



# CONGRESO NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25

*Sapere Aude*

Reflexión ante nuevos retos

## VISIBILIDAD Y MEJORA:

El Técnico en Farmacia ante  
el reto de la Seguridad del  
Paciente

ARMANDO MESA JIMÉNEZ

Técnico en Farmacia Hospital Puerta del Mar (Cádiz)

# Historia de los Errores Sanitarios

- 1 1950-1960  
Primeros estudios sobre errores en atención sanitaria
- 2 1999  
"To err is human" revela magnitud del problema
- 3 Actualidad  
Enfoque sistémico para prevención de errores

El estudio del Instituto Americano de Medicina marcó un punto de inflexión al cuantificar morbilidad, mortalidad y costes económicos



# Dos Modelos Opuestos

## Modelo que Culpabiliza

- Busca al culpable como primera acción
- Atribuye errores a descuido o falta de motivación
- Estrategia: amenaza y sanción disciplinaria
- Resultados: **poco efectivo en sanidad**

## Modelo Centrado en el Sistema

- No culpabiliza a las personas
- Atribuye errores a deficiencias del sistema
- Estrategia: mejora de diseño y organización
- Resultados: prevención efectiva

# El Modelo de Reason: Queso Suizo

## Múltiples Capas de Defensa

Cada rebanada representa una barrera de seguridad

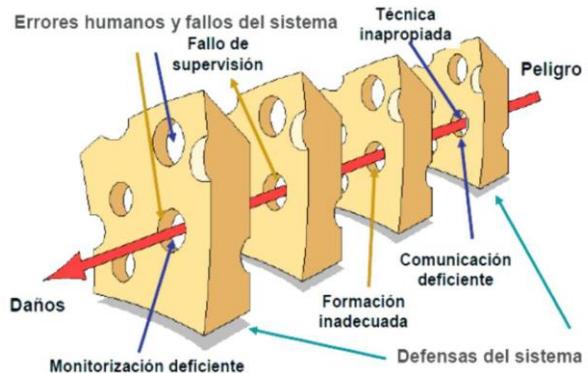
## Agujeros Variables

Debilidades que cambian continuamente de tamaño y posición

## Alineación Fatal

El accidente ocurre cuando todos los agujeros se alinean

Modelo de causalidad usado en aviación, ingeniería y asistencia sanitaria para análisis y gestión de riesgos



# Estrategia de Prevención Sistémica



## Analizar Errores

Buscar causas en el sistema, no en las personas

## Identificar Condiciones

Detectar situaciones que pueden desembocar en error

## Revisar Barreras

Evaluar qué defensas de seguridad han fallado



# Manejo Integral de los Errores

## Implementar Procesos y Defensas

- Reducir probabilidad de fallos del sistema y personas
- Aumentar probabilidad de detección temprana
- Enfocarse en los errores más peligrosos

## Crear Sistemas Tolerantes

- Capaces de tolerar la ocurrencia de errores
- Mitigar consecuencias cuando ocurran
- Aprender y mejorar continuamente



# Cambio Cultural: 4 Pilares Fundamentales



## Procedimientos Unificados

Notificación y análisis estandarizados en el centro



## Cultura Abierta

Comunicar y discutir incidentes sin temor



## Monitorización

Seguimiento de cambios implementados



## Metodología Sistémica

Prevención, análisis y aprendizaje continuo

# Política de Seguridad Institucional

01

## Establecer Políticas

Conjunto de normas para proteger al paciente

02

## Desarrollar Actividades

Acciones encaminadas a la prevención de errores

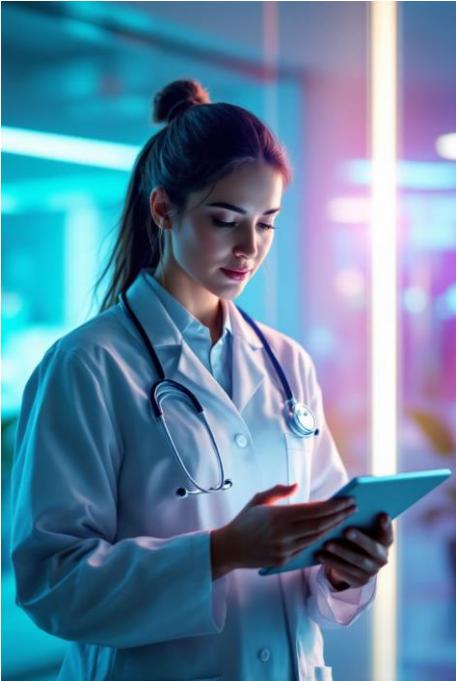
03

## Implementar Medidas

Protocolos específicos relacionados con la asistencia

Cada centro debe establecer políticas de seguridad que protejan al paciente de errores relacionados con la asistencia sanitaria

# Sistema de Notificación Efectivo



## No Punitivo

Sin consecuencias disciplinarias para quien notifica



## Voluntario

El profesional decide libremente comunicar el incidente



## Anónimo

Protección de la identidad del notificador



## Confidencial

Información protegida y uso restringido

# Del Error al Aprendizaje

## Notificar

Comunicar el incidente o error

## Evaluar

Eficacia de las medidas adoptadas

## Analizar

Identificar causas sistémicas

## Implementar

Medidas preventivas específicas



Lo importante no es buscar al culpable, sino detectar situaciones que pueden ocasionar efectos adversos y prevenirlas





# Evolución de Incidentes de Medicación

ANDALUCÍA: PERÍODO 2020-2024

Los eventos relacionados con medicamentos representan una proporción significativa de los incidentes de seguridad del paciente en hospitales andaluces.

**12,5%**

2020

Incidentes de  
medicación del total

**17,2%**

2021

Pico máximo registrado

**11,1%**

2023

Porcentaje más bajo del  
período

**17,9%**

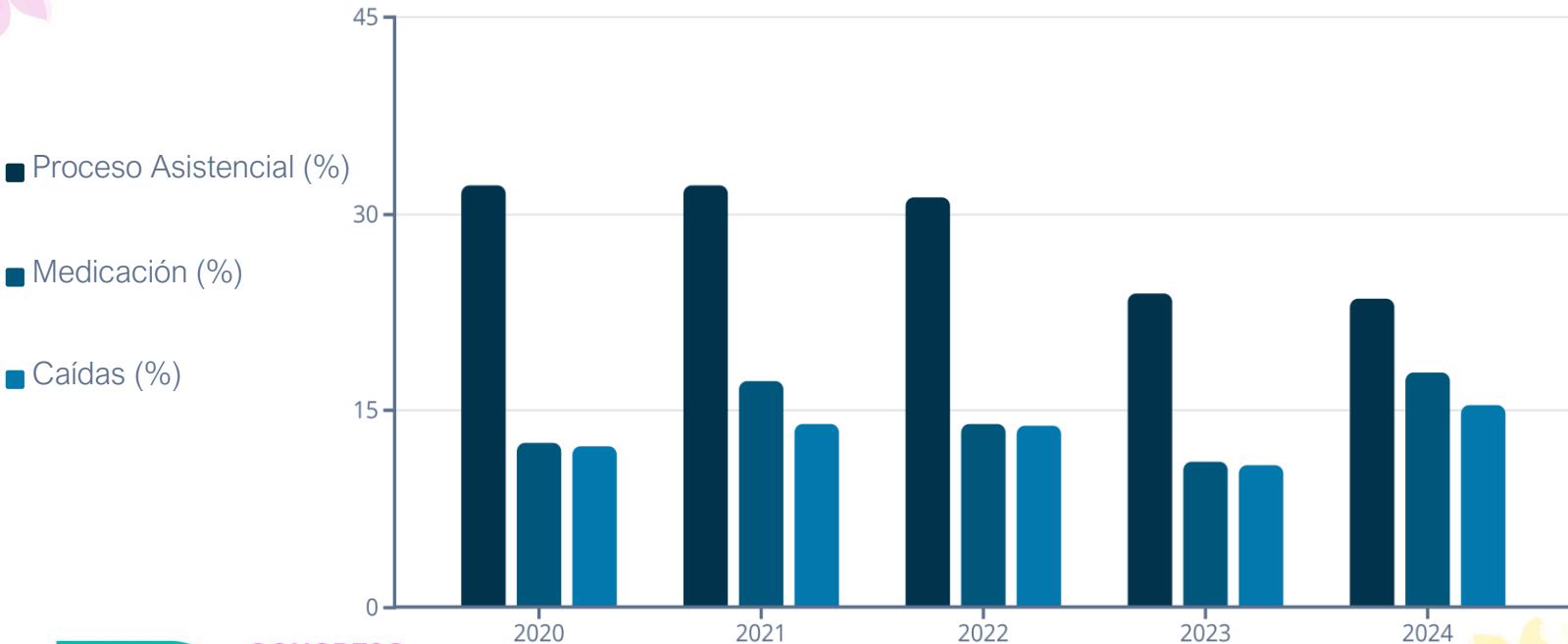
2024

Repunte significativo

Aproximadamente el **80%** de las notificaciones provienen del ámbito hospitalario cada año.

## Categorías Principales de Incidentes

Los incidentes de medicación se mantienen consistentemente entre las tres categorías más frecuentes en hospitales andaluces.



En 2021 y 2024, los incidentes de medicación ocuparon el **segundo lugar** en frecuencia relativa.

# Participación del Personal de Farmacia

## Técnicos de Farmacia

Las notificaciones de técnicos sanitarios han crecido significativamente:

- 2020: 90 notificaciones (2,3%)
- 2021: 140 notificaciones (3,3%)
- 2022: 175 notificaciones (3,0%)
- 2023: 337 notificaciones (4,3%)
- 2024: 440 notificaciones (3,7%)

## Farmacéuticos

Incremento sostenido pero más moderado:

- 2020: 55 notificaciones (1,4%)
- 2021: 63 notificaciones (1,4%)
- 2022: 97 notificaciones (1,7%)
- 2023: 114 notificaciones (1,5%)
- 2024: 161 notificaciones (1,4%)

Los técnicos sanitarios superan consistentemente en número a los farmacéuticos en las notificaciones, llegando a ser tres veces superiores en 2023.

# Análisis de Causas

## Factores Organizativos y Culturales

Priorización variable de la seguridad farmacoterapéutica según el año. Mayor conciencia en 2021 y 2024 tras la pandemia COVID-19.

## Cambios en el Sistema de Notificación

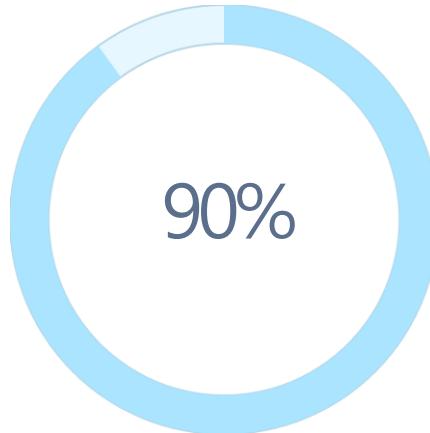
Nueva versión de notificASP implantada en 2022-2023 con formularios actualizados y nuevas categorías temáticas, incluyendo "uso seguro del medicamento".

## Contexto Asistencial

Impacto de la pandemia en 2020, adaptación en 2021, y consolidación del nuevo sistema en 2024 con mayor cultura de notificación.

# Acciones de Mejora Implementadas

En 2024, más del 90% de los incidentes fueron analizados por referentes de seguridad, generando acciones concretas.



## Incidentes Analizados

Revisados por referentes de seguridad



## Acciones de Mejora

Relacionadas con medicación



## Compartidas

Acciones difundidas entre centros

# Oportunidades de Mejora



01

## Refuerzo de Prevención

Revisar protocolos de prescripción y dispensación. Implementar sistemas de doble verificación y herramientas tecnológicas como prescripción electrónica.

02

## Capacitación Continua

Formar al personal en prácticas seguras, realizar simulacros de errores y sesiones de aprendizaje a partir de casos reales.

03

## Participación Activa

Integrar técnicos de farmacia en comités de seguridad, potenciar su rol en programas de prevención y reconocer su labor.

04

## Análisis Sistemático

Investigar causas raíz, implementar barreras adicionales y compartir lecciones aprendidas entre hospitales.





# Sistemas de Notificación Nacional

A nivel nacional, existen dos plataformas principales para la notificación de incidentes relacionados con medicamentos.

## ISMP

Instituto para el Uso Seguro  
de los Medicamentos

Plataforma especializada en  
la prevención de errores de  
medicación y promoción de  
prácticas seguras.

## SINASP

Sistema de Notificación y  
Aprendizaje para la Seguridad  
del Paciente

Sistema nacional que  
integra las notificaciones de  
las comunidades  
autónomas.

# Conclusiones y Perspectivas

## Retos Persistentes

La medicación representa del 11% al 18% de incidentes hospitalarios, requiriendo atención continua.

## Tendencia Positiva

Mejora en la comunicación de incidentes y cultura de aprendizaje organizacional.

## Rol Clave

Los técnicos de farmacia emergen como actores fundamentales en la detección y notificación.

## Futuro Prometedor

Con formación sostenida y acciones sistemáticas, es posible reducir eventos adversos significativamente.

*Sapere Aude*

Reflexión ante nuevos retos



**CONGRESO  
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25



# Gracias

[armando.mesa.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:armando.mesa.sspa@juntadeandalucia.es)