

**DISEÑO Y ELABORACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
LA IPS MEDISAN LTDA DE SAN JUAN NEPOMUCENO**

CARMEN SOFIA DE ORO LORA

LEYLA LEONOR CASTILLO CARMONA

CORPORACION UNVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

ESPECIALIZACION GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

SINCELEJO, SUCRE

2015

**DISEÑO Y ELABORACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
LA IPS MEDISAN LTDA DE SAN JUAN NEPOMUCENO**

**CARMEN SOFIA DE ORO LORA
LEYLA LEONOR CASTILLO CARMONA**

**Trabajo de grado como requisito para optar al título de especialista en gerencia de la
calidad y auditoría en salud**

Director

GERMAN ARRIETA BERNATE

M.Sc. Docente – Investigador

CORPORACION UNVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

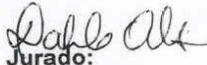
ESPECIALIZACION GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

SINCELEJO, SUCRE

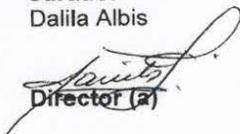
2015

ACTA DE SUSTENTACIÓN No. 12**FECHA:** Sincelejo, 27 de agosto de 2015**HORA:** 3:00 pm**LUGAR:** Sala de Reuniones Posgrado**TITULO:** DISEÑO Y ELABORACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN LA IPS MEDISAN LTDA DE SAN JUAN
NEPOMUCENO**JURADOS:** Dalila Albis**AUTOR(ES):** CARMEN SOFIA ORO LORA Y LEYLA LEONOR CASTILLO
CARMONA**DIRECTOR: Dr. (a):** German Arrieta

Después de la apertura de la sesión por parte del Coordinador de la Especialización en GCYAS, de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR, de la exposición por parte de los autores, del interrogatorio hecho por el jurado y de las respuestas de los autores, el puntaje obtenido fue de Aprobado lo que equivale a una calificación de: 3.8.

**Jurado:**

Dalila Albis


Director (a)

DEDICATORIA

Agradecerle a Dios, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mi esposo, Dayro Posso Llach, quien me brindo su amor, su cariño, su estimulo y apoyo constante.

A mi adorado hijo Juan Diego, quien me prestó el tiempo que le pertenecía para yo poder terminar.

A mis padres que me enseñaron desde pequeña a luchar por alcanzar mis metas.

Mi triunfo es de ustedes, ¡los amo!

Carmen de Oro.

Inicialmente deseo agradecerle a Dios por ser siempre ese sentimiento de alegría, tranquilidad y serenidad en cada momento de esta etapa de vida que esta próxima a culminar.

A mis padres, Julio y Sara, mis hermanos, no hay un día que no agradezca a Dios por haberme colocado entre ustedes. La fortuna más grande es tenerlos, son mi tesoro más valioso.

Por último agradecer a todas las personas que siempre creyeron en mi capacidad, capacidad que tenemos todos. Es grato saber la fuerza que poseemos cuando queremos alcanzar algo

Leyla Castillo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración en la realización de este trabajo a las siguientes personas:

A MEDISAN IPS LTDA, sus directivas y todos sus colaboradores, por permitirnos desarrollar en sus instalaciones nuestro trabajo de grado y contribuir con nuestro crecimiento.

A la ingeniera Industrial Sigrith Arrieta Pérez por prestarnos su colaboración y apoyo para el logro de este objetivo.

A CECAR y sus docentes por brindarnos sus conocimientos y ayudar en nuestra formación de manera integral.

En general a todos aquellos que en algún momento aportaron su granito de arena en nuestra capacitación como especialistas.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
1. TITULO	10
2. OBJETIVOS	11
2.1. General	11
2.2. Específicos	11
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3.1 Descripción del Problema	12
3.2 Formulación del Problema	14
4. ANTECEDENTES	15
5. JUSTIFICACION	20
6. MARCO DE REFERENCIA	22
6.1 Marco Teórico	22
6.1.1 <i>Marco general de la seguridad del paciente</i>	22
6.1.2 <i>Tipos de seguridad</i>	23
6.1.3 <i>La seguridad del paciente, su origen y evolución</i>	27
6.1.4 <i>La acción internacional para promover la seguridad del paciente</i>	32
6.1.5 <i>Estudios sobre seguridad del paciente</i>	35
6.1.6 <i>¿Que avances en seguridad del paciente hemos tenido en Colombia?</i>	38
6.1.7 <i>Política nacional de seguridad del paciente</i>	39
6.1.8 <i>¿Cómo se implementa el programa de seguridad del paciente?</i>	40
6.2 Marco Conceptual	46
6.3 Marco Legal	48
7. PROPUESTA DE SOLUCION	49
8. MÉTODOLOGIA	50
8.1 Tipo de estudio	50
8.2 Población y muestra	50
8.3 Instrumentos y técnicas para la recolección de información	50
8.4 Método	51
9. CRONOGRAMA	54
10. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	55
10.1 Diagnóstico	55
10.2. Contenido del programa	58
11. CONCLUSIONES	59
12. RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS	62
Anexo A. Encuesta de clima de seguridad del paciente	63
Anexo B. Programa de seguridad del paciente MEDISAN IPS Ltda.	66
Anexo C. formato para reporte de seguridad	77

RESUMEN

Las empresas de hoy en su esfuerzo por ser competitivas, recurren a todo tipo de técnica que les garantice mejorar sus ingresos, efectividad, productividad o en su defecto disminuir costos; es por esta razón y reconociendo que el cliente es el motor que mueve cualquier industria que hoy por hoy las empresas se preocupan por brindarle a los usuarios las mejores condiciones en su atención.

Una de las áreas en las que más se ha hecho énfasis es la seguridad del paciente, la cual tiene como finalidad que se presten servicios de manera que se evite o prevenga la ocurrencia de eventos adversos o incidentes.

En las empresas se construye seguridad, a partir de la generación de un sistema de gestión en el que confluyen diversas acciones dentro de las cuales se resalta en este proyecto para Medisan IPS el diseño y elaboración del programa de seguridad del paciente, siendo esta la primera de las acciones a seguir.

Palabras clave: seguridad, calidad, evento adverso, incidente, programa, paciente, atención.

ABSTRACT

Today's businesses in their effort to be competitive, they resort to all kinds of technique that guarantees them improve their income, effectiveness, productivity or otherwise reduce costs; It is for this reason and recognizing that the customer is the engine that drives any industry that today the companies are concerned about giving users the best conditions in your care.

One area in which more emphasis is made patient safety, which aims to services so as to avoid or prevent the occurrence of adverse events or incidents are provided.

In corporate security it is built, from the generation of a management system at the crossroads of various actions among which is highlighted in this project to Medisan IPS design and development of the program of patient safety, marking the first actions to follow.

Keywords: safety, quality, adverse event, incident, program, patient care.

INTRODUCCION

La seguridad del paciente siendo el primer eje del enfoque manejado en el Sistema Único de Acreditación, es además un referente para la realización del PAMEC, un aspecto de medición en el Sistema de información, un atributo de calidad definido en el decreto 1011 de 2006 y uno de los requisitos fundamentales incluido en los estándares de Sistema Único de Habilitación con los cambios realizados en la resolución 1441 de 2013 y 2003 de 2014; es decir, la seguridad del paciente es transversal a todos los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, lo cual denota la gran importancia que tiene este tema en el sector.

Medisan IPS Ltda. siendo consciente de tal importancia y queriendo no solo dar cumplimiento a la normatividad sino aportar valor a los servicios ofrecidos y brindarle a la comunidad lo mejor, atiende al diseño y elaboración del programa de seguridad del paciente que provea a la institución de las herramientas para minimizar los riesgos existentes.

Es de acuerdo a lo anterior y con el propósito inherente de fortalecer la formación de los autores que, se lleva a cabo el diseño de un programa basado en los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien ofrece la guía técnica para las buenas prácticas de seguridad del paciente.

A continuación se muestra la planeación, metodología y resultado obtenido para Medisan IPS Ltda.

1. TITULO

**“DISEÑO Y ELABORACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
LA IPS MEDISAN LTDA DE SAN JUAN NEPOMUCENO”**

2. OBJETIVOS

2.1 General

Diseñar un programa de seguridad del paciente de la IPS MEDISAN Ltda. que minimice los riesgos más frecuentes a los que se exponen los pacientes durante su atención.

2.2. Específicos

- Realizar un diagnóstico de las condiciones de seguridad del paciente en la IPS MEDISAN Ltda.
- Identificar las buenas prácticas de seguridad del paciente aplicables a la IPS de acuerdo a la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Definir políticas de seguridad del paciente y establecer un referente de seguridad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Descripción Del Problema

A nivel mundial se han visto incrementados los esfuerzos por lograr que se minimicen los riesgos a los que son expuestos las personas al ingresar a una entidad de salud; es así, como se ha estado trabajando en políticas enfocadas a la seguridad del paciente desde instituciones como la Organización mundial para la salud (OMS), La Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otras; todo esto dado el problema existente con los accidentes que ocurren a los pacientes durante su atención y estadía en las instituciones prestadoras de servicio de salud de todos los tipos y complejidades, al punto que estudios han demostrado que es más seguro viajar en avión o tren que ser atendido en un hospital, clínica o cualquiera que sea la denominación.

Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

Las iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente han encontrado dificultades en su proceso de implementación pues el término “seguridad del paciente”, aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas. En el ámbito internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha estimulado a los países a que “presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria”. Además se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que

comenzó a funcionar en octubre de 2004, como un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que “la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo”.

Según la OMS, en los países en vía de desarrollo el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad. El mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de que se presente esta alta incidencia de eventos evitables. Por lo tanto, en la mayoría de los países de América Latina la seguridad en la atención de los pacientes es una de las variables que determinan la calidad de la atención en salud, pues no solo es una obligación ética de las instituciones sino también una responsabilidad legal.

En Latinoamérica las cifras son un poco más altas de acuerdo a el estudio IBEAS (prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica), un proyecto desarrollado en 2007 por Colombia en conjunto con México, Argentina, que encontró que de cada 100 pacientes que ingresan a un hospital, 12 sufren un evento adverso y la mayoría por infecciones nosocomiales, es decir adquiridas en la institución. Se dice que entre el 60 y 70 por ciento de estos eventos pueden evitarse y que las instituciones de salud y los grupos médicos deben sumar esfuerzos para ser mucho más meticulosos para evitarlos, con la implementación de programas, culturas, y protocolos.

Aunque efectivamente el estado se ha querido alinear con las políticas mundiales, aun el tema de seguridad del paciente requiere de mayor conciencia y sensibilización de modo que la cultura de seguridad se alcance y llegue a ser más que una imposición pues a la fecha la incidencia de demandas por fallas en la atención médica se incrementó en un 45%, mientras que la prevalencia (casos nuevos) tuvo un aumento de un 35%, desde el 2006, de acuerdo con la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (Scare).

Por otra parte aunque se ha avanzado en programas de seguridad, los eventos adversos siguen arrojando costos astronómicos para las familias, entidades de salud y para los mismos estados.

En Medisan IPS el avance ha sido poco, a la fecha se tiene un subregistro de eventos que no permite cuantificarlos claramente, las actividades enfocadas a la prevención o corrección no son sistemáticas ni estándares y no se cuenta con un responsable asignado para la planeación, control y mejoramiento en este asunto, de allí la necesidad de diseñar y elaborar un programa de seguridad del paciente con cuyos componentes se establezcan los pilares para la cultura de seguridad y se empiece contribuir en el mejoramiento de la calidad del servicio a través de la prestación de una atención segura.

3.2 Formulación Del Problema

¿Afecta la calidad en la prestación de los servicios de la IPS Medisan Ltda al no contar con un programa de seguridad del paciente que propenda por la minimización y/o eliminación de los riesgos a los cuales se ven expuestos sus usuarios?

4. ANTECEDENTES

El tema de la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud fue una realidad poco o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape, dos investigadores estadounidenses, publicaron en el *The New England Journal of Medicine*, una de las más prestigiosas revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar. Estos autores encontraron que hay “una cantidad importante de lesiones inflingidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar”, y concluyeron diciendo que “la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”. A partir de esta publicación la Seguridad del paciente ha venido adquiriendo un auge en investigación y conocimiento, pero trasciende cuando se revela el documento *Errar es humano* en 1999 por el Instituto de medicina de Estados Unidos, en el cual anuncian la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA, siendo este los inicios del interés por estudiar a fondo tanto en esta ciudad como en todo el mundo las acciones y estrategias que protegen al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud, las cuales pueden tener secuelas graves que llevan hasta la muerte de los pacientes, su génesis involucra no solo a factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales, académicos y tecnológicos.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud. La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la

calidad; mejorarla requiere de una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidas la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidado sano, todas estas medidas se han evidenciado como faltantes en el sistema de salud Colombiano. A pesar del aumento del interés en estudiar la seguridad del paciente por parte de los diferentes actores del sistema, es común encontrar situaciones determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, diferencia en los propósitos específicos de los actores, insuficiencia de un sistema de salud para llenar las expectativas de las instituciones y diferencias en los abordajes metodológicos de salud de Colombia; situación que pone entre dicho la efectividad en la implementación de las diferentes normas, que se han promulgado para abordar dichos temas. Las consecuencias desfavorables que tiene la poca disponibilidad de información sobre las condiciones para garantizar la seguridad del paciente, afectando a todos los actores del sistema. De manera especial a las EPS e IPS, al paciente y su familia disminuyendo su calidad de vida por los eventos adversos de los que son víctimas potenciales y las instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud porque al no existir lineamientos claros sobre las guías de identificación y manejo de eventos, se ven obligadas a asumir sobrecostos por las atenciones, se altera la relación médico paciente y se deteriora la imagen institucional perdiendo la confianza de la comunidad en el sistema. Los estudios realizados en varios países ponen de manifiesto un índice de efectos adversos de entre el 3,5% y el 16,6% del número de pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte. Varios estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos, y específicamente el estudio de Harvard Medical Practice Study¹ concluye que el 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales. El departamento de salud del Reino Unido en su informe del 2000 estimó que se

producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones o alrededor de 850.000 eventos adversos al año. El Quality in Australian Health Care study publicado en 1995 halló una tasa de eventos adversos del 16.6% entre los pacientes de los diferentes hospitales en estudio. El grupo de trabajo sobre la calidad de la atención hospitalaria de hospitales para Europa en el 2000 estimó que uno de cada diez de los pacientes de los hospitales Europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos. Un estudio realizado en el año 2000 sobre los datos nacionales de causas de defunción en la población proporcionados por el DANE en Colombia correspondientes al año 1998 evidenció que el 24.1% de las defunciones era ocasionado por enfermedades no letales. Además de las repercusiones en el paciente por los efectos adversos se suma el aspecto económico. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones de dólares. Los efectos indeseables de la atención en salud son un problema que afecta a todos y cada uno de las personas involucradas en el proceso de atención, tanto el personal administrativo como el asistencial, y se convierten en la razón del abordaje en el tema de la seguridad del paciente y avanzando hacia la obtención del mejoramiento de su calidad de vida, porque ahora los profesionales del área de la salud son más conscientes y responsables de ofrecer una mejor atención incluyendo la seguridad del paciente como una característica inherente a la práctica médica que busque minimizarlos y prevenirlos. Con el objeto de facilitar el desarrollo de políticas y prácticas de seguridad del paciente de los Estados Miembros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que parte de reconocer que la incidencia de eventos adversos pone en peligro la calidad de la atención, que la mejoría permanente del desempeño de sistemas de salud es clave para reducir eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente así como la calidad de la atención, y que el compromiso con la promoción de la seguridad del paciente es principio fundamental de los sistemas de salud. La Alianza señaló 6 esferas de actividad principales • Los Retos Globales: En 2005-2006, “una atención limpia es una atención más segura” y en 2007-2008 “la cirugía segura salva vidas”. • Pacientes por su propia seguridad. • Taxonomía de la seguridad del paciente. •

Investigación en el campo de la seguridad del paciente. • Soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad. • Notificación y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente. En mayo de 2007, la OMS lanzó "9 soluciones para la seguridad del paciente", y posteriormente presentó el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, iniciativa del 2º Reto Global "La cirugía segura salva vidas". La estrategia de seguridad del paciente fue definida como el "conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos" (Agencia para la calidad e investigación en salud de EU). El Estado colombiano pagó desde 2005 el equivalente a US\$1,68 millones de dólares en indemnizaciones por concepto de errores médicos, cirugías sin consentimiento y diagnósticos falsos (El Tiempo, 18 julio 3/08). El Consejo de Estado dictó al menos 15 condenas por fallos médicos, mientras hay pendientes 90.000 procesos y de cada 10 el Estado pierde 7. La Supersalud recibió más de 50.000 reclamos y peticiones de usuarios del sistema de salud. Y el Ministerio de la Protección Social señaló que en el Informe IBEAS Colombia, 18 de cada 100 personas atendidas en hospitales son víctimas de errores médicos, declaración que desató gran polémica por la utilización de la palabra "error médico" en vez de "evento adverso", ya que los errores no siempre son de los médicos sino también del sistema mismo de prestación de servicios de salud. Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría acreditación y sistema de información para la calidad), y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de Salud y Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud. Colombia desarrolló con México, Costa Rica, Perú y Argentina el proyecto IBEAS, para conocer la prevalencia de eventos adversos en hospitales, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y de fácil aplicación, y capacitar grupos de evaluadores. Sin embargo, la seguridad del paciente no es tema nuevo en Colombia: numerosas

instituciones, de forma aislada, trabajan hace muchos años en modelos de gestión de la seguridad del paciente, tema central en la calidad de los cuidados clínicos. Dicha Gestión Clínica busca mejorar la seguridad del paciente mediante el diseño de procesos seguros para evitar eventos adversos evitables, teniendo en cuenta todas las dimensiones de la calidad. Se proponen enfoques de diseño para el proceso de seguridad del paciente, que confrontan el enfoque médico con el enfoque de ingeniería; también se proponen enfoques basados en sistemas de riesgos, se diseñan procesos para la evaluación de la calidad. Se observa que en Colombia la información que se tiene acerca de las condiciones de seguridad del paciente es escasa y más aún en 19 atenciones de primer nivel de atención, la cual no satisface la necesidad de una información organizada y a disposición de los actores del sistema de salud, pues la mayor parte de la documentación sobre eventos adversos que se tiene proviene de estudios hospitalarios porque los riesgos asociados a la atención hospitalaria son mayores, los pacientes le dan una mayor importancia y las estrategias de mejora están más ampliamente documentadas. El tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la “cultura del reporte” pero infortunadamente, en Colombia la negación y el encubrimiento siguen siendo comunes, la conciencia de sistemas es limitada y la capacidad de rediseñarlos es todavía limitada, y los cuidados a la salud son dinámicos y cambian constantemente con medicamentos, tecnologías y enfermedades crónicas. Nuestro país asume entonces el reto de generar cultura de seguridad del paciente, porque mejorar dicha seguridad no sólo es una obligación moral, sino que además contribuye a rescatar la autonomía profesional y evita condenas por responsabilidad civil.

5. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las empresas tienen múltiples propósitos, atrás quedaron esos días donde la finalidad era solo generar dinero y producir, es así como hoy en día su razón de ser va mas allá interesándose por aspectos como el medioambiente, el bienestar social y otros.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud específicamente, donde su objeto es la prestación de un servicio que busca el mejoramiento de la calidad de vida de las personas a través del mantenimiento y/o mejoramiento de su salud; además de los mencionados son de gran importancia aspectos relacionados con la calidad, la humanización y la seguridad tanto de los trabajadores como del paciente. Temas estos que aun cuando parecen obvios e inherentes a la naturaleza de estas empresas, con el paso del tiempo y la evolución tecnológica han perdido su esencia y se ha hecho necesario que hoy por hoy existan leyes y normas que buscan su obligatorio cumplimiento y que poco a poco le han ido devolviendo la importancia convirtiéndolas en pilares para el funcionamiento de las empresas.

En esta ocasión se hace énfasis en lo relacionado con la seguridad del paciente, asunto que es relevante ya que al ser trabajado adecuadamente asegura que se cumpla el propósito por el cual existen las instituciones prestadoras de servicios de salud; es decir, ayudar y mejorar, evitando que ocurran eventos contrarios que puedan atentar contra la integridad física, psicológica o moral de sus pacientes.

Es necesario contar con un programa que documente y estandarice las estrategias en pro de la seguridad del paciente por las siguientes razones:

- Cumplimiento de la normatividad vigente, resolución 2003 de 2014 donde se establecen los requisitos mínimos del sistema único de habilitación.
- Evitar o minimizar la ocurrencia de eventos adversos e incidentes o en su defecto reducir el impacto que estos puedan tener.
- Al evitar los eventos adversos se logra también pacientes más satisfechos lo que conlleva a un mejoramiento de la imagen institucional y disminuye la probabilidad de que se entablen demandas legales.
- Sirve de plataforma o herramienta para la creación de la cultura de seguridad del paciente que sirva para que la institución identifique todas las causas de los errores, le den solución oportuna y se evite su recurrencia.
- Fortalece la capacidad para actuar y evitar, en la medida de lo posible, que ocurra lo que no debería ocurrir y proteger a los pacientes de riesgos extremos y en muchos casos innecesarios.

De manera central el programa de seguridad del paciente en Medisan Ltda se justifica en la necesidad de garantizar a sus usuarios una institución donde se preocupan por su integridad.

Es así como el impacto se ve reflejado en la empresa a nivel de imagen, costos y calidad; en los pacientes al estar más seguros y en la comunidad al contar con una IPS confiable.

Por su parte a los desarrolladores de este proyecto le es utilidad la ampliación de conocimientos en un tema de tanto auge que le permitirá tener mayor oportunidad en la implementación del mismo en sus campos de trabajo.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1 Marco Teórico

6.1.1 Marco General De La Seguridad Del Paciente

En los diferentes campos de la actividad humana, la seguridad es un tema recurrente que cobra vigencia cada vez que ocurren accidentes o eventos que ponen en riesgo la vida de las personas. El ser humano desde que nace tiene necesidad de seguridad. De acuerdo a la Teoría de la Motivación Humana, esa necesidad solo es superada por necesidades fisiológicas básicas como la alimentación y la respiración, pero de acuerdo a dicha teoría, para el individuo la seguridad es más importante que las necesidades sociales. (Maslow, A.H., 1943, p.50)

Para comprenderla de un modo integral, la seguridad debe ser estudiada desde diversas perspectivas, que van desde el nivel macro o seguridad del Estado, hasta el nivel micro relacionado con la seguridad de las personas o seguridad humana. La seguridad humana es el resultado de diversos factores, por lo que conseguirla depende no sólo de las acciones del Estado y sus órganos administrativos como la policía, el ejército y los tribunales, sino también de la participación de organizaciones sociales, la comunidad y los propios individuos.

La palabra “seguridad” proviene del latín “securitas” y de manera general, se utiliza para indicar la “ausencia de riesgo” o también para referirse a la confianza en algo o en alguien. La seguridad se ha estudiado en diferentes ámbitos, siendo uno de ellos el ámbito laboral, en el que se atribuye a W.H Heinrich el primer estudio para determinar la proporción de incidentes y daños debidos a la inseguridad en el trabajo. En la década de 1940, Heinrich encontró que por cada 300 incidentes que no causan daño a las personas, hay 10 que producen incapacidad temporal con

duración menor a seis meses y uno que ocasiona incapacidad permanente o inclusive la muerte. (W.H. Heinrich. 1941)

En el campo sanitario, desde las dos últimas décadas del siglo veinte el tema de la seguridad del paciente empezó a tomar auge, debido principalmente a la evidencia creciente de lesiones innecesarias en pacientes debidas a condiciones de inseguridad y fallas en la calidad de atención, así como a sus efectos económicos tanto en usuarios como en proveedores de servicios de salud. El deseo de seguridad por parte de los pacientes es entendible, ya que su experiencia les permite inferir que cuando acuden a los servicios de salud y especialmente cuando son hospitalizados, pueden sufrir algún daño, por lo que su expectativa es la de recibir siempre servicios bajo condiciones de seguridad.

6.1.2 Tipos De Seguridad

Seguridad Humana. Desde la década de 1990 se utiliza el enfoque de seguridad humana, para promover medidas de protección contra riesgos a los que está expuesto el individuo, con el fin de que este logre una vida más saludable, productiva y de calidad. Este enfoque sirvió de referente a la Organización de Naciones Unidas, para definir en el 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (ONU.2000).

El enfoque de “seguridad humana” se utiliza operativamente desde 1994 por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), quien lo incorpora en su Informe sobre Desarrollo Humano. (Organización de Naciones Unidas. 1994). En ese informe se enfatiza la necesidad de tomar medidas preventivas para disminuir la vulnerabilidad y reducir al mínimo los riesgos para los derechos, la seguridad y la vida de las personas.

Dentro de las categorías de la seguridad humana se encuentran: Seguridad alimentaria, Seguridad en Salud, Seguridad ambiental, Seguridad personal, Seguridad de la comunidad y Seguridad política. Desde esta perspectiva, la seguridad en salud es una de las categorías necesarias para lograr seguridad humana.

La seguridad en salud se traduce operativamente, en la responsabilidad que tiene el Estado para garantizar a todos sus ciudadanos el acceso a servicios de salud. La vinculación entre seguridad humana y seguridad en salud fue señalada en el año 2002 por la Directora General de la OMS, quien afirmaba que: “la salud para todos es indispensable para la seguridad humana y la buena salud, es indispensable para la seguridad futura del planeta” (Brundland GH. 2002). En el 2006, esa vinculación fue ratificada por el Director General de la OMS, quien durante la presentación del Programa de Trabajo 2006-2015, aseveró que: “la salud se percibe cada vez más como un aspecto fundamental de la seguridad humana” (OMS. 2006).

En base en lo anterior, “la inseguridad humana en salud esencialmente significa, la incapacidad del sistema sanitario para garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los ciudadanos”.

La seguridad humana en salud se evidencia a través de dos indicadores relacionados entre sí: a). accesibilidad: proporción de población con acceso a servicios públicos de salud y b). aseguramiento en salud: proporción de población con algún mecanismo público o privado que asegure su atención médica. Lamentablemente, en los países de Latinoamérica aún persisten en diverso grado indicadores negativos de la seguridad sanitaria. El marco constitucional de los países por lo general refiere que la salud es un derecho, con lo cual los Estados declarativamente cumplen con garantizar ese derecho humano a su población. Los sistemas de salud se organizan de tal manera que tratan de lograr la cobertura de servicios de salud para su población, sin

embargo, en la realidad algunos segmentos de la población no cuenta con acceso real a los servicios o bien, el acceso ofrece diferentes barreras que lo hacen imposible o inoportuno. Un problema adicional es que algunos segmentos de la población en los países, no cuentan con mecanismos de aseguramiento formal, sea público o privado. Los segmentos de población que tienen garantizado el aseguramiento de los servicios de salud son aquellos incorporados a la seguridad social, cuyo financiamiento suele ser compartido por el empleador, el empleado y el Estado, así como la población incorporada a las denominadas “obras sociales”. Sin embargo, la proporción de la población asegurado por el mecanismo de la seguridad es de alrededor del 50% y en algunos países mucho menos que eso. Otro pequeño segmento de población de los países de Latinoamérica, que no llega al 5% y que generalmente corresponde a personas con ingresos medios y altos, cuenta con un seguro privado de salud. Ello significa que la atención médica del resto de la población debe estar supeditada a una atención subsidiada con los fondos públicos del Estado, mecanismo que no le asegura necesariamente una cartera de servicios de salud suficiente ni le explicita, mediante una póliza de aseguramiento o instrumento similar, los beneficios a los que tiene derecho.. Se puede aseverar entonces que el sistema de salud es esencial para la seguridad humana, siempre y cuando garantice dos tipos de acciones a la población: la promoción de la salud y prevención de enfermedades y; el acceso equitativo y cobertura de bienes, productos y servicios de atención médica. El enfoque de seguridad humana lleva implícito aceptar tácitamente que la salud, “es un bien de carácter público”.

Seguridad hospitalaria El término seguridad hospitalaria data de la década de los años ochenta del siglo XX y se refiere al estado en el que un establecimiento de salud ha disminuido su vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional, a niveles en los que garantiza una capacidad de respuesta suficiente para hacer frente a necesidades de salud de la población en una situación de emergencia o desastre, que por lo general son necesidades mayores a las habituales. Esta dimensión de la seguridad tomó auge en 2004, cuando los países de América aprobaron una resolución en la 45^a. Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en la que se adoptó el lema “hospitales seguros frente a los desastres” y se

acordó construir los hospitales nuevos con un nivel de protección que permita continuar prestando servicios en situaciones de desastre. En el 2005, la OMS con base en los resultados de la “Conferencia Mundial sobre Reducción de los Desastres” celebrada en Japón en el 2004, aprobó una Resolución en la que se sugirió a los países desarrollar acciones para reducir los desastres. Para avanzar en ese propósito se estableció una definición operativa de hospital seguro, la cual quedó expresada en los siguientes términos: “un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad y en su misma infraestructura durante una amenaza natural e inmediatamente después de la misma”.

El propósito de la seguridad hospitalaria es crear condiciones de seguridad para la vida de los pacientes, del personal de salud y de los visitantes al hospital, además de conservar la infraestructura e inversión hospitalarias. Para determinar el grado de seguridad del hospital frente a los desastres, se ha desarrollado una herramienta práctica que permite conocer el “índice de seguridad hospitalaria”, el cual incluye la evaluación de los componentes estructural, no estructural y funcional, y se asigna la calificación de seguridad alta, media o baja.

Seguridad clínica. La seguridad clínica data del tiempo del “corpus hippocraticum” y esencialmente se refiere a la seguridad que debe haber en los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de atención hospitalaria, así como a la calidad en la formación del personal de salud y la ética en la relación entre pacientes y personal de salud. La seguridad clínica se relaciona estrechamente con la “microgestión” que se realiza en los departamentos o servicios clínicos del hospital, por lo que en buena medida depende del desempeño gerencial de los jefes de esos servicios.

La seguridad clínica depende básicamente de dos componentes: a) De los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de salud. Es decir, de la formación técnica y ética de

los profesionales de salud, así como de los programas de educación continua en los que participan a lo largo de su vida profesional. b) De las condiciones ambientales y de operación de los servicios donde se atiende a los pacientes. Es decir, de la capacidad gerencial de los jefes de servicio para usar óptimamente los recursos disponibles y su habilidad para conseguir la eficaz colaboración de los servicios de apoyo como los de conservación, nutrición, farmacia y recursos materiales (microgestión).

De la microgestión inherente a la seguridad clínica, dependen en buena medida la realización de acciones para prevenir eventos adversos en salud, de modo que su relación con la seguridad del paciente es muy estrecha. De acuerdo a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente promovida por la OMS, el evento adverso se define como “una lesión causada por el proceso de atención, diferente a la que es causada por la propia enfermedad”. Dicho de otro modo; el evento adverso es una manifestación de “inseguridad clínica”. En algunos hospitales es tal la relevancia que se da a la seguridad clínica, que se han desarrollado programas específicos y se han creado “unidades de gestión de riesgos clínicos hospitalarios”. Estos programas y unidades están a cargo de personal del propio establecimiento de salud, bajo la premisa de que cada servicio genera sus propios problemas de seguridad y por lo tanto, sus trabajadores están en mejor posición que otros para detectarlos, analizarlos y controlarlos. (Pardo R. y cols. 2005; 211-215).

6.1.3 La Seguridad Del Paciente, Su Origen Y Evolución

De manera convencional y para efectos operativos, la seguridad del paciente puede ser entendida como el “conjunto de acciones orientadas a la protección del paciente contra riesgos y daños innecesarios durante la atención médica”. La seguridad del paciente involucra aspectos propios de la seguridad humana en salud, de la seguridad hospitalaria y de la seguridad clínica, por lo que no depende solamente de la atención que proporcionan al paciente directamente los

profesionales de la salud. Quizás algunos ejemplos permitirán comprender mejor, el involucramiento de los niveles de seguridad mencionados, en la seguridad del paciente. La atención inoportuna suele ser un factor suficiente para causar daño a los pacientes, ya sea debido a la evolución natural de la enfermedad o como resultado de una complicación de la misma. El diferimiento para recibir atención médica para realizar algún estudio diagnóstico o un procedimiento terapéutico en los servicios públicos de salud, por ejemplo diálisis renal, quimioterapia o intervención quirúrgica, puede deberse a una deficiente gestión clínica y hospitalaria o bien, a la deficiente organización del sistema de salud, por escasa inversión de fondos públicos y sobresaturación de los servicios. En estos casos, en sentido estricto el daño a los pacientes no se puede atribuir a una falla de los profesionales de salud que laboran por ejemplo en un hospital, ya que en todo caso, además de los pacientes, ellos se convierten en segundas víctimas de las deficiencias políticas del más alto nivel, que inducen fallas en la seguridad humana en salud, la seguridad hospitalaria y la seguridad clínica. Del mismo modo, la seguridad del paciente que está expuesto al riesgo de recibir un tipo de gas en vez de otro, al uso de equipos mal calibrados como un esfigmomanómetro o una bomba de cobalto, a la atención por personal poco calificado o incompetente para realizar ciertos procedimientos y a una atención sin protocolos ni guías de atención clínica, tampoco depende directamente del profesional de salud que presta la atención al paciente, sino de que no se cumplen requisitos fundamentales de la seguridad hospitalaria y la seguridad clínica. En sentido estricto, seguridad del paciente significa atención sin riesgos ni daños, situación ideal pero al mismo tiempo poco realista, ya que ningún sistema de salud puede garantizar a los pacientes una atención totalmente libre de riesgos. Para efectos prácticos, seguridad del paciente es el conjunto de acciones cuyo fin principal es reducir al máximo posible los riesgos y fallas a los que está expuesto un paciente, así como a evitar los daños o eventos adversos, algunos de los cuales pueden ser tan severos que ocasionan la muerte de pacientes.

El reconocimiento del error médico y el daño a los pacientes se empezó a hacer evidente desde mediados del siglo pasado, mediante publicaciones en las que se reconocieron tácitamente

las fallas de los sistemas de atención y hacia finales de ese siglo, se empezaron a publicar las tasas de daños atribuibles a fallas en la atención médica, conocidos como eventos adversos.

Esas publicaciones alentaron una corriente de opinión favorable para promover políticas, programas y estrategias para mejorar la seguridad del paciente, cuyo objetivo principal es la disminución de errores en el sistema sanitario, así como la prevención de eventos adversos y daños innecesarios en los pacientes. De esas publicaciones destacan la de Barr en 1955, quien afirmaba que los errores en la práctica médica eran el “precio a pagar por la modernización de la medicina” y la de Moser, quien en 1956 aseveraba que “los errores son enfermedades del progreso médico” (Barr,1955). Más adelante Chantler en 1999, de una manera casi poética, en una publicación afirmaba que: “antes la medicina era sencilla, poco efectiva y relativamente segura; hoy es compleja, efectiva y potencialmente peligrosa”. (Chantler, C. 1999).

Por su parte, las publicaciones de Schimmel y Steel de 1964 y 1984, respectivamente, fueron pioneras en el largo camino para estimar la frecuencia con la que se presentan daños en los pacientes como consecuencia de la atención sanitaria. El primero encontró que el 20 % de los pacientes hospitalizados presentaba iatrogenia y el segundo, que el 36% de los pacientes de consulta general desarrollaba algún evento adverso, 25% de los cuales eran debidos a la medicación.(Schimmel, EM.1964).

En 1984 se llevó a cabo un estudio interdisciplinario en pacientes hospitalizados del Estado de Nueva York, en el que se encontró una tasa de eventos adversos (EA) de 3.7%, de los que 27.6% estaba asociado a negligencia médica. En cuanto a la magnitud del daño, el 70.5% de las personas dañadas tuvo discapacidad temporal, el 2.6% discapacidad permanente y el 13. 6% falleció. (TA Brennan.1991). La metodología utilizada en ese estudio, sirvió de base para realizar estudios similares en diversas partes del mundo, algunos de cuyos resultados se publicaron en un

documento preparado para la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 1998 El Instituto de Medicina (Institute of Medicine-IOM) de los Estados Unidos inició un proyecto denominado Quality of Health Care in América para promover la mejora significativa de la calidad de atención médica y en el 2000 publicó el informe titulado “To Err is Human: building a Safer Health System”, en el cual se plantea el problema de los errores médicos en ese país y la necesidad de tener servicios de salud más seguros. (Kohn LT, Corrigan J. Donaldson MS.2000).

Cabe destacar que a partir de la publicación del IOM antes mencionada, rápidamente se extendió por el mundo la preocupación por contar con sistemas de atención más seguros y diversos países empezaron a desarrollar políticas y estrategias para reducir los errores de la práctica médica y mejorar la seguridad de los pacientes. Tal es el caso del Reino Unido, que en 2001 puso en marcha un plan gubernamental para promover la seguridad del paciente, a través de un programa denominado “Building a safe HNS”, entre cuyas acciones se establece la obligatoriedad para notificar eventos adversos y complicaciones derivadas de la atención sanitaria.

El estudio retrospectivo del grupo de Harvard y otros estudios efectuados con una metodología similar de revisión de expedientes, han contribuido a precisar la tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Dentro de esos estudios se encuentran el estudio de prevalencia en hospitales realizado en 2005 en España, cuya tasa de EA fue de 8.4 para la atención hospitalaria y de 9.3% si se toma en cuenta a los pacientes atendidos en forma ambulatoria. El estudio IBEAS realizado en el 2007 en hospitales de cinco países de América Latina, mostró tasas de EA por país que oscilaron entre 7.7% y 13.1%.

De los estudios realizados, en el que se encontró la tasa más alta de 16.6% fue en el denominado Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) realizado en 1995 y por el contrario, la menor tasa de 2.9% se encontró en los estudios efectuados en 1992 en los Estados de Utah y Vermont de los Estados Unidos. Con una tasa intermedia se encuentran los realizados por Vincent y colaboradores en Londres en 1999 y 2000 con una tasa de 10.8%, el de Nueva Zelanda en 1995 con una tasa de 12.9% y el de Canadá en el 2000 con una tasa de 7.5%. Se ha tratado de explicar que la variabilidad de estos resultados, depende del objetivo del estudio, el tipo de servicios que se selecciona para realizarlos, así como del tipo de población. Cabe señalar que cuando los estudios se realizan con una metodología prospectiva o en unidades específicas como las de cirugía y cuidados intensivos, se obtienen tasas de eventos adversos son más elevadas. Asimismo, se debe destacar que en aquellos estudios que han estudiado la posible prevención del evento adverso, encuentran que en general cuando menos el 50% de ellos se pudo haber prevenido.

Con base en los resultados de esos estudios, hoy se acepta que la tasa de EA en pacientes hospitalizados es de alrededor del 10%. En otras palabras, de cada 10 internamientos, cuando menos uno presentará eventos adversos.

Además de los estudios antes descritos, se han efectuado estimaciones acerca del costo de los eventos adversos para los sistemas de atención. Si bien no son estimaciones exactas, dan una idea general de cuál es el precio que hay que pagar por los errores en la práctica médica. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre US\$ 6000 millones y US\$ 29000 millones de dólares estadounidenses. (Davis P, Lay Yee, Briant. 2002).

Lo más importante es tener conciencia de que puede tener una alta rentabilidad económica, la inversión en acciones de seguridad del paciente, ya que el ahorro puede ser muy superior a los gastos que produce.

6.1.4 La Acción Internacional Para Promover La Seguridad Del Paciente

Los resultados de investigaciones efectuadas por investigadores independientes, agencias de gobierno y organismos no gubernamentales, sobre la magnitud y tipo de daño a pacientes debidos a errores de la práctica médica, dieron el soporte técnico para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) colocara el tema de la calidad y la seguridad del paciente en la agenda de 55ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en Mayo de 2002. En dicha asamblea y con base en el informe preparado por un grupo de expertos sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, se aprobó una resolución en la que se recomendó a los países miembros de la OMS prestar mayor atención al problema de la seguridad del paciente y a establecer programas para mejorar la seguridad y la calidad de la atención, en particular en áreas como medicamentos, equipos médicos y tecnología. En noviembre de 2003 se llevó a cabo una reunión de tomadores de decisión en políticas sanitarias y expertos internacionales de todas las Regiones de la OMS, para discutir el futuro de la cooperación internacional en seguridad del paciente, durante la cual se propuso y aprobó la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y se definieron grupos de trabajo para temas específicos como los siguientes:

- a. Desarrollo y monitoreo de políticas de seguridad del paciente
- b. Sistemas de reporte y aprendizaje
- c. Investigación
- d. Taxonomía.
- e. Involucramiento de pacientes en la seguridad.

La integración de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el trabajo que ha realizado, ayudó a colocar los temas de seguridad del paciente en la agenda de los Sistemas de Salud de los países y a desarrollar acciones y estrategias para reducir los eventos adversos a nivel global o mundial, entre las que destacan los denominados “retos globales”.

Retos Globales

Los retos globales promovidos por la OMS tienen el propósito de lograr el compromiso político de los países para desarrollar acciones que impacten favorablemente y en el menor tiempo posible, en la disminución de eventos adversos de gran magnitud e impacto en la salud de los pacientes, como las infecciones hospitalarias y las complicaciones derivadas de la atención quirúrgica.

Primer reto. “Atención limpia es atención segura” Fue lanzado en el 2005 como una campaña a nivel mundial y tiene como elemento clave el lavado de manos, con el fin de prevenir la transmisión de patógenos. Aún cuando el lavado de manos es el elemento nuclear, el reto incluye en realidad los siguientes cuatro tipos de acciones: - Prácticas limpias: lavado de manos y seguridad de los procedimientos clínicos, quirúrgicos y de urgencias. - Entorno limpio: Seguridad del agua, saneamiento y en gestión de residuos. - Productos limpios: Seguridad en transfusiones de sangre y hemoderivados. - Equipos limpios: Inmunizaciones e inyecciones seguras. Estas acciones son fundamentales para crear un ambiente de seguridad, ya que por ejemplo, la falta de disposición adecuadas de desechos sólidos y líquidos de un hospital, puede propiciar infecciones no solo al paciente, sino también al personal de salud y a personas de fuera del hospital, expuesta a estos materiales.

“lavado de manos”. Actividad estelar de este reto. Las infecciones hospitalarias causan cerca del 50% de los eventos adversos y ocasionan costos adicionales considerables a los sistemas de

salud, por lo que se ha puesto especial énfasis en el lavado de manos como medida preventiva.(OMS.2009).

Segundo reto. “La Cirugía Segura Salva Vidas” La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria desde hace más de un siglo. Se calcula que en todo el mundo anualmente se realizan 234 millones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. A pesar de su costo-eficacia para salvar vidas y evitar discapacidades, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en los países del mundo y la falta de seguridad en la atención quirúrgica, puede provocar daños considerables.

En los países industrializados se estima que entre el 3 y 16% los procedimientos quirúrgicos tienen complicaciones que requieren reingreso y la tasa de mortalidad o discapacidad permanente es del 0,4 al 0,8%. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. Debido a la situación descrita, la OMS y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, empezó a trabajar en este reto en enero de 2007, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

Este segundo Reto Mundial intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones, mediante cuatro líneas de acción (OMS.2008):

- Proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.

- Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

“Lista de verificación quirúrgica”. Actividad estelar de este reto. Es común escuchar entre los profesionales del área de calidad, que la acreditación de prestadores implica que los establecimientos deben implementar la así llamada "pausa de seguridad" en sus pabellones quirúrgicos. También conocida como "lista de chequeo de la OMS", esta práctica ha encontrado rápida difusión en el mundo, gracias precisamente a la promoción que ha hecho de ella la Organización Mundial de Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Lista de verificación de la seguridad quirúrgica no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. La elaboración de la Lista de verificación se basó en tres principios. El primero fue la simplicidad; El segundo principio fue la amplitud de aplicación y el tercer principio fue la mensurabilidad. Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

6.1.5 Estudios Sobre Seguridad Del Paciente

La seguridad del paciente comúnmente se determina a través de un indicador negativo o indicador de daño, conocido como “tasa de eventos adversos” y el cual, al no centrarse en los riesgos, solo es parcialmente útil para gestionar acciones de prevención dirigidas a reducir o

atenuar condiciones adversas del sistema de atención que ponen en riesgo la seguridad del paciente. Cuando se analizan los eventos adversos se puede identificar que estos se deben a fallas o errores, cuyo abordaje puede efectuarse bajo dos puntos de vista: uno de ellos centrado en las personas y otro centrado en los sistemas. En el punto de vista personal, el incidente o evento adverso se percibe como falla o error atribuible a una persona o un individuo, a quien se le atribuye la culpa del mismo, en tanto que el segundo enfoque, asume que si bien en el incidente participan personas, las fallas son del sistema de atención o de salud, es decir, se asume como una falla del sistémica.

Para comprender este último enfoque, ha sido de gran ayuda el modelo explicativo que propuso el psicólogo James Reason en 1990, conocido como el “modelo de queso suizo”. En este modelo cada sistema tiene distintas barreras que separan la exposición a riesgos de los daños que pueden ocasionar, es decir, los riesgos de las pérdidas. Sin embargo, estas barreras del sistema no son infalibles y pueden tener “agujeros” como si se tratara de rebanadas de un queso suizo. Estos “agujeros en el queso” pueden ser de dos tipos: fallas activas, que son las cometidas por personas en contacto directo con los pacientes, y que generalmente tienen un impacto de duración muy breve, y las fallas o condiciones latentes, que son problemas generalmente ocultos y que son propios del diseño del sistema. Estos agujeros frecuentemente no están alineados, por lo que la falla en una barrera es contrarrestada por la impermeabilidad de la siguiente. Sin embargo, cuando dichas fallas o agujeros se alinean, entonces ocurre el accidente y este puede lesionar o dañar al paciente, en cuyo caso ocurrirá un evento adverso y en otros casos el accidente no logra causar daño, quedando solo en un incidente denominado cuasi-falla. Entonces el problema no es que ocurra una falla en el sistema, sino que concurren varias fallas a la vez y eso es lo que en realidad ocurre cuando se presenta un evento adverso, ya que este es el resultado de una cadena de acontecimientos desafortunados y más que una falla aislada, es una serie de fallas del sistema que es necesario analizar y corregir.

El término “fallas latentes” citado entre otros por Thomas y Petersen, son condiciones o defectos de los sistemas de salud que en cualquier momento pueden dar lugar a errores en la atención y que muchas veces están presentes por meses o años sin que nadie se ocupe de corregirlos. Entre dichos defectos se pueden citar los siguientes: organización diseñada deficientemente, instalación incorrecta de equipos, deficiente sistema de adquisiciones, falla en el mantenimiento, personal inadecuado, entre otros; es decir, fallas de carácter estructural de los sistemas de atención.

En la medicina clínica, el “error latente” también se denomina casi-falla o casi-error (near-miss event). Los casi-fallas son situaciones o incidentes que, de no haber sido evitados, hubieran podido provocar daño al paciente. El estudio de los casifallas ha demostrado su utilidad en otros ámbitos como la aviación o la energía nuclear, donde han sido analizados tan exhaustivamente como los eventos adversos, ya que se ha encontrado que los factores que los ocasionan, son prácticamente los mismos que los que producen los eventos adversos, por lo que su identificación oportuna y las acciones para disminuirlos, son al mismo tiempo una acción preventiva de los eventos adversos.

Los estudios de investigación propiamente sobre la seguridad del paciente se inician hace no más de tres décadas, pero el Harvard Medical Practice Study realizado en 1984 en 51 hospitales del Estado de Nueva York, es considerado como uno de los estudios pioneros para determinar la tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Esa metodología fue utilizada posteriormente en diversos países desarrollados con el mismo propósito, así como en el estudio ENEAS de España y el IBEAS realizado en cinco países de América Latina. Los resultados de esos estudios contribuyeron a fundamentar las resoluciones de la OMS y la OPS para mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente, así como para estimular el desarrollo de sistemas de notificación y sistemas de gestión de riesgos. Actualmente los estudios sobre la seguridad del paciente han proliferado y su crecimiento ha sido exponencial en los últimos años, a partir de la

publicación en el año 2000 del libro “Error es Humano”, publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos.

6.1.6 ¿Que Avances En Seguridad Del Paciente Hemos Tenido En Colombia?

Desde la publicación del reporte Error es humano, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica. Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Cómo muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias.

Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, o más bien, de prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conforman el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto. Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en las instituciones, se paso de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la

obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta la reciente resolución 2003 de 2014.

6.1.7 Política Nacional De Seguridad Del Paciente

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no

dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

6.1.8 ¿Cómo Se Implementa El Programa De Seguridad Del Paciente?

A continuación se describen Ejes conductores del programa de Seguridad del Paciente:

Apoyo de la alta dirección Es fundamental porque implica el involucramiento en la seguridad de la Junta directiva y la Gerencia. Sin este apoyo, no se pueden iniciar las acciones que redundarán en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un pre-requisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente, la Gerencia asigna un presupuesto económico para las actividades de seguridad, se conforma un equipo líder de seguridad, se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se implementan las acciones de mejora.

Análisis y gestión de riesgos Análisis de modo y efecto de falla- AMEF La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal. La alta dirección de una institución expresa su compromiso permanente de trabajo con la seguridad de sus prácticas clínicas a través de unas actividades de gestión de riesgos tendientes a analizar los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos. Una potencial falla de un proceso se define como la manera en que el proceso pudiera fallar en cubrir sus requerimientos. Se describe en términos de lo que los clientes internos y externos pueden notar o experimentar.

El AMEF es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, el AMEF completo y bien hecho, debe ser una acción antes del evento y no un ejercicio posterior a los hechos.

Definición de privilegios o credenciales. La definición por parte de la Gerencia de la organización de los privilegios de los profesionales de la salud, en especial de los quirúrgicos, es componente fundamental de la seguridad del paciente. Parte del principio de que los procedimientos deben ser hechos por aquellos que tienen las competencias, habilidades y experticia para hacerlo bien a la primera vez, con lo cual se disminuye la probabilidad de que aparezcan eventos adversos. En este sentido, es importante anotar que la sola certificación o diploma universitario no es sinónimo de tener los privilegios. Aquí cobra importancia fundamental aquel dicho que reza que “la práctica hace al maestro”, Por lo tanto, la gerencia o en su defecto, un comité de privilegios, debe asignarlos a cada uno de los profesionales quirúrgicos en los procedimientos relacionados, basado en su entrenamiento, su actualización constante, y especialmente, a través de la verificación de que dicho profesional ha realizado un número determinado del procedimiento específico que lo vuelven idóneo para su realización.

Adherencia a guías de práctica clínica. Es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes. La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos. La guía considera no solo el estado del arte científico para el diagnóstico y

tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería y de instrumentación quirúrgica.

Para el diseño y desarrollo de las guías de práctica clínica la organización debe tener en cuenta las patologías más frecuentes en cada servicio. Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación. En ese propósito, debido a que frecuentemente las guías de práctica clínica son documentos voluminosos que pocos consultan, una estrategia que ha demostrado efectividad es convertirlas en listas de chequeo. De esta manera, una guía de manejo de decenas de páginas, se convierte en solo una, con algunos ítems, que es fácilmente verificable. En esta lista de chequeo se deben incluir aquellos ítems que los profesionales catalogan como infaltables en la guía.

Educación en Seguridad del paciente. La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Entre las actividades educativas que se pueden realizar diariamente están:

- Las sesiones breves de seguridad. Se presentan cuando el líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de turno, en un comité, en una revista diaria, etc para suministrar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, se recuerdan los cinco momentos del lavado de manos, o la manera correcta de identificar un paciente, o la manera correcta de comunicarse con otro profesional de la salud alrededor de las órdenes médicas, etc.

- Folletos. Son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la

institución se le da a la seguridad de los pacientes. Recuerda al lector sobre las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.

Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente.

- Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud: Es hoy aceptado en la literatura médica mundial que las infecciones adquiridas en el hospital, antiguamente denominadas “nosocomiales”, han sido y son, de lejos, la complicación más común que afecta a los pacientes hospitalizados; estando en mayor riesgo aquellos internados en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Con el advenimiento del movimiento global por la seguridad de los pacientes, en la última década a estas infecciones se les denomina ahora como “asociadas al cuidado de la salud”, término el cual sugiere de alguna manera, que no son en sí mismas complicaciones de la enfermedad del paciente, sino inducidas por el cuidado inseguro que reciben los pacientes. La literatura internacional considera mayormente que infecciones como la del torrente sanguíneo, asociada a la colocación de catéter central, (bacteriemia asociada a catéter), la neumonía asociada a la ventilación mecánica y la infección urinaria asociada a sonda vesical, son eventos adversos; susceptibles de ser evitables mediante la implementación de prácticas seguras relacionadas con el cuidado del paciente mismo y de los dispositivos insertados en él. Por esta razón, en algunos países desarrollados, una vez se presenta alguno de ellas, sola o en combinación con otra, su tratamiento específico no es cubierto por el organismo asegurador, práctica que dicho sea de paso, se ha ido diseminando peligrosamente a los países en transición como el nuestro. Evitar por lo tanto la aparición de estas infecciones en los pacientes representa en un reto mayor para los directores de clínicas y hospitales, no solo por la gestión clínica en sí, sino también, por la salud financiera de la organización. En el propósito de prevención, un factor fundamental es preguntarse si realmente el paciente necesita el dispositivo (catéter sanguíneo, sonda vesical o tubo oro traqueal). Por ser de importancia manifiesta, para este tema se desarrolla un paquete instruccional específico.

- Gestión segura del uso de medicamentos: Los errores en el uso de medicamentos son uno de los de mayor ocurrencia en la atención en salud. Ellos pueden suceder en cualquier paso de la cadena logística; bien sea desde la selección del medicamento hasta su administración al paciente. Aunque afortunadamente no todos ellos terminan en eventos adversos (solo en 6% al 10% de todos los pacientes hospitalizados), preocupan grandemente al sistema de atención en salud, pues atenderlos tiene muy alto costo. Recientes publicaciones provenientes de los Estados Unidos reportan que al menos 3.5 billones de dólares, como costo médico extra por año, se gastan en ese país para atender estos eventos adversos. Algunas prácticas como la orden médica hecha por computador y la identificación y gestión adicional de aquellos de alto riesgo (medicamentos de control y LASA (que se parecen a, o suenan como) han disminuido su frecuencia.

El uso de medicamentos en los pacientes conlleva diferentes riesgos entre los cuales se puede presentar su incorrecta administración, bien sea porque hay error en la dosis o en el medicamento mismo, el uso de soluciones concentradas directamente en los pacientes, contaminación de mezclas intravenosas, técnica no aséptica al administrar un medicamento a un paciente y la ausencia de conciliación medicamentosa. Implementar barreras para evitar estos eventos es de vital importancia, más si tenemos en cuenta que a futuro seguramente el riesgo de que estos eventos se presenten aumentará como producto del desarrollo de nuevos medicamentos, del descubrimiento de nuevos usos de los medicamentos ya existentes, del envejecimiento de la población, del incremento en el uso de medicamentos para la prevención de enfermedades y del incremento en el cubrimiento por los aseguradores de los medicamentos prescritos.

Búsqueda activa de eventos adversos. Conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente no se reportan, claramente los hospitales necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad

del daño e iniciar las acciones para minimizar sus consecuencias. En 2009 el Institute for HealthCare improvement publicó una herramienta para medir eventos adversos, la cual provee un método fácil para identificar efectivamente eventos de este tipo, cuantificar el daño y medir la tasa de eventos adversos sobre el tiempo. Consiste en una revisión retrospectiva de una muestra de historias clínicas de pacientes. Existen otras alternativas para monitorear la calidad y la seguridad de la atención 72 no muy acudidas por los auditores, en las cuales se pueden identificar eventos adversos a los esperados. Ellas son: el contacto confidencial con los clínicos, los registros de auditoria, conferencias de morbi-mortalidad, el resumen de egresos, las quejas de pacientes y familiares, las rondas de seguridad, la observación discreta, las autopsias.

6.2 Marco Conceptual

Para una mejor comprensión del presente documento es importante conocer los siguientes conceptos:

- **Acciones de reducción del 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 probabilística 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.
- **Barrera de la seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de aparición del incidente o evento adverso.
- **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.
- **Cultura de Seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- **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.
- **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.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Falla de la atención en salud:** Una deficiencia en la realización de 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.

- **Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención en salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- **Programa de seguridad del paciente:** Planificación ordenada de las distintas actividades que se van a realizar en pro de la seguridad del paciente.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.
- **Seguridad del paciente:** Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos en la atención de salud.
- **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.
- **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.

6.3 Marco Legal

- **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.
- **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.
- **Resolución 2082 de 2014;** Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.
- **Resolución 123 de 2012.** Modificatoria del artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, la cual adopta los Manuales de Estándares de Acreditación.

7. PROPUESTA DE SOLUCION

Ante la problemática planteada acerca de la afectación de la calidad de los servicios prestados por MEDISAN LTDA por no contar con un programa de seguridad del paciente, se propone con base en los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente dados por el Ministerio de salud y Protección social, los estándares definidos en la resolución 2003 de 2014 en su ítem de procesos prioritarios para todo los servicios y la guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud también del Ministerio, definir las diferentes actividades que componen el programa enfocadas a crear barreras de seguridad que evita la ocurrencia de situaciones que ponen en riesgo la salud y/o hasta la vida del paciente.

8. MÉTODOLÓGIA

8.1 Tipo De Estudio

Para el caso de MEDISAM IPS LTDA el tipo de investigación que se adapta a las condiciones del estudio, es la investigación descriptiva – evaluativo, ya que se describe parte de la situación a la vez que en algunos puntos es necesario la evaluación de los mismos para la obtención de resultados.

8.2 Población Y Muestra

8.2.1 Población

La población objeto de estudio es la empresa MEDISAM IPS LTDA de San Juan Nepumoceno.

8.2.2 Muestra

En este caso la muestra de la investigación será igual a la población; la empresa MEDISAM IPS LTDA de San Juan Nepumoceno, la cual fue elegida por medio del Método de Muestreo no Probabilístico por Conveniencia y cuyo tamaño es igual a todo el personal que labora en dicha empresa por medio de contratación directa y desempeñando las labores (30 personas).

8.3 Instrumentos Y Técnicas Para La Recolección De Información

Partiendo de que se desea realizar un estudio de campo, los instrumentos y técnicas que para la recolección de datos que se usaron son:

8.3.1 La Observación

Para examinar detenidamente los fenómenos en forma directa y real, y observar así la información deseada desde el lugar donde suceden los acontecimientos.

El tipo de observación a utilizar es la participante, en donde se tiene como propósito principal, lograr un conocimiento exploratorio y aproximado de los fenómenos ocurridos en la IPS. Pese a que esta observación no es estructurada, se elaborará un plan mínimo para su ejecución.

8.3.2 La Encuesta

A través de la cual se busca complementar el diagnóstico logrado con la observación. Esta será realizada de tipo descriptivas pues reflejan o documentan las actitudes o condiciones presentes. Esto significa que intentan describir en qué situación se encuentra la población en momento en que se realiza la encuesta. Y además De respuesta cerrada; es decir, los encuestados deben elegir para responder una de las opciones que se presentan en el listado. Esta manera de encuestar da como resultado respuestas más fáciles de cuantificar y de carácter uniforme.

El instrumento a usar para dicha encuesta es el definido por el Ministerio de salud y protección social en su caja de herramientas. Ver anexo A. Encuesta de clima de seguridad del paciente.

8.4 Método

El presente proyecto se realizó de la siguiente manera:

1. Diagnóstico de las condiciones de seguridad del paciente en la IPS MEDISAN Ltda: se aplicó la encuesta clima de seguridad del paciente, posteriormente se tabuló para analizar la información y a partir de allí se determinaron las condiciones existentes en la empresa respecto al tema.

2. Identificación de la buenas prácticas de seguridad del paciente aplicables a la IPS de acuerdo a la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, esto se hizo realizando la lectura de toda la guía y comparando con los servicios que se prestan aquellas que eran coherentes, además con base en el resultado de la encuesta se pudo identificar aspectos en los cuales se requiere trabajar y dentro los cuales existe una guía que pueda enmarcarlos, es así como se seleccionaron y se dejan plasmadas en el anexo B.

3. En conjunto con la alta dirección y un representante de la parte asistencial se escogió el aspecto de seguridad con el cual se compromete la IPS a trabajar y se redactó la política de seguridad del paciente, además siguiendo los lineamientos dados por el Ministerio De Protección Social en cuanto al contenido de la política, en donde se tuvo en cuenta que estuviera alineada con la plataforma estratégica de la empresa, que se asignan los recursos necesarios y se adoptó el glosario de la política nacional para mantener el mismo lenguaje.

De la misma manera la gerencia teniendo en cuenta el perfil requerido designó el cargo que asumirá en adelante el rol de referente de seguridad, en este caso la bacterióloga.

-
4. En aras de fortalecer la cultura y la gestión del riesgo se listaron los temas en los que se deben realizar las capacitaciones y se proyectó en un cronograma y/o Programa de capacitación.

 5. Se definió la manera como se realizará el reporte, análisis, gestión y medición de los eventos adversos; es decir, teniendo en cuenta que la empresa es pequeña se establece un método de reporte manual pero que debe ser conocido y manejado por todos los trabajadores, lo cual se lograra a través de las capacitaciones, allí mismo y dadas las exigencias de la norma se incluye un espacio para realizar clasificación, análisis de las causas y plan de acción con base en protocolo de Londres y metodología 5W1h respectivamente.

9. CRONOGRAMA

N°	ACTIVIDAD	SEMANA							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Aplicación de encuesta clima de seguridad del paciente.								
2	Diagnóstico de las condiciones de seguridad del paciente								
3	Identificar la buenas prácticas de seguridad del paciente aplicables								
4	Definir la política de seguridad del paciente								
5	Establecer un referente de seguridad.								
6	Elaborar Programa de capacitación								
7	Instaurar metodología para el reporte, análisis, gestión y medición de los eventos adversos.								
8	Describir la aplicación de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.								
9	Revisión de la información y presentación								

10. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

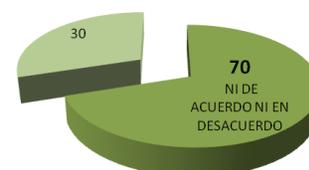
10.1 Diagnóstico

Una vez realizada la encuesta para evaluar el clima de seguridad en la institución, se resalta que no existe cultura de seguridad a pesar que existen actividades tendientes a trabajar en este tema, no están alineados con los lineamientos de la política dada por el Ministerio de Salud y Protección Social. De dicha encuesta se concluye que del 100% de los encuestados:

- El 70% no está de acuerdo ni en desacuerdo sobre las expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad, consideran que el jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes; sin embargo, cuando la presión se incrementa, quiere que se trabaje más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes algunas veces.

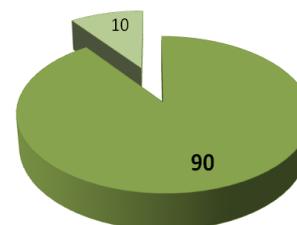
decir no se identifica un Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo.

EXPECTATIVAS Y ACCIONES DEL SUPERVISOR



- El 90% reconoce que se están haciendo cosas para mejorar la seguridad del paciente pero algunas veces no activamente, así como rara vez se evidencia que después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, se evalúe la efectividad; es

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL



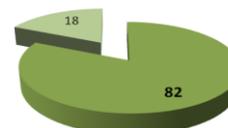
- El 95% está de acuerdo en que la mayoría de las veces existe trabajo en equipo dentro de las áreas.

TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS AREAS


- El 30% del personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad lo que indica un bajo nivel en lo referente a tener una actitud de comunicación abierta.

ACTITUD DE COMUNICACION ABIERTA

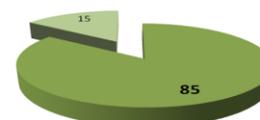

- El 82% manifiesta que rara vez o nunca recibe retroalimentación sobre el error, como tampoco se discuten formalmente maneras de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer los errores que se identifiquen.

RETROALIMENTACION Y COMUNICACIÓN SOBRE EL ERROR


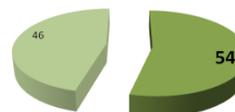
- El 70% siente que al reportar los errores esta denunciando a alguien y que puede afectar su hoja de vida.

RESPUESTA NO PUNITIVA AL ERROR

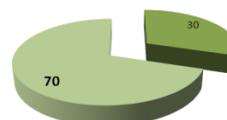

- El 85% está de acuerdo en que se usa más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.

PERSONAL


- El 54% esta considera que algunas veces la dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso.

APOYO Y SOPORTE DE LA IPS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE


- El 30% expresa que rara vez las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí; es decir, que hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente.

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS AREAS


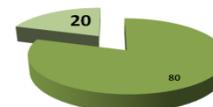
- El 68% coincide en que algunas veces surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución.

TRANSICIONES Y NO INTERVENCIONES DE LA IPS


- El 59% no está de acuerdo ni en desacuerdo en que es sólo por casualidad que no ocurran errores más serios.

PERCEPCIONES GENERALES DE LA SEGURIDAD


- El 80% está de acuerdo en que rara vez se realiza reporte formal de los eventos adversos o incidentes.

FRECUENCIA DE REPORTE DE EVENTOS


- El grado de seguridad del paciente asignado de manera general en cada área oscila en un rango de 30 a 40.



En conclusión se percibe de acuerdo a los resultados que el clima de seguridad del paciente es bajo, no está bien definido y se coincide en que faltan aumentar las medidas de seguridad; sin embargo, es de resaltar, que se observa que hay buena disposición y trabajo en equipo para el mejoramiento de este aspecto. Por lo anterior se afianza la importancia de realizar el programa de seguridad del paciente en MEDISAN IPS.

Por otra parte se identifica que los eventos adversos que ocurren con mas frecuencia son:

- Caídas desde su propia altura.
- Entrega equivocada de reportes de laboratorio.
- Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las estaciones de asignación de citas.

10.2 Contenido Del Programa

Ver anexo B. Programa de seguridad del paciente MEDISAN IPS Ltda.

11. CONCLUSIONES

Una vez culminado el proyecto se concluye que:

- Se realizó un diagnóstico de las condiciones de seguridad del paciente en la IPS MEDISAN Ltda. a través del cual se identificó la percepción de los trabajadores y el nivel de clima de seguridad del paciente que está en medio bajo, corroborando la importancia de diseñar el programa de seguridad del paciente
- Se identificaron las buenas prácticas de seguridad del paciente aplicables a la IPS de acuerdo a la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de Salud y Protección Social y se definen estrategias de aplicación de modo que contribuyan a generar barreras en pro de la seguridad del paciente.
- Se definió la política de seguridad del paciente y se asignó un referente de seguridad de manera que está documentado el compromiso de la IPS con este tema y existe un doliente del mismo.
- Reuniendo todos los componentes, finalmente se diseñó el programa de seguridad del paciente de la IPS MEDISAN Ltda. en aras de minimizar los riesgos más frecuentes a los que se exponen los pacientes durante su atención.
- La seguridad del paciente es un aspecto de la calidad del servicio que beneficia no solo a los usuarios sino también a sus familias; además genera un valor agregado que se convierte en una herramienta de competitividad para las instituciones.
- El no contar con un programa de seguridad del paciente bien estructurado, implementado y con los controles y seguimiento necesarios, afecta tanto la calidad como la imagen de la organización.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la institución:

- Implementar las estrategias diseñadas en el programa de seguridad del paciente; es decir ejecutarlo a cabalidad.
- Evaluar la efectividad de las acciones para determinar su estandarización o necesidad de acciones correctivas.
- Medir el cumplimiento y establecer planes de mejoramiento con base en el resultado.
- Ser constantes en los aspectos de seguridad de modo que se generen hábitos y se refleje una cultura enfocada en minimizar riesgos al paciente.
- Evaluar la capacidad de talento humano vs la demanda a fin de establecer la suficiencia.
- Fortalecer la cultura de seguridad a través de capacitaciones enfocadas en sensibilizar y formar al personal en lo referente a seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. Recuperado de: <http://psychcentral.com/classics/Maslow/motivation.htm>.

Fernández, Pereira JP. (2005). *Seguridad Humana* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://iidh-webserver.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDHSeguridad>.

Redacción El Tiempo. (marzo 18, 2012). Aumentan demandas por eventos adversos. *Eltiempo.com*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11377961>.

Organización de las naciones unidas (2000). *Objetivos del Milenio*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado de: http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=h-a-1--&s=a&m=a&e=A&c=02010#.VeYxUPI_Oko.

Organización de Naciones Unidas (1994). Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano. Capítulo 2; Nuevas dimensiones de la seguridad humana*. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1994/capitulos/espanol>. URL:

Pardo R. y Cols (Junio 2005). Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 20 Num. 4.; 211-215.

Santacruz Varela, J., Rodríguez Suárez, J. (2011). *Marco general de la Seguridad Del Paciente*. Mexico: Comision nacional De arbitraje centro colaborador de la OPS/OMS. Recuperado de http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2305/mod_resource/content/1.

Unidad sectorial de normalización en salud (2010). *Guía técnica buenas prácticas de seguridad del paciente*. Ministerio de salud y protección social. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Gómez Ramírez, O.J; Soto Gámez, A.; Arenas Gutiérrez, A.; Garzón Salamanca, J.; González Vega, A.; Mateus Galeano, E. (2011). Una mirada actual a la seguridad del paciente. bdigital portal de revistas Universidad Nacional. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/...ferm/article/view/35831/37099>.

ANEXOS

Anexo A. Encuesta de clima de seguridad del paciente

Categorías	Pregunta en la encuesta	Respuestas
Características demográficas de los encuentros	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución? (primera pregunta)	Hoja de datos demográficos
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? (H1)	
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área? (H2)	
	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución? (H3)	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad (4 ítems)	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes (B1)	Escala de calificación: "Muy en desacuerdo/ en desacuerdo" o "Nunca/ rara vez" (Puntajes 162)
	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (B2)	
	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (B3)	
	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez (B4)	
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo (3 ítems)	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (A6)	"Ni en acuerdo ni en desacuerdo" o "Algunas veces" (Puntaje 3)
	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos (A9)	
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad (A13)	
trabajo en equipo dentro de las áreas (4 ítems)	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan (A11)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	En esta área, la gente se apoya mutuamente (A1)	
	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (A3)	
	En esta área, el personal se trata con respeto (A4)	
Actitud de comunicación abierta (3 ítems)	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente (C2)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (C4)	
	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto (C6)	
Retroalimentación y comunicación sobre el error (3 ítems)	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos (C1)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área (C3)	
	En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer (C5)	

Respuesta no punitiva al error (3 ítems)	El personal siente que sus errores son usados en su contra (A8)	Escala de calificación: "Muy en desacuerdo/ en desacuerdo" o "Nunca/ rara vez" (Puntajes 1 ó 2) "Ni en acuerdo ni en desacuerdo" o "Algunas veces" (Puntaje 3) "De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 4 ó 5)
	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema (A12)	
	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (A16)	
Personal (4 ítems)	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo (A2)	
	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente (A5)	
	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente (A7)	
	Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente (A14)	
Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente (3 ítems)	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (F1)	
	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (F8)	
	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso (F9)	
Trabajo en equipo entre las áreas del hospital (4 ítems)	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí (F2)	
	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente (F4)	
	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución (F6)	
	Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes (F10)	
Transiciones y no intervenciones del hospital (4 ítems)	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra (F3)	
	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno (F5)	
	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución (F7)	
	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes (F11)	
Percepciones generales de la seguridad (4 ítems)	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios (A10)	
	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo (A15)	
	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área (A17)	
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir (A18)	
Frecuencia de reporte de eventos (3 ítems)	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (D1)	
	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado? (D2)	
	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado? (D3)	

Número de eventos reportados (1 ítem)	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado? (G8)	Hoja No de eventos reportados / Grado de seguridad
Grado de seguridad del paciente (1 ítem)	Por favor, asignele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente (E1)	

Sección H	¿Cuál es su cargo en esta institución? (H4)	Hoja datos demográficos
	¿Qué tipo de contrato tiene? (H5)	
	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? (H6)	
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión? (H7)	

Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria

Anexo B. Programa de seguridad del paciente MEDISAN IPS Ltda



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Julio 2015

1. OBJETIVO

Documentar los planes y estrategias institucionales que propenden por la seguridad del paciente de modo que se estandaricen, se evalúen y se mejoren.

2. ALCANCE

Aplica desde la planeación estratégica de la seguridad hasta la definición de las buenas prácticas de seguridad del paciente aplicables.

3. RESPONSABLES

La ejecución de este procedimiento es responsabilidad de todos los trabajadores según se especifique su participación en cada buena práctica.

4. CONTENIDO

4.1 Planeación estratégica de la seguridad

✓ Política de seguridad del paciente

MEDISAN IPS LTDA en concordancia con sus lineamientos gerenciales y asumiendo los recursos que se requieran para su implementación, se compromete a trabajar en la seguridad del paciente para identificar situaciones de riesgo para la salud del paciente y su familia durante el tiempo que esté en las instalaciones y con ello diseñar barreras de seguridad que procuren evitar la generación de daños o la minimización del impacto en caso de ocurrencia; dicho compromiso es de todos incluyendo a los pacientes y familiares que son corresponsables, pero estará bajo el liderazgo del Bacteriologo quien como referente velara también por el avance en el programa de sensibilización y capacitación en lo relacionado con el tema, teniendo en cuenta que los conceptos son adoptados en todo caso de la política nacional de

seguridad del paciente; así mismo, el referente realiza seguimiento al sistema de reporte establecido para ello y conocido por toda la empresa.

✓ **Referente de seguridad**

Dada la conformación de la empresa, así mismo por las competencias perfiladas con relación al tema de seguridad del paciente y la calidad de los servicios prestados, se establece como referente de seguridad a la bacterióloga quien apoyada en el encardado del proceso de calidad, liderara este tema.

4.2 Fortalecimiento de la cultura

- Programa de capacitación

TEMA	OBJETIVO	RESULTADO ESPERADO	FECHA	DIRIGIDO A	RESPONSABLE /CAPACITADOR
GENERALIDADES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:	CONOCER LA BASE Y/O FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA ENTENDER PORQUE SE DEBE TRABAJAR EN ESTE ASPECTO EN LA EMPRESA.	RECONOCE LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA.	POR DEFINIR	TODO EL PERSONAL	REFERENTE DE SEGURIDAD
RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL, FUNCIONES Y PARTICIPACION EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	IDENTIFICAR LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD, ASI COMO LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES A CADA CARGO DE MODO QUE HAYA CLARIDAD EN LAS TAREAS EN LO REFRENTE A SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EL TRABAJADOR RECONOCE LA IMPORTANCIA DE SU CARGO EN EL TEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASI COMO LAS TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE SU COMPETENCIA.	POR DEFINIR	TODO EL PERSONAL	REFERENTE DE SEGURIDAD
REPORTE Y ANALISIS DE CASOS	ENSEÑAR EL MECANISMO DE REPORTE INSTITUCIONAL PARA LOS EVENTOS ADVERSOS ASI OMO LA METODOLOGIA PARA EL ANALISI DE LOS MISMOS.	MANEJO DE FORMATO DE REPORTE	POR DEFINIR	TODO EL PERSONAL	REFERENTE DE SEGURIDAD

BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: IDENTIFICACION	ESTABLECER LAS ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE PARA EVITAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS O INCIDENTES ADVERSOS POR ESTA CAUSA.	ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES	POR DEFINIR	PERSONAL ASISTENCIAL, ADMISIONES	REFERENTE DE SEGURIDAD
COMUNICACIÓN ASERTIVA	ENSEÑAR TECNICAS DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE MODO QUE SE ASEGURE QUE LA INFORMACION QUE CIRCULA EN LA INSTITUCION SEA APROPIADA	MATRIZ DE COMUNICACIONES	POR DEFINIR	TODO EL PERSONAL	ARL
LAVADO DE MANOS	ENSEÑAR LAS TECNICAS DE LAVADO DE MANOS Y SU IMPORTANCIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	CONOCIMIENTO DE LOS 5 MOMENTOS PARA LAVADO DE MANOS	POR DEFINIR	TODO EL PERSONAL	REFERENTE DE SEGURIDAD
TECNICAS APROPIADAS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION	EXPLICAR LA FORMA CORRECTA DE REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS AREAS, SUPERFICIES Y EQUIPOS DE LA INSTITUCION PARA EVITAR LA GENERACION DE INFECCIONES POR ESTA CAUSA	REALIZACION DE LIMPIEZA CON BASE EN LAS TECNICAS ENSEÑADAS	POR DEFINIR	PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	REFERENTE DE SEGURIDAD

SOCIALIZACION PGIRHS Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD	CONOCER LOS DIFERENTES TIPOS DE RESIDUOS GENERADOS EN LA EMPRESA PARA HACER UNA ADECUADA DISPOSICION DE LOS MISMOS ASI COMO CONOCER LAS NORMAS BASICAS DE BIOSEGURIDAD.	CONOCIMIENTO DE LOS TIPOS DE RESIDUO, COLORES DE CANECAS Y ESTRATEGIAS DE LA EMPRESA, ASI COMO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD.	POR DEFINIR	TODO EL PERSONAL	REFERENTE DE SEGURIDAD
RIESGOS AMBIENTALES Y SANITARIOS POR EL INADECUADO MANEJO DE RESIDUOS	CONCIENTIZAR AL PERSONAL DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL ADECUADO MANEJO DE LOS RESIDUOS PARA EVITAR LA OCURRENCIA DE ACCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS POR LO RIESGOS QUE TIENEN LOS MISMOS.	IDENTIFICA LOS RIESGOS INEHERENTES AL MANEJO DE RESIDUOS.	POR DEFINIR	TODO EL PERSONAL	REFERENTE DE SEGURIDAD

- **Reporte, análisis, gestión y medición de los eventos adversos**

En MEDISAN IPS LTDA todo el personal estará entrenado para la identificación de un evento adverso, incidente o situación de riesgo (indicio de atención insegura); una vez identificado, el reporte se realiza a través del formato “reporte de seguridad del paciente”, en donde se recopilan los datos necesarios para posteriormente clasificarlo, analizarlo y gestionarlo si es pertinente.

El proceso de reporte consta de los siguientes pasos:

1. Identificación de la situación
2. Diligenciamiento del formato en medio magnético (estará disponible en todos los equipos de la institución).
3. Enviar el reporte al correo del referente de seguridad asignándole como nombre al archivo SP seguido de la fecha, por ejemplo: SP13-03-15.

Una vez se recibe el reporte, el referente de seguridad se encarga de clasificarlo y consolidar la información; según el resultado se realiza el análisis dando continuidad al formato “reporte de seguridad del paciente”, dicho análisis está basado en el modelo de causalidad o protocolo de Londres; de la misma manera, en caso de ameritar un plan de acción se continua diligenciando el formato en el espacio correspondiente al plan de mejora basado en la metodología 5W1H, para asegurar la gestión del mismo.

Cabe anotar que el análisis se realiza para los casos en los cuales las situaciones son clasificadas como eventos adversos prevenibles o incidentes y está bajo la responsabilidad no solo del referente sino del comité de seguridad.

A través del consolidado se puede evidenciar la frecuencia en la ocurrencia de los eventos y obtener otras estadísticas o indicadores tales como: tipo de eventos más frecuentes, unidades funcionales donde ocurren con mayor frecuencia y frecuencia con la que ocurren los eventos.

4.3 Gestión del Riesgo

La gestión del riesgo está encaminada a las metodologías definidas para fomentar procesos seguros; es decir, el análisis que se realiza proactivamente.

En MEDISAN IPS LTDA esto se realiza a través de la implementación de metodologías de análisis de riesgo como AMEF en el proceso de consulta externa y la evaluación de adherencia a las guías establecidas para el mismo proceso.

4.4 Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente

Dada la naturaleza y amplitud de los servicios de MEDISAN IPS LTDA, esta adopta las siguientes buenas prácticas para la seguridad del paciente dadas por el ministerio:

- **Contar con un programa de seguridad del paciente** que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de los eventos adversos, tal como se define en el presente documento.
- ✓ **Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad** en los procesos a su cargo, tal como se especifica en el programa de capacitación institucional previamente citado.
- ✓ **Estandarización de procedimientos de atención**, lo cual se evidencia en las guías de atención y adicionalmente en los procedimientos, manuales protocolos e instructivos diseñados para asegurar la realización de las actividades de la mejor manera identificada.
- ✓ **Evaluar la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos**, lo cual se realiza por medio de un indicador cuya fuente de información es el consolidado de reporte de seguridad del paciente.

- ✓ **Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas**, para ello se ha de clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que ingresan a la institución, habiendo establecido previamente la población inicial con la cual se hará esta actividad (niños, adultos mayores, pacientes en camillas, Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie), dicha clasificación es realizada por la auxiliar de enfermería o en su ausencia por ocupación, la admisionista a través de la evaluación para riesgos de caídas adoptada del Ministerio de Salud y Protección Social, basado en la escala de caídas de Morse, de acuerdo al resultado obtenido se toman las medidas preventivas necesarias tales como, levantamiento de barandas, inmovilización, acompañamiento permanente entre otras.

Adicionalmente y en aras de prevenir la ocurrencia de caídas se mantiene en óptimas condiciones el ambiente físico como el nivel de iluminación, no aplicar a los pisos productos que lo hagan deslizante, evitar obstáculos en las zonas de tránsito, señalización de desniveles y educación al paciente y su familia.

- ✓ **Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad**; siendo conscientes que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos, se considerara a los pacientes y/o sus allegados de modo que se involucren de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente de la institución. Es por ello que se enseñaran:
 - A interrogar sobre aspectos como:
 - ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
 - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
 - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
 - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?

- Sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.
- Sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido.
- Sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.

Todas estas actividades serán ejecutadas por medio de charlas educativas en las salas de espera dirigidas por la unidad funcional de SIAU o atención al usuario así como publicaciones en las carteleras informativas y boletines que se entregan a los usuarios y sus familias.

✓ **Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales**

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Todos los datos deben ser corroborados verbalmente y diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico según sea el registro que se esté diligenciando.

En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:

- Adulto con documento de identidad (CC o CE o PA ó NU)
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación.

Para asegurar la Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto, se establece como política de la empresa que en todo los registros de los pacientes se debe anotar los dos nombres y apellidos completos; así mismo, se tendrá siempre como primera forma de identificación el numero de identidad, el cual se verificará directamente con el paciente y en caso de no estar consciente con copia del documento.

5. REFERENCIAS

- ✓ Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, Ministerio de Protección Social.
- ✓ Resolución 2003 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social
- ✓ Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, Ministerio de Protección Social

Anexo C. formato para reporte de seguridad

	REPORTANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	V.1
---	---	------------

FECHA DE REPORTE			
DATOS DEL PACIENTE			
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE IDENTIFICACION	
EDAD		SEXO	
DATOS DEL SUCESO			
FECHA		HORA	
DESCRIPCION			
ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS	SERVICIO:		
	LUGAR DE ATENCION		
	PERFIL DE REPORTANTE		
	NOMBRE DEL REPORTANTE		

ESPACIO EXCLUSIVO PARA REFERENTE DE SEGURIDAD			
NUMERO DE REPORTE		NIVEL DE PRIORIDAD	
CLASIFICACION DEL SUCESO		REQUIERE ANALISIS	
JUSTIFICACION			
ANALISIS DE CAUSAS (MODELO PROTOCOLO DE LONDRES)			
BARRERAS Y DEFENSAS QUE FALLARON	TIPO	DESCRIPCION	
ACCIONES INSEGURAS	TIPO	DESCRIPCION	

	TIPO	DESCRIPCION	
FACTORES CONTRIBUTIVOS			
ORGANIZACIÓN Y CULTURA			
FECHA		ELABORADO POR	
PLAN DE ACCION (5W1H)			
1	QUE		
	PARA QUE		
	COMO		
	QUIEN		
	CUANDO		
	DONDE		
	DONDE		
FECHA		ELABORADO POR	