prevención, identificación de riesgos y propuesta de acciones de mejora en la estrategia de seguridad del centro.
- Establecer una sistemática de información/formación sobre:
 - Prevención de caídas de los residentes.
 - Actuar ante situaciones de emergencia de los residentes.
 - Prevenir broncoaspiración.
 - Prevenir situaciones de abuso y/o agresión, suicidio.

Línea de trabajo 4: Gestión de la información

La generación y trasmisión de información relativa a prácticas seguras y el registro de eventos o sucesos adversos, y su abordaje de mejora, son claves para prestar una atención adecuada y efectiva. Para ello es necesario, por una parte, conocer el estado y las características o particularidades de la persona en el momento de su llegada al centro y, por otra parte, sus necesidades de atención y cuidados, que irán variando a lo largo de estancia y que deben ser monitorizadas.

La información debe estar disponible para todas las personas que participan de los cuidados al residente y se debe establecer un canal de comunicación fluido con éste y con sus allegados.

Bajo esta línea de acciones incluimos también el seguimiento de las interacciones con el sistema sanitario, para poder garantizar la continuidad en los cuidados.

Una comunicación clara y efectiva, realizada de forma estructurada y sistemática, entre los profesionales, equipos de los centros y niveles asistenciales y de cuidados que interactúan con la persona en cada momento, será esencial para poder ofrecer una estancia segura y un ambiente confortable en esta etapa de la vida.

Objetivo 1

Garantizar el acceso a la información relevante sobre seguridad del residente a todas las personas que intervienen en su asistencia y cuidados.

Acciones

- Presentar a toda la organización al equipo de gestión de la seguridad: personas que lo integran, funcionamiento y forma de contacto.
- Establecer un canal de comunicación digital (portal web corporativo por ejemplo) que recoja toda la información relevante en el ámbito de la seguridad, con un apartado específico para la difusión de buenas prácticas en la atención y los cuidados de la persona residente y otro para la participación de los propios residentes y sus allegados.
- Disponer de accesos a la información clínica y de cuidados que garantice la continuidad asistencial y la coordinación con el ámbito sanitario.

Línea de trabajo 5. Entorno seguro

Desde el punto de vista de las infraestructuras, los centros sociosanitarios, como conjunto de elementos arquitectónicos, materiales y tecnológicos, deben poder garantizar una atención acorde con la normativa vigente en materia de seguridad de las instalaciones y de los procedimientos, permitiendo minimizar riesgos en la atención.

Como elemento clave de la seguridad es preciso realizar un análisis de accesibilidad de los centros identificando potenciales elementos de riesgo, tanto para residentes como para profesionales, elaborar planes de prevención *ad hoc* y proponer acciones de mejora que contribuyan a controlar y reducir de forma proactiva dichos riesgos.

De manera específica, es necesario garantizar la conservación y el mantenimiento de las instalaciones y los equipos de trabajo para que cumplan de manera segura con el fin para el que fueron diseñados.

Por último, es imprescindible abordar medidas relacionadas con la gestión de residuos, especialmente aquellos que puedan ser considerados peligrosos, dándoles el tratamiento adecuado a sus características particulares y condiciones de manejo.

Objetivo 1

Mejorar la seguridad de las infraestructuras.

Acciones

- Definir el mapa de riesgos de los centros sociosanitarios del área, que al menos identificará:
 - Servicios/unidades de alto riesgo.
 - Puntos críticos de riesgo.
 - Riesgo de caídas.
- Asegurar la difusión de plan de autoprotección entre los trabajadores y residentes.
- Incluir en el plan de acogida a nuevos profesionales información relativa al plan de autoprotección.

Objetivo 2:

Mejorar la seguridad de las instalaciones.

Acciones

- Elaborar en cada centro un plan de contingencia que garantice la actividad ante incidencias graves que puedan poner en riesgo los sistemas de información, red de comunicaciones, sistema eléctrico, suministros de agua, gas...
- Implantar un protocolo de revisión de los sistemas citados en el punto anterior.
- Establecer un mecanismo de verificación de los procedimientos de limpieza e higiene de las instalaciones.

Objetivo 3

Identificar y controlar de forma segura los residuos y materiales peligrosos

Acciones

- Garantizar la gestión de residuos y materiales.
- Difundir entre los profesionales del centro información actualizada sobre el manejo adecuado de los mismos.

Objetivo 4

Proporcionar un equipamiento de trabajo fiable y seguro.

Acciones

- Inventariar las ayudas técnicas de los residentes y el equipamiento de las salas de enfermería, fisioterapia, podología, terapia ocupacional, animación sociocultural...
- Establecer un programa de mantenimiento periódico tanto preventivo como correctivo de las ayudas técnicas y del citado equipamiento.

Línea de trabajo 6. Prácticas clínicas seguras

Organismos internacionales como la OMS, el Comité Europeo de Sanidad, la *Joint Commisision*, o la *Agency for Healthcare Research and Quality's* se ocupan de promover el desarrollo de Guías de Prácticas Clínicas Seguras, en base a la evidencia científica disponible con el objetivo de minimizar proactivamente riesgos asociados a la atención en el ámbito sanitario.

Bajo esta línea de trabajo, proponemos una serie de acciones, agrupadas en base a las expresadas en la Estrategia de Seguridad del Paciente, que son de especial relevancia en el ámbito de los servicios sociosanitarios, por lo que su abordaje ha de redundar de manera significativa en la mejora de la calidad asistencial prestada de los centros sociosanitarios.

A. Promover la identificación inequívoca

Es fundamental garantizar la correcta identificación de las personas residentes en el centro sociosanitario. Requieren especial atención aquellas personas que puedan sufrir un deterioro cognitivo moderado-severo que acentúe su vulnerabilidad sobre todo en aquellas situaciones en las que sea necesario un traslado fuera de su entorno habitual y haya dificultad, o no exista posibilidad, de acompañamiento.

Objetivo 1

Asegurar la identificación inequívoca del residente en el centro sociosanitario ante actos terapéuticos y en traslados a centros hospitalarios.

Acciones

- Definir un sistema que asegure la correcta identificación del residente en el centro sociosanitario:
 - Utilización de nombre y foto en la identificación de la habitación.
 - Utilización de pulseras identificativas con nombre y apellidos, DNI y centro en el que residen, para traslados a centros hospitalarios.
- Asegurar la comprobación de la identidad del residente previo a la realización de cualquier práctica u otro tipo de atención (alergias, administración medicación, realización de curas, etc.).

B. Adecuación de la asistencia al residente frágil

En términos de morbilidad el adulto mayor y en especial, las personas residentes en centros sociosanitarios, se han visto especialmente afectadas por la elevada repercusión de la COVID-19. Algunas de las medidas establecidas para frenar los efectos de la pandemia han contribuido a agravar las condiciones de fragilidad de una población ya de por sí vulnerable.

El “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud centraba la atención, en junio de 2014, en la necesidad de detectar e intervenir sobre la fragilidad como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como para promover la salud.

Identificar, por tanto, el grado de fragilidad de cada persona y establecer planes de cuidados adaptados a sus características particulares facilitará la detección de riesgos y el abordaje precoz de situaciones que pudieran comprometer su seguridad.

Objetivo 1

Asegurar la identificación de residentes en situación de fragilidad y adecuación de la atención a sus necesidades.

Acciones

- Definir las situaciones que generan fragilidad (caídas, alteración del lenguaje, deterioro cognitivo...)
- Identificar dichas situaciones y aplicar los cuidados necesarios y registro de ellos.
- Detección de barreras que puedan interferir en la asistencia a realizar (culturales, sociales-alfabetización-comunicación, alteraciones/déficits sensoriales...)
- Favorecer el traspaso de información relacionado con las necesidades detectadas (comunicación efectiva) entre los miembros del equipo interdisciplinar.

C. Fomentar las buenas prácticas asociadas a los cuidados

Según el Estudio EARCAS los incidentes relacionados con la seguridad que se producen con mayor frecuencia son aquellos asociados a los cuidados proporcionados a los residentes, seguidos de los relacionados con la medicación y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

En este apartado se incluye la atención orientada al residente mediante el desarrollo de planes de cuidados individualizados y ajustados a sus necesidades así como la implementación de prácticas seguras cuya efectividad ha sido demostrada en otros ámbitos del cuidado.

Objetivo 1

Promover la implantación en todos los niveles asistenciales de Planes Individualizados de Atención adaptados a las necesidades de los residentes.

Acciones

- Potenciar la revisión periódica de los Planes Individualizados de Atención de los residentes
- Actualizar planes de cuidados de enfermería para residentes encamados y en el final de la vida.
- Revisar y actualizar aquellos procedimientos que permitan:
 - Establecer una sistemática de información
 - Prevención de caídas de los residentes.
 - Prevención de úlceras por presión.
 - Abordar el síndrome confusional agudo
 - Detectar y prevenir la malnutrición y la deshidratación
 - Actuar ante situaciones de emergencia de los residentes.
 - Prevenir la broncoaspiración.
 - Prevenir situaciones de abuso y/o agresión, suicidio.
 - La seguridad del residente en situación de contención mecánica y farmacológica.

D. Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes.

“Se consideran infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) a aquellas infecciones que se producen durante la estancia del paciente en el centro y que se derivan de la atención sanitaria o de los cuidados recibidos”.

(15)

El Estudio EARCAS, muestra también que las infecciones del tracto urinario (asociadas o no asociadas a sondaje), la neumonía por aspiración y las infecciones de las úlceras por presión se encuentran entre las IRAS más frecuentes y frente a las cuales los expertos creen prioritario emprender actuaciones orientadas a su control y prevención.

Objetivo 1

Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Acciones

- Mantenimiento, actualización y consolidación de los protocolos autonómicos existentes:
 - Higiene de manos.
 - Limpieza, desinfección y esterilización.
 - Definir criterios de aislamiento en los centros sociosanitarios
- Uso adecuado de los antisépticos en los centros sociosanitarios.
- Prevención y control de infección de orina asociada al uso de sonda vesical y a dispositivos absorbentes.

Objetivo 2:

Prevenir y disminuir las resistencias antimicrobianas.

Acciones

- Programas de optimización de antimicrobianos (PROA) en todos los dispositivos de la comunidad.
- Aplicar medidas que permitan el control de la difusión de microorganismos multirresistentes.

E. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

En España los principales estudios sobre eventos adversos han puesto de manifiesto que los medicamentos son los responsables de más del 47% de los incidentes ocurridos en los pacientes ambulatorios.

Aunque con metodología diferente el Estudio EARCAS ratifica este resultado apuntando como error prioritario, para emprender acciones de prevención, la hora de administración del medicamento incorrecta seguido de la prescripción de fármacos innecesarios.

Objetivo 1:

Analizar los sistemas de utilización de medicamentos en la residencia

Acciones

- Definir un mapa de riesgos en el proceso: prescripción, dispensación, conservación, etiquetado, preparación, administración y seguimiento.

Objetivo 2

Minimizar los riesgos relacionados con el uso de medicamentos.

Acciones

- Elaborar un listado y una guía de uso de los medicamentos de alto riesgo en el ámbito residencial.
- Generar un protocolo del uso seguro del medicamento dentro del ámbito residencial.
- Establecer un procedimiento con la implicación de todos los participantes en el proceso del uso de los medicamentos que garantice:
 - Prescripción electrónica.
 - Nomenclatura de los fármacos por principio activo.
 - Acceso a registro común de alergias medicamentosas de los residentes.
 - Revisiones periódicas de tratamientos; con especial hincapié en residentes polimedicados o con patologías crónicas.

Objetivo 3:

Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la medicación.

Acciones

- Difundir y fomentar entre los profesionales los sistemas disponibles para la notificación de incidentes relacionados con la medicación (Farmacovigilancia [RAM] y SINASP).
- Análisis y evaluación por los equipos de seguridad del residente de los incidentes notificados y difusión de las recomendaciones para evitar los errores más frecuentes o graves

Línea de trabajo 7. Gestión de riesgos

Nos referiremos a la Gestión del Riesgo como “aquella actividad de identificación, análisis y respuesta a los riesgos acaecidos o que puedan llegar a producirse, con el objetivo de prevenir que ocurran en el futuro o minimizar sus consecuencias” (12)

La gestión eficaz de los riesgos implica una combinación entre el aprendizaje de aquellas cosas que han ido mal y la prevención de potenciales riesgos que podrían alterar o hacer fallar el servicio que nuestra organización pretende prestar.

Con el fin de anticiparse a los riesgos y de aprender de los eventos adversos que ya se han producido es imprescindible comenzar por la identificación, registro y aprendizaje de los riesgos asociados a la asistencia.

Esta necesidad llevó al desarrollo de sistemas de notificación en la mayoría de los países de nuestro entorno. En nuestro país, el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad estableció en 2005 el marco teórico y las características que deben de satisfacer este tipo de registros (con varias actualizaciones posteriores) y propuso, con el consenso de las CCAA, el actual Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP).

El objetivo principal del SiNASP es mejorar la seguridad a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron o podrían haber producido, daño a los pacientes, poniendo especial énfasis en el proceso del aprendizaje para la mejora.

Errar es humano pero debemos de aprender de nuestros errores para, de manera continuada, ir depurando y mejorando los procesos de asistencia y cuidados con el fin último de ofrecer una atención integral y segura tanto para personas residentes, como profesionales y personas allegadas.

Objetivo 1

Identificar riesgos asociados a la atención al residente.

Acciones

- Implantar el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) de incidentes relacionados con la atención.
- Identificar otras posibles fuentes de información (además del SINASP) relacionadas con la seguridad del residente en los centros sociosanitarios (reclamaciones, inspecciones, registros, etc.) y establecer una sistemática de análisis y seguimiento de las mismas.
- Formar a todos los profesionales para la adecuada notificación.
- Fomentar y favorecer la comunicación de incidentes por parte de los profesionales de los diferentes centros.

Objetivo 2

Prevenir los riesgos asociados a la atención al residente y gestionar los no evitados, minimizando sus consecuencias.

Acciones

- Establecer medidas dirigidas a controlar los riesgos potenciales detectados mediante el análisis y seguimiento de las fuentes de información relacionados con la seguridad del residente.
- Implantar las prácticas seguras que en cada momento se establezcan de forma corporativa.
- Gestionar la respuesta y análisis de los incidentes y eventos adversos no evitados (SINASP y demás fuentes).
- Retroalimentar periódicamente a profesionales, equipos de gestión... con el fin de aprender de los incidentes y eventos adversos no evitados: informes con las medidas propuestas y la efectividad de las mismas.

Objetivo 3

Favorecer el abordaje de los efectos adversos graves en los centros asistenciales

Acciones

- Definir y listar de forma corporativa los sucesos que se van a considerar eventos centinela.
- Elaborar un plan común para toda la organización que defina la gestión de eventos adversos graves y eventos centinela (planes de crisis) que tenga en cuenta al residente (primera víctima), a los profesionales implicados (segunda víctima), a la institución (tercera víctima) y como transmitir la información al residente y a los familiares, a la institución y a los medios de comunicación, con el fin de satisfacer las necesidades de todas las partes implicadas.

PROPUESTA DE INDICADORES

Línea de trabajo 1: Implementación. Organización y liderazgo

Definición	Porcentaje de centros con responsable de seguridad del residente designado.
Numerador.	Nº de centros con designación de responsable de seguridad del residente.
Denominador	Nº total de Centros.
Meta	100%

Línea de trabajo 2: Cultura de Seguridad

Definición	Porcentaje de profesionales de cada centro que han participado, al menos, en una actividad formativa relacionada con la seguridad del residente en el último año.
Numerador.	Nº de profesionales que ha participado en una actividad formativa relacionada con la seguridad del residente.
Denominador	Nº total de profesionales del centro.
Meta	100%

Línea de trabajo 3: Participación del residente y familias

Definición	Impartición de, al menos, una charla/sesión formativa semestral, dirigida a familiares.
Numerador	Nº de centros que han impartido charlas/sesiones formativas dirigidas a las familias.
Denominador	Nº total de centros.
Estándar	100%

Línea de trabajo 4: Gestión de la información

Definición	Accesibilidad de los profesionales sanitarios de los centros sociosanitarios a los sistemas de información clínica y de cuidados.
Numerador.	Nº de centros cuyos profesionales sanitarios tienen acceso a los sistemas de información clínica y de cuidados.
Denominador	Nº total de centros.
Meta	100%

Línea de trabajo 5. Entorno seguro

Definición	Porcentaje de centros que han descrito un de mapa de riesgos de su institución.
Numerador.	Nº de centros que han elaborado un mapa de riesgos.
Denominador	Nº total de centros.
Meta	100%

Definición	Porcentaje de centros que anualmente realizan inventario de las ayudas técnicas de los residentes y el equipamiento de las salas de enfermería, fisioterapia, podología, terapia ocupacional, animación sociocultural...
Numerador.	Nº de centros que han elaborado un inventario de las ayudas técnicas de los residentes y el equipamiento de las diferentes salas.
Denominador	Nº total de centros.
Meta	100%

Línea de trabajo 6. Prácticas clínicas seguras

Definición	Porcentaje de residentes con polimedicación. <i>(Polifarmacia: ≥ 9 o ≥ 10 medicamentos únicos dispensados)</i>
Numerador.	Todos los residentes que reciben ≥ 9 o ≥ 10 medicamentos dentro del período de tiempo especificado
Denominador	Todos los residentes
Meta	Monitorizar (definir periodo de tiempo)

Definición	Porcentaje de residentes afectados con lesiones por presión grado 3 y 4.
Numerador.	Número de personas residentes con lesiones por presión categoría 3 y 4 diagnosticadas en el último año.
Denominador	Todos los residentes
Meta	Monitorizar (definir periodo de tiempo)

Definición	Porcentaje de personas residentes que han sufrido caídas. <i>(La OMS define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad)</i>
Numerador.	Residentes que han tenido una caída en el último año
Denominador	Todos las personas residentes en el centro dentro del plazo especificado.
Meta	Monitorizar

Definición	Porcentaje de residentes con sujeción física pautada. <i>(Se entiende por sujeción física, todos aquellos dispositivos físicos o mecánicos que se ajustan al cuerpo del residente y que limitan la libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo)</i>
Numerador.	Número de personas residentes con sujeción física en el último año
Denominador	Todos las personas residentes en el centro dentro del plazo especificado.
Meta	Monitorizar

Definición	Porcentaje de residentes que han recibido el diagnóstico de infección de orina.
Numerador.	Número de personas residentes con infección urinaria en el último año.
Denominador	Todos las personas residentes en el centro dentro del plazo especificado.
Meta	Monitorizar

Línea de trabajo 7. Gestión de riesgos.

Definición	Porcentaje de centros con acceso al SiNASP.
Numerador.	Nº de centros que tienen acceso al SINASP.
Denominador	Nº total de centros.
Meta	100%

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Servicios y Derechos Sociales, Consejería de Sanidad. Comunidad del Principado de Asturias. Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2019 [citado el 20 junio de 2021] Disponible en: <https://www.socialasturias.es/plansociosanitario>
2. España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299 [citado el 20 junio de 2021] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
3. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. Cádiz: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial; 2012.
4. Implantación de un plan de mejora de la atención a pacientes de centros sociosanitarios del Área III. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gerencia Área Sanitaria III; 2018.
5. Pino E, Moreno-Fuentes FJ, Cruz-Martínez G, Hernández-Moreno J, Moreno L, Pereira-Puga M, Perna R. Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes: (informe). Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC); 2020.
6. Observatorio de Salud de Asturias. Coronavirus Residencias en Asturias, 2020. Oviedo: Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública; 2020. Informe #5. 27.11.2020.
7. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe del Grupo de Trabajo COVID 19 y Residencias. Versión final (24/11/2020).
8. Consejería de Sanidad. Comunidad del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020. Oviedo: Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública; 2015.
9. España. Ley 7/1991, de 5 de abril de asistencia y protección al anciano. Boletín Oficial del Estado Legislación consolidada, 24 de julio de 2014.
10. Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Memoria de Actividades 2019. Oviedo: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2020.
11. World Health Organization [Internet]. Patient Safety. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

-
12. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, versión 1.1: informe técnico definitivo, enero de 2009 [Internet]. [citado 10 julio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 13. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo de 2003, núm. 128.
 14. Principado de Asturias. Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias, 01 de diciembre de 2016, núm. 279.
 15. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Secretaría General Técnica, 2011.
 16. Reyes-Alcázar V, Cambil-Martín J, Herrera-Usagre M. Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios. Med Clin. 2013;141(9):397–405
 17. OBSERVASS Observatorio Asturiano de Servicios Sociales [Internet]. [citado 10 julio 2020]. Disponible en: <https://observass.com/>
 18. Establecimientos Residenciales para Ancianos. Protocolos de Actuación. [Oviedo]: ERA.
 19. Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la covid-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.

