Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

Incidentes de seguridad notificados en 2024

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2026
MINISTERIO DE SANIDAD

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

Incidentes de seguridad notificados en 2024

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2026
MINISTERIO DE SANIDAD

Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato n.º expediente 202307PAS002

Redacción

Fundación Avedis Donabedian
María del Mar Fernández Maíllo
Yuri Fabiola Villán Villán

Revisión

Ministerio de Sanidad
Nuria Prieto Santos
Rebeca Padilla Peinado
Rocío Montiel Villalonga

Comunidades autónomas
Andalucía: Elvira Eva Moreno Campoy, Paloma Trillo López y Elena Corpas Nogales
Aragón: Mara Til Aliaga
Asturias: María Belén Suárez Mier
Canarias: María Paloma García de Carlos y Nuria Bañón Morón
Cantabria: José Luis Teja Barbero y María Oro Fernández
Castilla y León: Tomás Maté Enríquez y Monserrat Alcalde Martín
Castilla-La Mancha: Sonia Cercenado Sorando
Cataluña: Maria Dolors Segura Bisbal y Laura Navarro Vila
Comunidad Valenciana: María José Merino Plaza
Extremadura: Manuel García Toro
Galicia: Isabel Losada Castillo y María Dolores Formoso Lavandeira
INGESA: Patricia Vargas Díaz
Ceuta: María Domínguez Padilla y Julián Manuel Domínguez Fernández
Melilla: Francisco Javier de la Vega Olías
Islas Baleares: Layla Aoukhiyad Lebrahimi y María Dolores Alonso Llobregat
Madrid: Alberto Pardo Hernández, Francisca García Lizana, Natalia de Priso Sañudo
Murcia: José Eduardo Calle Urra, Teresa Ramón Esparza y Joaquín Almela Bernal
Navarra: Aránzazu Elizondo Sotro
La Rioja: Pilar Sáenz Ortiz y Ana Isabel Izaguirre Martín
País Vasco: María Luisa Iruretagoyena Sánchez y Enrique Peiró Callizo

En este informe se ha adoptado la utilización de un lenguaje inclusivo y no sexista, aplicado de forma parcial. A tal efecto, se ha empleado la barra oblicua (/) para visibilizar el género en las profesiones u ocupaciones. Se establece que los sustantivos y adjetivos en género masculino utilizados como genéricos a lo largo del texto se aplican indistintamente a mujeres y hombres.

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18-20 - 20014 MADRID

NIPO en línea: 133-21-084-6

https://cpage.mpr.gob.es

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

Incidentes de seguridad notificados en 2024

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Índice

Resumen infográfico 9

Alcance 11

Incidentes notificados en atención hospitalaria 13
Análisis global de los incidentes notificados 14
Tipo de incidente 14
Lugar en que ocurrió el incidente 18
Profesión del notificante 21
Consecuencia de los incidentes en los pacientes 26
Riesgo asociado a los incidentes 28
Factores contribuyentes a la aparición del incidente 32
Incidentes clasificados como SAC 1 37
Comentarios y recomendaciones 44

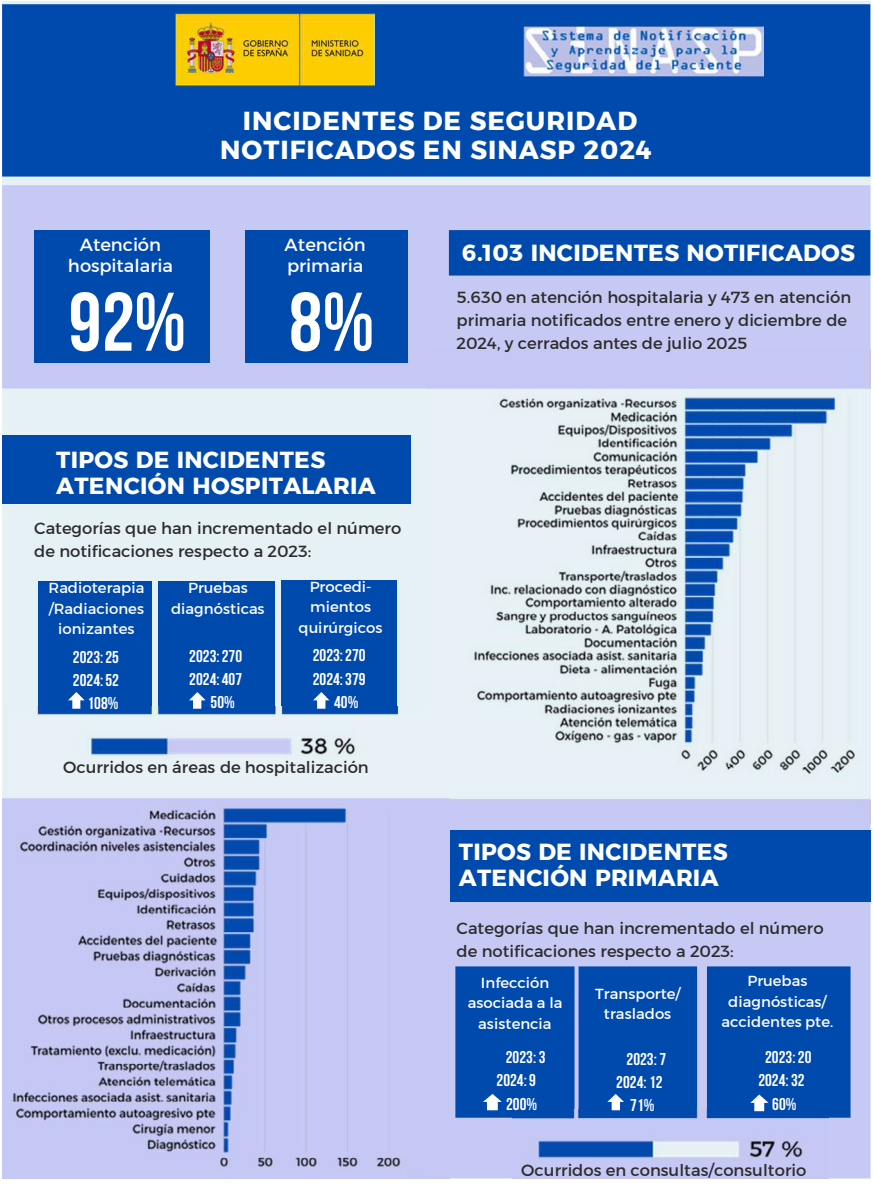
Incidentes notificados en atención primaria 47
Análisis global de los incidentes notificados 48
Tipo de incidente 48
Lugar en que ocurrió el incidente 50
Profesión del notificante 51
Consecuencia de los incidentes en los pacientes 53
Riesgo asociado a los incidentes 56
Factores contribuyentes a la aparición del incidente 58
Incidentes clasificados como SAC 1 62

Acciones de gestión de los incidentes notificados 65

Indicadores de gestión de los incidentes notificados 71

Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2024 77

Resumen infográfico



INCIDENTES DE SEGURIDAD NOTIFICADOS EN SINASP 2024

Ocurridos en consultas/consultorio

INCIDENTES MAYORITARIOS CC. AA. SINASP

Medicación: Aragón, Canarias y Extremadura

Caídas: Navarra

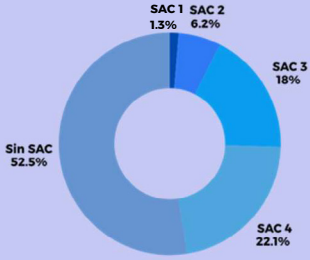
Gestión organizativa/recursos: Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, INGESA y La Rioja

Medicación y Gestión organizativa/recursos: Asturias

SAC	Incidentes mayoritarios
SAC 1-Riesgo Extremo	Gestión organizativa/recursos, accidentes del paciente y pruebas diagnósticas
SAC 2-Riesgo alto	Gestión organizativa/recursos, accidentes del paciente y equipos/dispositivos
SAC 3-Riesgo moderado	Gestión organizativa/recursos, medicamentos y equipos/dispositivos
SAC 4-Riesgo bajo	Medicamentos e identificación
Sin SAC	Gestión organizativa/recursos y medicamentos

RIESGO DE INCIDENTES NOTIFICADOS

Porcentaje SAC 1 y SAC 2 respecto al total: 8% atención hospitalaria vs. 6,8% en atención primaria



En **urgencias del hospital** es donde se notifica un mayor porcentaje de incidentes de alto riesgo

ACCIONES DE GESTIÓN

Atención hospitalaria

- En el 41,8% se realizó seguimiento con datos agregados
- En el 37,4% se implantaron mecanismos para reducir su riesgo
- En el 1,7% se realizó ACR

Atención primaria

- En el 51,9% se notificó el evento a Dirección
- En el 27,8% se implantaron mecanismos para reducir su riesgo
- En el 0,8% se realizó ACR

Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2024 tanto en atención hospitalaria como en centros de atención primaria. En la Tabla 1, "*Centros dados de alta en SiNASP a 31 de diciembre de 2024*", figura el número de centros de atención hospitalaria y áreas sanitarias que estaban dados de alta a 31 de diciembre de 2024.

Tabla 1. Centros dados de alta en SiNASP a 31 de diciembre de 2024

Comunidad autónoma	Áreas sanitarias*	Atención hospitalaria**
Aragón	8	14
Canarias	8	10
Cantabria	4	4
Castilla-La Mancha	15	16
Extremadura	9	19
Galicia	13	17
INGESA	2	3
La Rioja	2	6
Murcia	10	11
Navarra	8	6
Principado de Asturias	12	15
TOTAL	89	121

* En SiNASP el término "área sanitaria" se refiere a la estructura de gestión que puede recibir y gestionar las notificaciones de varios centros sanitarios. Generalmente agrupa centros de atención primaria, pero también puede agrupar hospitales o incluso centros de atención sociosanitaria.

** Incluye también los servicios de emergencias extrahospitalarias y centros ambulatorios de especialidades. Además, también están dados de alta en SiNASP dos hospitales de otra comunidad autónoma.

Los incidentes notificados al SiNASP son analizados en primer lugar por los gestores del sistema en el propio centro sanitario en el que se notifican, con el fin de implementar las medidas de reducción de riesgos necesarias a nivel local. Como parte de este análisis, el gestor del SiNASP puede solicitar información adicional sobre el incidente al notificante –siempre que este se haya identificado– para cumplimentar o modificar la documentación del caso. Cuando ha terminado este proceso de análisis, el gestor cambia el estado de la notificación a "cerrado". En este informe se incluyen las noti-

ficaciones que ya han sido analizadas por los centros y que se consideran cerradas, por lo que su información es ya definitiva.

En este informe se han incluido las notificaciones realizadas en 2024 que estaban cerradas a 30 de junio de 2025:

- Atención hospitalaria: 5.630 notificaciones (de 6.482 recibidas. En 2023 se recibieron 6.429)
- Atención primaria: 473 notificaciones (de 584 recibidas. En 2023 se recibieron 504)

En 2024 han aumentado ligeramente las notificaciones con respecto al año anterior tanto en atención hospitalaria como en atención primaria. El 13% de las notificaciones de atención hospitalaria y el 19% de las de atención primaria permanecían sin cerrar a 30 de junio de 2025. En ambos ámbitos han aumentado estos porcentajes, es decir, han quedado más notificaciones sin cerrar. Los incidentes se han analizado por separado según el ámbito sanitario en el que han sido notificados.

Incidentes notificados en atención hospitalaria

Se incluyen los incidentes notificados en 96 hospitales de 10 comunidades autónomas (CC. AA.) más INGESA, 4 menos que en 2023. Según puede verse en la Tabla 2, "*Hospitales que han utilizado SiNASP en 2024"*, aunque en el periodo de estudio había 121 hospitales dados de alta, no todos ellos utilizaron el sistema. En 2024 se mantuvo el número de hospitales que notificaron al SiNASP en Aragón (única comunidad autónoma en la que notifican el 100% de hospitales dados de alta en SiNASP), Asturias, Cantabria, Galicia, INGESA y Navarra; aumentó en Castilla-La Mancha, mientras que disminuyó en cuatro comunidades (Canarias, Extremadura, La Rioja y Murcia).

En total, el 79,3% de hospitales que están dados de alta en SiNASP notificaron en 2024, disminuyendo un 4% respecto a 2023 (notificaron 4 hospitales menos).

Tabla 2. Hospitales que han utilizado SiNASP en 2024

CC. AA.	Comienzo de la implantación	Hospitales que usaron SiNASP* en 2024	Hospitales que usaron SiNASP en 2023
Castilla-La Mancha	Enero 2010	11 (68,8%)	10
Galicia	Octubre 2010	16 (94%)	16
Murcia	Febrero 2011	10 (90,9%)	11
Cantabria	Marzo 2012	3 (75%)	3
Canarias	Febrero 2013	8 (80%)	9
Aragón	Octubre 2013	14 (100%)	14
Navarra	Octubre 2013	4 (66,7%)	4
Extremadura	Septiembre 2014	13 (68,4%)	15
INGESA	Septiembre 2014	2 (66,7%)	2
Asturias	Noviembre 2014	12 (80%)	12
La Rioja	Diciembre 2016	3 (50%)	4
TOTAL		**96**	**100**

* Se considera que utilizan el SiNASP si han notificado algún incidente en el periodo cubierto por este informe. Además de los hospitales de las CC. AA. adheridas a SiNASP, en 2024 ha utilizado SiNASP un hospital de otra comunidad autónoma (C. A.).

Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

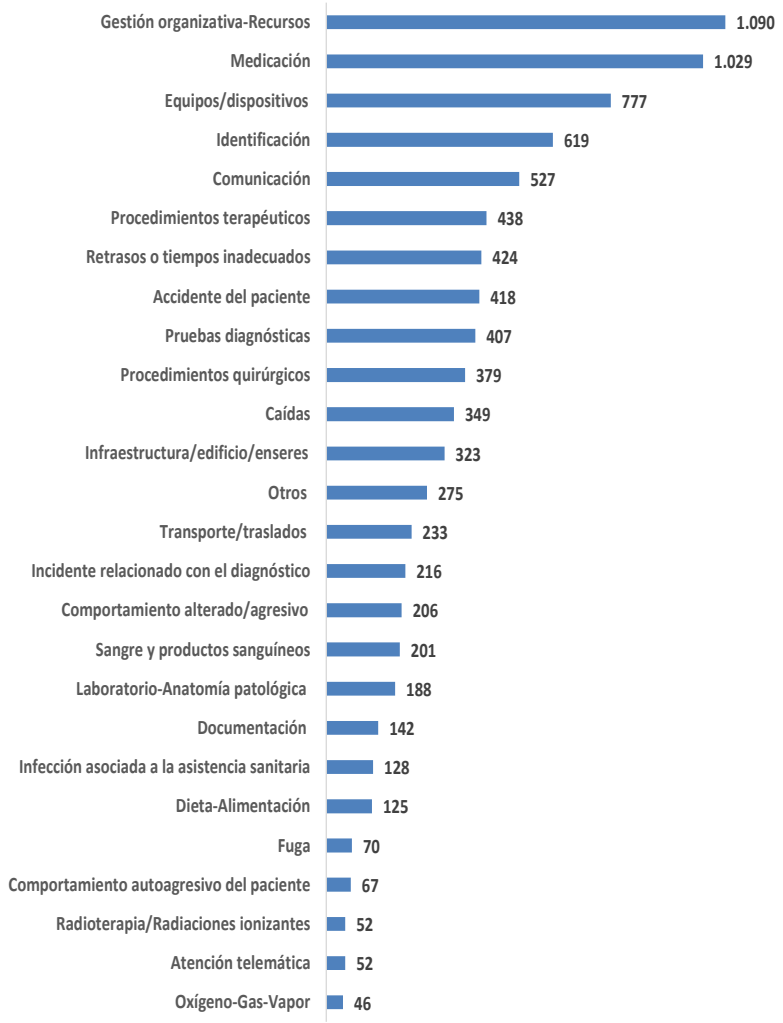
En la Gráfica 1 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Hay que tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de un tipo (hasta un máximo de 5), porque puede afectar a varios de ellos. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

Se han notificado un total de 1.090 incidentes relacionados con la *gestión organizativa/recursos*, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (19,4%, en 2023 fue 21,4%). En segundo lugar, se encuentran los incidentes relacionados con la *medicación* (1.029 incidentes: 18,3%, pequeño incremento en el porcentaje con respecto a 2023). Las siguientes categorías de incidentes más notificados han sido los ligados a los *equipos/dispositivos* (777 incidentes: 13,8%), los incidentes relacionados con la *identificación* (619 incidentes: 11%) y los incidentes relacionados con la *comunicación* (527 incidentes: 9,4%).

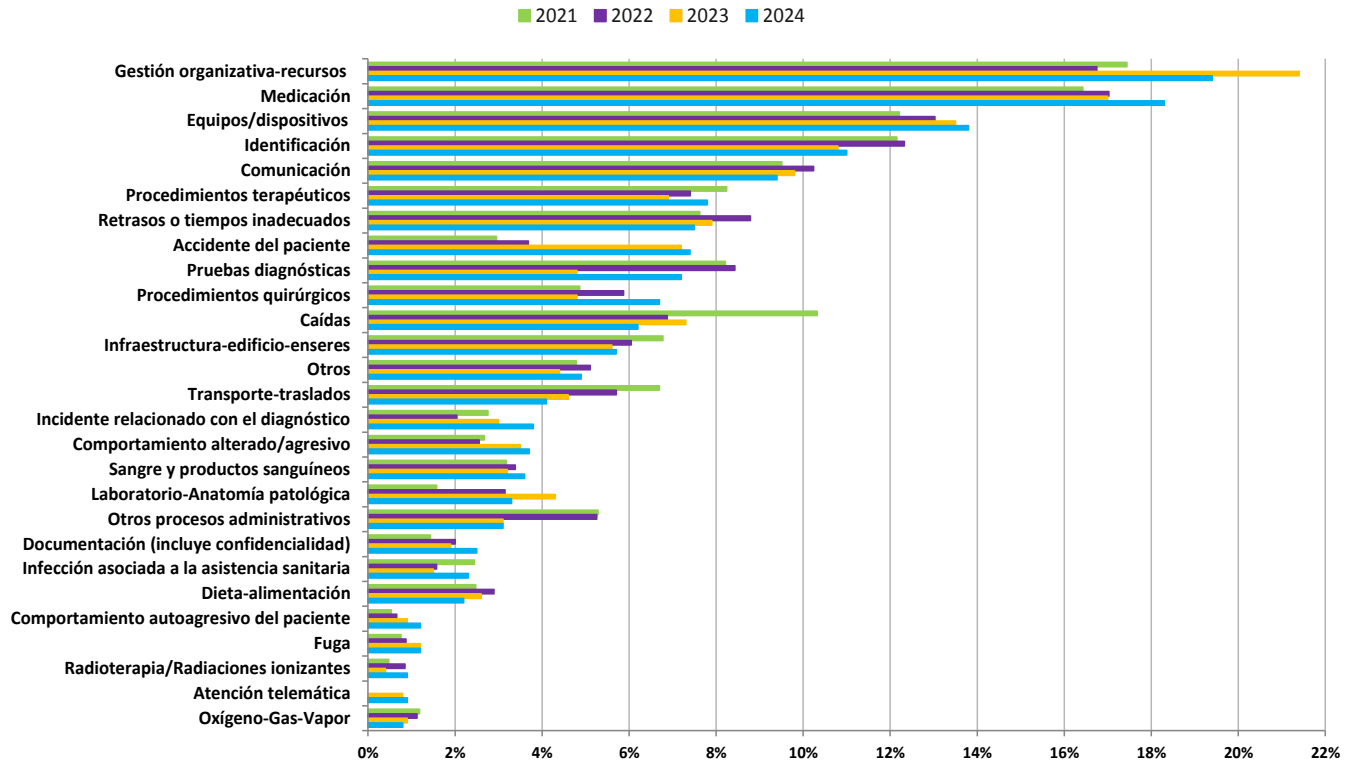
En comparación con los años anteriores (Gráfica 2), se mantiene la tendencia creciente de la notificación de incidentes relacionados con la *medicación* y *equipos/dispositivos* mientras que los incidentes relacionados con la *gestión organizativa/recursos* disminuyen respecto a 2023. Los incidentes relacionados con *identificación* y *accidente del paciente* se mantienen estables. Los grupos en los que ha habido un mayor porcentaje de incremento en el número de notificaciones respecto a 2023 han sido *radioterapia/radiaciones ionizantes* (incremento del número de notificaciones del *108%) pruebas diagnósticas* e *infección asociada a la asistencia sanitaria* (incremento en el 50%) y *procedimientos quirúrgicos* (incrementa un 40%).

Los grupos de incidentes cuyo número de notificaciones ha disminuido de forma más importante respecto a 2023 han sido: *Laboratorio-Anatomía patológica* (descenso del 23% en el número de notificaciones), *caídas* (descenso del 15,3%) y *dieta-alimentación* (descenso del 14,9%).

Gráfica 1. Tipo de incidentes notificados al SiNASP en 2024

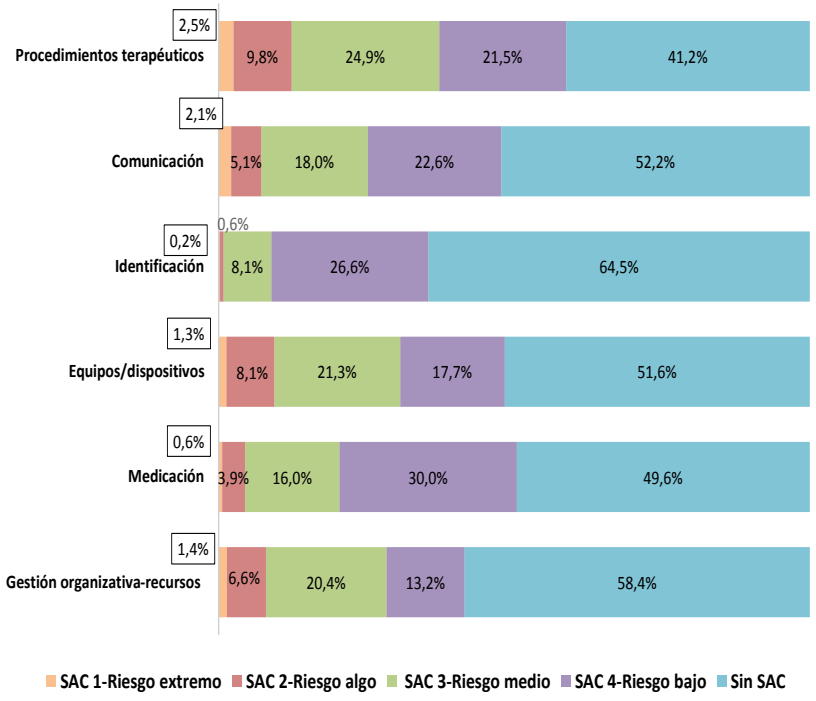


Gráfica 2. Comparativa de tipos de incidentes notificados al SiNASP desde 2021 (porcentaje del total anual)



En la Gráfica 3 se comparan las seis categorías de incidentes más notificados en función de su nivel de riesgo SAC[1]. Se observa que las notificaciones relacionadas con procedimientos terapéuticos son las que presentan un mayor porcentaje de incidentes de riesgo extremo y alto (por encima del 12%), así como un mayor porcentaje de incidentes de riesgo intermedio (24,9%), por lo que globalmente en esta categoría se notifican incidentes de mayor riesgo que en el resto. En el otro extremo, se encuentran los incidentes relacionados con la identificación, de los que la mayor parte son de bajo riesgo (91%), seguidos por los incidentes relacionados con la medicación (bajo riesgo cerca del 80%). Estos dos últimos tipos de incidentes se corresponden con dos áreas en las que durante los últimos años se han desarrollado muchas acciones y se han implantado para que no se produzca daño, por lo que se podría hipotetizar que este comportamiento en la notificación podría estar relacionado con una mayor sensibilización del personal sanitario.

Gráfica 3. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP en 2024 comparados según nivel de riesgo (porcentajes dentro de cada categoría)

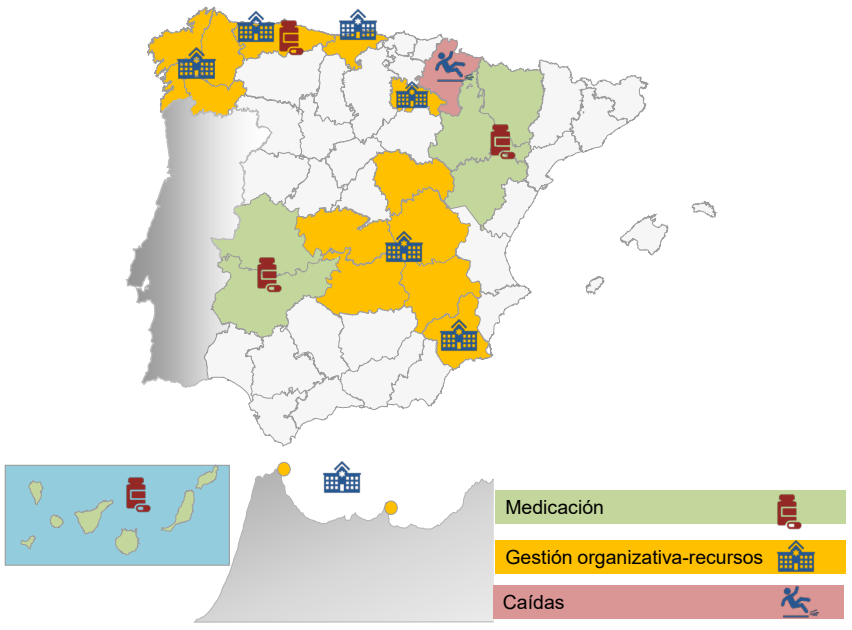


[1] Las categorías de riesgo SAC se explican en profundidad en el apartado "Riesgo asociado a los incidentes" de este informe.

Los tipos de incidentes más notificados varían según la comunidad autónoma. En la Figura 1 se ilustran estas diferencias.

Igual que en 2023, en Aragón y Canarias los incidentes más notificados han sido los relacionados con la *medicación*. Este año también los incidentes de *medicación* han sido los más notificados en Extremadura. Los incidentes relacionados con la *gestión organizativa/recursos* han sido los más notificados en Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia y Murcia –igual que en 2023–, en INGESA (en 2023 fueron los *procedimientos quirúrgicos)*, así como en La Rioja (que el año anterior notificó más incidentes relacionados con *identificación)*. Las *caídas* siguen siendo la categoría más notificada en Navarra, como en 2023. Asturias ha sido la única comunidad autónoma en la que se han notificado un número similar de incidentes de *medicación* y *gestión organizativa*.

Figura 1. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP en cada comunidad autónoma



Lugar en que ocurrió el incidente

Aunque un mismo incidente puede implicar una cadena de sucesos que incluyan más de una localización del hospital, este se clasifica en función del lugar principal en que ocurrió. Es importante señalar que el mayor volumen

de notificaciones en determinadas áreas del hospital no necesariamente está relacionado con una mayor incidencia, pues puede reflejar también una mayor sensibilización de los profesionales que trabajan en las mismas (Tabla 3).

Tabla 3. Incidentes notificados por área del hospital

INCIDENTES	2024		2023		2022		2021	
Área	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidades de hospitalización	2.128	37,8%	2.433	42,8%	1.927	41,02%	1.636	46,02%
Urgencias	846	15,0%	751	13,2%	692	14,73%	478	13,45%
Bloque quirúrgico	792	14,1%	701	12,3%	585	12,45%	343	9,65%
UCI	540	9,6%	550	9,7%	558	11,88%	372	10,46%
Servicios centrales	340	6,0%	373	6,6%	303	6,45%	240	6,75%
Hospital de día	310	5,5%	202	3,6%	200	4,26%	158	4,44%
Consultas externas	266	4,7%	251	4,4%	150	3,19%	114	3,21%
Servicios de apoyo/ otros	254	4,5%	276	4,9%	171	3,64%	91	2,56%
Sala de partos	112	2,0%	107	1,9%	97	2,06%	94	2,64%
SEE/Transporte sanitario	42	0,7%	34	0,6%	15	0,32%	29	0,82%
TOTAL	**5.630**		**5.678**		**4.698**		**3.555**	

UCI: Unidades de Cuidados Intensivos; SEE: Servicio de Emergencias Extrahospitalarias.

En cuanto a los porcentajes de notificaciones respecto al total de notificaciones recibidas durante 2024, el 37,8% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por las urgencias (15%) y el bloque quirúrgico (14%), una distribución muy similar a 2023. El porcentaje de notificaciones de incidentes sucedidos en el bloque quirúrgico, que descendió notablemente en 2021 y recuperó el nivel de años previos en 2022, sigue mostrando una tendencia al alza en 2024. Entre las áreas en las que se comunican menos incidentes podemos destacar el incremento de notificaciones de incidentes ocurridos en hospital de día y consultas externas. En 2024 la notificación de incidentes se ha mantenido estable en UCI, sala de partos y SEE/Transporte sanitario. En servicios centrales y el área de servicios de apoyo/otros el porcentaje de notificaciones ha disminuido levemente.

Respecto al número absoluto de notificaciones por área, cabe resaltar el aumento de notificaciones de los servicios de urgencias, bloque quirúrgico y hospital de día, las tres áreas con un aumento cercano a las 100 notificaciones en comparación con 2023.

Al revisar las tres áreas donde se concentran el mayor número de incidentes notificados, se aprecia que en las unidades de hospitalización se notifica un mayor porcentaje de incidentes que llegan al paciente, siendo alrededor del 28% de bajo riesgo (SAC 4). En urgencias se notifica el mayor porcentaje de incidentes de riesgo extremo, mientras que en el bloque quirúrgico se notifica un mayor porcentaje de situaciones con capacidad de causar un incidente en comparación con las otras dos áreas (Tabla 4).

Tabla 4. Incidentes notificados en 2024 según su localización, nivel de riesgo y gravedad para el paciente

	U. Hospitalización		Urgencias		Bloque quirúrgico	
Nivel de riesgo	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
SAC 1	23	1,1%	18	2,1%	11	1,4%
SAC 2	146	6,9%	54	6,4%	45	5,7%
SAC 3	366	17,2%	157	18,6%	144	18,2%
SAC 4	584	27,5%	178	21%	111	14,0%
Sin SAC	1.006	47,3%	439	51,9%	480	60,7%
Gravedad para el paciente	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Situación con capacidad de causar un incidente	738	34,7%	316	37,4%	367	46,4%
Incidente que no llegó al paciente	268	12,6%	123	14,5%	113	14,3%
Incidente que llegó al paciente	1.119	52,7%	407	48,1%	311	39,3%

Los porcentajes se refieren al total de incidentes notificados en cada localización.

En cuanto al tipo de incidentes más notificados: en las ***unidades de hospitalización*** son los relacionados con la medicación (24,8%, levemente superior a 2023), la gestión organizativa/recursos (13,6%, menor porcentaje que en 2023) y las caídas (12,8%, continúan en descenso); en ***urgencias*** el 23% se relaciona con la gestión organizativa/recursos (porcentaje similar a 2022 y 2023), en segundo lugar los incidentes relacionados con la comunicación (16%, en 2023 fueron los errores relacionados con la identificación) y en tercer lugar permanecen los errores de medicación (15%, similar a 2023). Respecto a la distribución de los incidentes en el ***bloque quirúrgico*** aparecen

en primer lugar los procedimientos quirúrgicos (38,1%, han aumentado un 10% comparado con 2023), después siguen los equipos/dispositivos (29,7%, en 2023 estaban en tercer lugar) y la gestión organizativa/recursos (23,8%), que en 2023 ocupaba el primer lugar.

Profesión del notificante

El cuestionario del SiNASP recoge información sobre la profesión del notificante como campo de cumplimentación obligatoria. En la Tabla 5 se muestran las variaciones en los porcentajes de notificación realizados por los profesionales desde el año 2021.

Los profesionales de enfermería siguen siendo el grupo que más utiliza el sistema (59,6% de todos los incidentes notificados), duplicando las notificaciones realizadas por los profesionales de medicina (23,5%, porcentaje superior al de 2023). El grupo de farmacéuticos/as ha aumentado el porcentaje de notificaciones (4,5% vs. 3,1% en 2023) y el grupo de técnicos/as auxiliares de enfermería (TCAE) ha notificado un porcentaje similar de incidentes a 2023 (3,1%). El grupo profesional de matronas ha notificado el 1,6% vs. 1,9% de incidentes de 2023.

La notificación del resto de colectivos sanitarios supone un porcentaje poco representativo, aunque hay variaciones en el grupo de fisioterapeutas cuyas notificaciones han aumentado en 2024 (40 notificaciones vs. 22 en 2023), y los técnicos en imagen para el diagnóstico se mantienen similares. Los demás colectivos han disminuido el número de notificaciones, excepto los técnicos en radioterapia.

Respecto a las notificaciones de los profesionales según el lugar donde ha ocurrido el incidente, en el bloque quirúrgico las enfermeras/os han notificado el 49,6% de las notificaciones (393 de las 791 notificaciones de esta área) y los médicos/as el 43,1%. Es aquí, en el bloque quirúrgico, donde los profesionales de medicina notifican en mayor porcentaje respecto a las otras áreas (25,4% del total de las notificaciones realizadas por medicina). En las unidades de hospitalización las enfermeras/os han notificado el 73,5% de los incidentes (1.561 de los 2.128 incidentes notificados en esta área) y los médicos/as el 15%; en el área de urgencias el 50,8% de los incidentes han sido notificados por enfermeras/os (430 de las 846 notificaciones en esta área) y el 33,6% han sido realizadas por los médicos/as.

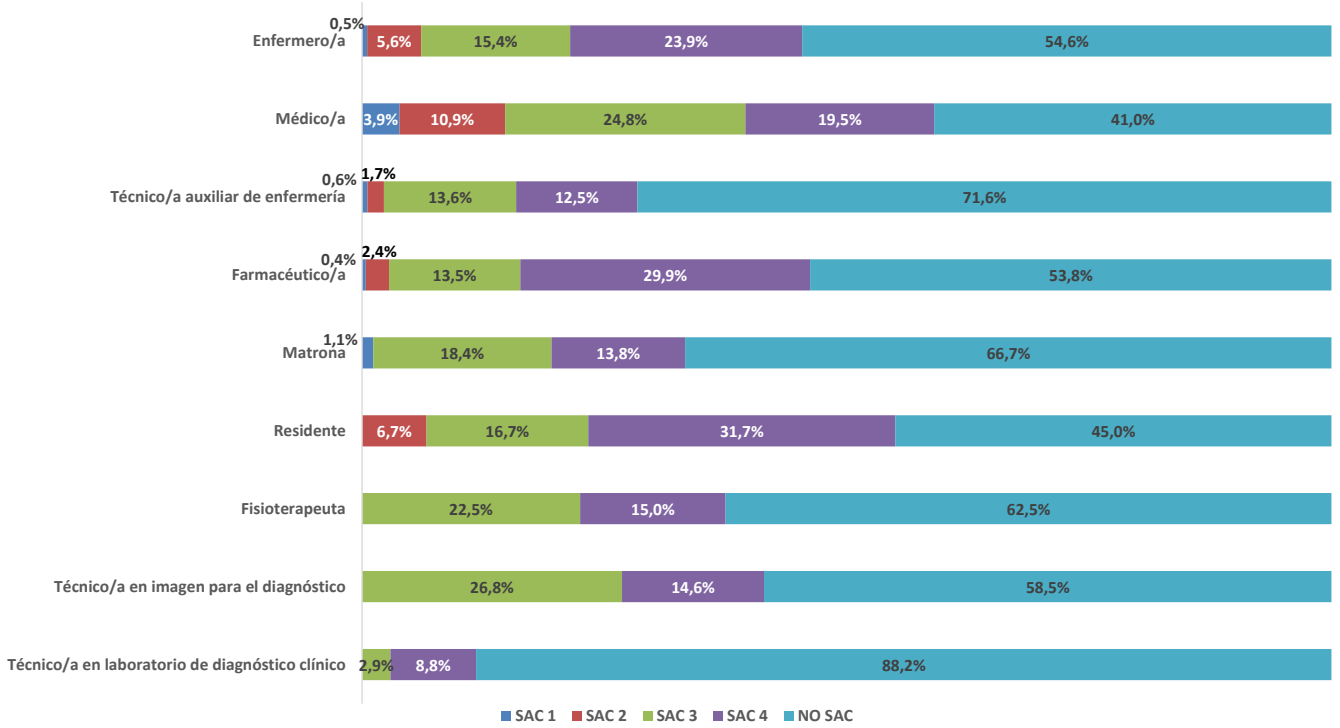
Tabla 5. Incidentes notificados según profesión del notificante

	2024		2023		2022		2021	
Profesión del notificante	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Enfermero/a	3.356	59,6%	3.584	63,1%	3.055	65,0%	2.305	64,9%
Médico/a	1.324	23,5%	1.116	19,7%	901	19,2%	701	19,7%
Farmacéutico/a	251	4,5%	175	3,1%	156	3,3%	146	4,1%
Otros	187	3,3%	198	3,5%	153	3,3%	102	2,9%
Técnico/a auxiliar de enfermería	176	3,1%	182	3,2%	163	3,5%	121	3,4%
Matrona	88	1,6%	107	1,9%				
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR…)	60	1,1%	97	1,7%	36	0,8%	40	1,1%
Técnico/a en imagen para el diagnóstico	57	1,0%	55	1,0%	58	1,2%	52	1,5%
Fisioterapeuta	40	0,7%	22	0,4%	15	0,3%	13	0,4%
Técnico/a en laboratorio de diagnóstico clínico	36	0,6%	49	0,9%	75	1,6%	11	0,3%
Otros profesionales sanitarios	27	0,5%	32	0,6%	24	0,5%	28	0,8%
Otros técnicos de grado superior y medio	9	0,2%	37	0,7%	19	0,4%	10	0,3%
Otros licenciados/grados sanitarios	9	0,2%	16	0,3%	25	0,5%	12	0,3%
Técnico/a en radioterapia	5	0,1%	1	0,0%	12	0,3%	10	0,3%
Técnico/a en farmacia	4	0,1%	6	0,1%	3	0,1%	1	0,0%
Estudiantes/personal en prácticas	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	2	0,1%
TOTAL	**5.630**		**5.678**		**4.698**		**3.551**	

* La categoría *Matrona* se incluyó por primera vez en 2023.

En la Gráfica 4 se presenta el nivel de riesgo de los incidentes notificados por aquellos colectivos profesionales que han comunicado un mayor número de incidentes.

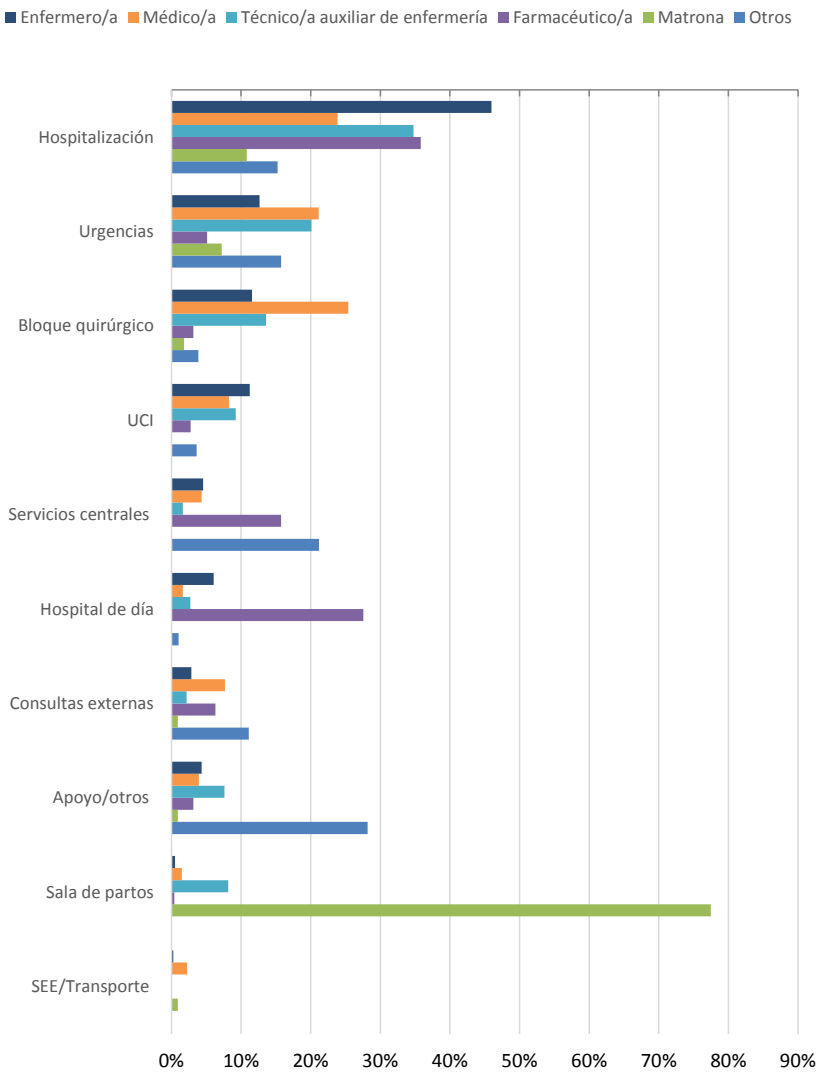
Gráfica 4. **Porcentaje de incidentes según su nivel de riesgo notificados en 2024 por los colectivos profesionales que más han notificado**



Los colectivos que han notificado más incidentes SAC1 han sido los/as profesionales de medicina (3,9%), matronas (1,1%), TCAE y profesionales de enfermería (0,6% y 0,5% respectivamente) y farmacéuticos/as (0,4%). El colectivo de profesionales de medicina también es el que notifica más incidentes tipo SAC2 (10,9%), seguido de residentes (6,7%), y enfermeras/os (5,5%). En cuanto a los SAC3, nuevamente es el colectivo médico el que más notifica (24,8%), seguido del colectivo de matronas (18,4%) y residentes (16,7%). En definitiva, se aprecia que el colectivo médico tiene tendencia a notificar sobre todo los incidentes más graves. Los/as profesionales de enfermería y farmacia reparten de manera equilibrada sus notificaciones (algo más del 50% sin SAC y de los incidentes que llegan al paciente menos porcentaje cuanto mayor riesgo). Los residentes, al igual que los médicos, notifican en mayor medida incidentes que llegan al paciente. Quienes notificaron el mayor porcentaje de incidentes sin SAC fueron el grupo de técnicos/as en laboratorio de diagnóstico clínico (88,2%) y auxiliares de enfermería (71,6%). Los/as técnicos/as en imagen para el diagnóstico y fisioterapeutas notifican fundamentalmente incidentes de menor riesgo.

En la Gráfica 5 se detallan las áreas en las que los profesionales han realizado un mayor número de notificaciones. Los profesionales de enfermería, farmacéuticos y TCAE mayoritariamente notifican incidentes generados en las unidades de hospitalización (46%, 35,8% y 34,8% respectivamente). Los profesionales de enfermería realizaron un 12,7% de notificaciones en urgencias y el 11% en cuidados intensivos y bloque quirúrgico. Los profesionales de medicina, como ya se señaló anteriormente, concentran casi una cuarta parte de sus notificaciones en el bloque quirúrgico (25,4%), aunque también tienen un peso notable en las realizadas en las unidades de hospitalización (23,8%) y las urgencias (21,2%), estas últimas aumentaron con respecto a 2023. Los/as profesionales de farmacia también notifican un elevado porcentaje de incidentes en el hospital de día (27,6%) y en servicios centrales (15,7%). En lo referente a las matronas, como es lógico, la mayoría de los incidentes notificados se localizan en la sala de partos (77,5%), seguido de las unidades de hospitalización (10,8%) y urgencias (7,2%).

Gráfica 5. Porcentaje de incidentes que ha notificado en 2024 cada colectivo profesional según el área en que ocurrió el incidente



* La categoría "Otros" incluye: fisioterapeutas, técnico/a de laboratorio, técnico/a en farmacia, técnico/a en radioterapia, técnico/a en imagen para el diagnóstico, otros/as licenciados/grados sanitarios, otros/as profesionales sanitarios, estudiantes/personal en prácticas.

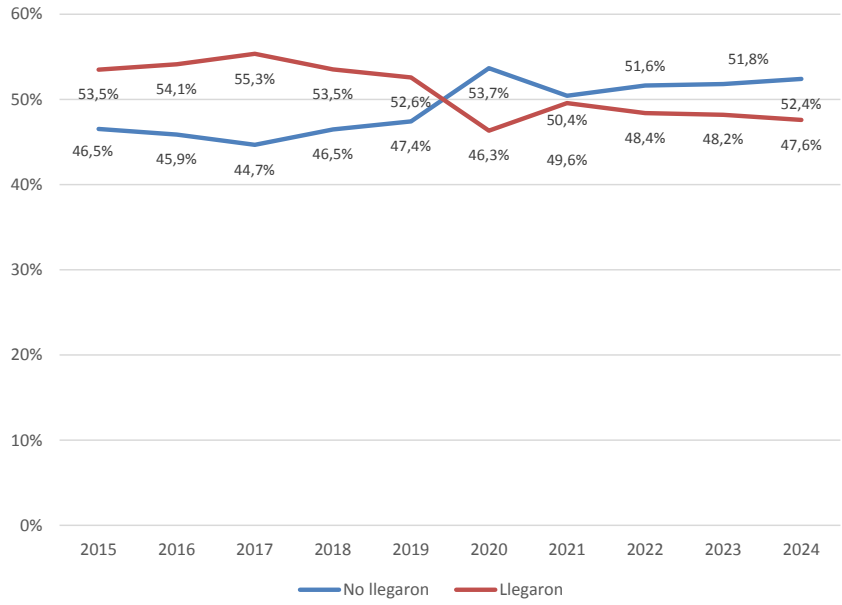
Consecuencia de los incidentes en los pacientes

SiNASP recoge información sobre todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, entendiendo como tales los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Esto incluye circunstancias con capacidad de causar un incidente, incidentes que no llegan al paciente (porque algún profesional los detecta antes o simplemente por casualidad) e incidentes que sí alcanzan al paciente, en cuyo caso pueden causar distintos tipos de daño: desde daño inexistente o inapreciable hasta contribuir o provocar la muerte del paciente. En la Tabla 6 se muestra la categorización de las consecuencias del incidente en el paciente desde 2021.

Tabla 6. Consecuencias de los incidentes en los pacientes

INCIDENTES	2024		2023		2022		2021	
Categoría	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Situación con capacidad de causar un incidente	**2.152**	**38,2%**	**2.108**	**37,1%**	**1.744**	**37,1%**	**1.339**	**37,7%**
Incidente que no llegó al paciente	**800**	**14,2%**	**833**	**14,7%**	**681**	**14,5%**	**454**	**12,8%**
Incidente que llegó al paciente	**2.678**	**47,6%**	**2.737**	**48,2%**	**2.273**	**48,4%**	**1.762**	**49,6%**
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daños	1.433	25,5%	1.475	26%	1.182	25,2%	950	26,7%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	483	8,6%	528	9,3%	485	10,3%	363	10,2%
Causó daño temporal y precisó intervención	415	7,4%	464	8,2%	366	7,8%	278	7,8%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	171	3%	130	2,3%	125	2,7%	91	2,6%
Causó daño permanente	46	0,8%	29	0,5%	13	0,3%	8	0,2%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	91	1,6%	76	1,3%	71	1,5%	46	1,3%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	39	0,7%	35	0,6%	29	0,6%	25	0,7%
TOTAL	**5.630**		**5.678**		**4.698**		**3.555**	

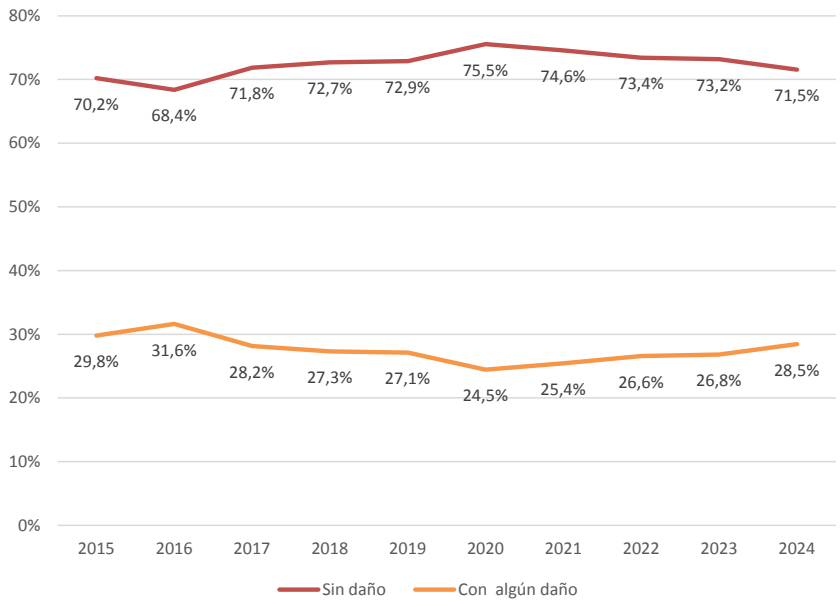
Gráfica 6. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2015 según si llegaron o no al paciente



En 2024 el 47,6% de los incidentes notificados llegaron al paciente, disminuyendo levemente respecto a 2023. Se aprecia que se mantiene la tendencia descendente desde el año 2021 (Gráfica 6).

El 13,5% de los incidentes que llegaron al paciente provocaron daño. Es un porcentaje levemente superior al de 2023, manteniéndose una tendencia al alza desde 2020, es decir que se notifican un mayor número de este tipo de incidentes. Esto significa que hay una tendencia positiva a realizar la notificación de los incidentes más graves (Gráfica 7).

Gráfica 7. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2015 que llegaron al paciente, según provocaran o no daño



Riesgo asociado a los incidentes

Para la clasificación de los incidentes notificados, se utiliza una versión modificada de la matriz del "*Severity Assessment Code*" (SAC). Esta matriz facilita la cuantificación del nivel de riesgo asociado a un determinado incidente en función de dos variables: la gravedad de las consecuencias del incidente en el paciente y su probabilidad de ocurrencia (con cinco alternativas de respuesta que van desde muy infrecuente a frecuente). El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la Tabla 7.

Tabla 7. Cálculo del riesgo asociado a un incidente (SAC)

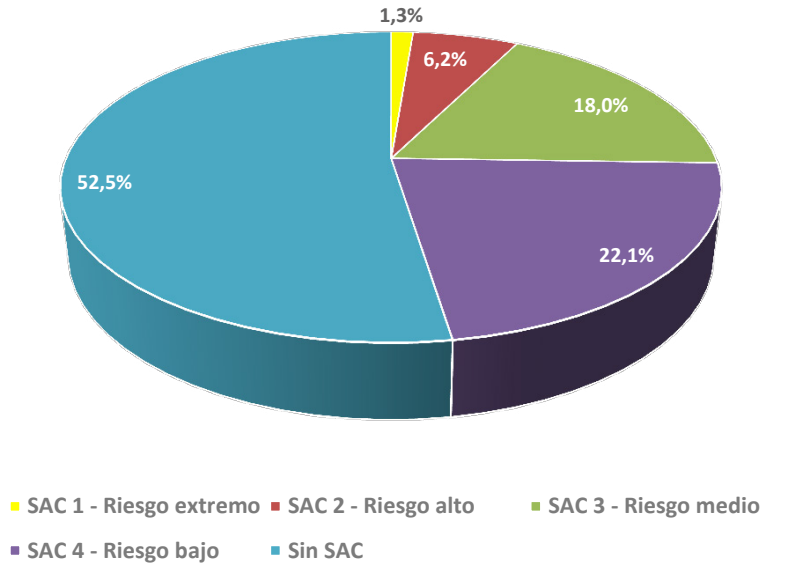
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

SAC 1: Riesgo extremo; SAC 2: Riesgo alto; SAC 3: Riesgo moderado; SAC 4: Riesgo bajo.

Hay dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC: las situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que una de las variables que se utilizan para el cálculo del SAC es el grado de daño y estas dos categorías, por definición, no pueden causar daño a un paciente, ambas categorías se clasifican como "sin SAC".

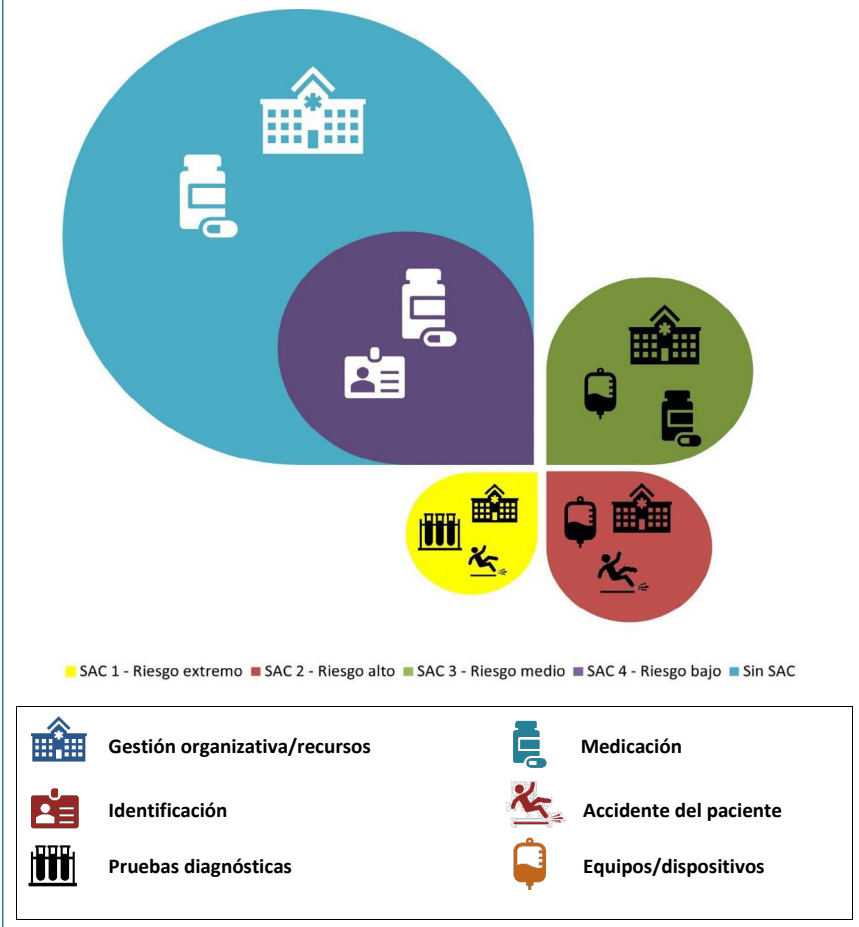
Como se refleja en la Gráfica 8, más de la mitad (52,5%) de los incidentes notificados no tienen SAC porque no alcanzaron al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de notificaciones va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone el 1,3% de los incidentes.

Gráfica 8. Incidentes notificados en SiNASP en 2024 según nivel de riesgo



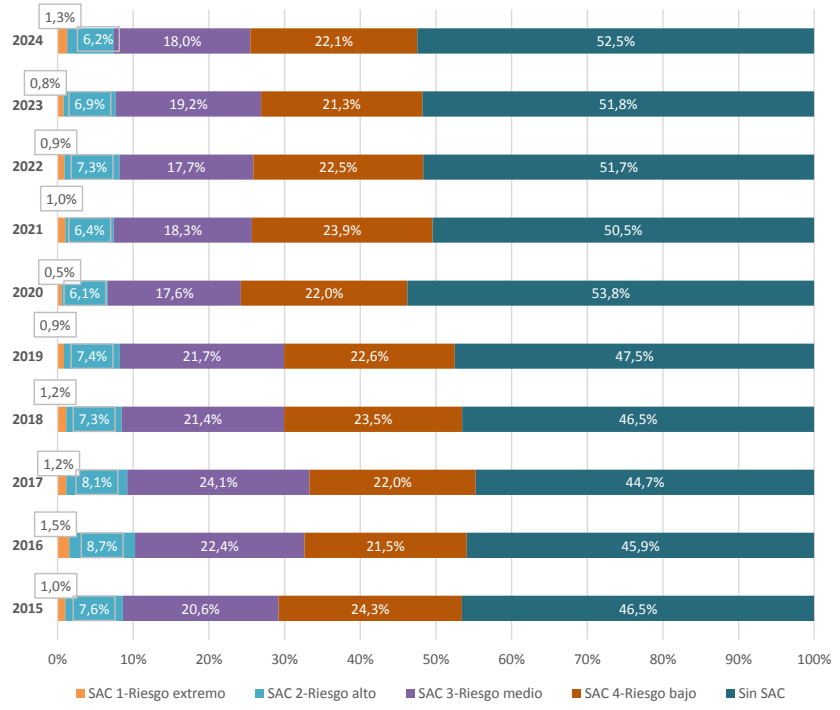
En la Figura 2 se presentan las categorías de incidentes más frecuentes para cada nivel de riesgo SAC. Entre los incidentes sin SAC las categorías más frecuentes están relacionadas con la gestión organizativa/recursos y con medicamentos. En el caso de SAC4 los mayores porcentajes de incidentes notificados son por medicamentos e identificación, mientras que en SAC3 los más notificados son los relacionados con la gestión organizativa/recursos, medicamentos y equipos/dispositivos. En los niveles de riesgo SAC2 y SAC1 predominan los incidentes relacionados con la gestión organizativa/recursos y accidentes del paciente, además de los que tienen que ver con equipos/dispositivos (SAC2) y pruebas diagnósticas (SAC 1).

Figura 2. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP en 2024 según SAC



En general la distribución de niveles de riesgo en los incidentes notificados se mantiene muy similar a la de 2023 (Gráfica 9). El porcentaje de incidentes notificados de riesgo extremo ha aumentado ligeramente y disminuido el porcentaje de incidentes de riesgo alto y medio. Los porcentajes de incidentes de riesgo bajo y sin SAC han aumentado levemente.

Gráfica 9. Incidentes notificados al SiNASP desde 2015 según riesgo



Factores contribuyentes a la aparición del incidente

La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la Tabla 8. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor que el número de incidentes analizados.

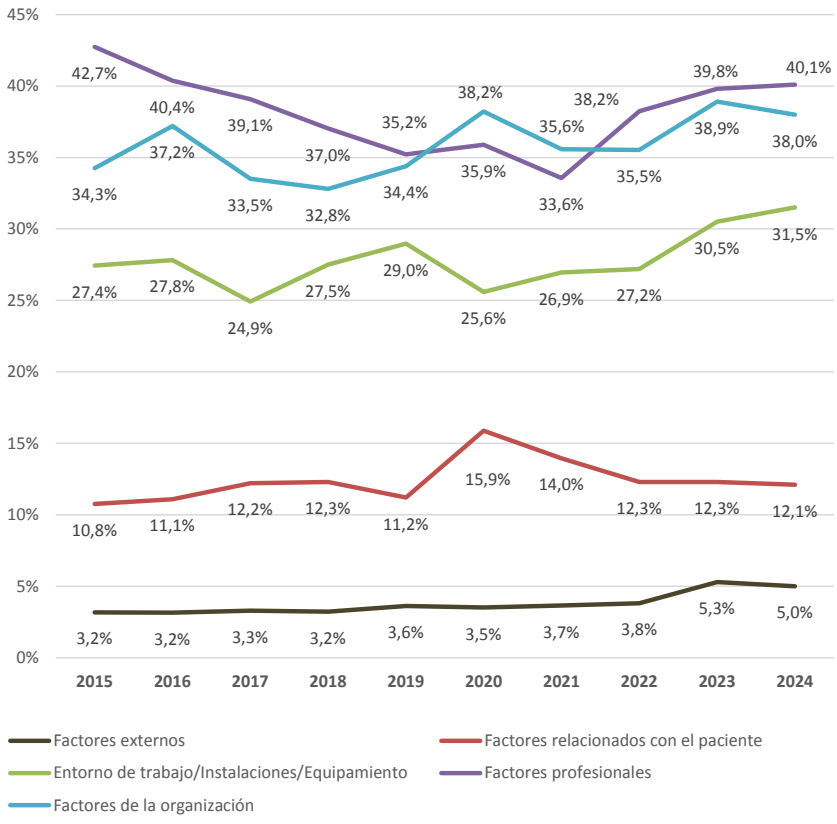
Tabla 8. Incidentes notificados al SiNASP en 2024 según los factores contribuyentes

	2024	
	N	%
Factores profesionales	**2.257**	**40,1%**
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	1.311	23,3%
Comportamiento/conducta de los profesionales	823	14,6%
Problemas de comunicación	729	12,9%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	624	11,1%
Otros factores de los profesionales	204	3,6%
Factores de la organización	**2.138**	**38%**
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	1.298	23,1%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	768	13,6%
Cultura de la organización	682	12,1%
Problemas en el trabajo en equipo	430	7,6%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	**1.772**	**31,5%**
Factores relacionados con el paciente	**683**	**12,1%**
Otros factores relacionados con el paciente	320	5,7%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	232	4,1%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	131	2,3%
Factores externos	**279**	**5%**
Otros	**274**	**4,9%**

En 2024, tal como sucedió en 2022 y 2023, los *factores profesionales* vuelven a ser el grupo principal de factores contribuyentes a los incidentes de seguridad (Tabla 8 y Gráfica 10). Los *factores de la organización* ocupan el segundo lugar y el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* el tercer lugar, manteniendo una tendencia ascendente. Los factores relacionados con el paciente no experimentan variación.

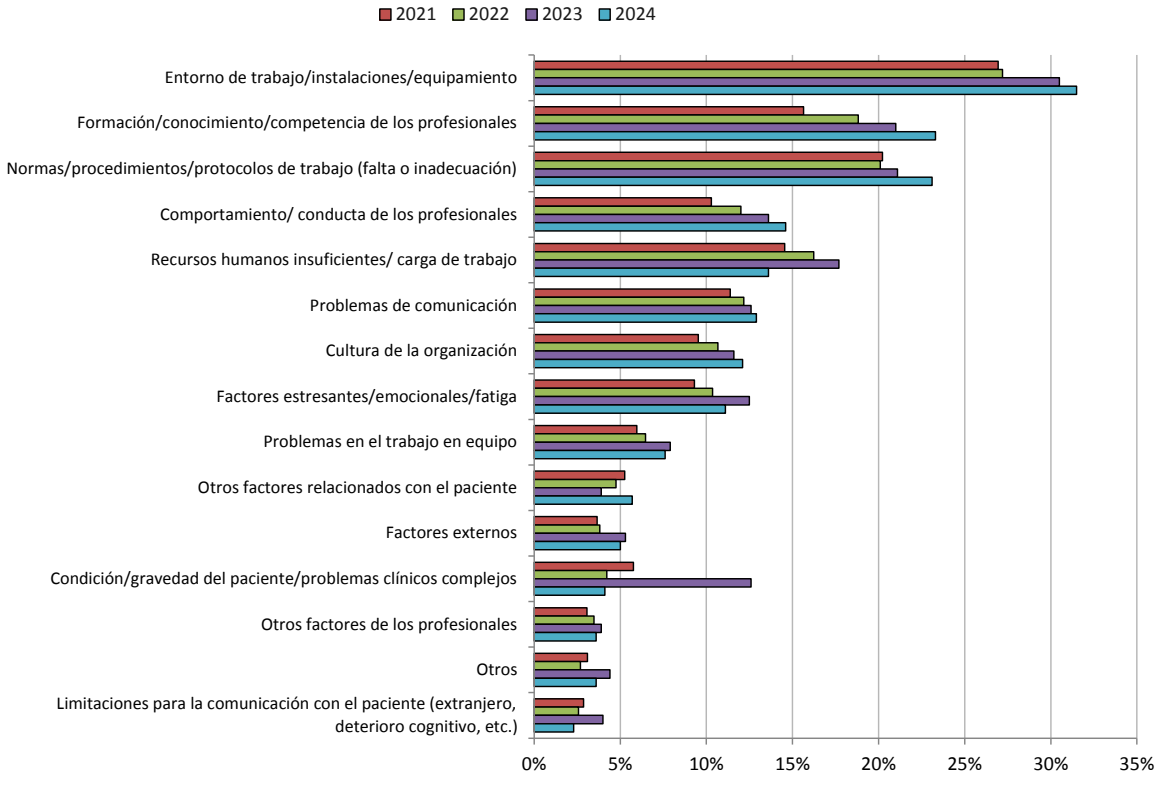
A nivel de categoría individual (Gráfica 11) los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* siguen siendo señalados como el mayor factor contribuyente, continuando con una tendencia al alza. En segundo nivel de importancia se encuentra un factor de profesionales *formación/conocimiento/competencia de los profesionales* y en tercer lugar un factor de la organización: la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, los tres factores han aumentado con respecto al año anterior.

Gráfica 10. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes



Varios factores de los profesionales han experimentado incrementos en la atribución, especialmente f*ormación/conocimiento/competencia de los profesionales* (incremento de dos puntos) y *Comportamiento/conducta de los profesionales* (1 punto). Asimismo, dos de los factores organizativos experimentan incremento en la atribución: *Normas/procedimientos/protocolos de trabajo* (2 puntos) y *cultura de la organización.*

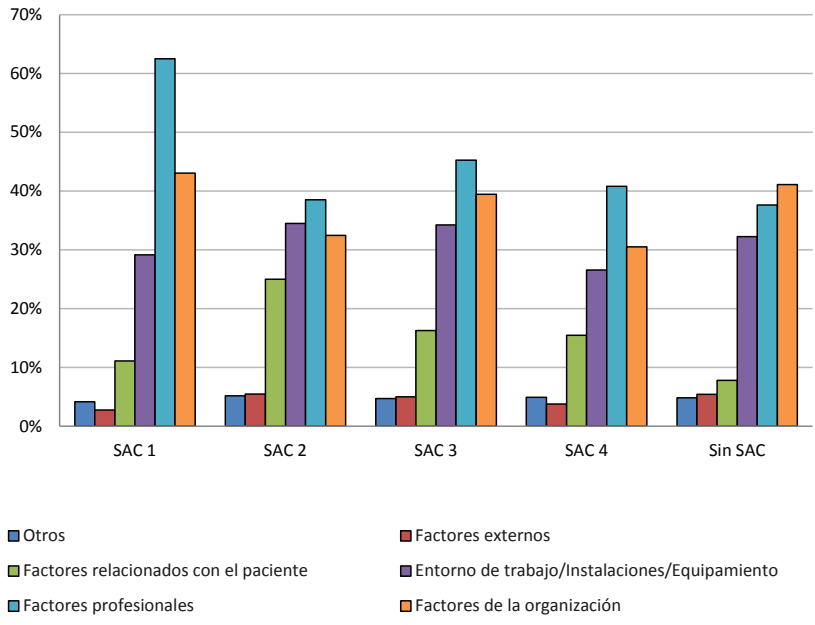
Gráfica 11. Incidentes notificados al SiNASP desde 2021, según los factores contribuyentes



Entre los factores relacionados con el paciente, destaca el descenso especialmente de la *Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos* y las *Limitaciones para la comunicación con el paciente*. El factor *Otros factores relacionados con el paciente* aumenta ligeramente con respecto el año anterior.

En la Gráfica 12 se presentan los grupos de factores que han contribuido a los incidentes según el nivel de riesgo SAC de estos.

Gráfica 12. Porcentaje de incidentes a los que contribuyeron los distintos grupos de factores agrupados por nivel de riesgo



En los incidentes de nivel SAC1 destacan los factores de los profesionales (en el 62,5% de los incidentes) muy por encima del resto y también tienen un peso importante los factores de la organización (en el 43,06% de los incidentes). En los incidentes de riesgo SAC2 es donde más contribuyen los factores relacionados con el paciente (25% de las notificaciones), aunque por debajo de los factores profesionales, el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento, y los factores de la organización (entre el 32 y el 38% de las notificaciones).

Exceptuando el caso de las notificaciones sin SAC, los factores profesionales son los que, según los notificantes, contribuyen a un mayor porcentaje de incidentes.

En el caso de las notificaciones sin SAC, que son aquellos casos que no llegan al paciente y que mayoritariamente se trata de situaciones con capacidad de causar un incidente, lógicamente los factores del paciente tienen poca importancia (7,8%), mientras que el 41,1% de los incidentes se atribuyen a factores de la organización, seguidos por los factores profesionales (37,6%) y en menor medida los del entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento (32,2%).

Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todos los incidentes notificados en 2024 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2025, resultando un total de 72 incidentes (en 2023 fueron 45).

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 23 causaron daño permanente al paciente, 26 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 23 contribuyeron o causaron la muerte del paciente.

Según se describe en la tabla 9, más del 70% de los incidentes clasificados como SAC 1 fueron notificados por médicos/as, que habitualmente notifican incidentes más graves. Un 25% fue notificado por enfermeros/as. Además, hubo tres incidentes SAC 1 notificados por otro tipo de profesionales: colectivo de matronas, personal farmacéutico y personal técnico auxiliar de enfermería.

Tabla 9. Incidentes clasificados como SAC 1 según la profesión del notificante

Profesión del notificante	N.º de incidentes	%
Médico/a	51	70,8
Enfermero/a	18	25
Matrona	1	1,4
Farmacéutico/a	1	1,4
Técnico/a auxiliar enfermería	1	1,4
Total	72	100

En lo relativo a las áreas donde se produjeron los incidentes notificados y comparando con 2023 (Tabla 10), el mayor porcentaje de incidentes notificados no ha sido en urgencias, sino en las unidades de hospitalización. En cambio, ha aumentado notablemente la notificación del bloque quirúrgico, un entorno en el que suelen producirse incidentes graves, por lo que cabe

pensar que el descenso en 2023 fue una anomalía. La notificación de incidentes SAC 1 en las unidades de cuidados intensivos sigue siendo baja y en un porcentaje similar a 2023. En consultas externas se mantiene la tendencia ascendente. También destaca la notificación de incidentes SAC 1 en los servicios centrales:

Tabla 10. Áreas en las que tuvieron lugar los incidentes clasificados como SAC 1. Comparativa 2024 y 2023

	2024		2023	
Área	**N.º incidentes**	**(%)**	**N**	**(%)**
Unidades de hospitalización	23	31,9	15	33,3
Urgencias	18	25	18	40
Bloque quirúrgico	11	15,3	1	2,2
Consultas externas	8	11,1	4	8,9
Unidades de cuidados intensivos	4	5,6	3	6,7
Servicios centrales	4	5,6	0	0
Sala de partos	2	2,8	2	4,4
SEE/Transporte sanitario	2	2,8	1	2,2
Servicios de apoyo/otros	0	0	1	2,2

Durante el análisis se han descartado tres notificaciones en las que los incidentes aparentemente estaban más relacionados con conductas individuales que con problemas sistémicos y, por tanto, no eran susceptibles de analizarse vía SiNASP. Otras dos notificaciones reportaban el mismo incidente.

También se han analizado otros dieciséis incidentes clasificados como SAC 2 que contribuyeron o causaron la muerte del paciente. Al categorizarse como muy infrecuentes, el sistema no los clasifica como SAC 1. Once incidentes fueron notificados por médicos/as, cuatro por enfermeros/as y un incidente por un profesional no identificado. Cinco tuvieron lugar en unidades de hospitalización, otros cinco en urgencias, dos en sala de partos, dos en emergencias extrahospitalarias, uno en UCI y uno en servicios de apoyo. Durante el análisis se ha excluido una notificación de complicaciones obstétricas.

Los **83 incidentes finalmente analizados** se han intentado agrupar de acuerdo con una tipología o con posibles factores contribuyentes. A partir de la descripción del incidente que aparece en el sistema, no en todos los casos queda claro cuál ha sido el problema de seguridad o si se trata de una

complicación del proceso que sufre el paciente. Este análisis se realiza a nivel local y la información no se traslada a los niveles superiores del sistema. Se describen a continuación los incidentes incluidos en cada grupo.

1. **Incidentes relacionados con el diagnóstico, valoración y tratamiento del paciente: 14**
   - Paciente con traumatismo craneoencefálico grave que fallece en planta de hospitalización.
   - Posible efecto adverso de medicación sedante endovenosa por falta de monitorización en paciente con cuadro confusional con patología mental de base.
   - Pérdida de bienestar fetal y traslado urgente del neonato al hospital de referencia. Posible monitorización inadecuada de gestante con factores de riesgo en planta por el colectivo de enfermería que no incluye el de matronas.
   - Inhibición terapéutica tras detección por radiología de nódulo pulmonar que evoluciona a neoplasia avanzada a los 2 años.
   - Varios incidentes (4) relacionados con código ictus (presumiblemente del mismo centro y del mismo notificante) que señalan que la valoración y abordaje realizados no son los adecuados y derivan en un peor pronóstico para los pacientes. Entre los posibles factores contribuyentes se señala que los neurólogos no actúan de manera presencial, sino por teleasistencia y que los protocolos oficiales están desactualizados.
   - Paciente cardiópata en hemodiálisis crónica que ingresa a cargo de un servicio quirúrgico y se le pauta sueroterapia convencional, lo que supone una sobrecarga inadecuada que da lugar a una sesión extra de hemodiálisis.
   - Tras casi dos años en espera de colonoscopia, paciente ingresa y se diagnostica una neoplasia de colon con metástasis hepática.
   - Error de interpretación de pruebas diagnósticas en urgencias que evoluciona en un posterior reingreso e intervención quirúrgica urgente por peritonitis.
   - Paciente con antecedentes psiquiátricos sin seguimiento ingresa en urgencias por intento autolítico y se le da el alta sin previa valoración psiquiátrica a pesar de solicitarlo la familia (paciente violento e incontrolable).
   - Paciente que acude a urgencias por accidente bajo los efectos del alcohol. Para realizar TAC se le administra sedación y después sufre parada cardiorrespiratoria.
   - Parada cardiorrespiratoria durante un TAC con contraste en paciente con traumatismo torácico.

2. **Incidentes relacionados con la formación del personal: 14**
   - Traslado de recién nacido por transporte sanitario urgente desde otro centro sanitario con manejo respiratorio no adecuado.
   - Serie de notificaciones (11) presumiblemente del mismo centro y del mismo notificante sobre incidentes en la ejecución de las radiografías que da lugar a su repetición y a la subsiguiente exposición de los pacientes a mayor radiación.
   - Reacción transfusional de paciente en planta de hospitalización.
   - Retraso en la actuación pautada y ausencia de monitorización en paciente con traumatismo craneoencefálico en urgencias.

3. **Incidentes relacionados con gestión organizativa, infraestructura y recursos: 12**
   - Demora importante en prueba urgente por deficiente puesta en marcha del sistema de petición y gestión informática.
   - Hemorragia masiva e imposibilidad de contactar con banco de sangre.
   - Retraso en la atención y exitus en urgencias (no se siguen los tiempos determinados por el nivel asignado en triaje).
   - Demora importante de varias horas en la realización de prueba diagnóstica urgente solicitada de madrugada con repercusiones graves para paciente.
   - Paciente que fallece tras realización de cateterismo programado de alto riesgo y posterior ingreso en unidad de hospitalización de reciente apertura y carente de equipos de monitorización continua.
   - Retraso de más de un año en las pruebas diagnósticas y el seguimiento en consulta de un paciente de oncología.
   - Problemas de cobertura de los buscas en el bloque quirúrgico que impiden atender llamadas de emergencia (2 incidentes).
   - Ante una complicación en un parto de bajo riesgo, en la sala de dilatación no se cuenta con una cuna de reanimación neonatal.
   - Demora en la salida de la ambulancia para traslado de paciente por ictus estando el personal responsable ya disponible.
   - Falta de priorización en las citas y retraso continuado en el tratamiento crónico intraocular.
   - Parada cardiorrespiratoria y fallecimiento de paciente que llevaba 5-6 horas esperando a ser atendido en urgencias tras triaje con prioridad III.

4. **Incidentes relacionados con los equipos/dispositivos: 8**
   - Fuga de anastomosis de intestino delgado con importantes complicaciones y exitus. Se atribuye a un fallo del material (hay más casos previos pero las consecuencias fueron menores).
   - Salida cánula ECMO tras traslado a quirófano y parada cardiorrespiratoria, probablemente por una insuficiente sujeción de la cánula.
   - Parada cardiorrespiratoria sucesiva asociada al mal funcionamiento de una válvula del respirador portátil (malfuncionamiento observado en más ocasiones, pero sin consecuencias clínicas graves).
   - Bacteriemia asociada a PICC y artritis séptica, probablemente relacionada con una vigilancia deficiente de los catéteres.
   - Pieza estéril de prótesis cae al suelo durante intervención avanzada y se carece de un sistema de esterilización rápida, por lo que hay que utilizar una pieza más grande con un procedimiento más peligroso que puede generar más complicaciones.
   - Durante una cirugía cardiaca, se necesita utilizar las palas internas del desfibrilador y estas no funcionaron adecuadamente, por lo que hubo que buscar una alternativa en una situación de emergencia.
   - Fallo de dos desfibriladores en quirófano de urgencias.
   - Exitus de paciente por hipovolemia tras extracción accidental de PICC.

5. **Incidentes relacionados con la comunicación y el trabajo en equipo: 6**
   - Fallo de comunicación y de interpretación del objetivo de TAM en paciente crítico posquirúrgico.
   - Omisión de administración de antibiótico por desabastecimiento en paciente con sepsis.
   - Falta de comunicación efectiva entre radiología y urgencias en caso de TVP masiva en persona dependiente, que se marcha en la ambulancia sin ser valorada.
   - Falta de colaboración entre servicios para asumir la responsabilidad de la atención de un paciente vulnerable.
   - Discrepancia de criterio en urgencias entre médico, enfermera y resto del equipo durante una parada cardiorrespiratoria.
   - Problemas para comunicarse con el médico responsable de un paciente ingresado en una ubicación inusual por falta de camas con telemetría en el servicio correspondiente.

6. **Incidentes relacionados con deficiente comunicación-transferencia/ traslados-monitorización: 6**
   - Paciente que fallece en sala de espera de urgencias trasladado por 061 desde atención primaria sin acompañamiento sanitario ni familiar.
   - Paciente con hematuria que sube a hospitalización desde urgencias con una situación de elevada inestabilidad y tiene que ser ingresado en la UCI.
   - Retraso en la detección de shock séptico de origen urinario por traslado desde otro hospital sin comunicación previa y triaje incorrecto.
   - Comunicación y traslado inadecuados de paciente pediátrico crítico realizado por equipo de AP y no por UVI móvil.
   - Error de identificación en paciente procedente de residencia (se remite con información clínica de otro paciente) que deriva en una reacción anafiláctica y exitus por una alergia conocida que no se introduce en el sistema.
   - Empeoramiento durante el traslado en helicóptero de paciente pediátrica en estado crítico e insuficiente comunicación entre médico emisor y médico receptor que podría haber facilitado su estabilización previa.

7. **Autolisis de paciente: 6**
   - Paciente en seguimiento por salud mental que ingresa en urgencias por intoxicación y tras la valoración psiquiátrica es derivada a su centro de salud mental y se suicida al día siguiente.
   - Paciente ingresado en medicina interna que aprovecha la salida puntual de su acompañante para forzar la apertura de la ventana y precipitarse (incidente notificado dos veces).
   - Paciente de cáncer de mama que se suicida al salir del hospital tras suspenderse una reintervención quirúrgica programada.
   - Autolisis de paciente psiquiátrico durante un permiso a domicilio por fallecimiento familiar.
   - Precipitación de paciente por la ventana del baño de su habitación.
   - Paciente con contención mecánica utiliza mechero para quemarla y termina abrasándose en el baño.

8. **Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 5**
   - Parada cardiorrespiratoria en servicio de radiología y no se cuenta con carro de parada ni se conoce el emplazamiento del material necesario; tampoco hay timbre de llamada.
   - Retraso en RCP en planta de hospitalización por falta de una parte importante del equipo en el carro de paradas.

- Error en la valoración de una parada cardiorrespiratoria y escasa capacidad de actuación de los profesionales de una planta de hospitalización.
- Traslado desde atención primaria en ambulancia de paciente con parada cardiorrespiratoria y el equipo sanitario no está instaurando medidas de RCP a su llegada al hospital.
- Retraso en la atención a una parada cardiorrespiratoria durante el traslado en una unidad de soporte vital avanzado porque el equipo sanitario solo cuenta con un técnico, que debe detener la ambulancia en un lugar seguro antes de poder pasar a la cabina asistencial para ayudar a colocar el cardio compresor.

9. Incidentes relacionados con caídas o accidentes del paciente: 3

- Caída de paciente que tenía las barandillas de la cama subidas, mientras su acompañante no estaba y no había avisado al personal de su ausencia.
- Caída paciente en UCI cardiológica al resbalarse en su propia orina por diuresis espontánea tras levantarse de la cama. Posteriormente sufre parada cardiorrespiratoria.
- Encuentran al paciente caído en el baño de la habitación con herida en la cabeza y ausencia de signos de vida.

10. Incidentes relacionados con medicación: 3

- No revisión tras embarazo de la prescripción crónica de un medicamento teratogénico en los controles sucesivos (tanto en primaria como en atención hospitalaria): malformaciones y muerte neonatal.
- Retraso de siete horas en la dispensación y administración de un medicamento prescrito como urgente.
- Trombosis tras suspensión de medicación anticoagulante crónica al ingreso.

11. Incidencias con pacientes al final de la vida: 2

- Desatención de las instrucciones previas y obstinación terapéutica en un paciente en situación terminal.
- Paciente del programa paliativo que ingresa en urgencias y desde allí es trasladado de madrugada a otro hospital y fallece a los pocos minutos del ingreso.

12. Incidentes relacionados con los cuidados de pacientes críticos, complejos o vulnerables: 2

- Arranque de dispositivo por paciente crítico, presumiblemente por deficiente vigilancia continua.

– Deficiente planificación y ejecución de la intubación de paciente crítico con vía aérea difícil.

13. Otros eventos centinela: 2

– Retención de cuerpo extraño no notificada por los cirujanos que genera una reintervención urgente (2ª cirugía en el mismo día y 3ª en quince días).
– Exitus perinatal en paritorio.

Comentarios y recomendaciones

La **gestión proactiva del riesgo** es esencial para la calidad y seguridad de la atención, el tratamiento y los servicios a los pacientes en un hospital. La nueva Estrategia de seguridad del paciente del SNS (2025-2035)[2] incluye el objetivo de *Impulsar la gestión proactiva de los riesgos a través del uso de metodologías que permitan identificar problemas, analizar sus causas y desarrollar acciones que prevengan o disminuyan la repetición de incidentes*.

Un buen número de los incidentes graves notificados apuntan a la necesidad de impulsar la cultura de la gestión proactiva del riesgo, por ejemplo: ante la implantación de nuevos sistemas informáticos (petición de pruebas); evaluaciones del funcionamiento de circuitos de emergencia (código hemorragia masiva); acceso a carros de parada y aviso PCR desde cualquier ubicación de pacientes; notificación precoz de problemas de funcionamiento o mala calidad de equipos o fungibles aunque no tengan consecuencias clínicas importantes; evaluación de circuitos de triaje; planes de reposición de equipos obsoletos; planificación de la atención a pacientes ingresados en ubicaciones inusuales, entre otros.

Las transiciones asistenciales o **traslados de pacientes** entre diferentes ámbitos asistenciales o servicios constituyen puntos críticos con un elevado riesgo de que se produzcan errores por fallos o discrepancias en la información sobre los tratamientos que reciben los pacientes. En 2024, varios incidentes SAC 1 han tenido lugar en el contexto del traslado de pacientes críticos o vulnerables.

En el caso de traslados de pacientes entre organizaciones se requiere un proceso consistente para garantizar que la transferencia del paciente se haga de forma segura[3]. Es importante que exista un mecanismo de segui-

[2] Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2025-2035. Ministerio de Sanidad: Madrid, 2025.

[3] Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 8ª edición, en español.

miento que proporcione información sobre la condición del paciente antes del traslado, durante el mismo y a la llegada a la organización receptora, y que asegure la responsabilidad continuada de la atención. La organización receptora debe conocer todos los cuidados prestados al paciente antes y durante el traslado y debe recibir al menos un resumen clínico incluyendo: el estado o condición del paciente, los procedimientos y otras intervenciones realizadas; las necesidades en curso del paciente y el motivo del traslado.

Los incidentes graves relacionados con la **reanimación cardiorrespiratoria** siguen siendo preocupantes, ya que parecen relacionados sobre todo con la organización interna y la formación de los profesionales.

Los servicios de reanimación deben poder prestarse a todos los pacientes las 24 horas del día, todos los días y en todas las áreas del hospital. El equipo de reanimación y los medicamentos para el soporte vital básico y avanzado deben estar estandarizados y disponibles para su uso en función de las poblaciones atendidas, ya sean de adultos o pediátricas. En todas las áreas del hospital el soporte vital básico debe iniciarse inmediatamente tras el reconocimiento de una parada, y el soporte vital avanzado debe iniciarse como máximo en 5 minutos[3]. El hospital debe incluir la RCP en su plan de formación y asegurarse de que todo el personal clínico que presta atención, tratamiento y servicios a los pacientes está capacitado al menos en soporte vital básico y dicha capacitación debe actualizarse periódicamente.

Es importante realizar un seguimiento de todas las actuaciones ante PCR que se realicen para, en su caso, implantar acciones de mejora.

Deberían utilizarse los incidentes como fuente de información para la elaboración de los **planes de formación** del personal. En el análisis de los incidentes graves han surgido temas como el cuidado de los catéteres, el respeto de las instrucciones previas, la revisión y conciliación de la medicación de manera sistemática o la importancia de la revisión periódica de los carros de parada. La necesidad de capacitación de los profesionales de los servicios de emergencias extrahospitalarias en el manejo de pacientes pediátricos críticos durante los traslados se refleja también en algunas notificaciones.

Algunos incidentes ponen de relieve la especial **vulnerabilidad de determinados pacientes** que requerirían una revisión de los procesos de atención: pacientes al final de la vida, pacientes con deterioro cognitivo no acompañados, pacientes con trastornos de conducta por problemas de adicción y pacientes oncológicos.

La **prevención del suicidio** requiere un abordaje integral, que incluya tanto la evaluación del riesgo individual con instrumentos validados como la evaluación de los riesgos ambientales y las medidas necesarias para minimizarlos.

Incidentes notificados en atención primaria

Se incluyen los incidentes notificados en centros de atención primaria (y asimilados, como las residencias sociosanitarias) de 11 comunidades autónomas. Según puede verse en la Tabla 11, la implantación del SiNASP en atención primaria sigue sin consolidarse. A finales de 2024 había 600 centros de atención primaria dados de alta como activos en el sistema y se han recibido notificaciones de 167 de ellos, que son 31 más que el año anterior, pero supone solo un 28% del total. Sin embargo, hay que destacar que Asturias ha duplicado el número de centros de salud o centros sociosanitarios que notifican, y Castilla-La Mancha cerca del doble. Galicia también ha incrementado el número de centros que han notificado incidentes.

Tabla 11. Centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2024 y los que han usado SiNASP en 2024

CC. AA.	Comienzo de la implantación	Centros de AP*	Centros de AP que usan SiNASP** en 2024	Centros de AP que usan SiNASP en 2023
Aragón	Octubre 2014	8 (áreas) + 1R	5	3
Asturias	Noviembre 2014	68 (30R)	26	12
Canarias	Noviembre 2014	7 (áreas)	2	2
Cantabria	Septiembre 2014	42	18	21
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	134	13	7
Extremadura	Octubre 2016	124 (8R)	12	13
Galicia	Diciembre 2013	118	57	39
INGESA	Diciembre 2019	7	1	0
La Rioja	Diciembre 2016	4	3	4
Murcia	Diciembre 2013	10 (áreas)	5	4
Navarra	Octubre 2014	76 (8R)	25	31
TOTAL		**600**	**167**	**136**

*Incluye centros sociosanitarios (R). El número de centros de AP no es comparable entre o dentro de las CC. AA., ya que puede darse de alta como un centro cualquier tipo de unidad o agrupación de unidades de atención primaria, incluso un área completa.
**Se considera que utilizan el SiNASP si han notificado algún incidente en el periodo cubierto por este informe.

Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

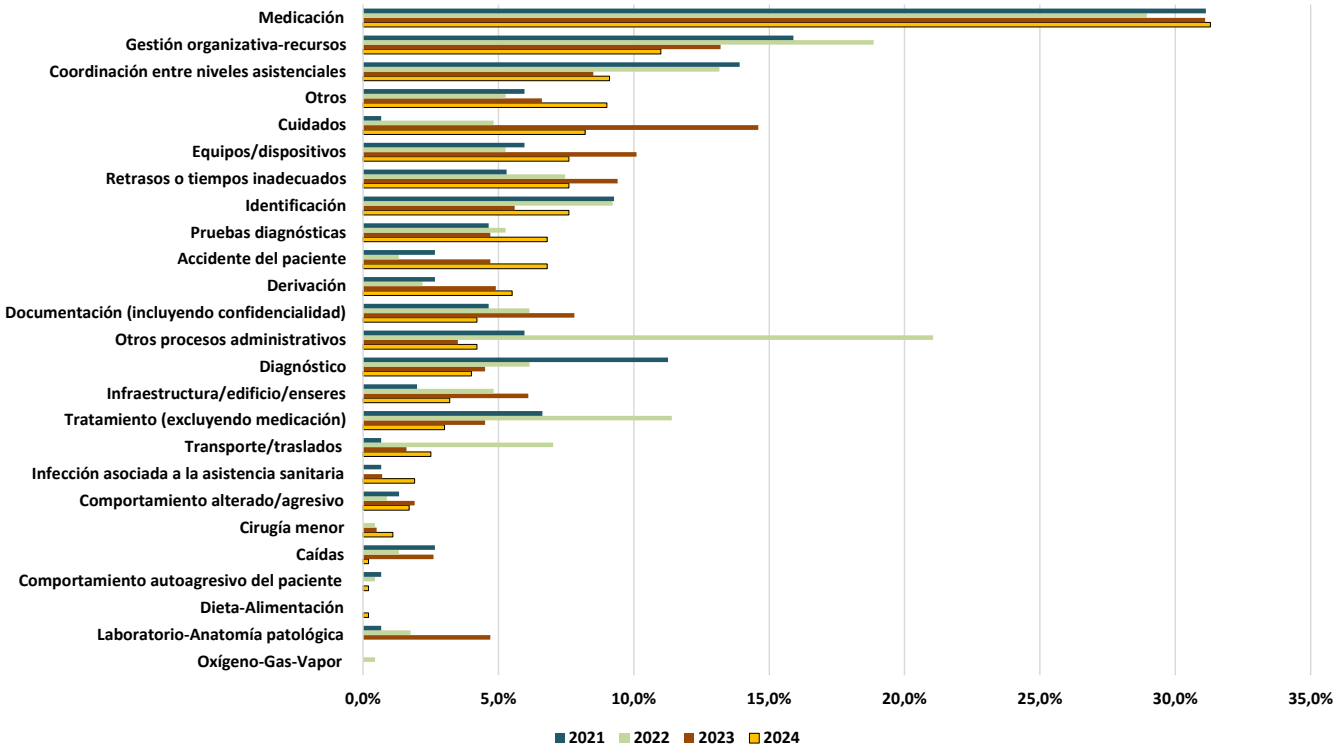
En la Gráfica 13 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Un mismo incidente puede categorizarse en más de un tipo, porque puede afectar a varios temas. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

La categoría mayoritaria de incidentes notificados en atención primaria es *medicación* (148 incidentes, 22%), seguida de *gestión organizativa/recursos* (52 incidentes, 8%) y *coordinación entre niveles asistenciales* (43 incidentes, 7%). La categoría *cuidados* ha descendido al quinto lugar (39 incidentes, 6%).

Gráfica 13. Tipos de incidentes notificados en SiNASP

Al comparar con los años anteriores (Gráfica 14) la distribución de los incidentes relacionados con *medicación* ha permanecido estable y la relacionada con *gestión organizativa/recursos* sigue disminuyendo. Por el contrario, aumenta ligeramente el porcentaje de notificaciones referentes a *coordinación entre niveles asistenciales* e *identificación*. Disminuye notablemente (más de 5 puntos) la proporción de notificaciones relacionadas con los *cuidados* y también algo las de *equipos/dispositivos* (2,5 puntos).

Gráfica 14. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP desde 2021 hasta 2024



No obstante, teniendo en cuenta que el número de notificaciones de cada categoría es bastante bajo, hay que relativizar las posibles comparaciones y tendencias en los datos.

Lugar en que ocurrió el incidente

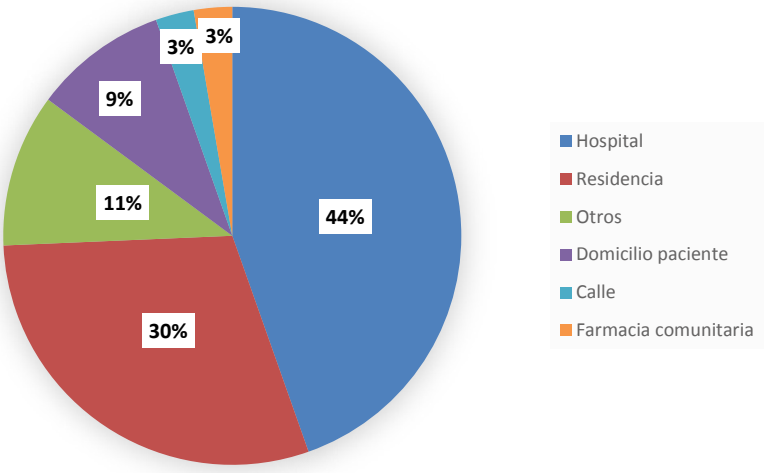
En la Tabla 12 se muestran los incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente. El 57% de los incidentes notificados tuvo lugar en la consulta (Tabla 12), un porcentaje similar al de 2023; un 15,6% de los incidentes notificados se produjeron en una organización distinta del centro de atención primaria, y en tercer lugar se notificaron incidentes ocurridos en las urgencias de atención primaria (8,5%).

Tabla 12. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente desde 2021

INCIDENTES	2024		2023		2022		2021	
Área	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultas/consultorio	270	57,1%	249	58,6%	119	52,2%	73	48,3%
En una organización/ lugar distinto al centro de Atención primaria	74	15,6%	53	12,5%	45	19,7%	39	25,8%
Área de atención continuada/urgencias/ SUAP	40	8,5%	46	10,8%	32	14,0%	13	8,6%
Laboratorio	27	5,7%	24	5,6%	9	3,9%	5	3,3%
Atención telemática	18	3,8%	6	1,4%	9	3,9%	6	4,0%
Área de administración/ información	14	3,0%	14	3,3%	6	2,6%	1	0,7%
Otras áreas del centro de atención primaria (escaleras, entrada...)	11	2,3%	13	3,1%	1	0,4%	3	2,0%
Sala de espera	10	2,1%	10	2,4%	2	0,9%	5	3,3%
Lugar desconocido	5	1,1%	4	0,9%	1	0,4%	2	1,3%
Servicios de apoyo	3	0,6%	4	0,9%	3	1,3%	2	1,3%
Radiología	1	0,2%	2	0,5%	1	0,4%	2	1,3%
TOTAL	**473**	100,0%	**425**	100,0%	**228**	100,0%	**151**	100,0%

Los incidentes notificados que han ocurrido fuera del centro de atención primaria (Gráfica 15), en su mayoría han ocurrido en hospitales (44%) disminuyendo su proporción con respecto a 2023 (55%), por el significativo aumento del porcentaje de incidentes ocurridos en residencias sociosanitarias (30% frente al 7% en 2023) y en tercer lugar los incidentes ocurridos en "otros", como en vacunación escolar. Llama la atención que la proporción de incidentes notificados ocurridos en domicilio disminuye notablemente (9%) en relación con 2023 (23%).

Gráfica 15. Ubicación de los incidentes notificados en 2024 que tuvieron lugar fuera del centro de atención primaria



Profesión del notificante

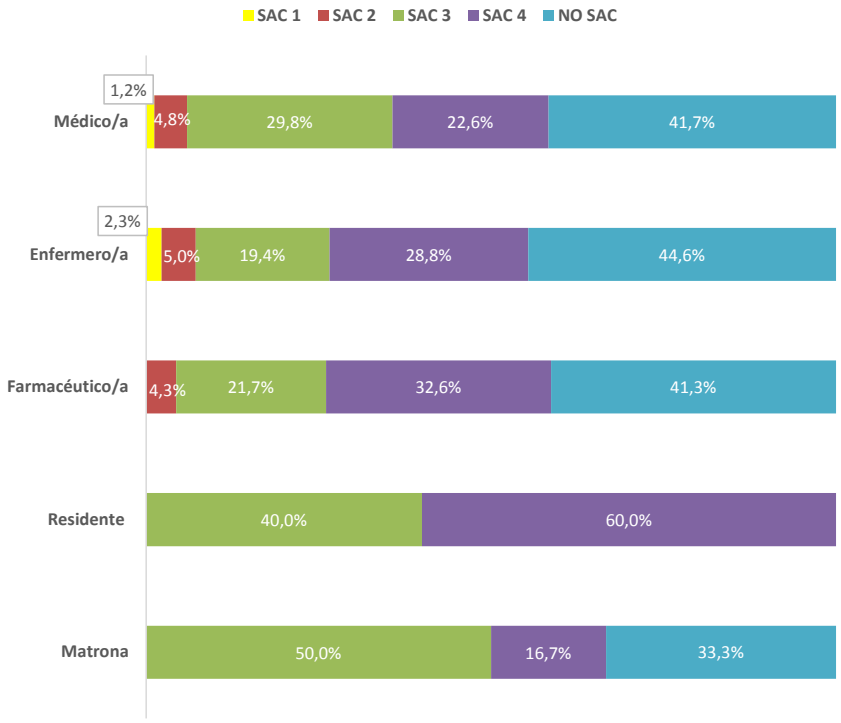
En 2024 el colectivo de enfermería ha sido el que más notificó incidentes de seguridad del paciente (46,9%), seguido de medicina (35,5%) y de farmacéuticas/os (9,7%) (Tabla 13). La notificación de TCAEs ha aumentado con respecto a los años anteriores, y parece que otros profesionales sanitarios empiezan a notificar en atención primaria.

Tabla 13. Incidentes notificados según la profesión del notificante desde 2021

	2024		2023		2022		2021	
Profesión del notificante	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Enfermero/a	222	46,9%	148	34,9%	101	44,3%	40	26,5%
Médico/a	168	35,5%	190	44,8%	83	36,4%	84	55,6%
Farmacéutico/a	46	9,7%	55	13,0%	25	11,0%	18	11,9%
Técnico/a auxiliar de enfermería	12	2,5%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,7%
Otros	6	1,3%	8	1,9%	8	3,5%	2	1,3%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	5	1,1%	9	2,1%	8	3,5%	6	4,0%
Matrona	5	1,1%	8	1,9%				
Otros licenciados/grados sanitarios	4	0,8%	1	0,2%	2	0,9%	0	0,0%
Fisioterapeuta	3	0,6%	2	0,5%	1	0,4%	0	0,0%
Otros/as profesionales sanitarios	1	0,2%	2	0,5%		0,0%	0	0,0%
Otros/as técnicos/as de grado superior y medio	1	0,2%	0	0,0%		0,0%	0	0,0%
TOTAL	**473**		**424**		**228**		**151**	

Al comparar los niveles de riesgo de los incidentes notificados por los principales colectivos profesionales (Gráfica 16) vemos que los colectivos de enfermería (2,3%) y medicina (1,2%) son los que notifican incidentes de alto riesgo.

Gráfica 16. **Porcentaje de incidentes que han notificado en 2024 los principales colectivos profesionales, según su nivel de riesgo**



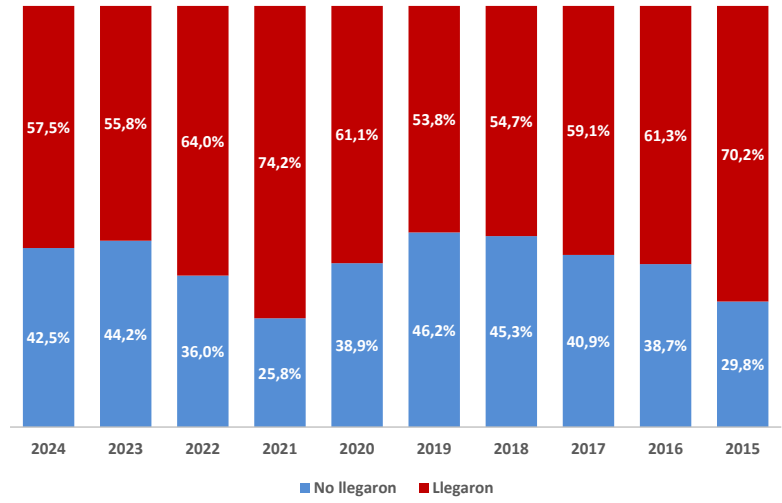
Consecuencia de los incidentes en los pacientes

En 2024 aumenta ligeramente con respecto a 2023 la notificación de incidentes que llegaron al paciente (58%), pero la proporción sigue siendo bastante inferior a los años anteriores. No obstante, los incidentes que alcanzan al paciente todavía siguen siendo los que más se notifican (Tabla 14 y Gráfica 17). Los incidentes que no llegaron al paciente y las situaciones con capacidad de causar un incidente se mantienen en porcentajes similares a 2023.

Tabla 14. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes desde 2021

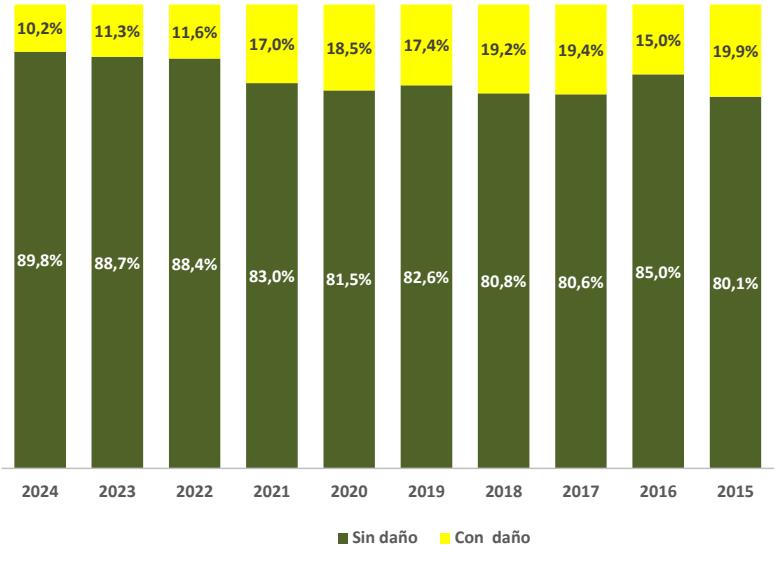
INCIDENTES	2024		2023		2022		2021	
Categoría	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Situación con capacidad de causar un incidente	147	31%	144	33,9%	57	25,0%	18	11,9%
Incidente que no llegó al paciente	54	**11%**	**44**	**10,4%**	**25**	**11,0%**	**21**	**13,9%**
Incidente que llegó al paciente	**271**	**57%**	**237**	**55,8%**	**146**	**64,0%**	**112**	**74,2%**
El incidente llegó al paciente**,** pero no le causó daño	117	25%	86	20,2%	83	36,4%	56	37,1%
Retraso en el tratamiento/tratamiento adicional al necesario/ irritación	106	22%	103	24,2%	46	20,2%	37	24,5%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente	33	7%	27	6,4%	11	4,8%	13	8,6%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	11	2%	12	2,8%	4	1,8%	2	1,3%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	4	1%	9	2,1%	2	0,9%	4	2,6%

Gráfica 17. Incidentes notificados según si llegaron o no al paciente desde 2015



De los incidentes que llegaron al paciente únicamente el 10% produjeron daño (Gráfica 18). Esta proporción mantiene una tendencia descendente desde el año 2020.

Gráfica 18. Incidentes notificados según si produjeron o no daño al paciente desde 2015



Riesgo asociado a los incidentes

Para la clasificación de los incidentes notificados se utiliza una versión modificada de la matriz del "*Severity Assessment Code*" (SAC) con algunas variaciones respecto a la que se utiliza en atención hospitalaria. El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la Tabla 15.

Tabla 15. Cálculo del riesgo asociado a un incidente en atención primaria (SAC)

	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
Retraso en el tratamiento/ tratamiento adicional al necesario/ irritación	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

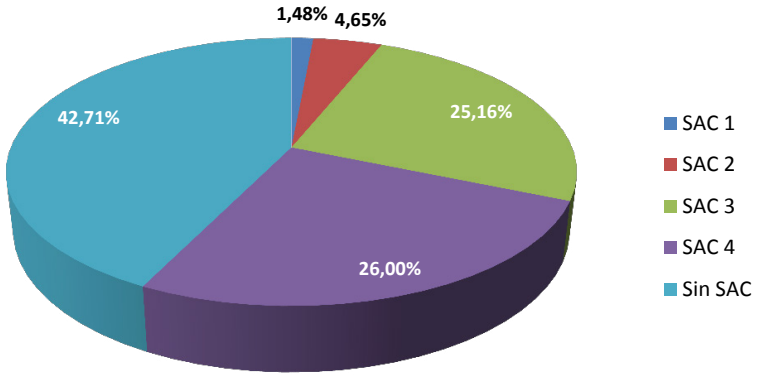
SAC 1: Riesgo extremo; SAC 2: riesgo alto; SAC 3: riesgo moderado; SAC 4: riesgo bajo.

Hay dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC: las situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que una de las variables que se utilizan para el cálculo del SAC es el grado de daño y estas dos categorías, por definición, no pueden causar daño a un paciente, ambas categorías se clasifican como "sin SAC".

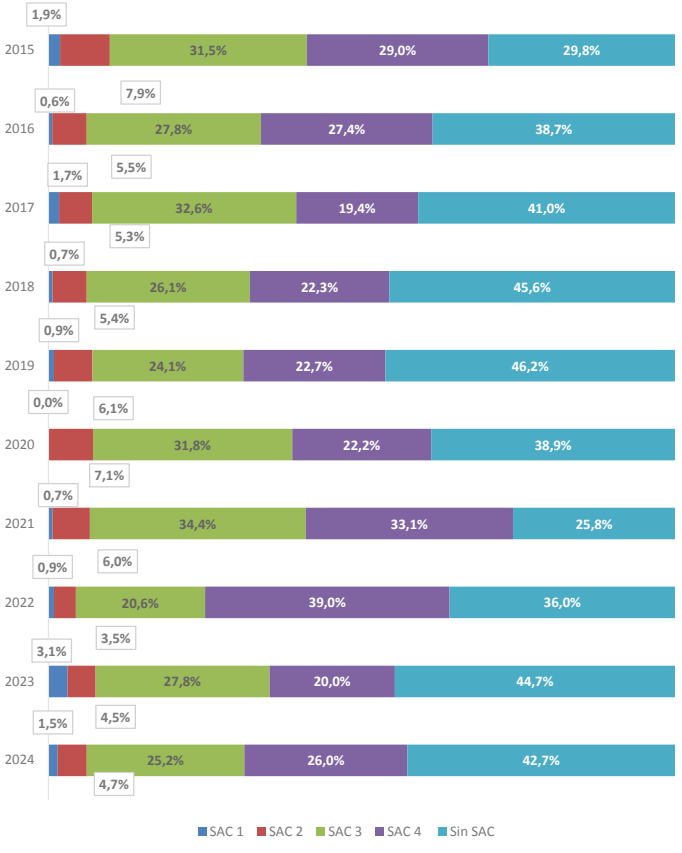
El riesgo asociado a los incidentes notificados al SiNASP en atención primaria queda reflejado en la Gráfica 19. Las notificaciones de incidentes sin SAC han sido las más numerosas (42,71%).

En 2024 ha disminuido el porcentaje de incidentes notificados que han supuesto un riesgo extremo para el paciente (1,48% en 2024 vs. 3,1% de 2023) (Gráfica 20). Se mantienen estables las notificaciones SAC 2, con un aumento en las notificaciones SAC 4 (26% en 2024 vs. 20% de 2023).

Gráfica 19. Incidentes notificados en SiNASP en 2024 según nivel de riesgo

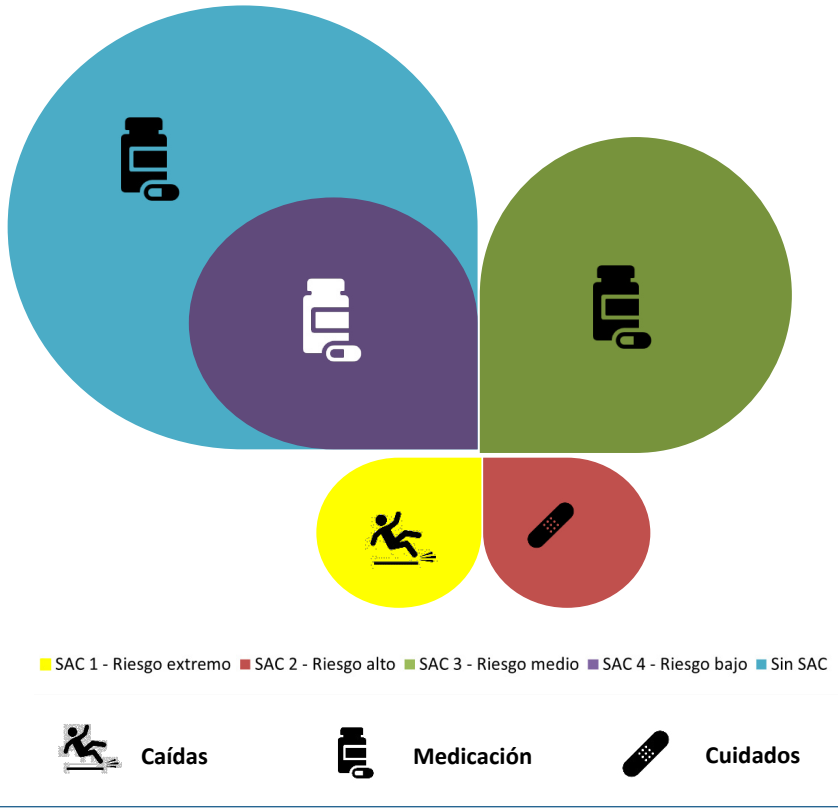


Gráfica 20. Incidentes notificados en SiNASP según riesgo desde 2015



En la Figura 3 se presentan las categorías de incidentes más frecuentes para cada nivel de riesgo SAC. En el SAC 1 la categoría más frecuente ha sido *caídas*, en el SAC 2 la categoría de *cuidados*, y en los restantes niveles de riesgo (SAC 3, 4 y sin SAC) han sido la categoría de *medicación*.

Figura 3. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP en 2024 según SAC



Factores contribuyentes a la aparición del incidente

La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la Tabla 16.

Continúa la tendencia iniciada en 2022 de que los *factores profesionales* son los que contribuyeron con más frecuencia a la ocurrencia de incidentes, superando a los *factores de la organización*, estos últimos descendiendo

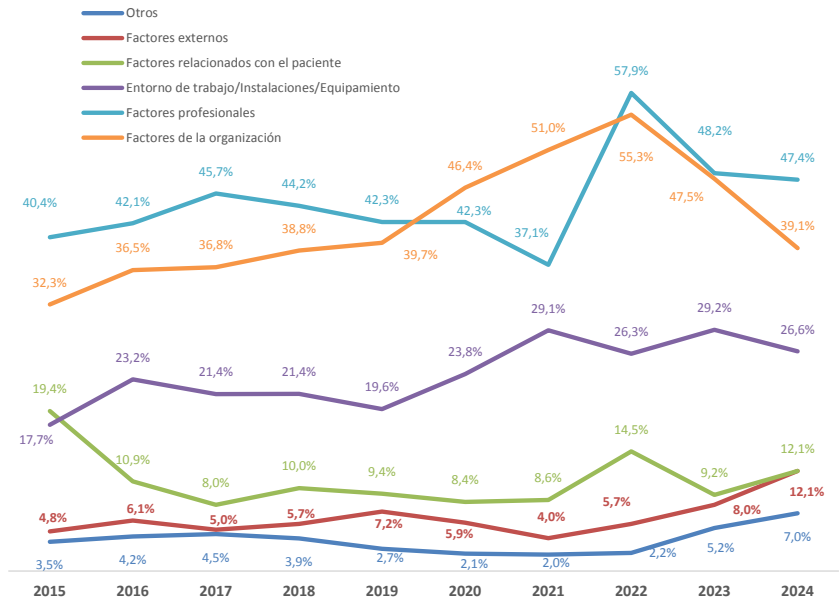
de manera importante respecto a los años anteriores a expensas de un aumento en los *factores externos* y *los factores del paciente* (Tabla 16 y Gráfica 21). La contribución de los factores relacionados con el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento se mantiene estable en los últimos años.

Tabla 16. Incidentes notificados al SiNASP en 2024 según los factores contribuyentes

	2024		2023		2022		2021	
Factores contribuyentes	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Factores profesionales	**205**	**47,4%**	**205**	**48,2%**	**132**	**57,9%**	**56**	**37,1%**
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	120	25,4%	96	22,6%	67	29,4%	23	15,2%
Problemas de comunicación	62	13,1%	60	14,1%	43	18,9%	18	11,9%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	60	12,7%	54	12,7%	33	14,5%	22	14,6%
Comportamiento/conducta de los profesionales	57	12,1%	66	15,6%	30	13,2%	15	9,9%
Otros factores de los profesionales	40	8,5%	28	6,6%	26	11,4%	13	8,6%
Factores de la organización	**185**	**39,1%**	**202**	**47,5%**	**126**	**55,3%**	**77**	**51,0%**
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	121	25,6%	110	25,9%	84	36,8%	56	37,1%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	70	14,8%	77	18,1%	41	18,0%	32	21,2%
Cultura de la organización	62	13,1%	76	17,9%	40	17,5%	35	23,2%
Problemas en el trabajo en equipo	28	5,9%	34	8%	28	12,3%	18	11,9%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	**126**	**26,6%**	**124**	**29,2%**	**60**	**26,3%**	**44**	**29,1%**
Factores relacionados con el paciente	**57**	**12,1%**	**39**	**9,2%**	**33**	**14,5%**	**13**	**8,6%**
Otros factores relacionados con el paciente	20	4,2%	11	2,6%	21	9,2%	7	4,6%
Paciente con comorbilidades	10	2,1%	14	3,3%	11	4,8%	5	3,3%
Paciente con enfermedad crónica	13	2,7%	16	3,8%	8	3,5%	5	3,3%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	18	3,8%	12	2,8%	5	2,2%	4	2,6%
Paciente desconocido por el profesional	8	1,7%	7	1,6%	5	2,2%	4	2,6%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	16	3,4%	9	2,1%	3	1,3%	2	1,3%
Factores externos	**57**	**12,1%**	**34**	**8,0%**	**13**	**5,7%**	**6**	**4,0%**
Otros	**33**	7,0%	22	5,2%	5	2,2%	3	2,0%

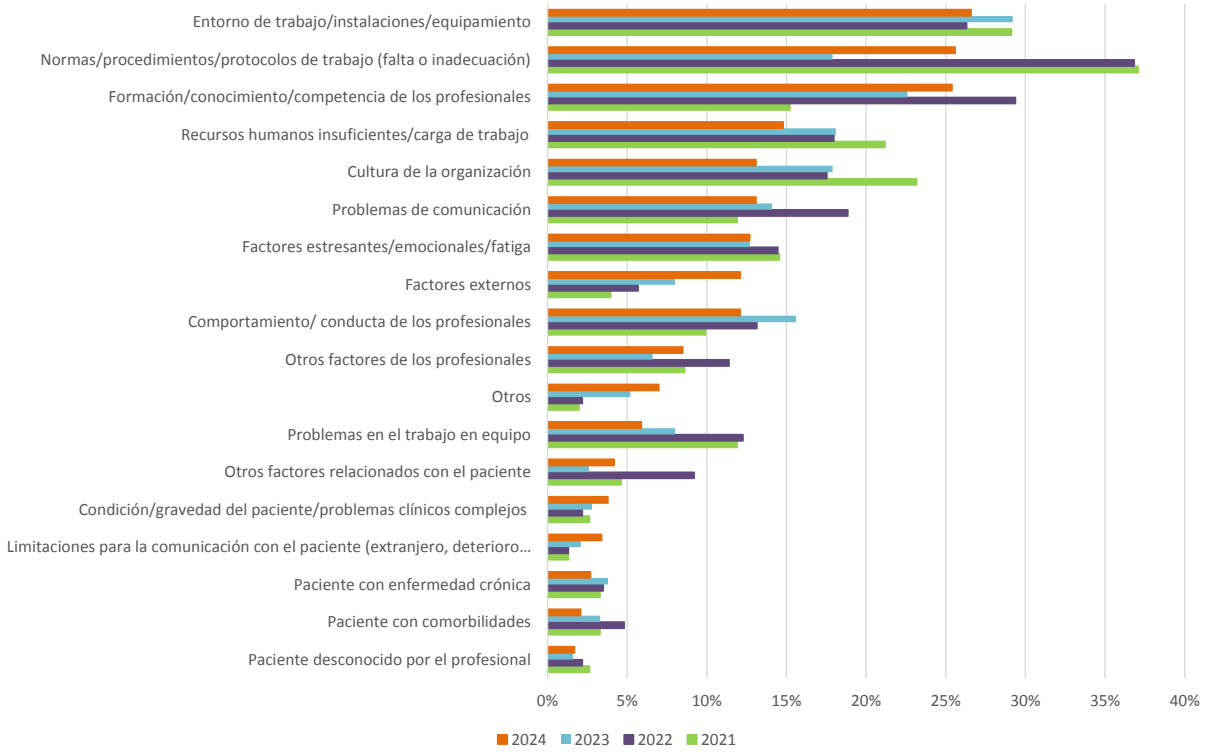
* El total puede superar el número de incidentes notificados, porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes.

Gráfica 21. Porcentaje de incidentes notificados a SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes



Respecto a las subcategorías de los factores contribuyentes en 2024 (Gráfica 22), el factor *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* se mantiene como el más frecuentemente asociado a la ocurrencia de incidentes (26,6%), seguido del factor *normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)* (25,6%) y, en tercer lugar, *formación/conocimiento/competencia de los profesionales* (25,4%). Se observa una tendencia creciente en los *factores externos* (8% en 2023 vs. 12,5% en 2024) y decreciente en la *cultura de la organización* (17,9% en 2023 vs. 13,1% en 2024) y en *problemas en el trabajo en equipo* (8% en 2023 vs. 5,9% en 2024). El factor *comportamiento/conducta de los profesionales* también ha descendido con respecto al año anterior (15,6% en 2023 y 12,1% en 2024).

Gráfica 22. Incidentes notificados al SiNASP desde 2021 según los factores contribuyentes



Incidentes clasificados como SAC 1

Entre las notificaciones cerradas a 30 de junio de 2025, figuran siete incidentes clasificados como SAC1. De ellos, según los notificantes, cuatro produjeron daño importante (daño temporal importante o daño menor permanente o que necesita ingreso hospitalario) y tres dieron lugar a daño catastrófico (muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente).

Cinco notificaciones fueron realizadas por enfermeros/as y dos por médicos/as. Según los notificantes, dos de los incidentes se produjeron en el área de atención continuada/urgencias/SUAP, uno en consultas y los otros cuatro en el área de administración/información, en la sala de espera, en otra área del centro de atención primaria y en un lugar distinto de la atención primaria, respectivamente.

También se ha revisado un incidente clasificado como SAC2 con consecuencia de daño catastrófico, que fue notificado por un médico/a y se produjo en un lugar distinto de la atención primaria.

Los 8 incidentes analizados se han intentado agrupar de acuerdo con una tipología o con posibles factores contribuyentes. A partir de la descripción del incidente que aparece en el sistema, no en todos los casos queda claro cuál ha sido el problema de seguridad. Este análisis se realiza a nivel local y la información no se traslada a los niveles superiores del sistema. Se describen a continuación los incidentes incluidos en cada grupo.

1. **Incidentes relacionados con la gestión organizativa/recursos: 2**
   - Retraso en atención domiciliaria urgente por llegar aviso por un canal no previsto y no recogerse bien la información.
   - Retraso en atención domiciliaria urgente en ámbito rural por problemas de comunicación entre 112 y los consultorios.

2. **Incidentes relacionados con la coordinación entre niveles asistenciales: 2**
   - Ausencia de derivación a atención primaria y falta de detalle en el informe de alta de hospital sobre el desarrollo y cuidados de una herida por presión con necrosis seca que se originó en el mismo.
   - Descoordinación entre punto de atención continuada, 061 y hospital receptor en la atención y traslado de una urgencia vital por accidente de tráfico.

3. **Incidentes relacionados con la infraestructura: 2**
   - Caída de paciente en el acceso a las instalaciones por estar el suelo resbaladizo y las escaleras carecer de pasamanos.

– Caída paciente anciana al engancharse con el pie del asiento en sala de espera.

4. **Incidentes relacionados con la valoración, diagnóstico o tratamiento: 1**
   – Diagnóstico erróneo en servicio de urgencias de AP ante una taquicardia supraventricular, quizá relacionado con la insuficiente formación del médico a cargo (médico sin especialidad).

5. **Incidentes relacionados con la medicación: 1**
   – Reacción alérgica tras prescripción de antibiótico del que constaban antecedentes de alergia (en lugar poco visible).

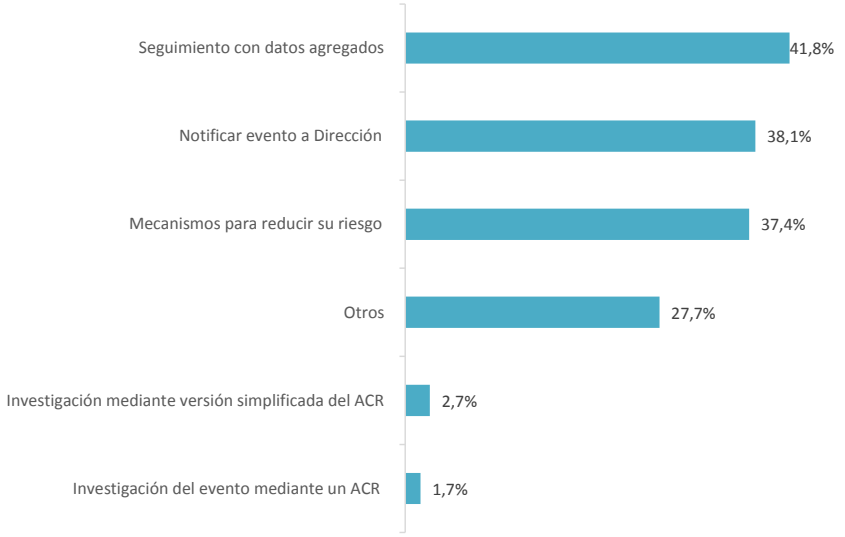
Acciones de gestión de los incidentes notificados

Desde 2023 los gestores locales deben registrar, antes de dar por cerrada cada notificación, el tipo de acción o acciones que tienen previsto realizar (o han realizado) para gestionar los incidentes notificados. Pueden escoger varias acciones de gestión para una misma notificación. Hay seis tipos de acciones de gestión establecidos y una categoría adicional de "Otras" con un campo de texto para incluir opciones adicionales:

- Investigación del evento mediante un ACR
- Investigación mediante versión simplificada del ACR
- Mecanismos para reducir su riesgo
- Notificar evento a Dirección
- Seguimiento con datos agregados
- Otras

En el caso de los gestores locales de hospital, la acción de gestión más utilizada sobre el total de incidentes fue el *seguimiento con datos agregados* (41,8%), seguido de *notificar el evento a Dirección* (38,1%) y en tercer lugar *mecanismos para reducir su riesgo* (37,4%) (Gráfica 23).

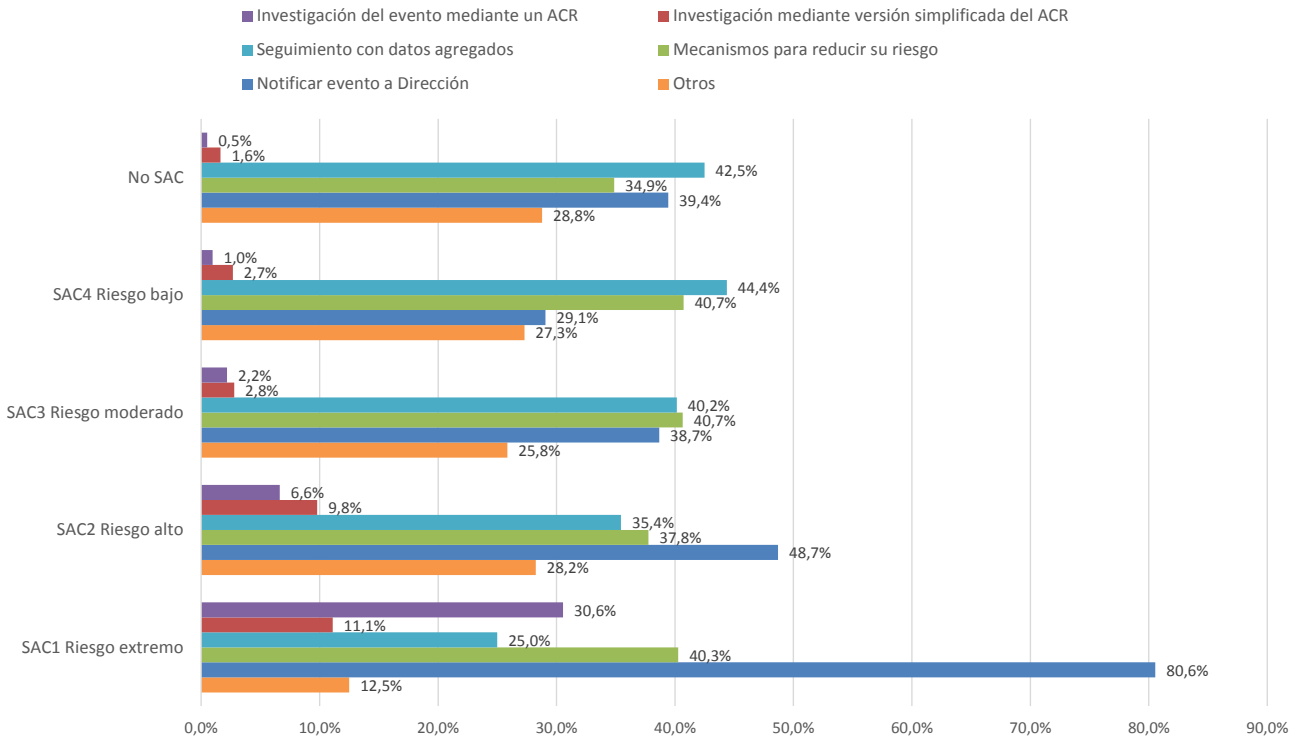
Gráfica 23. Distribución de las acciones de gestión de los incidentes por los gestores de hospital



Las acciones de gestión según el nivel de riesgo SAC del incidente se muestran en la Gráfica 24.

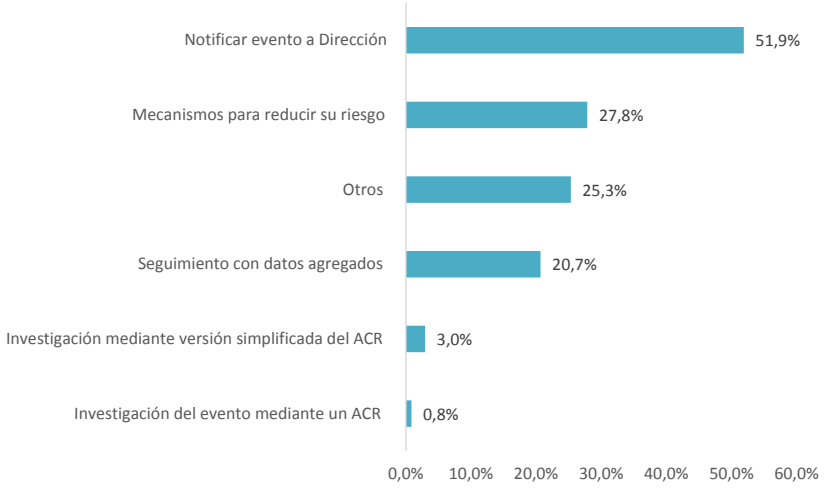
El 80,6% de los incidentes SAC1 se notifican a la Dirección, y en más del 40% se realiza algún tipo de análisis en profundidad (ACR completo en el 30,6% y ACR versión simplificada en el 11%). El seguimiento con datos agregados es más frecuente en los incidentes de menor riesgo, aunque en todos los niveles de SAC se analiza en profundidad cierto porcentaje de incidentes, se echa de menos que el porcentaje de incidentes sin SAC analizados en profundidad sea algo mayor, ya que este tipo de incidentes es particularmente útil para detectar vulnerabilidades y también barreras. La implantación de mecanismos para reducir el riesgo se encuentra en la franja del 35-40% en todos los niveles.

Gráfica 24. Distribución del tipo de acción de gestión utilizada en el total de incidentes notificados en atención hospitalaria, por SAC



En el ámbito de atención primaria la principal acción de gestión con respecto al total de incidentes fue *notificar el evento a Dirección/investigación mediante versión simplificada* (51,9%); en segundo lugar, se utilizó *mecanismos para reducir su riesgo* (27,8%) seguido de *otros* (25,3%) (Gráfica 25).

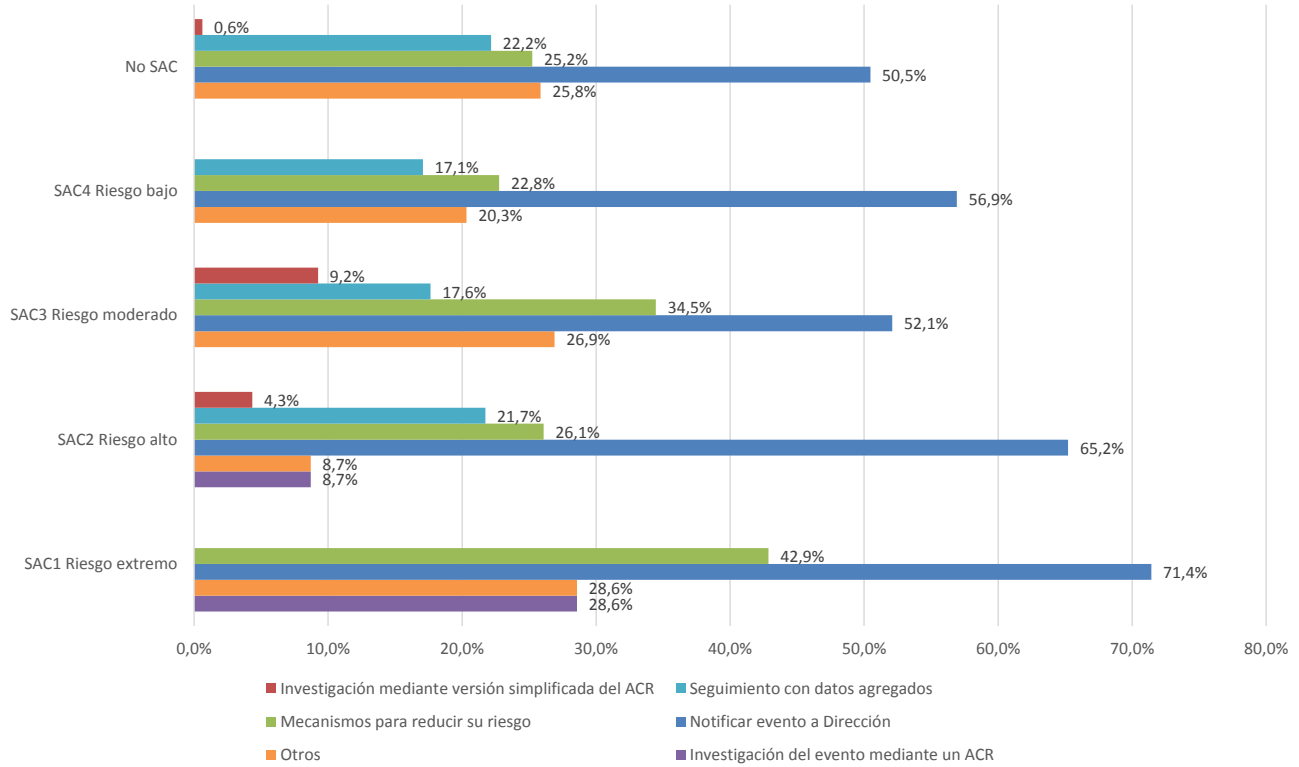
Gráfica 25. Distribución de las acciones de gestión en atención primaria



La distribución de las acciones de gestión de los incidentes según SAC en atención primaria se muestra en la Gráfica 26.

El 71% de los incidentes SAC1 se notificaron a la Dirección, y en el 28% se realizó un análisis en profundidad (13% en el caso de los SAC2 entre ACR completo y simplificado); en el 43% de los SAC1 y en el 26,1% de los SAC2 se pusieron en marcha mecanismos para reducir el riesgo. En general llama la atención el elevado porcentaje de incidentes de todos los niveles que se notifican a la Dirección en comparación con la realización de otro tipo de acciones de gestión. Es lógico pensar que en el caso de la atención primaria la resolución de muchos temas recaiga directamente en la Dirección, pero cabría esperar que los porcentajes de incidentes en los que se implementan mecanismos de reducción del riesgo o de los que se hace un seguimiento con datos agregados para valorar su incidencia en el tiempo fueran mayores.

Gráfica 26. Distribución del tipo de acción de gestión utilizada en el total de incidentes notificados en atención primaria, por SAC



Indicadores de gestión de los incidentes notificados

En este informe se incluyen por primera vez los indicadores de gestión que fueron actualizados en 2023.

Estos indicadores ofrecen a los gestores información a tiempo real sobre el funcionamiento del sistema de notificación en cuatro ámbitos y de acuerdo con su nivel de gestión: centro, área, comunidad autónoma y global (Ministerio de Sanidad).

A continuación, se presentan los datos de los indicadores obtenidos a nivel global del SiNASP y desagregados por comunidades autónomas. Estos datos reflejan el funcionamiento del año 2024, es decir, corresponden a la actividad de gestión realizada desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2024 (Tablas 17 a 19).

Tabla 17. Indicadores de gestión del SiNASP en 2024 a nivel global SiNASP

	Atención hospitalaria	Atención primaria
	2024	2024
Volumen y tipo de incidentes		
n.º incidentes notificados	6.482	584
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	8%	6,8%
% notificantes identificados	70,1%	81,2%
Gestión de las notificaciones		
% notificaciones no abiertas después de 7 días	16%	33,2%
% de notificaciones > 30 días no cerradas	38,1%	44,4%
Tiempo que tardan en cerrarse: mediana (mínimo, máximo)	24 (0, 662)	33 (0, 685)
Análisis de las notificaciones		
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 cerradas con indicación de análisis en profundidad	22,2%	14,7%
% notificaciones cerradas con indicación de análisis en profundidad	4,6%	3,5%
Mecanismos de feedback		
% notificaciones con notificante identificado cerradas en las que se ha enviado al menos un correo al notificante	69,4%	34,8%

Tabla 18. Indicadores de gestión del SiNASP en atención hospitalaria en 2024 desagregado por CC. AA.

	CC. AA.	Aragón	Cantabria	Castilla-La Mancha*	Extremadura*	Galicia	INGESA*	Islas Canarias*	La Rioja	Murcia*	Navarra	Pdo. Asturias*
Volumen y tipo de incidentes												
1	n.º notificaciones recibidas	1.127	245	**402**	**309**	1.860	**20**	**379**	121	**500**	763	**565**
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	5,5	11	18,7	5,8	6,8	0	9,8	12,4	3	9,6	11,2
3	% notificantes identificados	75,2	65,7	71,1	83,8	65,4	75	77,6	78,5	63	69,6	71,7
Gestión de las notificaciones												
4	% notificaciones no abiertas después de 7 días	11,4	14,6	22,5	18,1	12,8	94,7	25,1	7,6	6,4	22,8	9,5
5	% de notificaciones > 30 días no cerradas	36,5	44,2	56,1	33,1	37,4	100	44,4	20,5	14,5	43,8	33
6	Tiempo que tardan en cerrarse: mediana (mínimo, máximo)	11 (0, 457)	46,5 (0, 662)	60 (0, 399)	29 (0, 309)	25 (0, 470)	-	53,5 (0, 361)	11 (0, 388)	10 (0, 625)	34 (0, 482)	17 (0, 509)
Análisis de las notificaciones												
7	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 cerradas con indicación de análisis en profundidad	17,1	22,7	25	18,8	6,8	-	58	21,4	75	10,3	24
8	% notificaciones cerradas con indicación de análisis en profundidad	3,4	2,7	12	3	2,3	-	10,8	3,6	9,8	2,6	7,3
Mecanismos de feedback												
9	% notificaciones identificadas cerradas con mail enviado	92,5	50,7	20	96,4	64,4	-	64,4	98	82	61,3	58,5

* CC. AA. en las que han aumentado las notificaciones con respecto a 2023.

Tabla 19. Indicadores de gestión del SiNASP en atención primaria en 2024 desagregado por CC. AA.

	CC. AA.	Aragón*	Cantabria	Castilla-La Mancha*	Extremadura*	Galicia*	INGESA*	Islas Canarias*	La Rioja	Murcia	Navarra	Pdo. Asturias*
Volumen y tipo de incidentes												
1	n.º notificaciones recibidas	**14**	33	**42**	**34**	**257**	**1**	**39**	19	18	68	**59**
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	0	6,1	14,3	0	7,4	0	5,1	10,5	0	4,4	10,2
3	% notificantes identificados	85,7	87,9	92,9	88,2	82,1	0	82,1	78,9	88,9	83,8	54,2
Gestión de las notificaciones												
4	% notificaciones no abiertas después de 7 días	78,6	3,1	9,5	2,9	43,5	0	2,6	10,5	22,2	61,2	28,8
5	% de notificaciones > 30 días no cerradas	100	46,3	51,2	69,4	37,7	0	48,7	11,1	25	40	58,5
6	Tiempo que tardan en cerrarse: mediana (mínimo, máximo)	-	49 (1, 114)	295 (6, 416)	51 (0, 275)	24 (0, 460)	0	71 (0, 519)	3 (0, 69)	12 (0, 143)	60 (0, 685)	20 (0, 561)
Análisis de las notificaciones												
7	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 cerradas con indicación de análisis en profundidad	-	0	14,3	0	5,9	-	0	0	-	100	66,7
8	% notificaciones cerradas con indicación de análisis en profundidad	-	0	3,7	12,5	1,6	0	3	0	0	1,4	19,1
Mecanismos de feedback												
9	% notificaciones identificadas cerradas con mail enviado	-	88,9	71,4	91,7	18,8	-	36,4	35,7	63,6	24	61,1

* CC. AA. en las que han aumentado las notificaciones con respecto a 2023.

Como se indica al inicio de este informe, las notificaciones recibidas en 2024 han aumentado ligeramente con respecto al año anterior, pero es posible que la gestión de estas se haya ralentizado, ya que a 30 de junio de 2025 permanecía sin cerrar un mayor porcentaje que en 2023, tanto en atención hospitalaria (13%) como en atención primaria (19%). A finales de diciembre de 2024, fecha a la que corresponden estos indicadores de gestión, se habían cerrado el 76,1% de las notificaciones de atención hospitalaria y el 69,5% de las notificaciones de atención primaria.

Los **indicadores globales** (Tabla 17) muestran que en atención primaria el 81,2% de las notificaciones no son anónimas, mientras que en la atención hospitalaria parece que el nivel de confianza de los notificantes es algo menor (70,1% de notificaciones no anónimas). Sin embargo, solo en el 34,8% de las notificaciones de atención primaria se envió algún correo al notificante antes de cerrarse. Es un porcentaje muy bajo, que puede explicarse en parte por la falta de agilidad en la gestión que revelan otros indicadores: el 33,2% de las notificaciones tardan más de 7 días en ser leídas por un gestor (a los quince días de su envío, los datos personales del notificante se eliminan del sistema) y el 44,4% permanecen abiertas más de treinta días. En el caso de la atención hospitalaria, las cifras son algo mejores, pero el 30% de las notificaciones no anónimas cerradas quedó sin recibir *feedback* directo.

Con respecto a los indicadores de gestión, ya se ha comentado el elevado porcentaje de notificaciones que tardan en abrirse o permanecen sin cerrar en atención primaria. La mediana de lo que se tardan en cerrar son 33 días: es necesaria una mayor agilidad en la gestión. Aunque haya notificaciones que permanezcan abiertas porque se necesite obtener más información o realizar un análisis en profundidad, estos casos no deberían ser tantos, y siempre queda la opción de cerrarlas con acciones pendientes", para que la información llegue a los niveles superiores del sistema.

En la atención hospitalaria los datos son mejores, pero también indican algunas situaciones no satisfactorias: que el 16% de las notificaciones tarde más de 7 días en abrirse no es aceptable a nivel de sistema por lo que supone de retraso en la gestión y de mayores dificultades para recabar información y proporcionar retroalimentación a los notificantes. La mediana del tiempo de cierre está en 24 días. Habría que aspirar a reducir esa cifra y, por supuesto, a que en ningún caso haya notificaciones que tarden más de un año en cerrarse, como indican los rangos de tiempo de cierre tanto en atención hospitalaria como en atención primaria.

Tanto en atención primaria como en hospitalaria, más de la mitad de los incidentes que se analizan en profundidad no son SAC 1 o SAC 2, lo que está indicando que los gestores también buscan factores sistémicos en otras situaciones de riesgo, aunque no hayan causado daño grave a los pacientes.

La Tabla 18 presenta los indicadores de atención hospitalaria desagregados por CC. AA. En 2024 el número de notificaciones recibidas solo aumentó en cinco CC. AA., además del INGESA. Curiosamente, en tres de esas CC. AA. notificaron menos hospitales, lo que parece indicar bastantes diferencias en cultura de seguridad a nivel local.

El porcentaje de notificación de incidentes graves oscila entre el 0% de los hospitales del INGESA y el 18,7% de Castilla-La Mancha. La Rioja, Asturias y Cantabria están por encima del 10%, al que prácticamente llegan Canarias y Navarra.

Las CC. AA. que analizan en profundidad un mayor porcentaje de notificaciones graves son Murcia (75%) y Canarias (58%), seguidas de Castilla-La Mancha (25%), Asturias (24%), Cantabria (22,7%) y La Rioja (21,4%). Las CC. AA. que tienen un mayor porcentaje de notificaciones cerradas con indicación de análisis en profundidad han sido Castilla-La Mancha (12%), Canarias (10,8%) y Murcia (9,8%).

Respecto a las notificaciones cerradas con mail enviado al notificante, destacan La Rioja (98%), Extremadura (96,4%) y Aragón (92,5%). Con más del 50% se encuentran Murcia (82%), Canarias y Galicia (con 64,4% cada una), Navarra (61,3%), Asturias (58,5%) y Cantabria (50,7%).

La Tabla 19 presenta los indicadores de atención primaria desagregados por CC. AA. En 2024 el número de notificaciones recibidas aumentó en seis CC. AA. (Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Canarias y Asturias). De estas CC. AA. coincide con que también han aumentado los centros de AP que usan SiNASP en 2024 en 4 CC. AA. (Aragón, Castilla-La Mancha, Galicia y Asturias). Los centros de atención primaria del INGESA todavía están en un proceso inicial y la gestión no está activa.

En siete CC. AA. se han notificado incidentes graves, siendo las de mayor porcentaje Castilla-La Mancha (14,3%), La Rioja (10,5%) y Asturias (10,2%). Las CC. AA. que analizan estas notificaciones en profundidad, en un mayor porcentaje, son Navarra (100%) y Asturias (66,7%).

En cuanto a las notificaciones cerradas con mail enviado al notificante, hay que señalar que los mayores porcentajes los tienen Extremadura (91,7%), Cantabria (88,9%) y Castilla-La Mancha (71,4%).

Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2024

En la Tabla 20 se incluye, además de la información del SiNASP, la información remitida por 7 comunidades autónomas que no utilizan el SiNASP, pero cuyos centros sanitarios utilizan algún tipo de sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad.

Tabla 20. Incidentes notificados en el SNS durante 2024

CC. AA.	Total	Atención hospitalaria		Atención primaria		Incidentes sin daño		Incidentes con daño		Medicamentos		Radiaciones ionizantes	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía*	12.069	10.222	84,7%	1.847	15,3%	8.820	73,1%	3.188	26,4%	1.516	12,6	100	0,8%
Aragón	842(1.141)	841(1.127)	99,9%	1(14)	0,1%	744	88,4%	98	11,6%	173	20,5%	6	0,7%
Asturias	567(624)	527(565)	92,9%	40(59)	7,1%	477	84,1%	90	15,9%	105	18,5%	6	1,1%
Baleares	1.438	1.326	92%	112	8%	1.030	72%	343	24%	311	22%	4	0,3%
Canarias	410 (438)	370(379)	90,2%	33(39)	8,2%	317	78,7%	86	21,3%	92	22,8%	1	0,2%
Cantabria	250(278)	217(245)	86,8%	33(33)	13,2%	194	77,6%	56	22,4%	41	16,4%	0	0%
Castilla-La Mancha	288(444)	261(402)	90,6%	27(42)	9,4%	198	68,8%	90	31,3%	54	18,8%	4	1,4%
Castilla y León**	3.079	2.232	72,5%	847	27,5%	3.079	100%	-	-	778	25,3%	-	-
Cataluña	20.887	12.933	61,9%	5.757	27,6%	16.391	78,5%	3.565	17,1%	4.307	20,6%	-	-
Com. Valenciana***	15.066	11.067	73,5%	1.128	7,5%	11.624	77,2%	3.442	22,9%	1.611	9,4%	0	0,0%
Extremadura	334(343)	300(309)	89,8%	34(34)	10,2%	300	89,8%	34	10,2%	71	21,3%	10	3%
Galicia	1.906(2.117)	1.694(1.860)	88,9%	212(257)	11,1%	1.667	87,5%	238	12,5%	366	19,2%	12	0,6%
INGESA	2 (21)	1(20)	50,0%	1	50%	1	50%	1	50%	0	0,0%	0	0,0%
La Rioja	139(140)	121(121)	87,1%	18(19)	12,9%	108	77,7%	31	22,3%	20	14,4%	0	0,0%
Madrid**	22.794	19.457	85,4%	3.337	14,6%	22.794	100%	-	-	6.308	27,7%	-	-
Murcia	506(518)	493(500)	97,4%	13(18)	2,6%	437	86,4%	69	13,6%	72	14,2%	2	0,4%
Navarra	675(831)	614(763)	91%	61(68)	9%	563	83,4%	112	46,9%	94	13,9%	8	1,2%
País Vasco**	8.993	7.819	86,9%	1.174	13,1%	8.993	100%	-	-	1.564	17,4%	-	-

* En el cálculo de incidentes con y sin daño se han excluido 61 notificaciones de las que no se conoce el daño.
** Solo se recogen incidentes sin daño.
*** 2.871 casos sin especificar nivel asistencial. De las notificaciones relacionadas con medicamentos 536 son RAM.
Las cifras entre paréntesis corresponden al total de notificaciones recibidas en SiNASP. Los cálculos se realizan exclusivamente a partir de las notificaciones cerradas, que son las que no figuran entre paréntesis.

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es