

---

**EVALUACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS  
FUNDACION MEDICO EDUCATIVA FUMED EN COROZAL-SUCRE**

**JAIME ENRIQUE ACOSTA NUÑEZ**

**DAVID ARTURO GALVAN BORJA**

**IRINA PATRICIA PEREZ HERNANDEZ**

**CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE “CECAR”  
CENTRO DE EDUCACION CONTINUADA Y POSGRADO  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD  
SINCELEJO - SUCRE**

**2015**

---

**EVALUACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS  
FUNDACION MEDICO EDUCATIVA FUMED EN COROZAL-SUCRE**

**JAIME ENRIQUE ACOSTA NUÑEZ**

**DAVID ARTURO GALVAN BORJA**

**IRINA PATRICIA PEREZ HERNANDEZ**

**Trabajo de Grado para optar al título de Especialista en Gerencia de la Calidad y  
Auditoria en Salud**

**Asesor**

**GERMAN ARRIETA BERNATE**

**CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE “CECAR”  
CENTRO DE EDUCACION CONTINUADA Y POSGRADO  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD  
SINCELEJO - SUCRE  
2015**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Sincelejo, 27 de Agosto de 2015**

## **TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUCCION .....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2. ANTECEDENTES .....	16
3. JUSTIFICACION .....	22
4. OBJETIVOS.....	24
4.1 General.....	24
4.2 Específicos .....	24
5. DELIMITACION .....	25
6. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL.....	26
6.1 Concepto de seguridad del Paciente. ....	26
6.2 Terminología Relacionada con el Concepto de Seguridad del Paciente.....	27
6.2.1 Paciente:.....	27
6.2.2 Atención en Salud: .....	28
6.2.3 Indicio de Atención Insegura: .....	28
6.2.4 Falla de la Atención en Salud: .....	28
6.2.5 Riesgo: .....	28
6.2.6 Evento:.....	28
6.2.7 Evento Adverso:.....	28
6.2.8 Evento Adverso Prevenible: .....	29
6.2.9 Evento Adverso no Prevenible:.....	29
6.2.10 Incidente: .....	29
6.2.11 Violación de la Seguridad de la atención en salud:.....	29
6.2.12 Barrera de Seguridad: .....	29
6.2.13 Sistema de Gestión del Evento Adverso:.....	29
6.2.14 Acciones de Reducción de Riesgo: .....	30
6.2.15 Complicación: .....	30

6.2.16 Error:.....	30
6.2.17 Daño: .....	30
6.2.18 Factor Contribuyente: .....	31
6.2.19 Factor atenuante: .....	31
6.2.20 Resiliencia:.....	31
6.3 Elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad del paciente. ....	31
6.3.1 Abordaje técnico .....	32
6.3.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y causalidad del evento adverso. ....	32
6.3.3. Respuesta Organizacional no Punitiva ante la presencia de eventos adversos. ....	34
6.3.4 Involucrar al paciente y su familia.....	34
6.3.5. Promover una cultura de Seguridad en la Institución acompañada del despliegue de herramientas prácticas. ....	35
6.3.6. Definir y mantener un foco claro sobre el cual se evidencien los resultados.....	36
6.4. Requisitos para el funcionamiento del programa institucional de seguridad del paciente. 36	
6.4.1 Procesos Institucionales Seguros. 3 .....	37
6.4.2. Procesos Asistenciales Seguros.3.....	39
6.4.3 Incentivar Prácticas que Mejoren la Actuación de los Profesionales.3.....	40
6.4.4. Involucrar Los Pacientes Y Sus Allegados En Su Seguridad.3 .....	41
6 HIPOTESIS .....	42
8. MARCO METODOLOGICO.....	44
8.1 Tipo de Estudio.....	44
8.2 Población y Muestra. ....	44
8.3 Lugar. ....	44
8.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información. ....	44
8.5 Procesamiento y análisis de la información. ....	45
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	46
10. PRESUPUESTO .....	46
11. RESULTADOS .....	47
11.1 Exclusión de criterios.....	47
11.2 Nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente.....	49
11.2.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.....	49
11.2.1.1 Plataforma Estratégica de la Seguridad. ....	50

11.2.1.2 Fortalecimiento de la Cultura institucional de notificación de eventos adversos. ...	51
11.2.1.3 Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos. ....	51
11.2.1.4 Procesos Seguros. ....	52
11.2.2 Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. ....	53
11.2.3 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. .....	54
11.2.4 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. ....	55
11.2.5 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales. ....	57
11.2.6 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. ....	57
11.2.7 Garantizar la atención segura del binomio madre hijo. ....	58
11.2.8 Nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente. ....	59
11.3 Plan de mejoramiento propuesto al programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED. ....	62
12. DISCUSION .....	64
13. CONCLUSIONES. ....	67
14. RECOMENDACIONES. ....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69

## TABLA DE GRÁFICAS

<b>Gráfica 1.</b> Cumplimiento criterio 1 Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	<b>44</b>
<b>Gráfica 2.</b> Cumplimiento con la implementación de la plataforma estratégica de Seguridad.	<b>45</b>
<b>Gráfica 3.</b> Cumplimiento con el fortalecimiento de la cultura institucional de Seguridad.	<b>46</b>
<b>Gráfica 4.</b> Cumplimiento con el reporte, medición, análisis y gestión de eventos adversos.	<b>47</b>
<b>Gráfica 5.</b> Cumplimiento con la implementación de procesos seguros.	<b>48</b>
<b>Gráfica 6.</b> Cumplimiento Criterio 2 Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.	<b>49</b>
<b>Gráfica 7.</b> Cumplimiento Criterio 3 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	<b>50</b>
<b>Gráfica 8.</b> Cumplimiento Criterio 4 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	<b>51</b>
<b>Gráfica 9.</b> Cumplimiento Criterio 5 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	<b>52</b>
<b>Gráfica 10.</b> Cumplimiento Criterio 7 Procesos para la prevención y reducción de caídas.	<b>53</b>
<b>Gráfica 11.</b> Cumplimiento Criterio 9 Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.	<b>54</b>
<b>Gráfica 12.</b> Cumplimiento global del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED.	<b>55</b>
<b>Gráfica 13.</b> Comparativo de cumplimiento por criterios del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED.	<b>56</b>

## **LISTA DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Criterios e ítems por criterio Excluidos de la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED.	<b>42</b>
<b>Tabla 2.</b> Criterios con nivel de cumplimiento inferior al 60%.	<b>57</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

<i>Figura 1.</i> Modelo explicativo de la ocurrencia de eventos adversos.	<b>28</b>
---	-----------

## RESUMEN

Se llevó a cabo una evaluación del programa de seguridad del paciente en la IPS FUMED, ubicada en la ciudad de Corozal, departamento de Sucre, Colombia. La evaluación se llevó a cabo para determinar el nivel de cumplimiento de este programa con los requisitos de ley, e identificar las oportunidades de mejora que se requieren implementar para ajustar este programa a los requisitos antes mencionados. Para la realización de este estudio se utilizó la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual se aplicó mediante la realización de observación directa, y entrevistas al personal implicado en la ejecución de los procesos correspondientes al programa de seguridad del paciente. El nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED fue del 31%, se hallaron aspectos importantes como la existencia de una política de seguridad emanada por la gerencia y la existencia de un comité de seguridad, con las oportunidades de mejora halladas se elaboró un plan de mejoramiento que se propuso a la gerencia para su implementación.

*Palabras Clave:* Seguridad del Paciente, Programa de seguridad del paciente, Evaluación, Evento adverso.

## **ABSTRACT**

It conducted an assessment of patient safety program in the IPS FUMED, located in the town of Corozal, Sucre Department, Colombia. The evaluation was conducted to determine the level of compliance with this program to the requirements of law, and identify opportunities for improvement that are required to implement this program to adjust to the requirements mentioned above. The Checklist for good security practices compulsory patients, issued by the Ministry of Health and Social Protection, which was applied by performing direct observation, and interviews with staff involved was used for conducting the study process execution for the patient safety program. The overall level of compliance with patient safety program of the IPS FUMED was 31%, important aspects such as the existence of a security policy issued by management and the existence of a safety committee, with opportunities for improvement were found found an improvement plan that was proposed to management for implementation was developed.

*Key Words:* Patient Safety, Patient Safety Program, Evaluation, Adverse Event.

## INTRODUCCION

Desde los inicios de la atención en salud se ha evidenciado que existe cierto grado de peligrosidad en la práctica de las actividades tendientes al tratamiento de las enfermedades o problemas de salud que padezca o pueda padecer un paciente o grupo de pacientes.

Es por ello que se hace necesario reducir a su mínima expresión este tipo de situaciones infortunadas e involuntarias, que puedan ocasionar daño a una persona que recibe tratamiento para el alivio, la cura, o la rehabilitación de un problema de salud.

Debido a la identificación de estos eventos potenciales o reales que pueden aparecer durante la práctica de un tratamiento determinado, la Organización Mundial de la Salud lidera en la actualidad la Alianza para la seguridad del paciente, que fue creada con el objetivo de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

Siendo un estado miembro de la Organización Mundial de la Salud, Colombia se ha acogido a esta alianza y ha promulgado desde documentos instruccionales hasta normas que regulan la implementación y funcionamiento de los programas de seguridad del paciente a nivel , nacional, regional y local, así como también, al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Como parte del proceso formativo de la Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud, y en aras de contribuir con el fomento de las actividades investigativas a

---

nivel de posgrado, se llevó a cabo la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED, ubicada en la ciudad de Corozal, Departamento de Sucre, Colombia, con el fin de determinar el grado de cumplimiento de este programa con los requisitos exigidos por la legislación.

Por otro lado, como el ejercicio de la auditoria implica contribuir de manera directa al cierre de las brechas entre la calidad esperada y la calidad encontrada como parte complementaria a la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED, se propuso a esta un plan de mejoramiento para la implementación de acciones tendientes lograr las metas establecidas por el ministerio de salud para garantizar la prestación de una atención en salud segura.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La atención en salud en sí misma es un acto muy complejo en el que además de tratar de proveer a un usuario el tratamiento más adecuado a un problema de salud a través de la interacción profesional de la salud – Paciente se corre el riesgo causar daño a este mismo. En este acto, además de la interacción antes mencionada, se ven involucrados un sinnúmero de factores que pueden afectar positiva o negativamente la prestación de un servicio de salud determinado y generar las condiciones favorables para la comisión de errores.

Es así que elementos tales como las políticas institucionales del prestador de servicios de salud, el ambiente de trabajo, la definición clara de las tareas, la carga de trabajo, el grado de estandarización de procesos, y la infraestructura física, entre otros pueden contribuir a la generación de daño involuntario a un paciente en caso determinado.

Ante esta situación se gestó un movimiento mundial avalado por la organización mundial de la salud, que creó en el año 2004 la “alianza mundial para la seguridad del paciente”<sup>1</sup>, que fue formalizada en Colombia a través de un documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente y que fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente"<sup>2</sup> promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008, seguido en el 2009 de una Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”<sup>3</sup>.

Recientemente y como producto de los lineamientos dictados por el Ministerio de salud, a través de expedición de la resolución 1441 de 2013, derogada por la resolución 2003 de 2014, se

establece de manera obligatoria para la prestación de servicios de salud en la modalidad ambulatoria y hospitalaria por parte de IPS, la implementación del programa de seguridad del paciente, entendiendo a este mismo como una herramienta indispensable para minimizar los riesgos de causar eventos adversos a los pacientes derivados de la atención en salud y generar un cambio cultural a nivel organizacional que permita aprender del error para así prevenirlo.

Es posible, por una parte, que una IPS aduzca múltiples razones o causas para no implementar el programa de seguridad del paciente, dentro de estas se pueden citar entre otras la falta de recurso humano, la dificultad en la implementación de programas de este tipo, la falta de conocimiento sobre el tema, la necesidad de realizar una gran inversión económica para su implementación, etc.

Por otra parte, la no implementación del programa de seguridad del paciente o la implementación parcial o “de papel” del mismo, puede conducir a una IPS a brindar una atención insegura a sus pacientes, que genere, sin duda, eventos adversos que no van a notificarse, tampoco a analizarse, ni a evaluarse y de los cuales la organización no va a aprender para poder prevenirlos, sin contar desde luego, con las consecuencias legales, financieras y de imagen que la ocurrencia de eventos adversos puede generar en una institución prestadora de servicios de salud.

La IPS Fundación Medico Educativa FUMED, ubicada en el municipio de Corozal, en el departamento de Sucre, como integrante de la red nacional de prestadores de servicios de salud, no es ajena a la obligatoriedad en la implementación del programa de seguridad del paciente, es por ello que siendo la evaluación del programa en cuestión en esta IPS, el objeto central de la realización de este trabajo, se hace necesario formularse el problema de la presente investigación a través de las siguientes preguntas: ¿Tiene la IPS Fundación Medico Educativa FUMED implementado el programa de seguridad del paciente?, ¿Cumple este programa con los

---

lineamientos planteados en la normatividad legal vigente?, ¿Existen evidencias de un aprendizaje organizacional derivado de la implementación del programa de seguridad del paciente?.

Sin duda alguna la respuesta a estas preguntas puede dar pautas muy claras a la IPS Fundación Medico Educativa FUMED con respecto al nivel de implementación de su programa institucional de seguridad del paciente, así como, al grado de cumplimiento de dicho programa con los diferentes requisitos establecidos en la legislación vigente, a su vez, también le permitirá identificar las oportunidades de mejora que puede desarrollar al interior de este programa a partir de los hallazgos realizados durante la ejecución del presente trabajo.

## **2. ANTECEDENTES**

Se asume que el trabajador de la salud brinda la atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño, y de manera ingenua, hasta hace pocos años, se creía que el tema de seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de atención. Esta presunción no tenía en cuenta que los sistemas de atención en salud son de los procesos más complejos a que se enfrenta el ser humano y que, por lo tanto, las probabilidades de que algo saliera mal no eran despreciables.<sup>4</sup>

Ahora se sabe que la complejidad de los procesos de atención en salud hace necesario que estos sean considerados sistemas de alto riesgo, y, por lo tanto, se requiere que estos involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente. <sup>4</sup>

En contexto general y de acuerdo con la organización mundial de la salud, la seguridad del paciente es entendida como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.<sup>5</sup>

Muy a pesar de lo antiguas que son las ciencias de la salud, el concepto de seguridad del paciente solo ha alcanzado relevancia desde hace relativamente poco tiempo, es así que en el año 1999, con la publicación “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles; hoy, la

seguridad del paciente es una preocupación universal dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo.<sup>4</sup>

En el año 2004 La OMS lanzó la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores.<sup>4</sup> Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente.<sup>6</sup>

Sin lugar a dudas, uno de los avances más importantes en el tema de seguridad del paciente se registró en el año 2005 con la realización del estudio ENEAS, que fue un estudio retrospectivo de cohortes llevado a cabo en una muestra de 24 hospitales de España, y cuyo objetivo principal era Determinar la incidencia de Eventos Adversos y de pacientes con Eventos Adversos en los hospitales de España. Este estudio fue llevado a cabo a través de una alianza establecido entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo <sup>7</sup>.

El estudio ENEAS encontró entre otros hallazgos que la incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue de un 9,3%, La incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4%. El 17,7% de los pacientes con evento adverso acumuló más de un evento adverso. El 37,4% de los eventos adversos estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de Cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los eventos adversos y un 25,0% estaban relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento. El 31,4% de los eventos adversos tuvieron como

consecuencia un incremento de la estancia, y en un 24,4% el evento adverso condicionó el ingreso hospitalario.<sup>7</sup>

En el año 2008 también se llevó a cabo en España el estudio APEAS que buscaba abordar el análisis de la frecuencia y tipo de los Eventos Adversos en Atención Primaria en salud, destacándose por ser uno de los primeros estudios que se ocupaba de esta problemática en los centros de salud, abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería.<sup>8</sup>

El estudio APEAS estableció que La prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63%. La prevalencia de incidentes fue de 7,45% y la de Eventos Adversos de un 11,18%. La prevalencia de pacientes con algún Evento Adverso es de 10,11%. Un 6,7% de los pacientes acumuló más de un Evento Adverso. El 54,7% se consideraron Eventos Adversos leves, el 38,0% moderados y el 7,3% graves. El 48,2% de los casos los factores causales del EA estaban relacionados con la medicación, en el 25,7% con los cuidados, en el 24,6% con la comunicación, en el 13,1% con el diagnóstico, en el 8,9% con la gestión y en un 14,4% existían otras causas.<sup>8</sup>

El estudio APEAS permitió concluir de acuerdo con los resultados que se ofrecen en este informe ponen de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura: la frecuencia de EA es baja y, además, predominan los de carácter leve.<sup>8</sup>

Otro estudio de similares magnitudes a los dos anteriores se llevó a cabo en el año 2010 en América Latina se denominó estudio IBEAS y buscaba determinar la prevalencia de eventos adversos en hospitales de esta región. Participaron entre otros países Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, se evaluaron 58 centros hospitalarios de estos países y en total se revisaron 11555 historias clínicas de pacientes hospitalizados.

El estudio IBEAS arrojó resultados tales como La prevalencia global de pacientes con algún Eventos Adversos fue de un 10,5%, la prevalencia de Eventos Adversos fue de 11,85%. Los Eventos Adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. Los 5 Eventos Adversos más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los Eventos Adversos identificados. El 62,9% de los Eventos Adversos aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días. Un 18,2% de los Eventos Adversos causaron un reingreso. Un 60% de los Eventos Adversos se consideraron evitables.<sup>9</sup>

En Colombia se incluyó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud la seguridad del paciente como una característica de este, esto quedó evidenciado en el decreto 1011 de 2006 donde textualmente se define la Seguridad como “Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.”<sup>10</sup>

Subsecuentemente y como parte de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud en el año 2006 el ministerio de la protección social promulga la resolución 1445 de ese mismo año, que estableció entre otras disposiciones, el manual de estándares de acreditación de IPS, que esbozaba muy someramente y de forma tácita el concepto de seguridad del paciente como parte del proceso de acreditación, aclarando que este era absolutamente voluntario.<sup>12</sup>

En el año 2007 el Ministerio de la Protección Social publica el documento Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, donde se clarifican conceptos relativos al tema y se proporcionan herramientas para la implementación de esta estrategia y para la notificación y análisis de eventos adversos derivados de la atención en salud.<sup>4</sup>

En el año 2008 el Ministerio de la Protección Social publica el documento Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, donde se establece el compromiso integral del país con el impulso de una política de seguridad del paciente, se establecen los principios que orientan esta política, los objetivos de la misma y se proporcionan lineamientos generales para la implementación de esta a nivel intra e interinstitucional. Es importante resaltar que el documento proporciona una herramienta para evaluar el clima institucional de seguridad del paciente.<sup>2</sup>

En 2009 el Ministerio de la protección social publica el documento Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”<sup>3</sup>, que establece de manera muy clara que estrategias deben implementarse para prevenir la aparición de los eventos adversos más comunes, utilizando como referentes entre otros los resultados del estudio IBEAS <sup>9</sup>.

De manera consecuente al avance en el tema de seguridad del paciente, en 2012 se expide por parte del ministerio de salud y protección social, la resolución 0123 del mismo año, que modifica la resolución 1445 de 2006 <sup>13</sup>, e implementa un nuevo manual de estándares de acreditación para IPS, que establece la seguridad del paciente como uno de los ejes del proceso y además como uno de los estándares del proceso de atención del cliente asistencial, lo que hace obligatoria la implementación de un programa de seguridad del paciente para cualquier IPS que desee acreditarse, entendiendo que el proceso de acreditación sigue siendo voluntario.<sup>12</sup>

Dentro de este contexto, y con el ánimo de hacer extensivos los beneficios de la implementación del programa de seguridad del paciente a IPS no acreditadas, en 2013 se emitió por parte del ministerio de salud y protección social la resolución 1441 expedida en mayo de ese mismo año, que derogaba a la resolución 1043 de 2006, y que además estableció el nuevo manual de estándares de habilitación, el cual, dentro del estándar específico de procesos prioritarios asistenciales estableció como requisito la implementación del programa de seguridad del paciente en todas las IPS del territorio nacional.<sup>14</sup>

En este mismo año se publicó por parte del ministerio de salud y protección social la “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias”, diseñada para evaluar la implementación y funcionamiento del programa de seguridad del paciente en IPS ambulatorias y hospitalarias de cualquier nivel de complejidad.<sup>15</sup> La no claridad en algunos aspectos consignados en la resolución 1441 de 2013 contribuyó a que esta fuera derogada en 2014 por la resolución 2003 de este mismo año, cabe resaltar que la obligatoriedad de la implementación del programa de seguridad del paciente no fue modificada con la promulgación de esta última norma y que siguen aplicando los mismos requisitos de la norma anterior.<sup>16</sup>

### **3. JUSTIFICACION**

Es claro que la complejidad propia del proceso de la atención en salud, condiciona a las personas responsables de la atención al paciente a la comisión de posibles errores, que puedan dañar de manera no intencionada al paciente receptor de dicha intención, es aquí donde radica la importancia de implementar programas de seguridad del paciente, que permitan la notificación, la búsqueda y el análisis de eventos adversos, que dirijan a las instituciones a aprender de sus errores, con el objetivo de generar un cambio de cultura, que propicie una atención más segura a sus usuarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, y considerando también el marco normativo que actualmente rige a Colombia en cuanto al tema se refiere, es imperante para la IPS Fundación Medico educativa FUMED conocer de qué manera está funcionando su programa de seguridad del paciente, ya que ello le permitirá identificar las oportunidades de mejora que debe implementar para ajustar este programa a los requerimientos de ley, así como también le permitirá fortalecer aún más los aspectos positivos relacionados con este programa en aras de garantizar una atención más segura a sus usuarios.

Por otro lado, cabe resaltar que, a pesar de que la IPS Fundación Medico Educativa FUMED, es una Institución que ofrece servicios asistenciales de baja complejidad y que el estudio multicentrico de más envergadura realizado en instituciones de atención primaria de España (Estudio APEAS) determinó que La prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63‰ y que a su vez la prevalencia de incidentes fue de 7,45‰ y la de Eventos Adversos de un 11,18‰ 8, también demostró que a pesar de la baja prevalencia de eventos adversos, solo el 6.7% se consideraron completamente inevitables, un 23.1% fueron poco evitables y un 70.2% fue claramente evitable 8, hecho que permite apreciar el sinnúmero de oportunidades que supondría

---

la implementación y el correcto funcionamiento del programa de seguridad del paciente para esta IPS.

Si se considera cuidadosamente la información anterior, es posible inferir que ante el hecho de que aproximadamente el 70% de los eventos adversos presentados en atención primaria son prevenibles, de acuerdo con el estudio APEAS <sup>8</sup>, la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED, permitirá determinar con exactitud qué aspectos de este mismo requieren mejorarse para garantizar una adecuada identificación, análisis y evaluación de los eventos adversos que se generen dentro de la IPS, esto con el fin de aprovecharlos para generar aprendizaje organizacional y cambio cultural al interior de la institución y permitirse así establecer las barreras de seguridad necesarias, para atacar ese amplio margen de eventos adversos prevenibles, que sin duda a la larga generaran una atención más segura de los pacientes que utilizan los servicios asistenciales allí prestados.

## **4. OBJETIVOS**

### 4.1 General

Evaluar el programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED en el municipio de CorozaI –Sucre.

### 4.2 Específicos

- Determinar el nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED para cada uno de los criterios establecidos en la normatividad vigente.
- Identificar los criterios con menor grado de cumplimiento que puedan ser considerados como oportunidades de mejoramiento por la IPS Fundación Medico Educativa FUMED.
- Proponer un plan de mejoramiento al programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED derivado de los hallazgos encontrados durante la evaluación y la naturaleza de los eventos adversos reportados.

## **5. DELIMITACION**

El presente estudio se enmarcó dentro circunstancias específicas de tiempo y lugar, así como de fenómeno y tema a estudiar a saber:

En cuanto al tiempo, el estudio fue realizado en el periodo comprendido entre el mes de Julio y Noviembre de 2014.

Con respecto a la ubicación geográfica del lugar donde fue ejecutado el estudio, este se llevó a cabo en la IPS Fundación Medico Educativa FUMED, ubicada en la ciudad de Corozal, en el Departamento de Sucre en Colombia, América del sur.

Con relación al fenómeno a estudiar se determinó el cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED con los requisitos establecidos en la normatividad legal vigente, para establecer su nivel de cumplimiento a través de una verificación que se realizó utilizando la “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias” de la Dirección de Prestación de Servicios del Ministerio de salud y Protección social.<sup>15</sup>

El estudio está enmarcado dentro de las ciencias de la salud, en el área de gestión de calidad de los servicios de atención en salud, específicamente en el campo de Seguridad del paciente.

## 6. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

### 6.1 Concepto de seguridad del Paciente.

A pesar de que el daño no intencionado a la salud de un paciente durante un tratamiento médico determinado es algo tan antiguo como esta práctica, el concepto de seguridad del paciente es relativamente reciente.

Los orígenes de este término están vinculados a la realización de La 55<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2002 la resolución WHA55.18, en la que se pide a los Estados Miembros “Que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria.”<sup>18</sup>

En octubre de 2004, la OMS presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes.<sup>20</sup>

La organización mundial de la salud define el concepto de **seguridad del paciente** como: La reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.<sup>5</sup>

Como parte del establecimiento de la Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente de la OMS, Colombia promulgó en el año 2008 su política nacional de seguridad del paciente, de acuerdo con esta, el Ministerio De Salud Y Protección Social define dicho concepto como: El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. 17

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. 17

## 6.2 Terminología Relacionada con el Concepto de Seguridad del Paciente.

A pesar de que la Seguridad del Paciente se ha convertido en estos últimos años en un concepto clave a la hora de hablar de calidad en la Salud, queda aún mucho camino por recorrer, siendo una de las principales preocupaciones de los especialistas en Seguridad Clínica la ausencia de una nomenclatura estandarizada 19, sin embargo se hace necesario referenciar y definir una serie términos relacionados con la seguridad del paciente que sirven de marco para el desarrollo de esta:

### 6.2.1 *Paciente:*

Se define como la persona que recibe atención en salud.5

### *6.2.2 Atención en Salud:*

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.<sup>2</sup>

### *6.2.3 Indicio de Atención Insegura:*

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.<sup>2</sup>

### *6.2.4 Falla de la Atención en Salud:*

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.<sup>2</sup>

### *6.2.5 Riesgo:*

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

### *6.2.6 Evento:*

Algo que le ocurre a un paciente o que le atañe.<sup>5</sup>

### *6.2.7 Evento Adverso:*

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.<sup>2</sup>

#### *6.2.8 Evento Adverso Prevenible:*

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.<sup>2</sup>

#### *6.2.9 Evento Adverso no Prevenible:*

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.<sup>2</sup>

#### *6.2.10 Incidente:*

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.<sup>2</sup>

#### *6.2.11 Violación de la Seguridad de la atención en salud:*

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.<sup>2</sup>

#### *6.2.12 Barrera de Seguridad:*

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.<sup>2</sup>

#### *6.2.13 Sistema de Gestión del Evento Adverso:*

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.<sup>2</sup>

#### *6.2.14 Acciones de Reducción de Riesgo:*

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.<sup>2</sup>

#### *6.2.15 Complicación:*

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.<sup>2</sup>

#### *6.2.16 Error:*

Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.<sup>5</sup>

#### *6.2.17 Daño:*

Es la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.<sup>5</sup>

#### *6.2.18 Factor Contribuyente:*

Se define como una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, una mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas) que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente / evento, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente. Los factores contribuyentes pueden ser externos (es decir, fuera del control de un servicio u organización), de la organización (por ejemplo, la inexistencia de protocolos aceptados), relacionados con un factor del personal (un defecto cognitivo o conductual de un individuo, un mal trabajo en equipo o una comunicación insuficiente) o relacionados con un factor del paciente (por ejemplo, el incumplimiento). Un factor contribuyente puede ser un precursor necesario de un incidente y puede ser o no ser suficiente para causar un incidente / Evento.<sup>5</sup>

#### *6.2.19 Factor atenuante:*

Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente / Evento hacia la provocación de un daño a un paciente.<sup>6</sup>

#### *6.2.20 Resiliencia:*

Se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño.<sup>5</sup>

### 6.3 Elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad del paciente.

Para el abordaje institucional de la seguridad del paciente es crucial definirla como una prioridad estratégica, que incluya como mínimo los siguientes elementos:

### *6.3.1 Abordaje técnico*

La medicina a lo largo del tiempo, y esto es su experiencia universal, ha avanzado a partir de identificar situaciones dolorosas o que incluso terminan en la enfermedad o en la muerte, pero lo hacen para analizar lo que pasa y poder identificar esos factores generando tecnologías y métodos que incrementen la eficiencia de la atención en salud.<sup>4</sup>

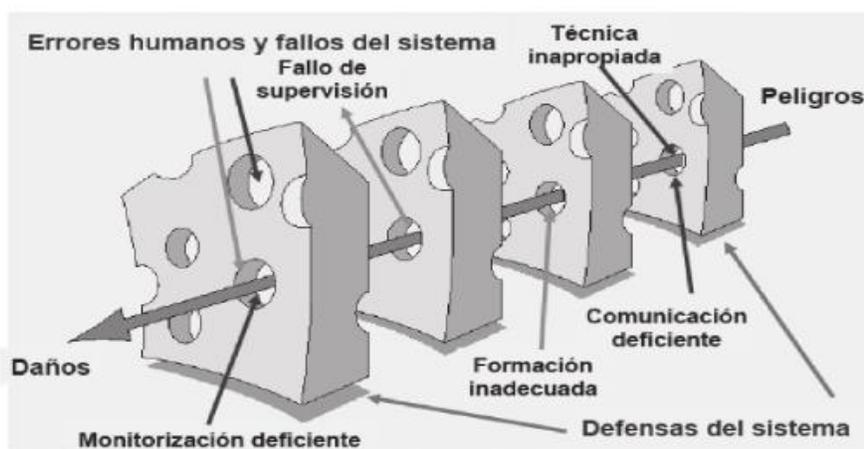
Se requiere abordar el tema de seguridad del paciente desde el método científico, para sustentar conceptos, modelos y herramientas que permitan entender los factores humanos y organizacionales que contribuyen a la ocurrencia de errores y eventos adversos, e intervenirlos.<sup>4</sup>

### *6.3.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y causalidad del evento adverso.*

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.<sup>2</sup>

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.<sup>4</sup>

## Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM<sup>a</sup> Aranaz, C Aibar ©

Figura 1. Modelo explicativo de la ocurrencia de eventos adversos.

Fuente: Ministerio de la protección social (2007). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Fundación Fitec. Bogotá. Colombia.

En este modelo, el punto es que entre los peligros y el daño se encuentren las deficiencias, las fallas que puedan presentarse en los diferentes procesos de la atención. Para que esos peligros lleguen a ser daño, se necesita que los diferentes problemas, las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas concurren en producirlo; significa que cuando trabajamos el tema de seguridad del paciente a partir de la búsqueda de eventos adversos, se debe buscar a partir de aquellos errores humanos, o de aquellos fallos del sistema, cuáles son esas fallas en los procesos que se están alineando para permitir que el daño se dé, para poder llenar así el sistema de múltiples barreras de seguridad, lo que se llama sistemas redundantes de seguridad que impidan que el daño se dé, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del Queso Suizo.<sup>4</sup>

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.<sup>2</sup>

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.<sup>2</sup>

### *6.3.3. Respuesta Organizacional no Punitiva ante la presencia de eventos adversos.*

La respuesta organizacional no punitiva promueva la búsqueda activa de estos sin temor a las posibles represalias y castigos.<sup>4</sup>

Por el contrario un entorno punitivo promueve el ocultamiento y no facilita el análisis, por lo tanto, no se podrán identificar cuáles son las barreras de seguridad que deben implementarse.<sup>4</sup>

La organización debe generar un clima organizacional proactivo y no punitivo, es decir, que en primer lugar en la organización, la cultura se oriente hacia la seguridad del paciente más que al castigo y a la búsqueda de un individuo culpable; ya que cuando se presenta un evento adverso se está hablando de múltiples procesos que fallan; la falla que comete el individuo es simplemente la sintomatología. También se debe incentivar el reporte, compartir la información, garantizando que eso se de en un entorno de confidencialidad para el paciente y para el prestador.<sup>4</sup>

### *6.3.4 Involucrar al paciente y su familia.*

El paciente es finalmente quien sufre y quien se beneficia además de la atención en salud, En ocasiones cuando se presenta un evento adverso sobre un paciente determinado, la actitud

percibida por este último es de abandono, de silencio y de que no se le da la cara para explicarle lo sucedido, y es eso precisamente lo que no se debe hacer, por el contrario, cuando le ocurre un evento adverso a un paciente hay que rodearlo, hay que estar con él, hay que preguntarle en que piensa; no hay que ocultarle las cosas pero sí hay que saber contarle, porque así como es complejo para nosotros también hay que saber contarle la complejidad al paciente y mostrarle una actitud de resarcir o de mitigar, al menos, las consecuencias, si es que han ocurrido.<sup>4</sup>

Es muy importante también el hecho, de que una vez el paciente llega a la Institución debe educársele; al paciente debe suministrársele elementos para que pregunte por sus posibles riesgos, para que identifique esos posibles factores que pudieran alertarlo y para que lo comunique e igualmente. Cuando ya la Institución tiene una cultura de seguridad del paciente aprenderá a volverse experta en no ignorar esas alertas que los pacientes generan, y a su vez ello le permitirá, involucrar en forma activa al paciente y su familia como una barrera de seguridad.<sup>4</sup>

#### *6.3.5. Promover una cultura de Seguridad en la Institución acompañada del despliegue de herramientas prácticas.*

La cultura de Seguridad debe promoverse desde la misma alta dirección. Se debe crear la cultura de hablar de seguridad del paciente, implementar las rondas de seguridad, incluir en las reuniones los temas de seguridad del paciente, fomentar la realización de los reportes intrainstitucionales voluntarios, cimentar la voluntad de los colaboradores de cooperar con los reportes extrainstitucionales voluntarios y también hacer hincapié en el tema de la confidencialidad, confidencialidad tanto en términos de la protección de la intimidad del paciente, como también de la protección de la confidencialidad de esos análisis que se hacen al interior de la Institución.<sup>4</sup>

En resumen una cultura de seguridad se fundamenta en el compartir una serie de valores y principios para promover un entorno seguro en la atención del paciente, que incluye el concepto de cultura justa.<sup>4</sup>

#### *6.3.6. Definir y mantener un foco claro sobre el cual se evidencien los resultados.*

El desarrollo una política y una estrategia de seguridad del paciente debe tener como fin la obtención de resultados, no solamente debe servir para mostrar cuadros y gráficos o para mostrar procesos. 4

Aunque lo anterior es importante lo que realmente se necesita es identificar un foco de riesgos de cara al paciente, analizarlo, intervenirlo y lograr resultados que permitan que el paciente salga beneficiado gracias a que la Institución le ofrezca para él un entorno seguro.4

El análisis y la solicitud de resultados debe venir desde la alta dirección, deben también utilizarse las herramientas de monitorización que brinda el sistema: el cuadro de mando del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; el mismo cuadro de mando de Seguridad del Paciente de la Institución o de los indicadores de calidad que la Institución maneje.4

#### 6.4. Requisitos para el funcionamiento del programa institucional de seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta la evolución histórica del programa nacional de seguridad del paciente en Colombia y que a su vez este ha pasado por varias etapas que han ido desde la formulación de una política nacional de seguridad del paciente 2, el respectivo anclaje de esta en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud 10, la inclusión de esta como un estándar requerido para instituciones que deseaban ingresar al Sistema Único de Acreditación 12, hasta el establecimiento de esta como un requisito mínimo exigido en el Sistema Único de Habilitación 14,16 el estado colombiano a través del Ministerio De Salud Y Protección Social, ha establecido

una serie de requisitos básicos para que permiten la correcta operación de un programa institucional de seguridad del paciente.

#### *6.4.1 Procesos Institucionales Seguros. 3*

La institución debe contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, el programa debe contemplar al menos aspectos tales como:

- Política institucional de Seguridad del Paciente, que debe ser armónica con el direccionamiento estratégico de la organización y promover una cultura no punitiva frente al evento adverso.
- Promoción de la cultura de seguridad, que se base en favorecer al interior de la organización, el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.
- Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo, que incluya el adecuado reporte de eventos y el análisis y gestión de los mismos.

La organización debe Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo. 3

La institución debe también coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador en aspectos tales como: Procedimientos de referencia de pacientes, Procedimientos para la autorización de servicios, Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente,

Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS y Estrategias de seguridad en los paquetes de servicios. 3

Se debe propender también por la estandarización de procedimientos de atención mediante actividades tales como: Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente, Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar según estándares, Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes. 3

Se recomienda a su vez también evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente al menos en:

- Gestión de eventos adversos
- Reporte de eventos adversos.
- De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc.
- Detección de riesgos del ambiente físico
- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador.

Se recomienda también implementar la Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio, así como tener en cuenta la seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud. 3

#### *6.4.2. Procesos Asistenciales Seguros.3*

Dentro de las intervenciones requeridas en seguridad del paciente los procesos asistenciales se pueden mencionar:

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud. 3
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, desde la selección prudente del medicamento y su administración, hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente Teniendo en cuenta también elementos tales como: Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención, implementación del sistema de distribución de dosis unitaria e Identificación de alergias en los pacientes. 3
- Implementar Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. 3
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos considerando aspectos tales como: Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto, Prevenir del fuego en cirugía, y la Prevención de quemaduras en cirugía. 3
- Prevenir úlceras por presión. 3
- Prevenir las complicaciones anestésicas. 3
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. 3
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio. 3
- Implementar equipos de respuesta rápida. 3
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares resaltando situaciones tales como: Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia, Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardíaco agudo durante una cirugía electiva. 3
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea. 3
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico teniendo en cuenta: Prevención de la hemorragia digestiva en pacientes críticos, Prevención de la neumonía asociada al

ventilador, disponer de UCI con equipo médico cerrado especializado en la atención del paciente crítico. 3

- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas a través de medidas tales como: Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas, Prevención de daño inducido por medios de contraste, prevención de eventos adversos en el área de resonancia magnética nuclear, prevención de aspectos relacionados con los riesgos asociados con la sedación de pacientes para la realización de procedimientos, prevención de aspectos relacionados con la definición de prioridades de atención para evitar riesgos relacionados con la espera de la realización de procedimientos. 3
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental. 3
- Prevención de la malnutrición o desnutrición. 3
- Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo en: Atención segura e integral del evento obstétrico, mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales. 3

#### *6.4.3 Incentivar Prácticas que Mejoren la Actuación de los Profesionales.3*

Entre las prácticas que mejoran la actuación de profesionales y el equipo de salud encargado de la atención del paciente al interior de la organización se pueden citar:

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.3
- Prevenir el cansancio del personal de salud. 3
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado. 3
- Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. 3

#### *6.4.4. Involucrar Los Pacientes Y Sus Allegados En Su Seguridad.3*

El involucramiento del paciente y su familia en el cuidado de su salud se fundamenta en los siguientes postulados:

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos. 3
- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria). 3
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.3
- Se deben realizar entre otras las siguientes acciones:
  - Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. 3
  - Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención. 3

## **6 HIPOTESIS**

Aunque desde hace mucho tiempo se tiene conciencia de la existencia de eventos adversos derivados de la atención en salud, solo desde el año 2004 la organización mundial de la salud a través de la alianza mundial para la seguridad del paciente <sup>6</sup>, ha realizado un abordaje serio del tema, es de suponer que ante esta situación se presume que aun exista cierto nivel de desconocimiento al respecto, sobre todo en países como Colombia que no están a la vanguardia en la prestación de servicios de salud.

A pesar de que Colombia ha sido muy receptiva al tema, y este mismo ha sido incorporado como eje del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud <sup>10</sup>, debe considerarse que solo hasta la promulgación de la resolución 1441 de 2013 <sup>14</sup>, la seguridad del paciente paso de ser una condición opcional aplicable solo a IPS que deseaban acreditarse, a ser un requisito obligatorio del sistema único de habilitación, ratificado como tal en la resolución 2003 de 2014 <sup>16</sup>.

Si se tiene en cuenta que en Colombia del total de IPS existentes solo treinta y una se hallan acreditadas <sup>21</sup>, se puede inferir que para el resto de IPS, que solo gozan del beneficio de la habilitación, el concepto de seguridad del paciente es relativamente novedoso, y el conocimiento al respecto es aún incipiente y limitado, máxime si se considera que se ha hecho más hincapié en la implementación de programas de seguridad del paciente a nivel de IPS hospitalarias, dejando un poco de lado a las ambulatorias.

Todo lo expuesto hasta ahora, permitió plantear la siguiente hipótesis: Debido a la relativa novedad de la exigencia legal obligatoria respecto a la implementación de programas de

---

seguridad del paciente en prestadores de servicios de salud, se puede plantear que el nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED con los requisitos establecidos en la legislación vigente es inferior o igual al sesenta por ciento (60%) del total de estos.

Para finalizar, la realización de estudio permitió identificar los aspectos en los cuales, la IPS Fundación Medico Educativa FUMED requiere mejorar, para lograr un completo cumplimiento con lo establecido en la normatividad aplicable al tema, y a su vez permitió también al equipo de trabajo a cargo de la ejecución de este, proponer acciones de mejoramiento que pueden ser consideradas por la IPS para su implementación o no.

## **8. MARCO METODOLOGICO**

### 8.1 Tipo de Estudio.

La evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED se llevó a cabo a través de un estudio de tipo descriptivo, de campo y transaccional.

### 8.2 Población y Muestra.

La población estuvo constituida por la totalidad de los procesos llevados a cabo en la IPS Fundación Medico Educativa FUMED.

La muestra estuvo conformada por el programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED.

### 8.3 Lugar.

El estudio se realizó en la IPS Fundación Medico Educativa FUMED, la cual geográficamente se halla ubicada en la ciudad de Corozal, departamento de Sucre, Colombia.

### 8.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Para la recolección de la información el equipo de trabajo se desplazó hasta la sede de la IPS. La herramienta que se utilizó para la recolección de los datos fue la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias 15, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La recopilación de la información implicó la realización de una comparación entre los requisitos establecidos en la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias <sup>15</sup> y las diferentes evidencias de cumplimiento o incumplimiento que aportó la IPS. Las técnicas usadas para la recolección de información fueron observación directa y realización de entrevistas al recurso humano involucrado en la realización de las actividades propias del programa.

#### 8.5 Procesamiento y análisis de la información.

La información recolectada fue registrada y tabulada utilizando el software de hoja de cálculo Excel 2010, posteriormente esta misma fue procesada para determinar el nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED con los requisitos de ley así como el nivel de cumplimiento por ítems del mismo.

### 9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	ACTIVIDAD	MESES			
		1	2	3	4
1	Desplazamiento a la IPS y recolección de la información.				
2	Tabulación de los datos obtenidos.				
3	Procesamiento de los datos obtenidos.				
4	Obtención de resultados.				
5	Elaboración del informe final.				

### 10. PRESUPUESTO

RUBROS	JUSTIFICACIÓN	FUENTES (En pesos)		
		CECAR	Contrapartida 1	Total
<b>Materiales y Suministros</b>	Papelería, uso de Internet, Equipo de cómputo.	\$ 0	\$1.500.000	<b>\$1.500.000</b>
<b>Salidas de campo</b>	Transporte, Alimentación.	\$ 0	\$500.000	<b>\$500.000</b>
<b>Bibliografía</b>	Adquisición de textos, artículos de revista, acceso a bases de datos de consulta.	\$ 0	\$1.000.000	<b>\$1.000.000</b>
<b>Imprevistos</b>		\$ 0	\$300.000	<b>\$300.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 0</b>	<b>\$3.300.000</b>	<b>\$ 3.300.000</b>

## 11. RESULTADOS

La evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED, Ubicada en el municipio de Corozal –Sucre, se realizó mediante la aplicación de la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias 15, promulgada por el ministerio de salud y protección social de la república de Colombia.

### 11.1 Exclusión de criterios

Teniendo en cuenta que la Fundación Medico Educativa FUMED es una IPS de baja complejidad con modalidad de atención ambulatoria, para la evaluación del programa de seguridad del paciente se excluyeron los criterios de la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias 15, por tratarse de actividades que no se llevan a cabo en dicha IPS, Ver Tabla 1.

*Tabla 1.*

*Criterios e ítems por criterio Excluidos de la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED.*

<b>CRITERIO EXCLUIDO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>ÍTEMS EXCLUIDOS POR CRITERIO.</b>
<b>Criterio 3 “Detectar, Prevenir Y Reducir El Riesgo De Infecciones Asociadas A La Atención En Salud”,</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora.</li> <li>• Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora.</li> </ul>

<b>CRITERIO EXCLUIDO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>ÍTEMS EXCLUIDOS POR CRITERIO.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora.</li> <li>• Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora.</li> <li>• Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora.</li> <li>• Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora.</li> </ul>
<b>Criterio 5 “Asegurar La Correcta Identificación Del Paciente En Los Servicios Asistenciales.”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental.</li> </ul>
<b>Criterio 6 “Mejorar La Seguridad En Los Procedimientos Quirúrgicos.”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los Ítems del criterio.</li> </ul>
<b>Criterio 8 “Prevenir Las Úlceras Por Presión.”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los Ítems del criterio.</li> </ul>
<b>Criterio 9 “Garantizar La Atención Segura Del Binomio Madre Hijo.”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.</li> </ul>
<b>Criterio 10 “Prevenir Complicaciones Asociadas A La Disponibilidad Y Manejo De Sangre Y Componentes Y A La Transfusión Sanguínea.”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los Ítems del criterio.</li> </ul>

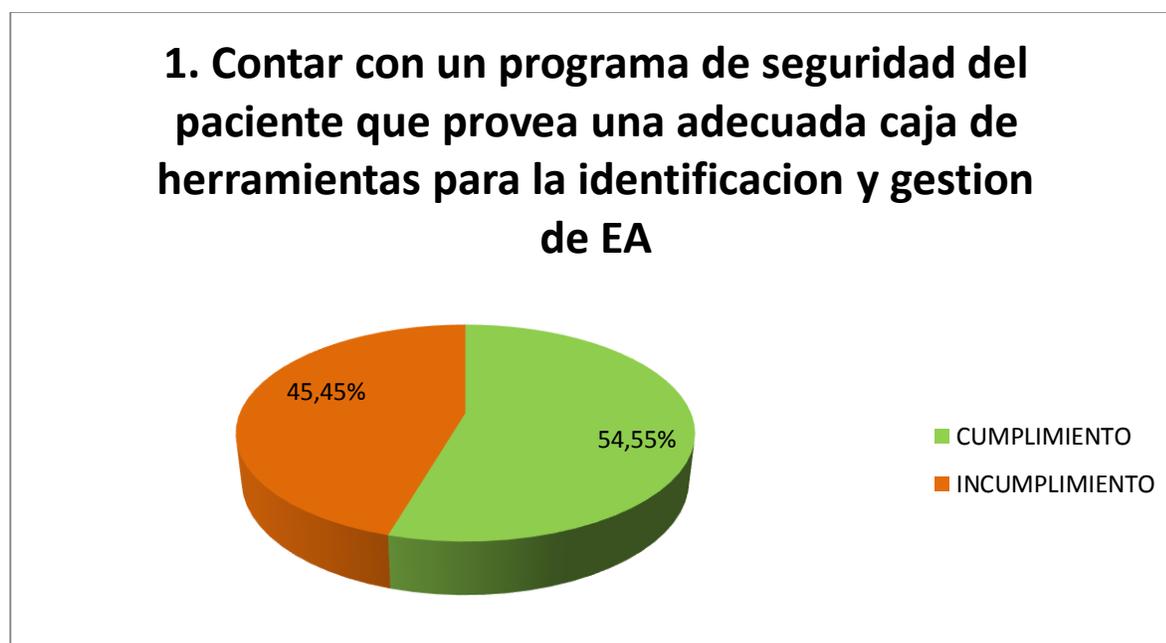
Fuente: Del propio autor.

## 11.2 Nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente.

Se realizó la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED para cada uno de los criterios establecidos en la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias <sup>15</sup>. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

*11.2.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.*

El nivel de cumplimiento global en este criterio fue del 54,55% .Ver Gráfica 1



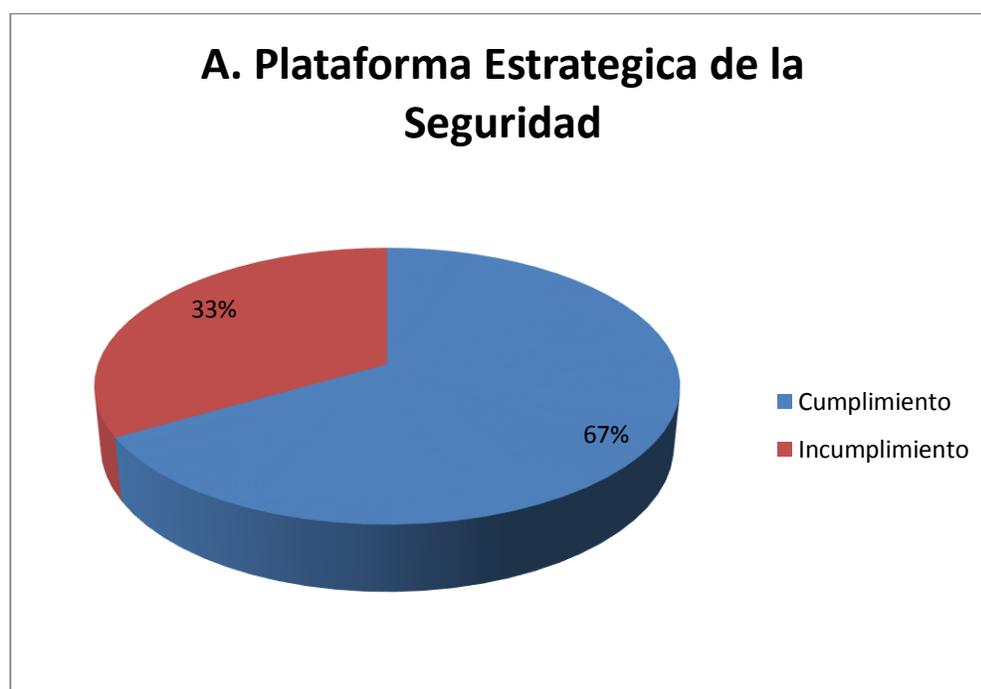
*Gráfica 1.* Cumplimiento criterio 1 Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

*Fuente:* Del propio autor.

De acuerdo con lo establecido en la norma, este criterio se halla estructurado sobre la base de cuatro subcriterios, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados tras su evaluación:

### *11.2.1.1 Plataforma Estratégica de la Seguridad.*

El nivel de cumplimiento en este subcriterio fue del 67%. Ver Gráfica 2.



*Gráfica 2.* Cumplimiento con la implementación de la plataforma estratégica de Seguridad.

*Fuente:* Del propio autor.

Se evidenció que existe una política institucional de seguridad del paciente emanada por la dirección, así como se evidencio la designación de un referente del programa de seguridad del paciente por parte de la gerencia, se halla constituido el comité de seguridad del paciente, pero no se evidencio en el acta de constitución que el referente haga parte de este.

### *11.2.1.2 Fortalecimiento de la Cultura institucional de notificación de eventos adversos.*

En este subcriterio el nivel de cumplimiento obtenido tras realizar la evaluación fue del 100%. Ver Gráfica 3.



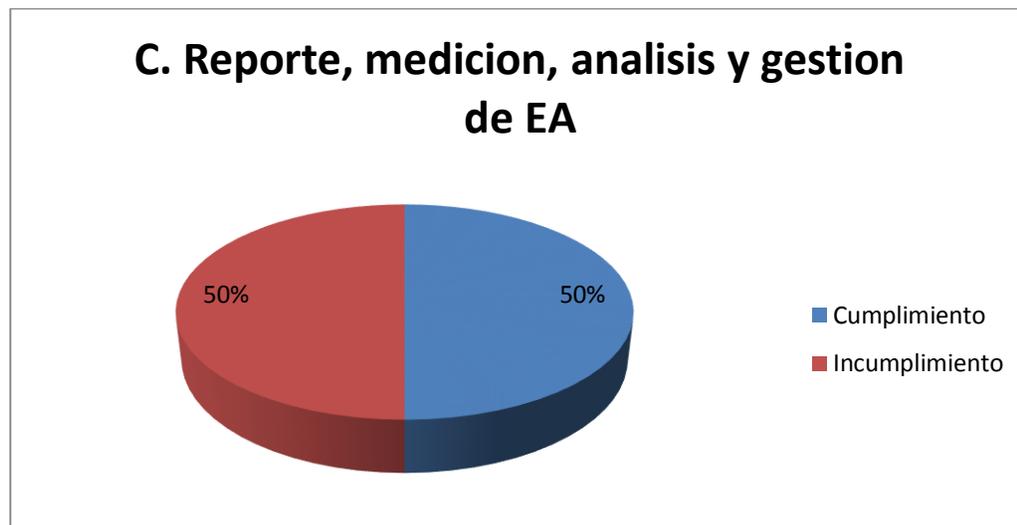
*Gráfica 3.* Cumplimiento con el fortalecimiento de la cultura institucional de Seguridad.

*Fuente:* Del propio autor.

Se evidenció la realización de capacitaciones con respecto a temas relativos a la seguridad del paciente.

### *11.2.1.3 Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos.*

El nivel de cumplimiento en este subcriterio fue del 50%. Ver Gráfica 4.



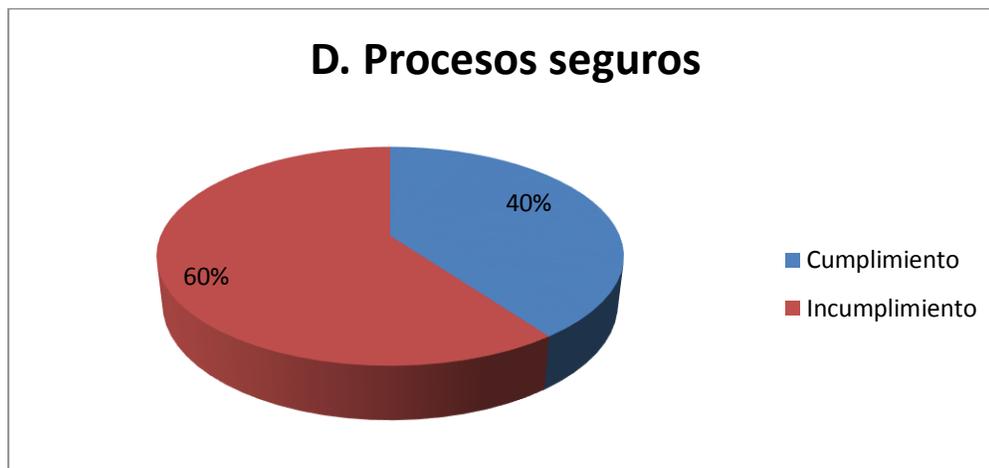
Gráfica 4. Cumplimiento con el reporte, medición, análisis y gestión de eventos adversos.

Fuente: Del propio autor.

Se evidencio que existe un procedimiento definido para la notificación de incidentes y de eventos adversos, este procedimiento se halla ubicado en cada servicio asistencial de la institución. No se evidencio que exista una metodología definida para el análisis de causas de incidentes o eventos adversos.

#### 11.2.1.4 Procesos Seguros.

El cumplimiento del programa de seguridad del paciente con este subcriterio fue del 40%. Ver Gráfica 5.



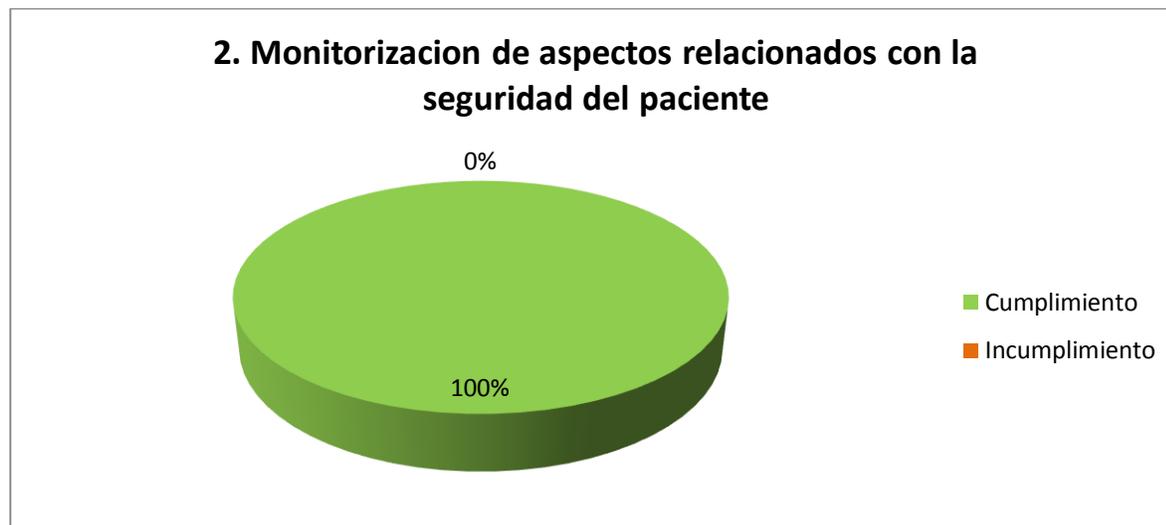
Gráfica 5. Cumplimiento con la implementación de procesos seguros.

Fuente: Del propio autor.

No se evidencia ningún tipo de priorización de riesgos para procesos asistenciales, ni tampoco se hallaron evidencias a cerca de la formulación e implementación de acciones preventivas tendientes a disminuir los riesgos más críticos en los procesos asistenciales. La IPS cuenta con un procedimiento documentado para la adopción de guías de manejo clínico suministradas por su contratante, se encontraron guías adoptadas y evidencia de la socialización de estas.

#### 11.2.2 Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

El nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente con este criterio fue del 100%. Ver Gráfica 6.



Gráfica 6. Cumplimiento Criterio 2 Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

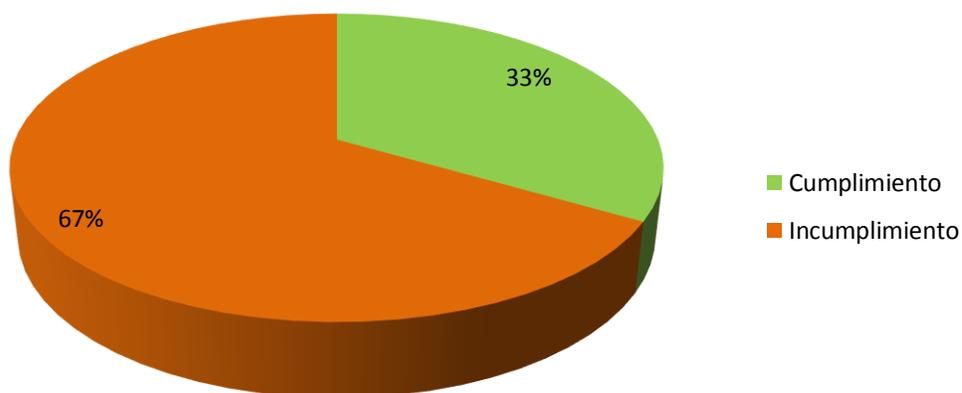
Fuente: Del propio autor.

Se evidenció cumplimiento en la evaluación semestral de la adherencia a guías de manejo clínico, así como se evidencia el seguimiento y reporte de indicadores de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

### 11.2.3 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

El nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente con este criterio fue del 33%. Ver Gráfica 7.

### 3. Detectar, Prevenir y reducir el riesgo de Infecciones



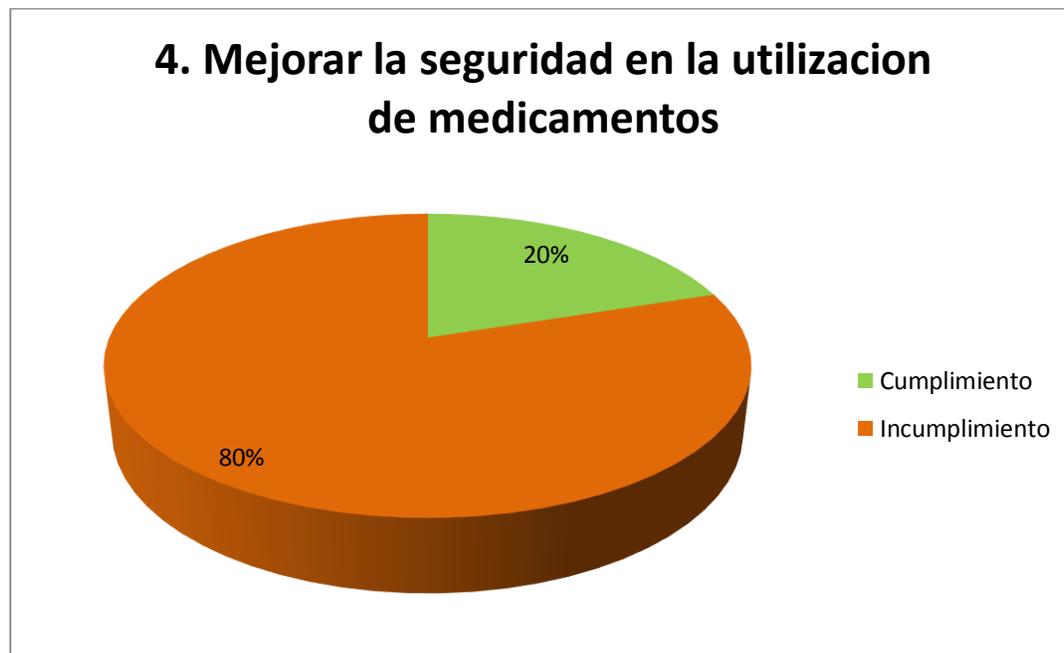
Gráfica 7. Cumplimiento Criterio 3 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

Fuente: Del propio autor.

Se evidenció la presencia de insumos institucionales para la higiene de manos, se evidencia también un protocolo de venopunción socializado, cabe resaltar que en la IPS no se realiza colocación ni mantenimiento de sondas vesicales. La institución no cuenta con protocolos para aislamiento de pacientes, cuenta con un manual de bioseguridad con una última actualización realizada hace más de cinco años, no se mide la adherencia a este.

#### 11.2.4 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

El nivel de cumplimiento obtenido para este criterio fue del 20%. Ver Gráfica 8.



Gráfica 8. Cumplimiento Criterio 4 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

Fuente: Del propio autor.

Durante la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED, se realizó revisión de los eventos o incidentes adversos reportados, se hallaron dos (2) reportes de incidentes, y ambos correspondían a entrega de medicamentos incorrecto, en ninguno de los casos se hallaron evidencias de análisis de causas de estos, a pesar de que fueron presentados en el comité de seguridad del paciente. A pesar de que se hallaron procedimientos documentados en el servicio farmacéutico, el procedimiento de dispensación por su diseño no permite realizar una evaluación de la adherencia a este, tampoco se realiza evaluación de la adherencia a la dispensación. No se hallaron evidencias de que existan procesos para: Administración segura de medicamentos, Uso racional de antibióticos e Identificación y marcaje adicional de medicamentos de alto riesgo. Se evidenció la elaboración de un acta de recepción cuando se reciben los medicamentos por parte del proveedor, y en la historia clínica se identifican alergias a medicamentos que hayan padecido o padezcan los pacientes.

### *11.2.5 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.*

El nivel de cumplimiento obtenido en este criterio fue completamente nulo. Ver Gráfica 9.



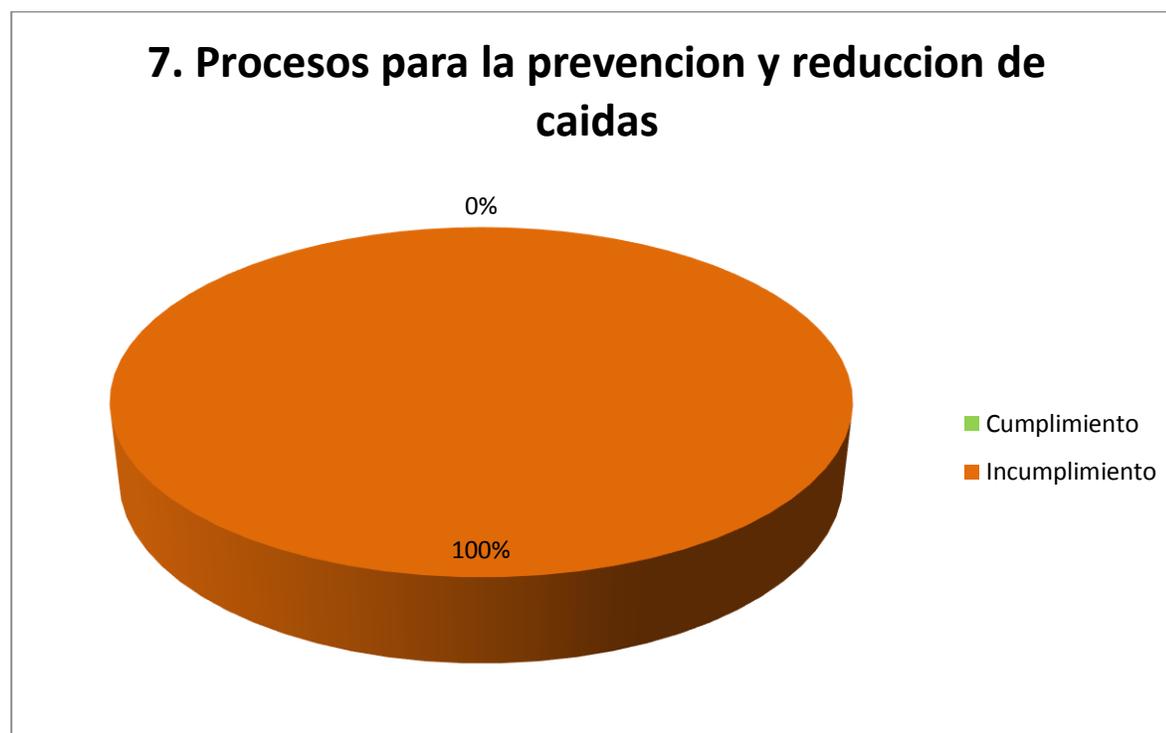
*Gráfica 9. Cumplimiento Criterio 5 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.*

*Fuente:* Del propio autor.

La evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED, no evidencio la existencia de un protocolo que asegure la correcta identificación de los pacientes al ingreso a la institución, tampoco se evidenciaron reportes de eventos o incidentes relacionados con este ítem.

### *11.2.6 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.*

El cumplimiento del programa con este criterio al igual que con el anterior fue nulo. Ver Gráfica 10.



Gráfica 10. Cumplimiento Criterio 7 Procesos para la prevención y reducción de caídas.

Fuente: Del propio autor.

No se hallaron durante la evaluación evidencias que muestren la clasificación de riesgo de caídas de los usuarios de la institución, así como tampoco existen protocolos relacionados con este aspecto. Tampoco se hallaron reportes de incidentes o eventos adversos relacionados con este ítem.

#### 11.2.7 Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.

En nivel de cumplimiento del programa con este estándar fue de 17%. Ver Gráfica 11.



Gráfica 11. Cumplimiento Criterio 9 Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.

Fuente: Del propio autor.

Durante la evaluación se evidenció la existencia de guías clínicas para la atención de la gestante en periodo prenatal, pero no se evidencia la existencia de algún protocolo para la atención prioritaria a gestantes. No se evidencia medición de adherencia a guías de manejo clínico de gestantes, ni tampoco se halló kit de emergencias obstétricas.

#### 11.2.8 Nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente.

Al realizar la evaluación se determinó que el nivel total de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa con los requisitos establecidos en la lista de chequeo fue del 31%. Ver Gráfica 15.



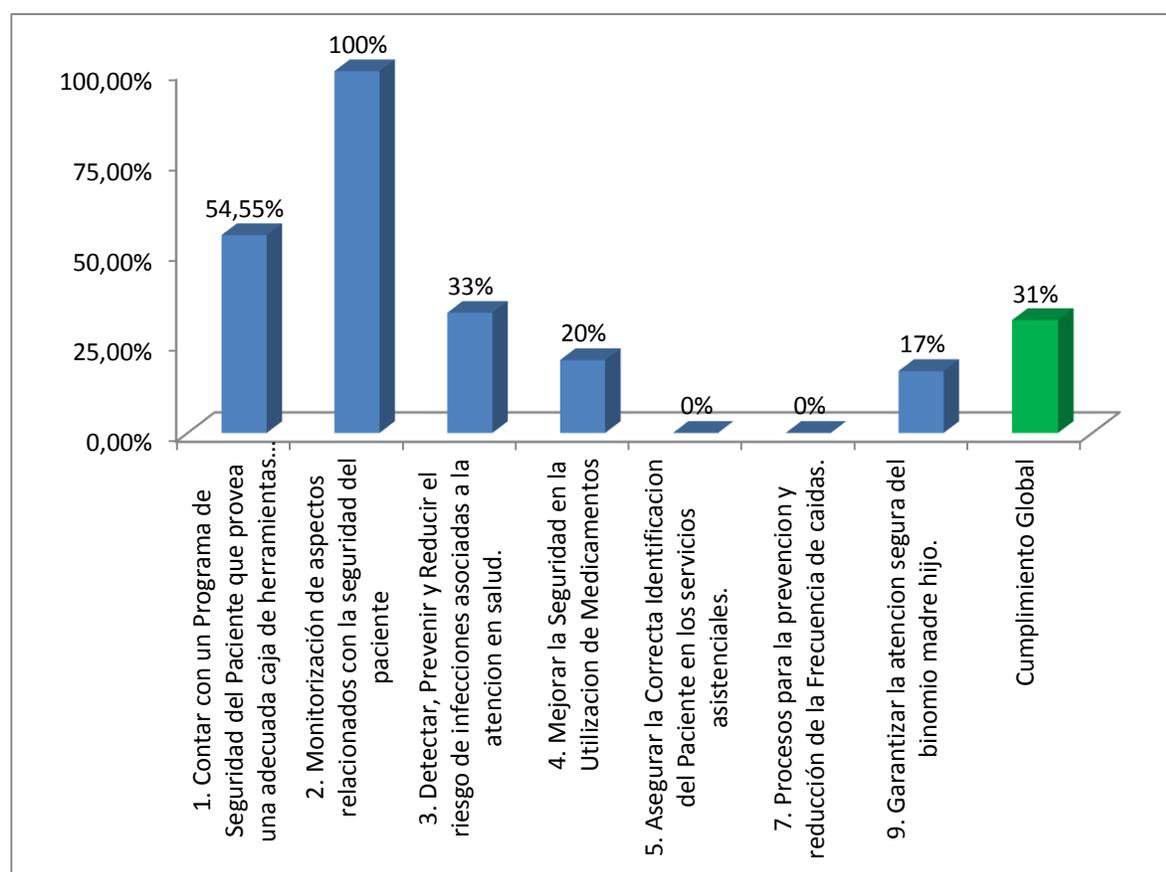
Gráfica 12. Cumplimiento global del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED.

Fuente: Del propio autor.

Se aprecia entonces que el programa de seguridad de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED al momento de la realización de esta evaluación, mostro un nivel de cumplimiento relativamente bajo con los criterios planteados en la normatividad vigente.

Si se realiza una comparación del nivel de cumplimiento por cada uno de los criterios evaluados, se puede determinar que el criterio con mayor nivel de cumplimiento es el criterio 2 “Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente”, (ver Gráfica 13), seguido por el criterio 1 “Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos”.

Cabe anotar que los criterios con mayor nivel de cumplimiento son criterios generales, pero cuando se escrutan los criterios específicos (criterios 3, 4,5, 7 y 9) se aprecia que el nivel de cumplimiento de estos es bajo con respecto a los generales. Ver tabla 2.



*Gráfica 13. Comparativo de cumplimiento por criterios del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED.*

*Fuente:* Del propio autor.

Tabla 2.

*Criterios con nivel de cumplimiento inferior al 60%.*

<b>Criterio</b>	<b>Nivel de cumplimiento</b>
<b>1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.</b>	54.55%
<b>3. Detectar, Prevenir y Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.</b>	33%
<b>4. Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos</b>	20%
<b>5. Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en los servicios asistenciales.</b>	0%
<b>7. Procesos para la prevención y reducción de la Frecuencia de caídas.</b>	0%
<b>9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.</b>	17%

*Fuente:* Del propio autor.

### 11.3 Plan de mejoramiento propuesto al programa de seguridad del paciente de la IPS Fundación Medico Educativa FUMED.

Con base en los hallazgos obtenidos a partir de la evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED, se construyó un plan de mejoramiento que se propuso a la IPS para iniciar las acciones de mejoramiento concernientes a los criterios con bajo o nulo cumplimiento.

Para la estructuración del plan de mejoramiento se priorizaron las oportunidades de mejoramiento que se generaron a partir de la aplicación de la Lista de chequeo para las buenas

---

prácticas de seguridad de pacientes obligatorias <sup>15</sup> al programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED, la priorización se realizó utilizando la metodología Riesgo, Costo, Volumen <sup>24</sup>.

El plan de mejoramiento se elaboró la metodología 5W + 1H <sup>22, 23</sup>.

## 12. DISCUSION

Los resultados del estudio evidencian que a pesar de que se excluyeron varios criterios e ítems de la evaluación realizada por tratarse una IPS que presta servicios ambulatorios a la que no le aplican estos, existen múltiples oportunidades de mejoramiento en aspectos que son claves para garantizar la prestación de servicios seguros a los pacientes que acuden a dicha institución.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, cabe también resaltar que algunos de los ítems evaluados muestran algún grado de avance en su desarrollo, es así que, contar con una política de seguridad del paciente establecida por la alta gerencia, contar con un referente del programa, la realización de capacitaciones sobre temas afines y el tener un procedimiento definido para la notificación de eventos e incidentes son aspectos que denotan que al interior de la IPS se han iniciado acciones tendientes a la implementación del programa.

Sin embargo, aspectos como no tener definida una metodología para la evaluación y análisis de los eventos e incidentes registrados, denota que las posibles acciones tomadas para minimizar la ocurrencia de estos no resulten lo suficientemente eficaces, más aún, si se tiene en cuenta que autores como Aibar y col. Plantean que el estudio de la seguridad del paciente y los resultados adversos precisa de dos perspectivas complementarias: una colectiva, fundamentada en el método epidemiológico y orientada a cuantificar los riesgos asistenciales, y otra individual, basada en métodos cualitativos, encaminada a analizar las causas y los factores contribuyentes.<sup>28</sup>, para lo cual se precisa de una metodología definida para ello.

En la ejecución de la presente evaluación se detectaron criterios específicos con nivel de cumplimiento relativamente bajo, tales como: prevenir , detectar y reducir el riesgo de infecciones, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, asegurar la correcta identificación del paciente , procesos para la prevención y reducción de frecuencia de caídas y asegurar la atención segura del binomio madre hijo, situación que implica que la IPS deba priorizar la implementación de acciones que permitan mejorar el nivel de cumplimiento de estos aspectos, Maderuelo y col. Plantean que la selección de las áreas en las que el equipo de atención primaria tratará de mejorar la seguridad de los pacientes, debe está basada en criterios que lo justifiquen, como la magnitud o la frecuencia de aparición de eventos adversos.<sup>30</sup>

A parte de ello, la priorización de implementación de acciones de mejoramiento para el programa de seguridad del paciente debe tomar en cuenta la evidencia científica disponible respectiva al tema, como por ejemplo, el estudio IBEAS sobre prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, que encontró que el 37,4% de los eventos adversos estaban relacionados con la medicación.<sup>9</sup> o la evidencia aportada por Tejedor y col. , que hallaron que los tipos de Eventos Adversos más numerosos en unidades de tratamiento del dolor de Andalucía han sido los relacionados con distintos aspectos del uso de la medicación (45,4%), El segundo tipo de Eventos Adversos más frecuente fue el de los relacionados con las técnicas invasivas con un 22,7%. El siguiente grupo por frecuencia (15,5 %) de Eventos Adversos está relacionado con el mismo proceso asistencial, o sea, con las actividades que se llevan a cabo para obtener el diagnóstico y durante la administración del tratamiento. <sup>27</sup>

Por otra parte, si se revisa el nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS FUMED (31%) con los requisitos de ley, se aprecia que este no supera siquiera el 60% de dichos requisitos, lo que denota que para elevar el nivel cumplimiento total de este, deberían implementarse acciones encaminadas a los elementos de estructura, de proceso y de resultados, que hoy en día no permiten alcanzar la totalidad de los requisitos legales exigidos

para este programa, considerando cuales de estos tres elementos tienen más peso a la hora de la ocurrencia de un evento adverso.

Santacruz-Varela y col. Evaluaron el riesgo para la seguridad del paciente en un hospital general con 170 camas, cuatro servicios básicos y 16 Especialidades médico-quirúrgicas. Los resultados encontrados en el hospital evaluado muestran que el componente estructural tiene riesgo moderado, el componente de proceso riesgo alto y el componente de resultados también riesgo moderado.<sup>26</sup>

Por otro lado, cualquier estrategia que se implemente al interior de la IPS, debe involucrar de forma activa a los pacientes, que son los usuarios finales de los servicios de salud prestados por esta, considerando planteamientos como los de Saturno y col. que definieron que las tres estrategias principales existentes en la actualidad para vincular a los pacientes a la mejora de su propia seguridad clínica son: la movilización de los pacientes para su seguridad; promover la participación activa del paciente en la prevención de incidentes de seguridad; solicitar y utilizar la información relevante que pueden aportar los pacientes.<sup>29</sup>

Por último, es posible inferir a través de los resultados del estudio que la cultura o conciencia por la implementación del programa de seguridad del paciente en la IPS está en una etapa incipiente, pues a pesar de que existe la preocupación de su aplicación, bien sea por presiones externas legales o por consideración e iniciativa institucional propia, se hallaron intentos en las evidencias encontradas que intentan cimentar las bases de un programa real de esta naturaleza.

### 13. CONCLUSIONES

Del estudio realizado se puede concluir que:

- El nivel de cumplimiento de la IPS FUMED con los requisitos de ley establecidos para el programa institucional de seguridad del paciente fue del 31%, dejando en evidencia que es relativamente elevado el número de requisitos incumplidos en lo que a este programa respecta.
- Los criterios del programa de seguridad del paciente con mayor nivel de cumplimiento con los requisitos de ley fueron: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos con un 54% de cumplimiento y monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente con un 100% de cumplimiento.
- Los criterios del programa de seguridad del paciente con menor nivel de cumplimiento con los requisitos de ley fueron: Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud con un cumplimiento de 33%, Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos con un nivel de cumplimiento del 20%, Garantizar la atención segura del binomio madre hijo con un nivel de cumplimiento del 17%, y los ítems de Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales y Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas cuyo cumplimiento fue totalmente nulo.
- La Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias <sup>15</sup>, es una herramienta útil para evaluar el nivel de cumplimiento de los programas de seguridad del paciente, aunque no todos los criterios planteados en esta, aplican de manera general a todo tipo de IPS, ya que existen servicios que no son prestados por IPS de atención ambulatoria, por ejemplo, transfusión sanguínea, y no pueden ser evaluados con dicha lista, ni la misma es clara en cuanto a que tipo de IPS aplica cada uno de los criterios a evaluar.

•

## **14. RECOMENDACIONES**

La realización de estudios de esta naturaleza permiten, aparte de determinar el nivel de cumplimiento de una institución prestadora de servicios de salud con los requisitos establecidos por ley para el programa de seguridad del paciente, diagnosticar cual es la situación de estos programas, establecer cuáles son los aspectos en los que las IPS son más fuertes con respecto al tema y cuáles son los criterios que requieren de mayor atención.

Es por esto que se recomienda desarrollar estudios de este tipo que abarquen un número mayor de IPS para vislumbrar un panorama general a nivel municipal, departamental y por qué no nacional del cumplimiento de este tipo de instituciones con los elementos mínimos requeridos para garantizar una atención segura a los usuarios de sus servicios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ceriani , José M (2009). La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. Editorial. Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 107 No 5 . Octubre 2009.

Ministerio de la Protección Social (2008). "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente”. Bogotá. Colombia.

Ministerio de la Protección Social (2009). Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá. Colombia.

Ministerio de la protección social (2007). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Fundación Fitec. Bogotá. Colombia.

Organización Mundial de la salud (2009). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente.

Organización Mundial de la Salud (2014). Seguridad del Paciente. Consultado 19 de junio de 2014. URL <http://www.who.int/patientsafety/es/>.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 Informe febrero 2006. Madrid. España.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y Consumo (2008). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid. España.

Ministerio de Sanidad y Política social de España (2010). Estudio IBEAS prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid. España.

Ministerio de la protección Social (2006). Decreto 1011 de 2006 .Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. Colombia.

Ministerio de la protección Social (2006). Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá. Colombia.

Ministerio de la protección Social (2012). Manual de Acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Bogotá. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Resolución 0123 de 2012 por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006. Bogotá. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 1441 de 2013 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Colombia.

Ministerio de salud y Protección social (2013). Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias. Bogotá. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Política de seguridad del paciente. Consultado 25 de agosto de 2014, URL: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>.

Organización Mundial de la Salud (2002). Fifty-Fifth World Health Assembly. Resolución WHA55.18. 18.

Reyes R. J. (2011). Taxonomía en seguridad del paciente: ¿Hablamos todo el mismo idioma? Revista Páginasenferurg.com. 3 (10):12- 16.

Organización Mundial de la Salud (2008). La cirugía segura salva vidas. Paris. Francia.

Ministerio de salud y protección social (2014). Listado de IPS acreditadas. Consultado 23 de septiembre de 2014, URL: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>.

Trías M. (2009). Las 5 W + H y El ciclo de mejora en la gestión de procesos. Revista INNOTECC GESTION. 1 (09): 20-25.

Caldera J. (2004). La fórmula de comunicación de Lasswell como método para implementar bases de datos documentales en los medios audiovisuales. Revista investigación bibliotecológica. 3 (037): 111-129.

Ministerio de la protección social (2008). Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación. Bogotá. Colombia.

Ministerio de la protección social (2007). Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá. Colombia.

- 
- Santacruz-Varela, J., Hernández, F., & Fajardo, G. (2010). Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. *Rev. Cirugía y Cirujanos*, 6 (78): 515-526.
- Tejedor, M., Fernández, I., Gálvez, R., & Pérez, J. (2009). Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Sevilla, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Aibar, C., Aranaz, J.M., García J.I., & Mareca, R. (2008). La investigación sobre seguridad del paciente: Necesidades y perspectivas. *Rev. Medicina Clínica*, 3 (131): 12-17.
- Saturno, P. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev. Calidad asistencial*, 3 (24): 124-130.
- Maderuelo, J., Astier, M., Olivera, G., Torijano, M., & Moreno, P. (2010). Cómo empezar a trabajar. Cómo se trabaja en seguridad del paciente en un equipo de atención primaria. Implementando la respuesta. Implicando a todos los profesionales del equipo. La misión y el contexto. *Rev. Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 18 (1): 29-40.

## **ANEXOS**

PLAN DE MEJORAMIENTO AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS FUNDACION MEDICOEDUCATIVA FUMED COROZAL.										
Que (What)	Como (How)	Cuando (When)						Quien (Who)	Donde (Where)	Por que (Why)
Meta	Actividades	Cronograma						Responsable	Lugar	Justificación
		2015								
		F	M	A	M	J	J			
Incluir al referente del programa de seguridad del paciente como miembro activo del comité de vigilancia epidemiológica, infecciones y seguridad del paciente.	Elaborar acto administrativo que incluya al referente del programa de seguridad del paciente como miembro del comité de vigilancia epidemiológica, infecciones y seguridad del paciente.							Gerente	IPS FUMED	Dado que el referente del programa de seguridad del paciente es la cabeza visible de este en la IPS, se constituye en pieza fundamental en la identificación, reporte y análisis de eventos e incidentes adversos y debe ser miembro activo del comité.
Definir e implementar un sistema de análisis de causa de las fallas en la atención en salud.	Elaborar acto administrativo que establezca el sistema de análisis de causas de las fallas de la atención en salud a utilizar para el análisis de eventos e incidentes adversos.							Gerente	IPS FUMED	El manejo de un sistema de análisis de causas de fallas de la atención en salud es indispensable para realizar la correcta identificación de factores involucrados en la aparición de eventos o incidentes, y para la toma de decisiones acertadas que disminuyan la ocurrencia de estos.

	Capacitar al personal involucrado en el manejo del sistema de análisis de causas de fallas de la atención en salud.							Jefe de Recursos Humanos	IPS FUMED	
Valorar los riesgos para procesos asistenciales priorizados, formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones preventivas o de mejoramiento tomadas para los riesgos detectados.	Definir la metodología para la valoración de riesgos.							Gerente	IPS FUMED	Valorar los riesgos asociados a los procesos asistenciales llevados a cabo en la IPS permite identificar causas potenciales de eventos o incidentes, a los cuales se pueden aplicar acciones preventivas o de mejoramiento, que pueden reducir el riesgo de que ocurran fallos en la atención en salud.
	Aplicar la metodología definida.							Referente del PSP		
	Definir las acciones preventivas o de mejoramiento requeridas.							Gerente - Referente del PSP		
	Implementar las acciones de mejoramiento o preventivas establecidas.							Jefe del proceso		
	Establecer la periodicidad del seguimiento y realizarlo a estas acciones.							Jefe del proceso		
	Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.							Gerente - Referente del PSP		

Documentar e implementar los procesos y/o actividades de:	Designar a las personas responsables de cada proceso.							Gerente	IPS FUMED	<p>La documentación de procesos es un paso vital para estandarizar la forma de ejecutar las actividades al interior de la IPS, y la estandarización de actividades a su vez disminuye las posibilidades de incurrir en fallos derivados de la atención en salud, ya que si las actividades y procedimientos asistenciales se llevan a cabo de la manera más adecuada de acuerdo con lo que indica la evidencia científica, los riesgos de causar daño al paciente durante la atención se minimizan.</p>
Dispensación segura de medicamentos.	Realizar la búsqueda bibliográfica de evidencia científica y normativa requerida para realizar la documentación de cada proceso.							Jefe del proceso	IPS FUMED	
Administración segura de medicamentos que incluya la utilización de "correctos" al momento de administrar medicamentos, restringe el uso de órdenes verbales e incluye manejo de derrames y rupturas de medicamentos.	Documentar los procesos teniendo en cuenta las actividades realizadas dentro de la institución, los avances científicos y los requisitos normativos.							Jefe del proceso	IPS FUMED	
Uso racional de antibióticos.	Establecer los puntos críticos a controlar dentro de cada proceso.							Jefe del proceso	IPS FUMED	

Marcación e identificación de medicamentos de alto riesgo.	Diseñar, adoptar o adaptar los indicadores de gestión necesarios para medir el desempeño de dichos procesos.						Jefe del proceso	IPS FUMED
Atención prioritaria a la gestante que incluya la no exposición de esta a demoras ni tramites injustificados.	Establecer que registros son necesarios para evidenciar la ejecución de las actividades propias de cada proceso.						Jefe del proceso	IPS FUMED
Aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución que incluya medidas de aislamiento universales.	Validar cada proceso en su área correspondiente.						Jefe del proceso	IPS FUMED
Bioseguridad.	Realizar los ajustes documentales que sean requeridos a partir de la validación.						Jefe del proceso	IPS FUMED

<p>Identificación correcta del usuario que Incluya estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación). Minimización de riesgos de caída que incluya clasificación de riesgos de caída en la institución</p>	<p>Socializar los procesos con el personal implicado en su ejecución.</p>												<p>Jefe del proceso</p>	<p>IPS FUMED</p>	
<p>Implementar un sistema de evaluación periódica de la adherencia a:</p>	<p>Definir el nivel de adherencia mínimo requerido para cada proceso.</p>												<p>Gerente - Referente del PSP - Jefe del proceso</p>	<p>IPS FUMED</p>	<p>Medir el grado de adherencia del personal a los procesos previamente establecidos es la fase siguiente del ciclo de mejoramiento, ya que permite establecer cuáles de las actividades definidas dentro de cada proceso se cumplen y cuáles no, ello es indispensable para generar acciones de mejoramiento concretas dirigidas hacia los aspectos y/o actividades</p>
<p>Proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia, periodicidad semestral.</p>	<p>Diseñar los instrumentos que permitan medir el nivel de adherencia de cada proceso.</p>											<p>Jefe del proceso</p>	<p>IPS FUMED</p>		

Proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios, periodicidad semestral.	Determinar el procedimiento o mediante el cual se realizara la evaluación de la adherencia para cada proceso.						Jefe del proceso	IPS FUMED	específicas que no están permitiendo el cumplimiento total de las personas con lo planificado en los procesos.
Protocolo de uso racional de antibióticos, periodicidad semestral	Ejecutar las mediciones de adherencia con la periodicidad establecida para cada proceso.						Referente del PSP	IPS FUMED	
Protocolo para la atención prioritaria de las gestantes, periodicidad semestral.	Sistematizar los resultados obtenidos en la medición de adherencia a cada proceso.						Referente del PSP	IPS FUMED	
Guías clínicas para la atención de las gestantes, periodicidad semestral.	Analizar en comité de seguridad las mediciones de adherencia establecidas para cada proceso.						Gerente - Referente del PSP - Jefe del proceso	IPS FUMED	
Complejidad del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante, periodicidad mensual.	Definir e implementar las acciones de mejora requeridas para elevar los niveles de adherencia a los procesos por parte del personal implicado en						Jefe del Proceso - Referente del PSP - Gerente	IPS FUMED	

<p>Higiene de manos para todos los servicios asistenciales, periodicidad semestral. Guía de aislamiento de pacientes, periodicidad semestral. Manual de Bioseguridad, periodicidad semestral. Protocolo de identificación correcta del usuario, periodicidad semestral. Protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios, periodicidad semestral.</p>	<p>estos.</p>																																					
<p>Evidenciar la realización de análisis de causas de eventos adversos, así como también, identificación de acciones inseguras, identificación de factores contributivos, y definición de acciones de</p>	<p>Incluir como punto de obligatorio análisis en el comité de seguridad cada uno de los eventos adversos en cuestión, en dado el caso en que no se presenten debe dejarse consignado</p>											Referente del PSP		IPS FUMED																								

<p>mejoramiento, todo esto desarrollado en comité de seguridad, para al menos los siguientes tipos de eventos cuando se presenten:</p>	<p>en el acta que no hubo eventos reportados durante el periodo.</p>							<p>salud de forma puntual, claro que esto debe estar sustentado una adecuada metodología de análisis de causas que permita identificar todos los componentes que originan dicha falla.</p>
<p>Lesión por administración incorrecta de medicamentos.</p>	<p>Realizar dentro del desarrollo del comité el análisis de causas, la identificación de acciones inseguras, la identificación de factores contributivos y la definición de acciones de mejora para cada evento presentado durante el periodo.</p>					<p>Referente del PSP - Jefe del proceso</p>	<p>IPS FUMED</p>	
<p>Lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio o al recién nacido.</p>	<p>Incorporar dentro de las tareas derivadas del comité, la elaboración de los planes de mejoramiento requeridos para</p>					<p>Referente del PSP</p>	<p>IPS FUMED</p>	

	minimizar el riesgo de que los eventos vuelvan a ocurrir.									
<p>Infección asociada a la atención en salud.</p> <p>Lesión por identificación incorrecta del usuario.</p> <p>Lesión por caída asociada a la atención de salud.</p>	<p>Hacer seguimiento a la implementación de estos planes de mejoramiento en el marco del comité de seguridad.</p>						Referente del PSP	IPS FUMED		