

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA Y REPORTE DE EVENTOS
ADVERSOS CENTRADO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA
CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.**

**LINA MARIA AFRICANO DIAZ
JOHANA PATRICIA ANTOLINEZ MIRANDA
ELVIRA ROCIO URIBE MENESES**

**UNIVERSIDAD CES- UNIVERSIDAD AUTONOMA
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 48
PROMOCION 11 UNAB
BUCARAMANGA- SANTANDER**

2010

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA Y REPORTE DE EVENTOS
ADVERSOS CENTRADO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA
CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.**

**LINA MARIA AFRICANO DIAZ
JOHANA PATRICIA ANTOLINEZ MIRANDA
ELVIRA ROCIO URIBE MENESES**

Proyecto de Grado

Asesor

CARLOS MARIO TAMAYO RENDON MD.

**UNIVERSIDAD CES- UNIVERSIDAD AUTONOMA
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 48
PROMOCION 11 UNAB
BUCARAMANGA- SANTANDER**

2010

INDICE

1. INTRODUCCION.....	4
2. JUSTIFICACION.....	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
4. MARCO TEORICO.....	9
5. OBJETIVOS.....	.11
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
6. METODOLOGIA.....	12
7. IMPLEMENTACION DE LA METODOLOGIA.....	13
7.1 DEFINICION MARCO CONCEPTUAL.....	13
7.2. LISTADO DE INSTITUCIONES REFERENCIADAS.....	15
7.3. ASPECTOS REFERENCIADOS EN LOS MODELOS ANALIZADOS.....	20
8. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DEL MODELO DE VIGILANCIA Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	24
9. PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO PROPUESTO.....	31
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACION.....	32
11. PROPUESTA DE CONTROL DE AVANCES DEL MODELO PROPUESTO.....	33
12. CONCLUSIONES.....	34
13. BIBLIOGRAFIA.....	35
ANEXOS.....	36

1. INTRODUCCION

La seguridad que se le brinda al paciente es la característica fundamental que determina la calidad de la atención en salud.

Colombia ha trabajado de manera seria y metódica en el control del riesgo con la generación de resoluciones, decretos y comunicados que reglamentan políticas enfocadas en minimizar la presencia de eventos adversos los cuales pueden derivarse por factores humanos, tecnológicos u otros relacionados con el proceso de atención.

En la resolución 1446 de 2006 el Ministerio de Protección social define el término de EVENTO ADVERSO como: “Las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costo de la no calidad”, dice además que muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.

A mediados de los años 90, Brenn y Leap preocupados por la seguridad del paciente, realizaron un estudio que consistió en la revisión de 30.000 historias clínicas escogidas al azar, donde encontraron una gran cantidad de lesiones causadas a los pacientes de manera involuntaria, las cuales fueron generadas durante la atención médica y les ocasionaron complicaciones, estancias prolongadas e incluso la muerte. Consideraron que estas lesiones debían prevenirse de alguna manera y publicaron sus resultados en el New England Journal of Medicine. Solo hasta 1999 se tomó en cuenta esta información que genera la necesidad en las instituciones de salud a nivel mundial de implementar

programas de seguridad o modelos de vigilancia y reporte orientados a la detección de los eventos adversos, el registro sistemático de éstos y el análisis de la información para implementar acciones con un enfoque preventivo que permita garantizar la seguridad de los pacientes, de los profesionales y de las instituciones de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud en Colombia a través de sus componentes busca que las instituciones le brinden seguridad a los pacientes durante su atención médica. Por ello, a través del reporte obligatorio de los indicadores de calidad, monitorizan permanentemente el desempeño de la gestión de la vigilancia de los eventos adversos en las distintas instituciones.

El Departamento de Calidad de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A., al cumplir con el reporte obligatorio de los indicadores de gestión establecidos en la Circular única 049, identificó debilidades en el reporte de los eventos adversos en la institución debido a que no eran representativos con relación a la población atendida. Al analizar las causas de este subregistro se detectaron varias fallas institucionales que se generaban por no existir cultura de seguridad corporativa y el temor en las personas de ser sancionados al reportar un evento adverso.

Teniendo en cuenta lo anterior surge la necesidad de diseñar un Modelo de vigilancia y reporte de eventos adversos para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. que oriente a todos sus colaboradores hacia una cultura corporativa de seguridad mediante actividades efectivas que incentiven el reporte de los eventos adversos entre todo el personal asistencial y administrativo, se analicen sus causas y que promueva estrategias que minimicen los riesgos a los pacientes durante su atención médica.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2006 la Superintendencia Nacional de Salud emitió la circular 030 con el fin de que todas las EAPB e IPS reportaran semestralmente indicadores de gestión que permitieran evaluar la calidad en la prestación de los servicios, dando cumplimiento por demás al Sistema de Información para la Calidad (SIC) como uno de los componentes del sistema obligatorio de la garantía de la calidad.

La Clínica Metropolitana de Bucaramanga S. A., cumpliendo con los reportes relacionados de los indicadores de calidad solicitados en esta circular y en su respectiva actualización (Circular Única), detectó inconsistencias entre la información reportada relacionada con la presencia de eventos adversos y la realidad institucional. De acuerdo a la literatura la presencia de eventos adversos era más común que los pocos reportes que se habían recibido a la fecha.

En la Clínica se utilizaba un formato para reporte de eventos adversos el cual fue diseñado teniendo como referencia el formato para el reporte de eventos adversos con dispositivos médicos del Programa Nacional de Tecnovigilancia del INVIMA, el cual debido a su complejidad era de difícil manejo para el personal convirtiéndose en una barrera para el reporte.

Los datos estadísticos evidenciaron que en los años de reporte las cifras no superaban los 33 eventos adversos, lo cual no era representativo para la población atendida en la institución. Además, se encuentra que el personal no comprende el concepto de evento adverso y por tanto cualquier falencia que se presente durante la prestación del servicio es considerada como una no conformidad pero no es reportada adecuadamente por miedo a la consecuencia punitiva que esta genere o porque se considera que no existe personal exclusivo para esta actividad que les respalde. En su momento los datos reportados son analizados con la ayuda de dos funcionarios de la institución que por su experiencia y formación asumían la responsabilidad de su seguimiento además de

las funciones propias del cargo lo que repercutía en que el tratamiento y sus respectivas acciones estaban sujetos a la disponibilidad de dicho personal.

Todos estos hallazgos dieron origen a la necesidad de crear un Modelo que permitiera incentivar el reporte y definir un modelo de vigilancia que propendiera por definir acciones adecuadas a la institución y crear una cultura corporativa de seguridad.

4. MARCO TEORICO

Con respecto a la Seguridad del paciente¹, el Dr. Carlos Edgar Rodríguez (Director Nacional de Acreditación en Salud – ICONTEC), manifiesta que la Seguridad del Paciente tiene como antecedente muy importante el informe “Error es Humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos del año 1999. Trabajo serio donde se analizó la mortalidad relacionada con eventos adversos y mostraba que cerca de 100.000 mil muertes al año eran ocasionadas por estos eventos.

El tema generó controversia a nivel mundial e hizo que a partir del año 2000 se generara una discusión sobre todos los enfoques de calidad en el mundo para definir la actuación de los sistemas de calidad y seguridad social. Convirtiéndose el tema de seguridad del paciente en una preocupación universal; se empezó a analizar con más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles, teniendo en cuenta que diariamente en las instituciones de salud de todos los países del mundo se presentan fallas en la atención a los pacientes.

El libro de seguridad del paciente del Ministerio de Protección Social de la República de Colombia publicado en el año 2007 , El ministerio de Protección Social impulsa una Política de Seguridad del Paciente², liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo principal es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, minimizar y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas nacional e internacionalmente. También

¹ Revista Salud Colombia. Edición No 83.

² Ministerio de Protección Social. Libro de Seguridad del paciente. 2007.

presenta experiencias relacionadas con el tema que sirven de apoyo para que las instituciones y los profesionales de la salud puedan implementar sus procesos y desplegar sus políticas institucionales de seguridad.

Considerando la problemática relacionada con la Seguridad del Paciente muchas organizaciones y expertos han realizado estudios y publicaciones alusivas al tema. En el año 2005 el Dr. Franco Astolfo publica un artículo llamado “La Seguridad Clínica de los pacientes: Entendiendo el problema”³. En este se explica que a partir del error humano se pueden generar muchos eventos adversos durante la atención, pero generando conciencia en el Recurso humano sobre la seguridad del paciente se puede lograr que estos errores cada vez sean menos frecuentes.

Otros artículos que referencian este tema lo presenta en el año 2006 la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE con un artículo del Dr. Orlando Gracia Granados, llamado “Reducción del Error Humano en Salud” y enfoca su contenido hacia la implementación de un Programa de Paciente Seguro “PPS” en las instituciones de salud.

Además, el Dr. Orlando Gracia Granados, escribe un artículo llamado “Sector Salud: Mucho que aprender de la aviación”⁴ en el que se describe estrategias que han logrado seguridad en la aeronáutica, las cuales pueden ser adaptables y aplicadas en el sector salud para identificar riesgos, analizar causas y prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

El Centro de Gestión Hospitalaria⁵ publicó un artículo del Dr. Carlos A. Kerguelén, llamado “¿Qué implica hablar de una cultura de Seguridad de Pacientes?” Implica involucrar a todos los miembros de una organización y describe que en las

³ Franco, Astolfo. MD. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia Med. 2005; 36:130-133.

⁴ Revista Médico –Legal Colombia. Volumen 12.

⁵ Centro de Gestión Hospitalaria. Revista Vía Salud. Edición No 41.

organizaciones con cultura de seguridad muy afianzadas se cuenta con sistemas internos que recogen, analizan y difunden información de todos los incidentes y eventos adversos. Poseen una cultura de no castigo donde se incentiva a las personas e incluso se les premia por proveer información relacionada con la Seguridad, enfatizando el aprendizaje a partir de los errores.

El Dr. Carlos Edgar Rodríguez (Director Nacional de Acreditación en Salud-ICONTEC), en Octubre del 2006, en Reunión Técnica de Eventos Adversos, hizo una presentación sobre la “Utilidad de la evaluación de los eventos adversos en la Acreditación en salud”, que iniciaba resaltando la importancia de desarrollar en las instituciones una cultura de seguridad del paciente donde se promueva el reporte de los eventos adversos, mediante un proceso estructurado para la detección, registro, análisis e intervención de las causas con el fin de prevenir la ocurrencia de estos y lograr prácticas y entornos laborales seguros .

La Dra. Nancy Guillot Solano⁶, conceptúa que para la búsqueda del mejoramiento de la seguridad de los pacientes, se hace necesario que todos los Prestadores de Servicios de Salud implementen en sus organizaciones una metodología que les permita la identificación y el análisis del evento adverso que conduzca a una investigación seria y significativa donde se detecten las fallas de calidad en la atención, las acciones inseguras y las barreras de seguridad que fallaron y llevaron a la ocurrencia del evento, para definir acciones de mejora en los procesos de atención asistencial enfocados en la prevención de nuevos eventos. Esta información debe ser divulgada la organización, fomentando el aprendizaje del error en cada uno de los prestadores del servicio de salud. Para evaluar la efectividad de este proceso se hace necesario monitorizar el impacto de las acciones de mejoramiento, mediante auditorías internas y los indicadores de gestión de los eventos adversos.

⁶ Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. 2008, 9-20.

Debe considerarse al analizar los resultados, la medida en la cual la institución ha avanzado en el dominio de las herramientas de gestión del evento adverso: reporte, protocolo de Londres, cultura de seguridad, modelo ancla entre otros; pues a medida que este proceso se implementa en las instituciones se va incrementando la exigencia en ellas en el concepto de evento adverso gestionado.

Las herramientas otorgadas por el Ministerio de Protección Social con su Observatorio de Calidad, el Centro de Gestión Hospitalaria y entidades privadas como la Fundación Corona, entre otros, han permitido que las instituciones establezcan políticas que propenden por la creación de modelos o programas de vigilancia y reporte de eventos adversos que ya arrojan resultados significativos y comparativos para las entidades que inician dicho proceso. Ejemplo de lo anterior fue la participación de varias instituciones en el Primer Foro Internacional de Garantía de Calidad de Colombia que se realizó en Bogotá los días 3 y 4 de Diciembre del 2007, donde instituciones como: La Fundación Valle del Lili, la Clínica el Rosario de Medellín, El Centro Médico Imbanaco de Cali, La Fundación Santa Fé de Bogotá, La Fundación Cardiovascular de Colombia, el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul – Santa Rosa de Cabal y el Hospital Zamora Paris Fontidueño, presentaron sus logros en el Programa de Seguridad del Paciente, demostrando que el mejoramiento de la calidad de la atención y la generación de condiciones seguras si es posible.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Proponer el Diseño de un Programa de Vigilancia y Reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A., en base a las experiencias implementadas en otras instituciones.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer una directriz de seguridad del paciente dentro de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A.
2. Definir estrategias para educar a los funcionarios, a los pacientes y a sus familiares en los conceptos de seguridad del paciente.
3. Definir mecanismos que incentiven el reporte de eventos adversos en la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A.
4. Institucionalizar mecanismos de seguimiento de los reportes de eventos adversos.
5. Determinar el método de análisis de los eventos adversos en la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A.

6. METODOLOGIA

Con el fin de soportar el Programa de Vigilancia y reporte de eventos adversos como un proyecto de inversión para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. se desarrolló la siguiente metodología:

1. Se definió el Marco conceptual en el manejo de los eventos adversos mediante la búsqueda bibliográfica de las propuestas emitidas por el Ministerio de Protección Social, el Observatorio de Calidad, el Centro de Gestión Hospitalaria y de entidades nacionales e internacionales que han realizado estudios y han definido lineamientos en cuanto al manejo de la seguridad del paciente y los eventos adversos.
2. Se determinó un listado de instituciones de las cuales se tenía referencia de haber implementado programas de seguridad del paciente. Para ello se priorizó en el listado de entidades acreditadas.
3. Se hizo búsqueda bibliográfica y por medios electrónicos de los modelos de vigilancia y gestión de eventos adversos de las instituciones priorizadas dentro del listado antes determinado.
4. Se analizó la información de cada institución con el fin de determinar las estrategias que utilizaban y facilitaron el diseño del programa de vigilancia y reporte de eventos adversos para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A.
5. Se seleccionaron las experiencias semejantes, se evaluó su aplicabilidad en la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. y se definieron aquellos mecanismos que puedan ser tomados en cuenta para la definición del programa propuesto.
6. Se estableció un programa de vigilancia y reporte de eventos adversos, el cronograma de implementación, su presupuesto de inversión y los mecanismos de control durante su desarrollo.

7. IMPLEMENTACION DE LA METODOLOGIA

7.1 DEFINICION DEL MARCO CONCEPTUAL

Con el fin de definir los lineamientos sobre los cuales se basará la propuesta, se hizo búsqueda de información de los programas propuestos por medios electrónicos, memorias de diplomados y documentos emitidos por las mismas organizaciones determinándose que las propuestas que se presentan a consideración eran fundamentales para diseñar el programa de vigilancia y reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente.

A continuación se presentan las propuestas más influyentes para la creación de nuestro programa.

7.1.1. PROPUESTA DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

NORMA TECNICA SECTORIAL EN SALUD

El documento presenta una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos.

La Norma está complementada por paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones. De allí, se puede identificar una serie de lineamientos que las instituciones pueden asimilar de acuerdo a la estructura de su modelo. Entre los aspectos se contempla:

1. Política Institucional de seguridad del paciente.
2. Promoción de la cultura de seguridad.
3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo.
4. Reporte.
5. Análisis y gestión.

6. Capacitación del cliente interno.
7. Monitorización de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente
8. Procesos asistenciales seguros (medicamentos, caídas, procedimientos quirúrgicos, complicaciones anestésicas, entre otros).
9. Involucrar al paciente y sus allegados en la seguridad.

7.1.2. PROPUESTA CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA

Esta entidad nacional emite boletines relacionados con prácticas nacionales e internacionales donde se evidencian estrategias que minimizan la ocurrencia de eventos adversos y brinda herramientas aplicables a las instituciones en donde se está implementando. Es así como se ha tomado de referencia dos recomendaciones que otorga el Instituto de mejora de los servicios de salud de Norteamérica:

La primera, **Rondas de seguridad**: En ellas un alto directivo de la organización realiza, una vez por semana, el mismo día y a la misma hora en lo posible, las 52 semanas del año, una ronda en la cual únicamente se discuten temas de seguridad.

La segunda, se denomina **cápsulas de seguridad**: Son reuniones con frecuencia variable, en las que grupos asistenciales acompañados de su líder hablan de un tema de seguridad del paciente,

Además de ello, el Centro de Gestión Hospitalaria emite boletines periódicos en donde se encuentran soluciones para la seguridad del paciente que han sido respaldadas por la Joint Commission International y World Health Organization y que pueden facilitar la creación de prácticas seguras en las instituciones que deseen implementarlas.

7.1.3. PROPUESTA ICONTEC

El instituto Colombiano de Normas Técnicas propone durante los programas de formación en seguridad del paciente a las instituciones un modelo que incluya:

- Compromiso gerencial (política de seguridad)
- Definición de un sistema de seguridad del paciente: Liderado por la Dirección General, con el apoyo de una oficina de seguridad, un equipo investigador de eventos adversos que realice control y seguimiento de situaciones inseguras y educación continuada en cultura de la seguridad, el cual es apoyado por el comité de seguridad.
- Sistema de identificación y gestión de eventos adversos (auto reporte y análisis aplicando el modelo SHELL y modelo ANCLA)
- Auditoria de seguridad, que contempla:
 1. Adherencia con normas de seguridad y protocolos.
 2. Equipos con adecuado mantenimiento
 3. Entrenamiento, certificación y educación continuada del personal
 4. Ergonomía del lugar de trabajo
 5. Horarios y dedicación del personal
 6. Comunicaciones y sistema de información

7.2. LISTADO DE INSTITUCIONES REFERENCIADAS

INSTITUCIONES ACREDITADAS

- FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.
- CENTRO MEDICO IMBANACO
- HOSPITAL PABLO TOBON URIBE
- FUNDACION VALLE DE LILI

INSTITUCIONES DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- OBSERVATORIO DE CALIDAD
- CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA
- ICONTEC

7.2.1. EXPERIENCIAS EXITOSAS DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Las siguientes son algunas instituciones que se tomaron como guía en nuestro proyecto:

FUNDACION CARDIOVASCULAR: En los años 2000 y 2001 la FCV realiza un estudio acerca de eventos adversos iniciando un programa de incidente-accidente, donde se tuvo en cuenta aspectos claves como la búsqueda bibliográfica, elaboración de instructivos, elaboración de registros, sensibilización y capacitaciones.

Los primeros registros que obtuvieron fueron los reportes de los eventos adversos a medicamentos, posteriormente los registros de incidente-accidente y aquellos que se presentaban por mala asignación de las dietas a los pacientes, cada uno de estos eventos se intervinieron inmediatamente y se hacia la revisión de estos durante los grupos primarios analizándose mediante la metodología del ciclo PHVA.

En el año 2004 implementaron el Programa de Farmacovigilancia y reportaron 88 eventos adversos y en el 2005 iniciaron el reporte al INVIMA, notificando 50 eventos adversos relacionados con falla en el diagnóstico, en la terapéutica, en el

cuidado y otros, siendo los más significativos los relacionados con el apoyo terapéutico.

CENTRO MEDICO IMBANACO: Definieron una política de seguridad del paciente enfocada a la cultura de seguridad institucional y para su cumplimiento implementaron las siguientes acciones:

- Rondas de seguridad y seguimiento,
- Investigación e implementación de prácticas seguras,
- Estandarización de guías de atención
- Auditoría de los resultados adversos (complicaciones, mortalidad, eventos adversos) donde se determinan lecciones aprendidas de errores cometidos o por omisión.
- La gerencia de los procesos
- La cultura de la excelencia operacional.
- El direccionamiento estratégico hacia la seguridad del paciente como prioridad.
- Educación en seguridad del paciente a través de campañas, boletines, auditorías de pares, reuniones con grupos de la clínica.
- El sistema de reportes del evento adverso donde se incluyen análisis sistemáticos por el ciclo PHVA y seguimiento a las acciones.
- Involucrar al paciente en su auto cuidado mediante folletos educativos en las diferentes áreas de la institución y la medición del clima de seguridad.

Además mensualmente realizaban boletines informativos, incentivos al reporte y conocimiento sobre seguridad del paciente, tips de seguridad, listas de verificación, sistema informático para el reporte de los eventos adversos, y publicaciones estadísticas.

HOSPITAL PABLO TOBON URIBE: Desde 1997 inició la filosofía institucional sobre la seguridad del paciente, motivando el reporte de los eventos adversos con el ánimo de mejorar, teniendo en cuenta que eran de carácter no punitivo, y sin señalar al personal.

Crearon un formato de reporte, con base de datos en Epiinfo, donde se identificaban las causas de los eventos adversos, siendo las principales aquellas relacionadas con caídas y medicamentos, las cuales eran analizadas para definir acciones correctivas, presentando informes mensuales.

Realizaban un análisis individual de los eventos adversos y para hacer conscientes a las personas responsables del paciente los hacían partícipes en la solución, participaban en su análisis: el jefe de sección, el jefe de departamento y el jefe de división, para establecer acciones de mejora.

En el año 2004 se adaptó el formato de reporte con base en la propuesta del Ministerio de Protección Social.

Además, implementaron las siguientes estrategias:

- Realizaron revisiones bibliográficas identificando cuales eran las mejores prácticas de seguridad en el mundo.
- Crearon el comité de cultura de seguridad
- Crearon el grupo de líderes integrales de seguridad.
- Mejoraron el sistema de comunicación interna.
- Fomentaron la campaña “ya verificaste?”
- Las rondas de seguridad integral

Identificaron sus puntos críticos y establecieron dentro de su programa de seguridad seis estrategias encaminadas a salvar vidas de los pacientes:

1. Desarrollo de grupos de respuesta rápida.
2. Evitar muertes por IAM.

3. Prevención de eventos adversos por medicamentos.
4. Prevención de infecciones en sitio quirúrgico.
5. Prevención de neumonía asociada al ventilador.
6. Prevención de infecciones de línea central

FUNDACIÓN VALLE DE LILI

A través de su portal en internet dan a conocer la metodología que implementaron y que actualmente aplican para fortalecer las prácticas seguras. Estas son:

Política institucional de seguridad del paciente en la Fundación Valle de Lili:

Considera la seguridad del paciente como uno de sus valores y la más relevante dimensión de calidad. Desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención médico-asistencial.

Oficina de seguridad del paciente:

La cual se encuentra bajo la responsabilidad de la gestión clínica.

Comité de seguridad del paciente:

Con la participación de personal médico y asistencial de diferentes áreas de la fundación.

Promoción de la cultura de seguridad:

Representada por la participación de todas las áreas en la implementación, despliegue, difusión y réplica de metodologías que aporten a la seguridad del paciente. Esta cultura es difundida permanentemente y se fortalece promoviendo los proyectos y las mejoras.

Sistema efectivo de identificación y gestión de eventos adversos:

Mediante la aplicación del auto reporte y el análisis con el protocolo de Londres.

Seguimiento, medición y evaluación de la frecuencia de los eventos adversos:

Mediante la aplicación de la metodología de IBEAS y el seguimiento por indicadores de seguridad.

Referenciación:

Entre diferentes instituciones de salud de igual complejidad que permita analizar información y tomar acciones de mejora.

7.3. ASPECTOS REFERENCIADOS EN LOS PROGRAMAS ANALIZADOS

7.3.1. DEFINICIÓN DE UNA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La definición de esta política emitida por la Gerencia, refleja el compromiso que existe en las instituciones para generar una cultura de seguridad en cada uno de sus colaboradores. Por lo que se considera que este aspecto es importante y fundamental para iniciar el programa de vigilancia y reporte de eventos adversos propuesto para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A.

7.3.2. PROMOCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Difundir y promover permanentemente la cultura de seguridad del paciente en las instituciones, ha permitido que la participación de cada uno de sus colaboradores sea activa y efectiva en la prevención de los riesgos, la promoción de prácticas laborales seguras, la concientización del reporte oportuno de los incidentes y eventos para que se analicen sus causas y se generen barreras de seguridad que promuevan la atención segura.

Es evidente que con la participación y compromiso de las personas otras instituciones han logrado obtener resultados positivos con respecto a la seguridad del paciente, por ello para garantizar la efectividad del programa de vigilancia y reporte de eventos adversos en la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. es necesario tener en cuenta la estrategia de promoción de la cultura de seguridad.

7.3.3. CREACION DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En las instituciones referenciadas el Comité de Seguridad del paciente conformado por profesionales líderes de las diferentes áreas de la institución y dirigido por la Dirección Médica con apoyo de la Gerencia, les ha permitido tomar decisiones e implementar acciones enfocadas hacia la prevención de los riesgos logrando así minimizar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Por lo tanto es conveniente incluir en el programa propuesto esta estrategia que facilitará su desarrollo.

7.3.4. CREACION DE LA OFICINA DE SEGURIDAD

Con esta estrategia las instituciones de salud han logrado la organización del trabajo en lo relacionado con la seguridad del paciente. El estar conformada por personas competentes para promover y divulgar cultura de seguridad, realizar investigación y análisis de las causas de los eventos adversos y desarrollar acciones para minimizar los riesgos durante la atención, promueven instituciones seguras y por esto debe ser incluida en el programa propuesto para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A.

7.3.5. CREACION DE UN MECANISMO DE REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Las instituciones referenciadas han creado diferentes mecanismos para reportar sus eventos adversos que van desde sistemas de información complejos y

electrónicos hasta formatos cada vez más sencillos y prácticos para su diligenciamiento, incentivando así el reporte en el personal. Esta última forma de reporte debe ser incluida en el programa propuesto para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. considerando que no todas las áreas están conectadas a un sistema de información en red.

7.3.6. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La definición de diferentes estrategias de cultura de seguridad ha garantizado en cada una de las organizaciones el éxito de los programas implementados, por ello es indispensable aplicar en la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. diferentes estrategias educativas tanto para los funcionarios como para el paciente y su familia las cuales han sido implementadas en otras instituciones y les han permitido obtener logros satisfactorios a través de folletos ilustrativos, creación y divulgación de tips y campañas de seguridad, boletines informativos mensuales, programas de incentivos por el conocimiento en temas de seguridad y reuniones entre otros.

7.3.7. DEFINICION DE UN METODO PARA ANALIZAR LOS EVENTOS ADVERSOS

Con base en la experiencia exitosa que han tenido las instituciones de salud referenciadas para analizar las causas de los eventos adversos, se hace necesario seleccionar un método que le permita a la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. investigar y analizar las causas de los eventos adversos que se presenten en ella para poder implementar barreras de seguridad y minimizar la ocurrencia de estos. Mientras en algunas instituciones el Protocolo de Londres y el ciclo PHVA han sido un mecanismo adecuado de investigación, el ICONTEC propone un modelo denominado ANCLA el cual define niveles de investigación que pueden ser muy adecuados para implementar en la institución.

7.3.8. RONDAS DE SEGURIDAD

Las visitas a diferentes áreas de la institución realizadas por un grupo de profesionales con conocimiento en seguridad del paciente, le ha permitido a las instituciones identificar sus riesgos y definir acciones para prevenir y disminuir la ocurrencia de eventos adversos. Esta estrategia es muy importante y por ello se propone sea incluida en el programa de vigilancia y reporte propuesto para la Clínica porque le permitirá evaluar sus condiciones de riesgo y generar barreras de seguridad.

8. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA

DEFINICION DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PARA LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A

El Programa de vigilancia y reporte de eventos adversos propuesto, contempla una serie de actividades que han sido tomadas de algunas experiencias exitosas implementadas en otras instituciones o referenciadas en la literatura. El diseño contempla:

1. Creación de la Política de seguridad del paciente:

Se creará la Política de Calidad mediante acto legislativo de la Junta Directiva en el cual la institución se compromete en todas sus instancias a gestionar la seguridad en la atención de pacientes, asignar los recursos necesarios para su mantenimiento y respaldar los planes de acción que de esta se deriven.

La política será divulgada en el comité de acreditación con el fin de que todos los líderes de procesos la conozcan y desplieguen la información en los respectivos grupos primarios. Además, se publicará en la intranet y se revisará semestralmente por parte de la Junta con el fin de verificar su aplicabilidad.

2. Creación de la Oficina de Seguridad del Paciente:

Se creará la Oficina de Seguridad con independencia de la Coordinación de Calidad la cual vele por la investigación y análisis de los incidentes y eventos adversos, soporte las actividades de formación del personal en temas de seguridad, mantenga el control y seguimiento de la información y brinde al Comité de seguridad la información necesaria para definir las barreras que minimicen los riesgos durante la atención.

Esta oficina será liderada por un médico a contratar que labore medio tiempo y que a su vez preste sus servicios en el área de urgencias y una enfermera que

labore tiempo completo, quienes se encarguen de soportar la investigación y la búsqueda activa de los incidentes y eventos institucionales; mantengan la documentación relacionada, recopilen la información, apoyen la cultura y las campañas de seguridad, estimulen el reporte del personal y respalden la respuesta rápida ante la ocurrencia de un evento. Se pueden apoyar en un tercer profesional de la salud que apoye las actividades de investigación y de respuesta rápida.

Su representante ante el comité de seguridad del paciente será el médico, quien presentará informes mensuales de la presencia de incidentes y eventos adversos, definirá el tratamiento aplicado, demostrará el comportamiento de los indicadores del modelo de seguridad y brindará información relevante para la toma de las acciones correctivas adecuadas.

3. Conformar el comité de seguridad del paciente:

El comité de seguridad del paciente tendrá la responsabilidad de vigilar y garantizar la implementación y supervisión satisfactoria del cumplimiento de las normas de seguridad definidas en el desarrollo del proceso.

El objetivo esencial es que la responsabilidad se despliegue hacia la alta dirección, la cual a su vez debe estar en posición de dar soporte a todas las operaciones funcionales de la organización. Para que el resultado de esta dinámica sea satisfactorio. El Comité de seguridad del paciente será liderado por la Dirección Médica, con una periodicidad mensual, y se integrará por los siguientes cargos:

1. Gerente general
2. Director médico
3. Coordinación de enfermería
4. Coordinación de calidad
5. Jefe de mantenimiento
6. Química farmacéutica
7. Auditor médico

8. Jefes de servicios generales y asistenciales.

Además de su representatividad en el comité de seguridad del paciente se realizará:

- El análisis de los resultados tras la investigación de los incidentes y eventos adversos,
- El seguimiento a los planes de acción definidos por la oficina de seguridad y la creación de aquellos relacionados con el resultado de los indicadores.
- Hacer seguimiento a los indicadores y las tendencias de los incidentes y eventos adversos presentados en el periodo.
- Definir acciones preventivas y de mejora de los procesos relacionados.
- Respalda las actividades y campañas generadas por la oficina de seguridad con el fin de afianzar la cultura de seguridad.
- Aprobar la documentación de divulgación.

4. Elaboración de la guía de seguridad del paciente. Ver anexo 1.

La guía de seguridad del paciente será elaborada por los integrantes de la oficina de seguridad y será aprobada por el comité de seguridad del paciente durante el primer mes de implementación del programa de vigilancia.

Dicha guía de seguridad del paciente respaldará el proceso de inducción del personal en materia de seguridad y contendrá los siguientes aspectos:

- La Política de seguridad del paciente emitida por la Junta Directiva
- Los Deberes y derechos de los pacientes.
- La definición de incidentes y eventos adversos.
- El Formato de reporte de eventos adversos
- Los tipos de eventos adversos a reportar tomados de la OMS, y las recomendaciones generales.

Esta información además será divulgada en los respectivos grupos primarios institucionales por parte de los dueños de procesos y publicados en la intranet con el fin de que todo el personal pueda acceder a ella para su consulta.

5. Mejora del formato para el reporte de eventos adversos:

El formato de reporte que actualmente es utilizado en la institución ha sido identificado como una barrera de reporte debido a la complejidad de los aspectos que se deben registrar. Por esta razón se propone la mejora en dicho formato que incluya aspectos básicos del evento adverso y que facilite su investigación por parte de la oficina de seguridad del paciente.

Se propone además no incluir el nombre del responsable del reporte sino el servicio en el cual se ha presentado el evento adverso con el fin de enfocar las actividades a la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora del proceso de atención y no de implicar directamente a un funcionario para realizar la sanción.

Solo mediante el modelo de investigación que se propone mas adelante, se puede llegar a determinar las causas reales del evento y definir los mecanismos adecuados para evitar su nueva ocurrencia.

Las conclusiones del análisis serán evidenciadas al terminar la investigación y se determinará las actividades, los responsables y las fechas de seguimiento las cuales son punto de partida para el monitoreo que realiza el comité de seguridad mensualmente.

7. Creación de listas de verificación para prevenir riesgos.

Dentro del programa es necesario incluir registros o listas de verificación para prevenir riesgos y soportar la cultura de seguridad. Por ello se propone la determinación de listas de chequeo relacionadas con:

- Prevención de caídas
- Cirugía segura
- Administración segura de medicamentos
- Prevención de infección del sitio operatorio

En la medida que avance la implementación del programa de vigilancia de reporte y eventos adversos en la institución, será el equipo de la oficina de seguridad quien se encargue de crear nuevos formatos según los hallazgos que se deriven de las investigaciones realizadas. Además, la coordinación de calidad soporta las actividades de normalización correspondiente con el fin de mantener continuidad en la actualización de los documentos y apropiar las listas de verificación dentro del sistema de gestión de la institución.

8. Generación de material educativo para el paciente y su familia

Con el fin de vincular al paciente y su familia en el cuidado dentro de la institución, se crearán mecanismos de despliegue de la información mediante material educativo, folletos específicos por servicio asistencial, videos institucionales y charlas educativas.

Este material será diseñado por la oficina de seguridad y aprobado por el comité de seguridad. Además su divulgación estará a cargo de los jefes de las unidades

asistenciales y con ayuda de la coordinación del SIAU será difundido en la alianza de usuarios.

La generación y actualización del material educativo será un proceso continuo atado a la definición de planes de acción para minimizar el riesgo de ocurrencia de eventos adversos. Se debe a su vez capacitar al personal asistencial antes de su emisión con el fin de soportar las dudas propias del paciente y del familiar.

9. Rondas de seguridad

Se han definido las rondas de seguridad como reuniones periódicas y sistemáticas con los equipos clínicos de la institución, para la discusión exclusivamente de temas relacionados con la seguridad del paciente.

Para el programa de vigilancia y reporte de eventos adversos, se creará un cronograma de implementación de rondas de seguridad con el apoyo de la coordinación de calidad y la enfermera de la oficina de seguridad con el fin de incentivar la búsqueda activa de los incidentes y eventos adversos. Su aplicabilidad será mensual y los resultados arrojados serán presentados en el comité de seguridad del paciente con el fin de determinar los planes de acción adecuados.

9. PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA

RECURSOS REQUERIDOS	COSTO ASOCIADO POR AÑO
INFRAESTRUCTURA	
OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
LOGISTICA	
COMPUTADOR	\$ 1.450.000
IMPRESORA	\$ 170.000
ARCHIVADOR	\$ 250.000
ESCRITORIO	\$ 200.000
BIBLIOTECA	\$ 150.000
PAPELERIA Y ELEMENTOS DE OFICINA	\$500.000 / AÑO
PERSONAL	
MEDICO GENERAL (Disponibilidad de 4 horas/día) Valor mensual con prestaciones sociales	\$ 2.310.000
ENFERMERA (Disponibilidad de 8 horas/día) Valor mensual con prestaciones sociales	\$ 1.848.000
PROFESIONAL DE LA SALUD CAPACITADO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	Dependiendo de los honorarios profesionales
TOTAL	Aprox \$ 52.616.000 (primer año)

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL PROGRAMA PROPUESTO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL MODELO DE VIGILANCIA Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPUESTO PARA LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.													
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
DEFINICION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GERENCIA												
CREACION DE LA OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GERENCIA												
CREACION DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	DIRECCION MEDICA												
GENERACION DE LA GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LOS TRABAJADORES DE LA INSTITUCION	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
CAPACITACION AL RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	RESPONSABLE OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
ACTUALIZACION DEL FORMATO PARA REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
ESTRUCTURACION DEL MODELO DE INVESTIGACION (ANCLA)	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
CREACION DE LISTAS DE VERIFICACION PARA PREVENIR RIESGOS	OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
ELABORACION DE FOLLETOS EDUCATIVOS EN SEGURIDAD DIRIGIDOS AL PACIENTE Y SU FAMILIA	OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
INVESTIGACION Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS	OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
REALIZAR RONDAS DE SEGURIDAD	COORDINACION DE CALIDAD Y ENFERMERA OFICINA DE SEGURIDAD												
CAPACITACION DEL PERSONAL	OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
GENERACION DE LA GUIA PARA PREVENIR CAIDA DE PACIENTES	OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
GENERACION DE LISTAS DE CHEQUEO DE VALORACION DE CAIDA DE PACIENTES	OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
CAPACITAR AL PERSONAL INSTITUCIONAL EN LA PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES	OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
IDENTIFICACION DE LOS 10 MEDICAMENTOS MAS CRITICOS Y LOS DE SIMILAR PRESENTACION QUE FAVORECEN LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	QUIMICO FARMACEUTICO Y OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
SEGURIDAD PARA EL MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS (ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCION, DISPENSACION Y ADMINISTRACION)	QUIMICO FARMACEUTICO Y OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
CAPACITAR AL PERSONAL ASISTENCIAL EN EL MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS	QUIMICO FARMACEUTICO Y OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												

11. PROPUESTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AVANCES DEL MODELO

Con el fin de realizar un seguimiento y control al programa se proponen cuatro mecanismos que pueden arrojar información relevante para la toma de decisiones por parte de la alta dirección en pro de la cultura de seguridad

1. Implementación de indicadores mensuales que midan el esfuerzo intrainstitucional:

- proporción de gestión de eventos adversos
- proporción de reporte de eventos adversos

2. Implementación de Indicadores mensuales que evalúen el impacto del programa de vigilancia y reporte de eventos adversos e incidentes relacionados con caídas, neumonía asociada a ventilador, infección intrahospitalaria, flebitis y errores en la administración de medicamentos los cuales a la fecha tienen mayor ocurrencia en la institución entre el total de eventos adversos enunciados por la OMS.

3. Realización de auditorías internas semestrales con el fin de verificar la adherencia al cronograma propuesto y el cumplimiento de los planes de acción generados a la fecha.

4. Seguimiento mensual por parte del comité de seguridad al cronograma propuesto por la oficina de seguridad.

12. CONCLUSIONES

- Al diseñar un formato sencillo para el reporte de los eventos adversos será utilizado con mayor frecuencia por el personal y se incrementará la notificación de estos, los cuales se verán reflejados en el informe del primer semestre del 2010 que será enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Diseñar un programa de vigilancia en la seguridad del paciente orienta a la institución a realizar prácticas seguras y minimizar la ocurrencia de eventos adversos.
- Diseñar la documentación como soporte (guías, lista de chequeo, entre otros) para la capacitación del personal permite fomentar la cultura de seguridad del paciente.
- Definir los mecanismos de socialización de los documentos de soporte mediante los grupos primarios y correo institucional permite que toda la organización conozca las estrategias establecidas por el comité de seguridad del paciente.
- Involucrar al paciente y su familia en el autocuidado permite minimizar los eventos adversos.
- El modelo ANCLA propuesto para el análisis de los eventos adversos permite abarcar todos los factores contribuyentes que permiten su ocurrencia y establecer adecuadas acciones correctivas.
- Las rondas de seguridad permiten ofrecer a la institución una detección de fallas latentes que comúnmente los funcionarios no detectan en el día a día.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008
2. Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. 2008, 9-20.
3. Ministerio de Protección Social. Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica Informe final. Octubre 2008.
4. Boletín No 2 observatorio de calidad en salud. Pág. 8 al 10.
5. Franco, Astolfo. MD. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia Med. 2005; 36:130-133.
6. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006
7. Ministerio de Protección Social. Resolución 1446 de 2006
8. www.cgh.org.co
9. Revista Salud Colombia. Edición No 83.
10. Ministerio de Protección Social. Libro de Seguridad del paciente. 2007.

ANEXO 1.

GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Código: ISP-01
Versión: 02

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.



La excelencia en la atención de su salud

GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRESENTACION

La Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. comprometida con la satisfacción de sus usuarios trabaja diariamente para que reciban la mejor atención y **SEGURIDAD** en los tratamientos y cuidados.

Contamos con ustedes para dar cumplimiento a este compromiso.

Cualquier inquietud o sugerencia que desee hacernos para mejorar la seguridad del paciente es importante porque nos permite conocer sus ideas y nos ayuda a generar acciones de mejora.

Esta guía le permitirá identificar algunas acciones concertadas por el comité de seguridad del paciente y que no podrían realizarse sin su ayuda.

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Teniendo en cuenta que la atención en salud involucra una interacción de seres humanos cada cual con sus características, en un entorno organizacional, la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. incorpora dentro de sus política organizacional la Seguridad del Paciente, la cual propende a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias, como componente fundamental de la calidad de la atención, a fin de asegurar un ambiente seguro, trabajando comprometidamente para reducir los riesgos para los pacientes, su familia y el personal de la institución.

Para una excelente prestación del servicio se debe garantizar que todo el personal de salud que interviene en la atención, lo hagan en forma segura, involucrando a los pacientes y sus familias para que sean concientes de los riesgos que existen en la atención.

De esta manera lograremos satisfacer las necesidades de nuestros clientes, enmarcados en la normatividad vigente, de tal forma que se garantice el desarrollo y protección de la comunidad.

DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

DERECHOS:

1. Recibir una atención en salud segura y de excelente calidad.
2. Un trato personalizado digno, humano y ético.
3. Ser informado de todo lo relativo a su atención utilizando una comunicación clara y comprensible.
4. Privacidad y manejo confidencial de la información.
5. A ser informado acerca de los servicios que le ofrece su entidad administradora de planes de beneficio (EPS, ARS etc.)
6. Respeto por sus creencias.
7. Ser escuchado y obtener respuestas a sus quejas e inquietudes.
8. Expresar por escrito su voluntad de no aceptar ningún tratamiento, procedimiento o retiro voluntario de la institución.
9. Vincularse a la asociación de usuarios.

DEBERES:

1. Suministrar de forma oportuna, clara, veraz y completa la información solicitada sobre su estado de salud.
2. Cumplir las normas reglamentos e instrucciones de la institución y del equipo tratante.
3. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación, y servicios de la institución.
4. Respetar la intimidad de los demás pacientes.
5. Tratar con respeto y dignidad a las personas que lo atienden, pacientes y demás personal que se encuentren en la institución.
6. Cancelar el valor que corresponda por copagos, cuota moderadora y servicios prestados no incluidos en los planes de beneficio de sus entidad administradora.
7. Respetar los bienes ajenos.
8. Cuidar su salud y la de los demás.
9. Participar y responsabilizarse de su proceso de atención y tratamiento siguiendo las indicaciones del equipo de salud.



TENGA EN CUENTA

Con el fin de mantener la seguridad en las labores asistenciales, es importante que tanto usted como los pacientes y acompañantes respeten y hagan respetar las normas establecidas con el fin de minimizar la ocurrencia de incidentes o eventos adversos.

Contamos con su colaboración.

Cuando ocurra un incidente o un evento adverso en cualquiera de los servicios por favor NOTIFIQUELO, es de suma importancia identificar los factores que ocasionaron la ocurrencia del evento para analizarlos y establecer acciones de mejora.

PERO QUE ES UN 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

Es el 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.

INCIDENTE

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

SU REPORTE

Se ha diseñado un formato que facilitará el reporte. Por favor incluya toda la información solicitada que el Comité de Seguridad del Paciente hará la respectiva investigación.

	CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.	Código: FSP-01
	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 01
	FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	Fecha: 10-11-09
FECHA:	HORA DE EVENTO:	
NOMBRE DEL PACIENTE:	IDENTIFICACION:	
DIAGNOSTICO DEL PACIENTE:		
DESCRIPCION DEL EVENTO:		
RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION:		
SERVICIO:		

**RECUERDE QUE DIARIAMENTE DEBERA REPORTAR
ESTA INFORMACION A LA COORDINACION DE
ENFERMERIA O AL DEPARTAMENTO DE CALIDAD**

QUE DEBE REPORTAR

El reporte está relacionado con los tipos de eventos identificados por la OMS y adoptados por el Ministerio de protección social e incluye:

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado/ Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada/ cara / sitio

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
- Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Cánulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinaria Dren / Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación Incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis

- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecto
- Contraindicado
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicación o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco Efectos adversos

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia Incorrecta
- Almacenamiento Incorrecto
- Elementos extraños en las dietas

Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales

- Paciente equivocado
- Gas / vapor Incorrecto
- Flujo y Concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Fallas de Administración
- Contaminación

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la Tarea
- Sucio / No estéril
- Fallas / Mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado/ eliminado
- Error de uso

Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso

- Problema con el uso de sustancias / Abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios
- Errático / fuga
- Autolesionante / suicida

Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

Tipo 12: Accidentes de pacientes

- Mecanismo (Fuerza) contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión
- Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación

Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados

MINIMICEMOS LA OCURRENCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

- Educando al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
- Promoviendo la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrando en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y no acompañarlo.

RECOMENDACIONES

QUE HACER CUANDO OCURRE UN EVENTO ADVERSO

- No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo. Apóyese en la coordinación de enfermería o en la Dirección médica para darle el tratamiento adecuado a la información.
- Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
- Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
- Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
- Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
- Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA
- **Un signo de alarma de la ocurrencia de un Evento adverso se presenta cuando un familiar insistentemente CREA (el familiar es quien más conoce al paciente) PRESTE ATENCION el evento puede estar ocurriendo sin que usted se dé cuenta.**

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.

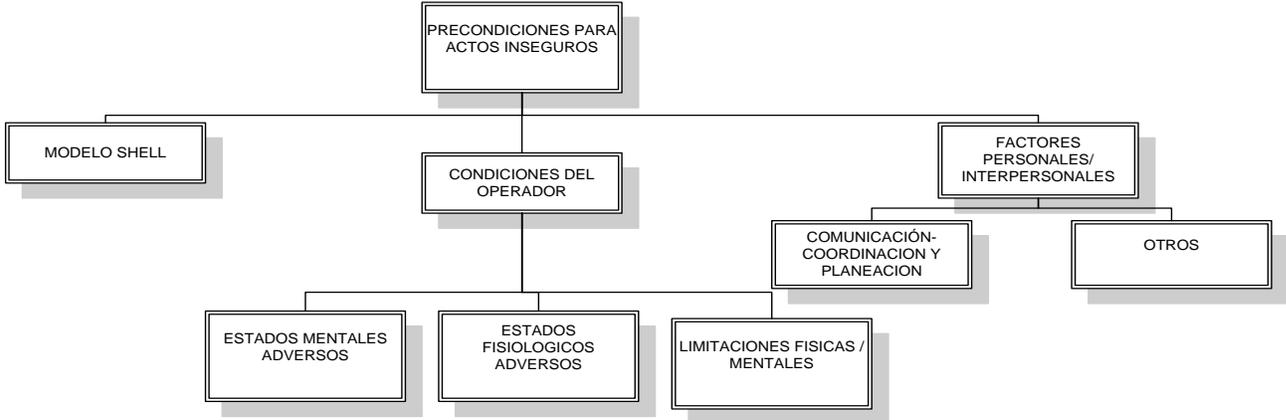


La excelencia en la atención de su salud

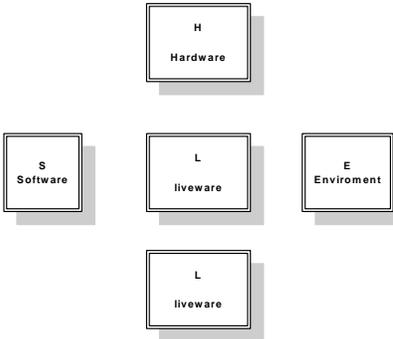
**COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
2010**

ANEXO 2.
MODELO ANCLA

NIVEL 2. PRECONDICIONES PARA ACTOS INSEGUROS



MODELO SHELL



S:

H:

E:

L:

CONDICIONES DEL OPERADOR:

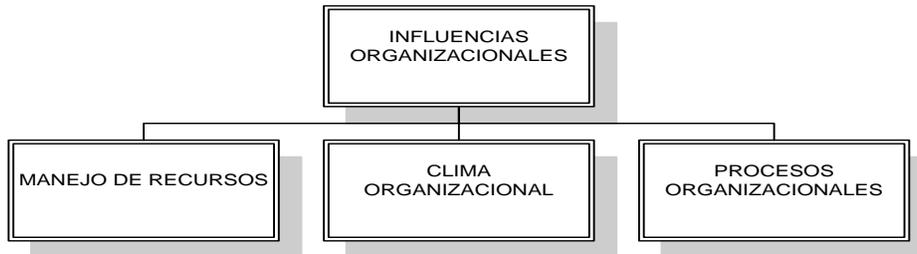
FACTORES PERSONALES E INTERPERSONALES:

NIVEL 3. SUPERVISION



ANALISIS:

NIVEL 4. INFLUENCIAS ORGANIZACIONALES



ANALISIS:

NIVEL 5. LEGISLACION- ESTADO



ANALISIS:

CARGO:

CARGO:

CARGO:

CARGO:

CARGO:

CARGO: