

INFORME SOBRE LAS ALEGACIONES PRESENTADAS AL PROYECTO DE DECRETO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS REQUISITOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE CASTILLA-LA MANCHA.

En cumplimiento del principio de transparencia, el 1 de octubre de 2025, se publicó en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha la resolución de 23/09/2025, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se disponía la apertura de un período de información pública sobre el proyecto de decreto por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de Castilla-La Mancha, exponiéndose el texto del citado proyecto en el tablón de anuncios de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha durante el periodo comprendido entre los días 2 a 29 de octubre de 2025.

Así mismo, con fecha 14 de octubre de 2025, y para que pudieran aportar alegaciones u observaciones al proyecto de decreto, se dio audiencia a las secretarías generales de las distintas consejerías de esta Administración y a las delegaciones provinciales de la Consejería de Sanidad, así como a distintos hospitales privados de la región y a los siguientes colegios profesionales:

- Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Albacete.
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla-La Mancha.
- Colegio Oficial de Podólogos de Castilla-La Mancha.
- Consejo de Colegios Médicos de Castilla-La Mancha
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha.
- Colegio Oficial de Enfermería de Castilla-La Mancha.

Finalizado el plazo de información pública, se han presentado las siguientes alegaciones y observaciones por los órganos, entidades y particulares que se detallan a continuación:

A. Órganos y entidades:

- Secretaría General de la Presidencia.
- Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla-La Mancha.



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	1/14
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



B. Particulares:

- R.B.D.

Alegaciones presentadas por la Secretaría General de la Presidencia.

Este órgano directivo realiza la siguiente observación en relación con el decreto proyectado:

«El artículo 10 del Proyecto de Decreto regula el Régimen Sancionador disponiendo que: “Será de aplicación en cuanto a las infracciones y sanciones lo establecido en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha”. Esta descripción puede ser imprecisa al remitirse a tipos infractores y sanciones previstas de forma genérica en el sistema sanitario.»

Al respecto, cabe señalar que la técnica jurídica empleada en el proyecto de decreto, consistente en la remisión normativa a una disposición de rango superior en lo que concierne al régimen sancionador, es una práctica habitual que resulta plenamente viable y adecuada conforme al ordenamiento jurídico vigente.

Concretamente, la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha contempla las informaciones y sanciones en el ámbito sanitario, por lo que el decreto proyectado puede apoyarse en ella como marco general.

Asimismo, dicha técnica responde a criterios de economía normativa y evita la reiteración innecesaria de contenidos ya regulados en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, contribuyendo a la claridad del texto reglamentario, sin que se aprecie vulneración alguna de los principios rectores de la potestad sancionadora.

Alegaciones presentadas por el Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla-La Mancha.

Este órgano realiza la siguiente observación en relación con el decreto proyectado:

Alegaciones del Bloque I, referentes al articulado del borrador del proyecto de decreto.



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Firmado <th>Fecha y hora</th> <td>19/01/2026 10:33:20</td>	Fecha y hora	19/01/2026 10:33:20
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Página	2/14		
Observaciones					
Uri De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A				
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).				



En primer lugar, indican: *“Está redactado el actual Borrador de Decreto, los centros de salud y pequeños servicios y centros sanitarios (menos de 50 profesionales sanitarios) están exentos de establecer el plan de seguridad. No sería eficiente la exigencia a todos ellos de dicho plan, pero sí sería razonable establecer una fórmula de comité de seguridad intercentros para aquellos centros de similares características que no tengan la obligación de establecer el plan de seguridad. Ello incluiría por ejemplo toda la actividad generada en los centros de salud de la región. Por ejemplo, se podrían establecer Comités Intercentros por áreas de Salud. Y cabría determinar también las obligaciones en esta materia de los pequeños centros sanitarios privados, que obviamente no podrían constituir comités intercentros tratándose de centros de titularidades diferentes.”*

Al respecto, cabe señalar, que, en relación con los centros sanitarios de titularidad pública de estas características, al estar adscritos a una Gerencia del Sescam, quedarían incluidos dentro del ámbito de aplicación de lo establecido en el artículo 2.1, no obstante, en aras a su aclaración el artículo 2 queda redactado en los siguientes términos:

“1. Este decreto es de aplicación a todos los centros y servicios sanitarios públicos, y aquellos centros y servicios sanitarios privados localizados en Castilla-La Mancha que cuenten con una plantilla integrada por 50 o más profesionales sanitarios de acuerdo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, cuando cumplan con alguna de las siguientes condiciones:

a) Posean una autorización de funcionamiento que incluya el régimen de internamiento de pacientes.

b) Dispongan de autorización para realizar alguna de las siguientes actividades sin el internamiento de pacientes:


1ª Realización de actividades quirúrgicas en centros o servicios de cirugía, conforme a lo regulado en la Orden de 29 de junio de 2007, de la Consejería de Sanidad, sobre autorizaciones administrativas de centros y servicios de cirugía.

2ª Realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos.



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20	
Observaciones		Página	3/14	
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A			
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).			

2. Los centros y servicios sanitarios privados que, cumpliendo alguna de las condiciones del apartado anterior, cuenten con menos de 50 profesionales sanitarios en su plantilla, no estarán obligados a establecer el plan de seguridad del paciente y gestión de riesgos, ni a constituir la comisión de seguridad del paciente.”

En segundo lugar, refieren que: “No obstante, es cierto que el texto sí apunta ciertas prácticas seguras que deben implementar (ya apuntadas por la *lex artis* podríamos decir).”

Al respecto, cabe señalar, que sí bien las prácticas seguras referidas en este punto forman parte de la buena práctica en la asistencia sanitaria, se podrían apoyar con la exigencia de protocolos y recomendaciones aprobados explícitamente por la dirección del centro.

Quedando redactado este apartado de la siguiente manera: “No obstante, deberán establecer entre sus prácticas seguras, como mínimo, la identificación inequívoca de pacientes y muestras biológicas, la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, incluyendo la higiene de manos, y el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios siguiendo los protocolos aprobados para dichas prácticas por la dirección del centro.”

En tercer lugar, sugieren: “Cabe plantearse igualmente qué ocurre con los centros sociosanitarios, que en base al presente borrador quedarían fuera del ámbito de aplicación de dicho Decreto. Los centros sociosanitarios, pese a tener la consideración de centros residenciales, son lugares en los que el volumen de procesos hace aconsejable la implementación de estrategias y planes (problemática de las caídas en el mayor, problemática derivada del volumen de administración de medicamentos, problemática de contagios cruzados entre residentes, etc.).”

A este respecto, cabe señalar que estos centros a los que se hace referencia exceden del ámbito de aplicación de este decreto, que incluye solo a los centros sanitarios.

En el punto 2, indican: “Sobre el artículo 6.3. sería deseable que el plan, aunque sea revisado y actualizado cada 4 años, disponga de objetivos anuales.”



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	4/14
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



A este respecto, cabe considerar esta observación, modificando la redacción de la siguiente términos: *“El plan deberá implementarse, bajo la responsabilidad de la dirección del centro o servicio sanitario, mediante el establecimiento y evaluación de objetivos anuales, y será sometido a una evaluación final y actualización, cada cinco años.”*

A continuación en el punto 3, referente al artículo 7.4 se indica: *“El artículo 7.4 plantea de nuevo la cuestión de los centros que quedan fuera del ámbito de aplicación, estableciendo en esta ocasión que las funciones del referente de seguridad del paciente queden en manos del responsable sanitario del centro. La pregunta es, ¿bajo qué premisas? Se entiende que únicamente en aquellas materias a las que se refiere el artículo 2.2 en su segundo párrafo. Nuevamente, desde este Consejo de Colegios, se aprecia la deseabilidad de cierta coordinación mediante una fórmula de Comité Intercentros y el establecimiento de un referente en seguridad para varios centros de los que no llegan a 50 profesionales sanitarios.»*

Al respecto, nos remitimos a lo expuesto anteriormente en este informe.

Siguiendo con el punto 4, el respecto del artículo 7.5.h) se sugiere: *“señalar la importancia de que dicha formación debe comprender no solo los aspectos técnicos, sino también la necesaria sensibilización de los profesionales en esta materia.»*

A este respecto, se considera la propuesta, quedando redactado el artículo en los siguientes términos: *“Participar activamente en la formación, capacitación, concienciación y sensibilización del personal del centro o servicio sanitario en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos.”*

En cuanto al punto 5, se indica: *“En relación con los centros de titularidad privada conviene apuntar tal como establece el Decreto 4/2021 de 20 de enero del servicio madrileño de salud que “el establecimiento del régimen de funcionamiento de la comisión de seguridad del paciente en los centros y servicios de naturaleza privada corresponde a las facultades de decisión y organización del titular de cada centro o servicio sanitario.”*

Se acepta esta consideración, incluyendo un segundo párrafo en el artículo 8.5 en los siguientes términos: *“En los centros y servicios privados corresponde fijar el régimen de*



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	5/14
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



funcionamiento de la comisión por la dirección del mismo. En caso de no ser fijado será de aplicación lo previsto para los centros sanitarios de titularidad pública.”

En el punto 6, acerca del artículo 9, exponen las siguientes dudas: *“se desconoce si la intención es crear un nuevo sistema de notificación de incidentes en cada uno de los centros según se desprende del redactado. En este sentido, cabe realizar una referencia al SiNASP, el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Dicho sistema es parte de la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. Se desconoce el sistema al que se refiere el articulado.”*

A este respecto, indicar que el objeto del decreto es, como se menciona en su artículo 1, establecer el marco organizativo que han de tener los centros y servicios sanitarios de CLM para mejorar la seguridad del paciente, entre cuyos elementos se encuentra un sistema de notificación de incidentes, sin entrar a especificar el acrónimo o nombre del sistema que se pueda utilizar. Particularmente, el SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente), es el sistema de notificación que tiene implementado el Sescam y que fue desarrollado por el Ministerio de Sanidad como parte de la Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, y al que se adhirieron voluntariamente algunas CCAA. No considerando conveniente aludir a su acrónimo al no existir ninguna obligación de ser este sistema concreto de notificación el utilizado, pudiendo existir la posibilidad de que Sescam se desvinculara del mismo en un futuro y asumiera otro sistema de notificación, como así lo han hecho otras CCAA. En cualquier caso, fuera el que fuese, el sistema al que se refiere el Decreto, para cualquier tipo de centro, sea de naturaleza pública o privada, deberá contar con todos los requisitos que establece este articulado.

En punto 7, sobre actuaciones inspectoras indican: “En relación con las actuaciones inspectoras y el régimen sancionador, algunas normas autonómicas, como la vasca (Decreto 78/2016) o la madrileña (Decreto 4/2021) apuntan en este apartado de forma explícita el establecimiento de una actuación inspectora, que no aparece en nuestro borrador de decreto.”



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	6/14
Uri De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



En relación con las actuaciones inspectoras, es de aplicación la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria en Castilla-La Mancha, norma de mayor rango en la materia en la región.

Alegaciones del Bloque II, relativas a las consideraciones finales.

En el punto 1 se indica: *«El citado borrador de Decreto se centra exclusivamente en los elementos organizativos para gestionar la seguridad de los pacientes. Cabe apuntar, al menos, si en línea con esta estrategia procede realizar paralelamente alguna modificación en la actual normativa sobre la autorización de centros sanitarios, para que dicha cuestión sea trabajada “desde el diseño” y esté plenamente integrada en los sistemas de gestión de los centros sanitarios. Es una cuestión señalada en su día desde el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el proceso de desarrollo de las estrategias para la seguridad del paciente en dicha comunidad.»*

La estrategia de seguridad del paciente se articula mediante sistemas internos de gestión y cultura organizativa, tales como comisiones, protocolos, planes y formación continua, orientados a la mejora permanente de la práctica asistencial.

Estos mecanismos operan durante la actividad del centro y no constituyen requisitos estructurales de autorización, que se limitan a garantizar condiciones físicas y técnicas mínimas para el inicio de la actividad.


Incorporar elementos organizativos en la normativa de autorización supondría una técnica normativa inadecuada y contraria al principio de flexibilidad y mejora continua que caracteriza la seguridad del paciente.

En el punto 3, se indica: *“En relación con el artículo 8.6.a, quizás sería deseable trabajar desde la Administración, previamente, en la generación previa de 2 Planes de Seguridad; uno para los centros pequeños (los que inicialmente no entran en el ámbito de aplicación, y que serían coordinados por la propuesta de un Comité Intercentros y un Referente Intercentros) y otro para los centros que caen dentro de la plena aplicación del Decreto (centros con más de 50 profesionales sanitarios). La generación desde la Administración favorecería su implantación y evitaría la dispersión organizativa de dichos planes, favoreciendo la comparabilidad de los resultados obtenidos.”*



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20	
Observaciones		Página	7/14	
Uri De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A			
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).			

A este respecto, cabe volver a incidir en el comentario realizado sobre la alegación del punto 1, del bloque I; ya que todos los centros sanitarios de titularidad pública que cuentan con menos de 50 profesionales se encontrarían dentro del ámbito de aplicación del punto 1 del artículo 2, en tanto en cuanto están bajo la tutela de la Gerencia correspondiente, en la que se tiene que establecer el Plan, el referente y la comisión de seguridad del paciente para todos los centros adscritos a la misma.

Alegaciones presentadas por Doña RADB.

En primer lugar, indica: *“Se echa en falta en la introducción/prólogo tanto los antecedentes y avances que se hayan podido conseguir tanto en la Consejería como en el SESCAM sobre este tema, como los recursos existentes de apoyo a día de hoy para los centros sanitarios del Sescam o no.”*

Al respecto no se considera que haya que ahondar en estos aspectos en la exposición de motivos del decreto, más allá de las referencias ya señaladas.

En segundo lugar, expone las siguientes reticencias: *“No aparece como REQUISITO de forma explícita ni el liderazgo ni las funciones de las Direcciones o los Equipos Directivos para promover la mejora de la SP en centro y servicios, y aunque hace alusión a alguna responsabilidad como aprobar el Plan, da la impresión de que todo puede terminar en un “en quien delegue”.”*

En cuanto a los centros y servicios sanitarios privados cabe indicar que la responsabilidad será de los centros, siendo una facultad propia de los órganos de dirección de cada centro establecer dentro de su organigrama quien el responsable de cumplir con lo establecido en esta norma.

En los centros y servicios sanitarios públicos, se ha introducido una segunda disposición adicional en los siguientes términos:

“En los centros y servicios sanitarios del Sescam la implementación de las medidas o actuaciones propuestas desde la comisión será responsabilidad de la dirección del centro o servicio sanitario correspondiente.”



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	8/14
Uri De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



En tercer lugar, al respecto del artículo 6.2, indica: *“Da la impresión que sus contenidos mínimos deben incluir programas, planes u otras medidas que se planifican en periodos muy inferiores al propio plan, e incluso protocolos enteros que requerirían una construcción, difusión y evaluación distintas o muy dirigidas que, al estar dentro del plan, requerirían una actualización constante. Se da por hecho, además, que para hacer el plan no es necesario determinar la situación de cada organización en seguridad del paciente, es como si el plan "se guisara y se comiera solo", dicho coloquialmente, al "auto" incluir todas sus propias herramientas para ser llevado adelante y no depender de evaluaciones continuas en el tiempo o de planes operativos o de formación bastante más dinámicos y resultado-dependientes.”*

Al respecto, se considera en parte la alegación y se modifica la redacción del artículo 6, quedando redactado en los siguientes términos:

“2. El plan se ajustará en su dimensión y características al centro o servicio sanitario e incluirá, al menos, los siguientes contenidos:

a) Identificación del centro o servicio sanitario y actividad, debiendo figurar tanto el número de inscripción en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Castilla-La Mancha.

b) Identificación de la persona designada como referente de seguridad del paciente en el centro o servicio sanitario.

c) Análisis de situación y marco organizativo para la seguridad del paciente en el centro o servicio sanitario.

d) Programa curricular sobre seguridad del paciente y gestión de riesgos y actuaciones formativas dirigidas a los profesionales.

e) Líneas de actuación en materia de prácticas seguras, en consonancia con los servicios ofertados, entre las que se encuentren:

1ª. Identificación inequívoca del paciente y muestras biológicas.



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	9/14
Uri De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



2ª. *Prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, incluyendo la higiene de manos.*

3ª. *Uso seguro del medicamento y productos sanitarios.*

4ª. *Otras relacionadas con las siguientes áreas de actividad: cirugía y anestesiología, urgencias y emergencias, pacientes críticos, obstetricia y ginecología, pediatría, salud mental, radiaciones ionizantes, hematología, cuidados y técnicas de enfermería.*

Adicionalmente, se podrán abordar otras áreas no incluidas en la relación anterior.

f) *Líneas de actuación en gestión de riesgos.*

g) *Sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente.*

h) *Protocolo de comunicación y respuesta rápida ante un evento centinela.*

i) *Indicadores de evaluación y seguimiento.”*

Continúa indicando: “*Sobre el artículo 7.5.b), los referentes en Seguridad del Paciente no pueden implementar. Muy rara vez tienen la potestad de decidir en cuanto a la puesta en marcha de sus recomendaciones o de las de la comisión u otro grupo de personas que coordina. Tal decisión está centralizada en la Dirección del centro, quien es además quien determina si se van a dar recursos o no para la medida propuesta o recomendada. Por lo expuesto, la IMPLEMENTACIÓN de las medidas de mejora no puede ser responsabilidad ni de la Comisión (por tradición las comisiones clínicas son consultivas) ni mucho menos de una sola persona sin cargo de responsabilidad necesario, y la jerarquía de las organizaciones sanitarias no se va a modificar solo para poder cumplir con esa función. Revisada normativa similar dentro y fuera de CLM, en casi ningún sitio se le asigna tal responsabilidad a los referentes.”*

«6. *Sobre el punto anterior, es importante establecer quién puede "Poner en funcionamiento o aplicar métodos, medidas, etc., para llevar algo a cabo", tal como define la RAE a IMPLEMENTAR. Por un lado, estaría la instrucción, explicación, aplicación, dispositivo, formación o lo que se desee poner a disposición de los profesionales y que suele depender el equipo directivo o quienes coordinan*



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	10/14
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



determinados servicios, y por otro la puesta en funcionamiento, que dependerá de los profesionales prácticamente siempre, a menos que lo que se busque sean objetivos basados en los procesos o las estructuras pero no en los resultados finales o en la eficacia de las medidas. En más de una normativa autonómica similar a las propuestas NO se le exige al referente implementar medidas.”

Al respecto, se considera la alegación y se modifica la redacción del artículo 7.5.b), quedando redactado como sigue:

“Coordinar e impulsar todas las actuaciones que se desarrollen en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos en el centro o servicio sanitario.”

En cuanto al artículo 8.4, sugiere: *“me parece contraproducente que se exija a una comisión recién formada que en la misma reunión de constitución tenga que elaborar el Reglamento de funcionamiento interno.”*

Al respecto, se considera la alegación y se modifica la redacción quedando redactado como sigue: *“La comisión elaborará un reglamento de régimen interno, que será aprobado por la dirección del centro o servicio sanitario”.*

Y sobre el apartado 5 de este artículo comenta: *“al hacer referencia a la ley 40/2015 de Régimen Jurídico en la que aparecen instrucciones para órganos colegiados, añadiría que se refiere a la Subsección 1.ª Funcionamiento de dicha sección, que es la que especifica lo que se pretende conocer.”*

No se acepta esta consideración, al entenderse que tal y como está redactada permite saber cual es la normativa de aplicación.

Continúa haciendo alegaciones al apartado 6.a) indicando: *“la comisión tiene como función implementar el plan (mismas reticencias que las ya comentadas), pero además en la c) habla de impulsar iniciativas que garanticen la implementación del plan, y ambas cosas no son complementarias, o se implementa o se impulsan iniciativas. Tal y como he comentado, la 2da opción, la c), es más viable.”*

Al respecto, se considera la alegación y se modifica la redacción del artículo, quedando redactado como sigue:



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	11/14
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



“Elaborar, evaluar, actualizar y difundir, junto con el referente de seguridad del paciente, el plan.”

Y sobre este mismo apartado continua: *«El apartado e) indica que la Comisión debe Analizar los incidentes acaecidos. Si se supone que una comisión ha de reunirse trimestralmente, no podría asumir el análisis de todos los incidentes ni realizando reuniones extraordinarias con cada detección o notificación de cada uno de ellos, entendiendo que no son profesionales dedicados en exclusiva. ¿Por qué no poner la fórmula propuesta en el art. 7.3 del Decreto 4_21 equivalente de la Comunidad de Madrid, en el que se menciona que la Comisión puede equivaler a la unidad funcional de gestión de riesgos (se entiende que en este caso ya creadas) Creo que es más funcional. También se puede agregar, como se contempla en otra normativa autonómica, la posibilidad de un grupo que gestione las notificaciones, o especificar que la Comisión tendría que analizar CIERTO TIPO de notificaciones, o conocerlas, o determinar medidas frente a lo que se encuentre en el análisis de datos agregados o los informes de SiNASP.»*

«Sobre ese mismo art. 8.6 e), no queda claro al final de la frase qué es lo que hay que evitar que vuelva a ocurrir.»

Al respecto, se considera la alegación y se modifica la redacción del artículo 8.6 en su apartado d), quedando redactado como sigue:

“Evaluar el conjunto de incidentes de seguridad del paciente notificados, identificar áreas de riesgo y proponer a la dirección del centro o servicio sanitario las acciones de mejora para la seguridad del paciente.”

En cuanto, al artículo 9, indica:

«Con el artículo 9, ítem 5, no solo se podría desanimar a posibles notificantes o gestores de las notificaciones y de la investigación de las incidencias notificadas al indicar que una autoridad "competente", más allá de una autoridad judicial o el Ministerio Fiscal, puede obtener toda la información de la notificación y de la investigación posterior a esta en procesos disciplinarios o sancionadores. Sabemos que hasta que no se tenga una legislación como la italiana, todo lo que se notifique o genere de las investigaciones puede ser puesto a disposición judicial, pero el análisis del Comité de Bioética no dice



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	12/14
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



nada de repercusiones disciplinarias ni sanciones, entendiéndose en todo caso que existe un filtro previo en SINASP que deben realizar sus gestores "deolviendo" la notificación (y entiendo que eliminándola) si se trata de una circunstancia con sospechas de delito.»

Se modifica la redacción del artículo 9 en sus apartados 1 y 3 y se añade un nuevo apartado, quedando redactado como sigue:

“Artículo 9. Sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente.

1. Los centros y servicios sanitarios dispondrán de un sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente, en adelante el sistema, como un mecanismo de comunicación voluntario, no punitivo, confidencial y de abordaje sistémico, con el fin de elevar los estándares de calidad y seguridad del paciente en la asistencia sanitaria a través del aprendizaje continuo, derivado del análisis de la información obtenida de los incidentes notificados.

2. El sistema estará a disposición de todos los profesionales del centro o servicio sanitario, quienes recibirán formación e instrucciones específicas sobre su funcionamiento y utilización para la notificación de incidentes.

3. El sistema será gestionado por el referente de seguridad del paciente, quién podrá apoyarse para su gestión en una o más personas con experiencia y capacitación en gestión de riesgos, y conllevará la gestión de todos los incidentes notificados, desde su clasificación hasta la propuesta de actuaciones de mejora y comunicación a la comisión.

4. Para el análisis de los incidentes notificados y en función de su categorización, se podrán crear grupos de trabajo ad hoc, en el que participarán profesionales con los perfiles adecuados, de acuerdo a la naturaleza de los incidentes notificados; quienes elaborarán un informe con los resultados del análisis y las propuestas de mejora para trasladar al referente de seguridad del paciente.

5. El sistema deberá contar con medidas técnicas y organizativas apropiadas para asegurar la confidencialidad de toda la información recabada en la notificación y durante el análisis de la misma.



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	13/14
Url De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



6. La información generada a través del sistema se utilizará exclusivamente con fines de aprendizaje y mejora de la seguridad del paciente. Por este motivo, este sistema y la información que recoja quedará separada de cualquier sistema de sanciones, tanto a nivel de centro sanitario como fuera de éste.”

En Toledo, a fecha de la firma

LA DIRECTORA GENERAL DE CUIDADOS Y CALIDAD,

Monserrat Hernández Luengo.



Castilla-La Mancha

Avda. Río Guadiana - 45071 TOLEDO

Código Seguro De Verificación	6E37-3458-4C50P7537-375A	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Monserrat Hernandez Luengo	Firmado	19/01/2026 10:33:20
Observaciones		Página	14/14
Uri De Verificación	https://sescam.jccm.es/verifirma/code/6E37-3458-4C50P7537-375A		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		

