

**DISEÑO DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA ESE DE
PRIMER NIVEL DEL SUROESTE ANTIOQUEÑO.**

Autores

**CATALINA ALZATE PAREJA
SONRISA DE PAZ POSADA RIAÑO
ISABEL CRISTINA QUINTERO HIGUITA
JUAN ANDRÉS RODRIGUEZ HURTADO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD
OBSERVATORIO SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2016**

**DISEÑO DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA ESE DE
PRIMER NIVEL DEL SUROESTE ANTIOQUEÑO.**

Autores

**CATALINA ALZATE PAREJA
SONRISA DE PAZ POSADA RIAÑO
ISABEL CRISTINA QUINTERO HIGUITA
JUAN ANDRÉS RODRIGUEZ HURTADO**

**Proyecto de Grado para Optar al Título de Especialista en Auditoría en
Salud**

Asesora

**Dra. AMPARO RUEDA DE CHAPARRO
Docente de Cátedra**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD
OBSERVATORIO SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2016**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.....	6
LISTA DE SIGLAS.....	8
LISTA DE TABLAS.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	10
LISTA DE ANEXOS.....	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 JUSTIFICACION.....	16
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	17
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
3. MARCO TEORICO.....	19
3.1 MARCO CONCEPTUAL.....	19
3.2 MARCO REFERENCIAL.....	21
3.3 MARCO OPERATIVO.....	32
3.3.1 Contexto Institucional.....	32
3.3.2 Direccionamiento Estratégico de la IPS.....	33
3.3.3 Objetivos Estratégicos de la IPS.....	35
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	37
4.1 ENFOQUE METODOLOGICO.....	37
4.2 TIPO DE ESTUDIO.....	37
4.3 POBLACION.....	37
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	37
4.5 DESCRIPCION DE VARIABLES.....	38
4.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	47
4.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47

4.8 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	47
4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	48
5. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	49
6. CONSIDERACIONES ETICAS.....	50
7. RESULTADOS.....	51
7.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	51
7.1.1 Objetivo General.....	51
7.1.2 Objetivos Específicos.....	51
7.2 ALCANCE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE....	51
7.3 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	52
7.3.1 Política De Seguridad Del Paciente.....	52
7.3.2 Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente.....	52
7.3.3 Indicadores para evaluar el cumplimiento de los objetivos de la Política de Seguridad del Paciente.....	53
7.3.4 Principios Orientadores de la Política de Seguridad del Paciente.....	54
7.3.5 Equipo referente institucional de seguridad del paciente.....	55
7.3.6 Comité de Seguridad del Paciente.....	57
7.3.7 Líderes de Procesos o servicios de la ESE.....	60
7.3.8 Paciente y Cuidadores.....	60
7.4 FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	60
7.4.1 Plan de Capacitación en temas de Seguridad del Paciente.....	61
7.4.2 Marco conceptual- Definiciones- Taxonomía.....	64
7.4.3 Herramientas para fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente.....	69
7.5 PROCESOS SEGUROS.....	85
7.5.1 AMEF (Análisis de Modo de Falla) por servicio.....	85
7.5.2 Guías de Atención Médica	87
7.5.3 Procedimientos de Enfermería.....	88

7.5.4	Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.....	88
7.5.4.1	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.....	88
7.5.4.2	Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.....	92
7.5.4.3	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos...	94
7.5.4.4	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.....	96
7.5.4.5	Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.....	99
7.5.4.6	Prevención úlceras por presión (UPP).....	101
7.5.4.7	Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.....	104
7.6	ARTICULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SOGC PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	106
7.7	ESTRATEGIAS PARA EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	108
8.	CONCLUSIONES.....	110
	BIBLIOGRAFIA.....	111
	ANEXOS.....	114

INTRODUCCIÓN

La Seguridad de la Atención en Salud es una prioridad en todas las Instituciones de Salud, y se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Para lograrla, desde junio de 2008, Colombia Impulsa la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el propósito de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos prevenibles para mejorar la calidad y seguridad de la atención en salud y contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Mediante la Resolución 2003 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso en los estándares de habilitación que los Prestadores de Servicios de Salud, debían contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, soportado en cuatro elementos: la Plataforma Estratégica de la Seguridad, el Fortalecimiento de la Cultura Institucional en Seguridad del Paciente, el Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos y el desarrollo de Procesos Seguros.

Para facilitar su planeación y desarrollo, publicó documentos técnicos como los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, la Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, la Lista de Chequeo de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias para IPS

y Profesionales Independientes y los Paquetes Instruccionales de Seguridad del Paciente para garantizar su implementación.

Mediante el presente trabajo de grado, se documenta el Programa de Seguridad del Paciente en una ESE de Primer Nivel del Suroeste Antioqueño.

En el primer capítulo se formula el problema que llevó a la planeación del Programa de Seguridad del Paciente en la ESE seleccionada, en el segundo se define el objetivo del trabajo de grado, en el tercero se describe el marco de referencia a utilizar, base del Programa que se presente desarrollar para su implementación en la ESE, en el cuarto se describe el diseño metodológico a seguir, en el quinto la manera de controlar los errores y sesgos en el diseño del programa, en el sexto las consideraciones éticas que deben regir en la ejecución del presente trabajo de grado.

En el séptimo capítulo se exponen los resultados, es decir el Programa de Seguridad del Paciente documentado en donde se plantea la manera como se va a implementar en la ESE, en el octavo resume los resultados específicos alcanzados en el trabajo frente a los objetivos propuestos y en el noveno se dan recomendaciones a la ESE, tomadas del conocimiento de expertos en el tema, para la adecuada implementación del Programa.

LISTA DE SIGLAS

AMBEAS: Estudio sobre Eventos Adversos en pacientes que acuden a los Servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica

AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos

APEAS: Estudio sobre Efectos Adversos asociados a la Atención Primaria en Salud

EA: Evento Adverso

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización

ESE: Empresa Social del Estado

IBEAS: Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos en Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PHVA: Planear, Hacer, Verificar, Actuar

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

UPP: Ulceras por Presión

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES CATEGORIZADAS QUE DEBEN INCORPORARSE EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN FERNANDO DE AMAGÁ.	38
TABLA 2. FORMATO ACTA DE REUNIONES	56
TABLA 3. BASE DE DATOS DE REPORTES DE INCIDENTES Y SUCESOS ADVERSOS RECIBIDOS EN EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SEGUIMIENTO	59
TABLA 4. PLAN DE CAPACITACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	61
TABLA 5. FORMATO RONDA DE SEGURIDAD	70
TABLA 6. ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	74
TABLA 7. FORMATO REPORTE DE LA SITUACIÓN ADVERSA	79
TABLA 8. FORMATO SUGERIDO PARA IDENTIFICAR Y GENERAR LA DECISIÓN DE INVESTIGAR EL EVENTO ADVERSO	81
TABLA 9. INSTRUMENTO ANÁLISIS EVENTO ADVERSO	82
TABLA 10. PROTOCOLO A SEGUIR EN LA ENTREVISTA	83
TABLA 11. HERRAMIENTA ESPINA DE PESCADO PARA ANÁLISIS DE CAUSAS DE LA ACCIÓN INSEGURA	85
TABLA 12. ANÁLISIS DE MODO DE FALLA Y EFECTO (AMEF)	86

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. MAPA DE PROCESOS E.S.E HOSPITAL SAN FERNANDO, AMAGÁ ANTIOQUIA	36
FIGURA 2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)	80
FIGURA 3. MAPA ESTRATÉGICO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	109

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO 1. FICHA TÉCNICA PARA EL INDICADOR DE COBERTURA DE CAPACITACIÓN	114
ANEXO 2. LISTAS DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	115
ANEXO 3. FICHA TÉCNICA INDICADORES PARA EVALUAR LA PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE ATENCIÓN MÉDICA	134

RESUMEN

Introducción. La E.S.E. Hospital San Fernando del municipio de Amagá en su Política de Calidad se compromete a prestar servicios de salud soportados en la mejora continua con base en la normatividad vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social, estableció en la Resolución 2003 de 2014 que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben contar con un Programa de Seguridad del Paciente, documentado, socializado y evaluado, que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, con base en el modelo de gestión de seguridad del paciente, definido por el

Metodología. Se revisó el marco conceptual, normativo e institucional y se planeó el Programa de Seguridad del Paciente integrando 4 elementos: la planeación estratégica de la seguridad, el fortalecimiento de la cultura organizacional, la medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos y procesos seguros, con las metas y logros esperados. Se especificaron los objetivos y los recursos requeridos para implementarlo. Adicionalmente se documentó una lista de verificación que permitirá a la ESE realizar el diagnóstico del estado de avance del Programa y hacer el seguimiento correspondiente; de otra parte se identificaron estrategias que pueden servir a la ESE para el despliegue y conocimiento de todo el personal de la institución en los diferentes niveles de la organización.

Resultados: Se documentó el Programa de Seguridad del Paciente en la ESE, con base en el modelo de gestión de seguridad establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Conclusiones: Con el presente desarrollo, se documentó el Programa de Seguridad del Paciente con la caja de herramientas dirigidas a minimizar y en lo posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos evitables en la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá.

Palabras clave: Modelo de Gestión de la Seguridad del Paciente, Programa de Seguridad del Paciente.

ABSTRACT

Resume: The E.S.E. Hospital of San Fernando municipality of Amagá in its Quality Policy is committed to provide health services supported on continuous improvement based on current regulations. The Ministry of Health and Social Protection, established in The Resolution 2003 of 2014 that the institutions providing health services, must have a Program Patient Safety, documented, socialized and evaluated, which provides adequate toolbox for identification and management of adverse events, based on the management model of patient safety, defined by it.

Methodology: The conceptual, regulatory and institutional framework was revised and Patient Safety Program was planned by integrating four elements: strategic security planning, strengthening of organizational culture, measurement, analysis, reporting and management of adverse events and insured procedures, goals and expected accomplishments. The objectives and the required resources to implement it were specified. Additionally a checklist that will allow the ESE diagnose the development of the program and make appropriate follow-up as documented; on the other hand strategies that can serve the ESE for deployment and knowledge of all staff of the institution at different levels of the organization are identified.

Results: The Patient Safety Program was documented in the ESE, based on the safety management model established by the Ministry of Health and Social Protection.

Conclusions: With this development, the Patient Safety Program was documented with the toolbox designed to minimize and possibly eliminate the

occurrence of preventable adverse events in the ESE Hospital of San Fernando municipality of Amagá.

Keywords: Management Model Patient Safety, Patient Safety Program.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a las mayores exigencias que se muestran diariamente y al proceso evolutivo presente en todos los sistemas, el sector salud es uno de los que demanda mayores retos. Al servir a la comunidad con los conocimientos adquiridos en la Promoción, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Paliación, como era nuestro ideal, nos enfrentamos a temas álgidos relacionados con exigencias de nuestros pacientes, diferencias culturales, patologías de difícil diagnóstico, dicotomías entre el deber ser y lo permitido por el sistema, errores en la práctica médico clínica y por ende deficiencias en su tratamiento, y en fin, un sin número de eventos que más allá de demandas y tropiezos en la prestación, que representan riesgo para la vida, (derecho fundamental y que genera tantos debates) niegan lo ideal en salud que todos algún día soñamos.

En la actualidad el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC) de nuestro país, está compuesto por cuatro elementos fundamentales, dentro de los cuales se encuentran el Sistema Único de Habilitación (SUH), Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud desarrollado mediante la herramienta PAMEC, el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad (SIC), orientados a la prestación del servicio con la mayor calidad posible, con un eje central que es la seguridad del paciente para la minimización de los riesgos y la mayor satisfacción por parte del usuario.

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para reducir y hasta donde sea posible, eliminar los eventos adversos prevenibles para mejorar la calidad de la atención que se ofrece al Usuario. Es aquí donde vislumbramos el tema que nos compete, y donde trabajaremos en la construcción del Programa para una Empresa Social del

Estado (ESE) de primer nivel de atención del municipio de Amagá, Hospital San Fernando, ubicado en el Suroeste Antioqueño.

En el Hospital objeto del estudio, adicional a poseer una política de Seguridad del Paciente, se cuenta un comité para su implementación pero se manejan temas aislados desde diferentes enfoques como el Programa de Fármaco, Tecno y Reactivo vigilancia, y, no se tiene un Programa transversal como lo requiere la perspectiva de seguridad del paciente y que demanda la Resolución 2003 de 2014, cuando reglamenta las condiciones mínimas que una Institución Prestadora de Servicios de Salud debe cumplir para ingresar al Sistema de Salud con servicios de salud habilitados, que le permita la prestación de los mismos.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La atención en salud se considera una actividad cada vez más compleja, debido a los avances diarios en la medicina, lo que conlleva a manejar técnicas y tecnologías que prolongan la vida, pero que a su vez, convierten la prestación de los servicios de salud, en sistemas de alto riesgo; es por esto, que la seguridad del paciente toma la importancia actual, tratando de crear en las Instituciones una cultura que motive a pensar y a trabajar con el enfoque de minimizar el riesgo, no solamente para nuestros usuarios (pacientes), sino para nosotros mismos como prestadores del servicio.

Como seres humanos, no estamos exentos de cometer errores en la prestación de los servicios de salud que combinados con fallas del sistema originan problemas en los Usuarios de los servicios, relacionados con su seguridad y en consecuencia situaciones adversas temporales, permanentes y hasta la muerte. Por ello, es fundamental no solo contar con una buena infraestructura sino también desarrollar un Programa de Seguridad del Paciente teniendo en cuenta los lineamientos y estrategias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, dirigidas a mejorar la competencia de las personas que laboran en la ESE hospital San Fernando del municipio de Amagá, la participación de los pacientes y cuidadores así como de los demás

proveedores que participan de una u otra manera en la atención, a generar un compromiso con la seguridad y facilitar su adherencia a la Política de Seguridad del Paciente formulada, aplicando procesos, procedimientos y prácticas seguras con el fin de brindar una atención en salud de calidad que favorezca la seguridad y de esta manera la disminución de los costos de no calidad resultantes de los eventos adversos evitables.

Con frecuencia, se conoce la existencia de las normas pero no se sabe si realmente se están implementando en la medida de lo que se espera el modelo de seguridad, entendido como el referente conceptual y metodológico para implementar de manera sistemática, planificada y articulada los conceptos, políticas, estrategias y herramientas para reducir los riesgos, brindando la atención en un entorno seguro, con la implementación de procesos y procedimientos estandarizados que requieren una cultura de seguridad que los soporte con el fin de mejorar los resultados en el paciente.

Lo anterior obliga, a hacer con un enfoque preventivo, la revisión del avance del desarrollo de este modelo, programa de la ESE objeto del estudio, siguiendo las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, y replantear la manera como la ESE debe reorientarse en el desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente y proponer estrategias para su despliegue, indispensable para disminuir las fallas potenciales en la prestación de los servicios de salud, beneficiando a los usuarios, a los proveedores de estos servicios y a la institución.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Modelo del Programa de Seguridad del Paciente que se ajusta a la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá, según las condiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la normatividad vigente y qué estrategias se proponen para su despliegue en la Institución?

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Programa de Seguridad del paciente en la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en la legislación vigente y los documentos técnicos que ha publicado, para contar con una caja de herramientas que facilite la construcción de un modelo de seguridad y fortalecimiento de la cultura organizacional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar la Lista de Verificación que permitirá hacer seguimiento a la incorporación de todos los elementos del Programa de Seguridad del Paciente y a la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá, con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Planear el Programa de Seguridad del Paciente ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá, que se ajuste a las condiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la normatividad vigente, y a su vez que sea viable y acorde con el tipo de institución.
- Plantear estrategias que puede utilizar la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá, para el despliegue del Programa de Seguridad del Paciente.

3.MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

La Seguridad del Paciente, es una característica muy importante en la calidad de la atención en salud, definida como la ausencia de lesiones o daños producidas por la atención en salud, consecuencia de los valores, la actitud, el conocimiento, el entrenamiento, la experiencia y la actuación de los diferentes profesionales y del sistema de salud frente al proceso de atención en salud.

A medida que se van dando avances científicos muy beneficiosos en la medicina y su práctica, y las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, los riesgos de incidentes y eventos adversos para los pacientes aumentan, y debido a su magnitud y trascendencia, la seguridad del paciente se ha convertido en un problema de salud pública, que es necesario prevenir y evitar; también existen otras víctimas de esta situación como son los profesionales que realizan la atención en salud y las Instituciones de Salud en donde se realiza la atención. Veillard 2005 y JCHAO 1997, definen que se consigue seguridad cuando el sistema tiene las estructuras y prestaciones de servicio adecuadas y se obtienen resultados de forma que prevengan el daño al usuario, al profesional sanitario y/o al entorno.

El modelo de gestión de la seguridad del paciente, implica a las organizaciones conocer en dónde están las situaciones de riesgo, en qué parte de la estructura organizativa se pueden generar o se están generando, en cuáles procesos se concentran las situaciones que originan riesgos para la seguridad del paciente, qué dicen los resultados de los informes de incidentes y eventos adversos del análisis de las reclamaciones, del análisis de las demandas al respecto, para identificar los fallos del sistema, insumos importantes para la evaluación permanente y proactiva así como retrospectiva de los riesgos, para determinar las barreras de seguridad que se deben implementar con el fin de minimizar su ocurrencia.

La primera fase en este proceso en la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá es la planeación estructurada de un modelo de atención con enfoque de gestión del riesgo prospectivo y retrospectivo, para la seguridad de todos. Cuando se habla de un enfoque prospectivo del riesgo, se hace referencia a la necesidad de analizar de manera sistemática las actividades de los procesos asistenciales y administrativos críticos que soportan la atención del paciente en sus diferentes interacciones asistenciales, porque existe la posibilidad de generar riesgos durante la atención, los cuales deben ser identificados con el propósito de intervenirlos antes de que se produzcan eventos adversos evitables; de igual forma, se debe realizar valoración retrospectiva de los sucesos adversos una vez ocurran, con el fin de analizar qué ocurrió y por qué, detectar las desviaciones frente a lo esperado y establecer acciones continuas dirigidas a su mejoramiento de manera que no vuelva a ocurrir, para beneficio de los pacientes, los proveedores de los servicios de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Identificar cuáles son las situaciones adversas en la atención de los pacientes es esencial para sensibilizar al equipo de salud y la alta administración sobre los principales problemas, priorizar los riesgos, analizar, caracterizar y comprender cuáles son las acciones inseguras más relevantes que favorecen su aparición, e investigar los factores contributivos prevenibles para implementar las soluciones eficaces que evidencien un impacto positivo en la seguridad de la atención en salud.

Las acciones de mejoramiento están orientadas al logro de una adecuada organización de los servicios de salud, al desarrollo e implementación de buenas prácticas en seguridad para cambiar conductas en la alta dirección, los equipos de salud, los pacientes y su acompañante o cuidador, que lesionan la atención del paciente y crear una cultura organizacional abordada de manera transversal e integral a nivel de estructura, proceso y resultados, que permita mediante un ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), la implantación de un modelo de atención segura siguiendo los lineamientos y demás

disposiciones publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, con avances significativos que disminuyan la ocurrencia de los eventos adversos evitables.

En este sentido, el Programa de Seguridad del Paciente, se considera la primera práctica de obligatorio cumplimiento que contiene los elementos claves del modelo de seguridad del paciente que debe implementarse una IPS e incluye la caja de herramientas dirigidas a reducir y en lo posible evitar la ocurrencia de eventos adversos o mitigar sus consecuencias, así como incrementar la seguridad del paciente en la Atención en Salud.

3.2 MARCO REFERENCIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en hospitales bien financiados y técnicamente adelantados al menos uno de cada diez pacientes que reciben atención en salud en el mundo, les ocurre un evento adverso. En Estados Unidos anualmente hay un reporte de 98.000 muertes por errores médicos, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tránsito, cáncer de seno o SIDA; en Canadá y Nueva Zelandia las consecuencias negativas debidas a errores médicos se presentan en el 10% de los pacientes hospitalizados, mientras que en Australia en el 16,6 %.¹

Los datos de los países en desarrollo son escasos, aun así los expertos consideran que la situación es peor ya que se calcula que por lo menos el 50% de todo el equipo médico no es seguro y que 77% de los casos notificados de medicamentos falsificados y sin garantía de calidad ocurren en estos.²

¹ Donalson L. La Seguridad del Paciente: "No hacer daño". Perspectivas de Salud – La Revista de la Organización Panamericana de la Salud. 2005

² Donalson L. Ibid

Antecedentes históricos del panorama mundial en Seguridad del Paciente:

- 1984-1999: durante este período muchos estudios se realizaron a nivel mundial, en los cuales se demostró la importancia de los eventos adversos evitables asociados a la atención en salud. Uno de ellos fue el desarrollado en 1984, por Brennan de Harvard- Estados Unidos, sobre la incidencia de sucesos adversos y negligencias; realizado a una cohorte de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales del estado de Nueva York, el cual sigue siendo por su metodología un estudio de referencia para el conocimiento del problema. Se evidenció un 3,8 % de eventos adversos y 27,6 % de ellos eran evitables. Otro estudio realizado en EE.UU., UTAH por Thomas en 1992, a 14700 pacientes de 28 hospitales, estimó incidencia de eventos adversos de 2,9% y entre el 27,4 - 32,6 eran evitables. Así mismo, en este mismo año, en Australia se realizó el estudio de la Calidad en el Cuidado de Salud (QAHCS) en el cual examinó una muestra aleatoria de 14.179 pacientes admitidos a hospitales públicos y privados, e informó que el 16,6% de los ingresos están asociados con un EA, y que el 50,3% de los EA se asocia con la cirugía.
El estudio realizado por Davis en Nueva Zelanda, en 1998, informó una frecuencia del 11.3% de eventos adversos, después de revisar los registros de 6579 pacientes en 13 hospitales y 37% eran evitables.
- 1999: el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, publicó el informe "Errar es humano, construyendo un sistema de salud más seguro", que afirmaba que entre 44.000 y 98.000 personas fallecen cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de fallos que podrían evitarse y orientó las políticas de calidad de las principales organizaciones de salud, internacionales, para el desarrollo de estrategias y recomendaciones enfocadas a controlar los daños o lesiones evitables en el paciente, por la atención en salud.

Otro estudio piloto realizado en el Reino Unido en el año 1999 por Vincent, en 1014 pacientes de dos hospitales, obtuvo 11.7% de eventos adversos y el 48% eran evitables.

- 2004: La Organización Mundial de la Salud creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" y fue puesta en marcha en octubre de ese año, con el propósito de promover, coordinar, difundir y acelerar la implementación de herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo. las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Promueve las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente para encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes.
- 2005: En este año, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, estableció la necesidad de trabajar en seis aspectos importantes a nivel mundial como el reto “una atención limpia es una atención más segura” – higiene de manos-, con el fin de disminuir las infecciones nosocomiales, en el 2008 lanzó el reto por la mejora de la seguridad en cirugía “la cirugía segura salva vidas” – abordado en varios criterios como cirugía limpia, anestesia segura. equipos quirúrgicos seguros así como medidas y mecanismos que aseguren la calidad.- lista de chequeo de cirugía segura; también fomentó la importancia de incorporar a los pacientes por su propia seguridad, homologar la taxonomía de la seguridad del paciente, realizar investigación en el campo de la seguridad del paciente, establecer soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad así como notificar las fallas en seguridad del paciente para aprender de los errores.

El Reino Unido, demostró su liderazgo innovador en seguridad del paciente, contribuyendo con su apoyo básico a la a la Alianza Mundial de la OMS en pro de la Seguridad del Paciente para que ésta pueda alcanzar sus objetivos y generar un impulso mundial en el tema.

En este mismo año, a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo, se realizó el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización- ENEAS- de carácter retrospectivo, con el objetivo de determinar la incidencia de Efectos Adversos en los hospitales de España, establecer la proporción de éstos en el periodo de pre hospitalización, describir las causas inmediatas de los mismos, definir los evitables, conocer el impacto de éstos en términos de incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria, en una muestra de 24 hospitales, sobre un total de 5.624 historias. Se detectó durante la hospitalización una incidencia de 9,3% de eventos adversos, relacionado directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) El 17,7% de los pacientes con Evento Adverso acumuló más de uno. Del total de los 473 pacientes con Eventos Adversos relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el EA fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso)³

- 2005 a 2010: El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) de España, impulsó y promovió la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), con objetivos orientados a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo sanitario, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente, implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos. Fue actualizado para un nuevo quinquenio 2015-2020, con el fin de tener un instrumento que de una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud.

³ Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS; Ministerio de Sanidad y Consumo; España, Febrero 2006

- 2006: El Consejo de Europa invitó a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones de salud.

- 2007: El Consejo Directivo de la OPS, aprobó Resolución CSP27.R10: “Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la seguridad el paciente”.

- 2007 – 2009: Se realizó el estudio IBEAS (Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica) en 58 hospitales de 5 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) para evaluar la prevalencia de los eventos adversos que fue de 10.5% y 58,6% de ellos, eran evitables. Es el mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha.
En Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. Es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el nuestro fueron hospitales acreditados.⁴
Los eventos adversos estuvieron relacionados con Infección Nosocomial 37,97%, con un procedimiento 26,66%, con el cuidado 13,16%, con la medicación 9,22%, con el Diagnóstico 6,29%, otros EA 3,52% y pendiente de especificar 3,19%.

- 2008: Un siguiente estudio también realizado en España es el APEAS en el cual se abordó el análisis de la frecuencia y tipo de los EA en Atención Primaria; fue uno de los primeros estudios que se ocupa de esta problemática en los centros de salud, abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería. Esta investigación llevó a cabo en

⁴ Estudio Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica IBEAS; Ministerio de Sanidad y Política Social; España, 2009

48 centros de salud de 16 comunidades autónomas y con 452 profesionales sanitarios de medicina y enfermería; se analizaron los datos de 96.047 consultas; la prevalencia de pacientes con algún Efecto Adversos fue de 10,11% y un 6,7 de los pacientes acumuló más de un EA.⁵

- 2010 – 2011: estudio AMBEAS, primer estudio de prevalencia e incidencia de eventos adversos en servicios ambulatorios México, Colombia, Perú y Brasil. Se identificaron 42 eventos adversos, el 59% relacionados con la medicación, 14,3% con la prescripción, 7.1% fallos en la comunicación, 9.5% otros motivos y 4.8% sin determinar.

- 2012: la Organización Mundial de la Salud, realizó reunión en Ginebra sobre seguridad en Atención Primaria con el fin de analizar los datos disponibles sobre frecuencia, características, posibilidades de prevención y gravedad de los eventos adversos y valorar los retos ante una situación de crisis económica y la posibilidad de establecer estudios comunes entre países. Se priorizaron las siguientes recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en atención primaria; formar los profesionales en seguridad del paciente, promover estudios de seguridad del paciente utilizando diferentes metodologías, desarrollar políticas para promover la seguridad del paciente en atención primaria, Mejorar las definiciones sobre errores y su clasificación, facilitar el aprendizaje de los errores y asegurar que los sistemas para mejorar la seguridad de los pacientes en atención primaria se pongan en práctica.

⁵ Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en la Atención Primaria de Salud APEAS; Ministerio de Sanidad y Consumo. España; 2008

Contexto normativo, que en Colombia ha establecido directrices para mejorar la seguridad del paciente en la atención en salud.

- En el año 2005, en 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, a partir del año 2006, Colombia ha venido publicando constantemente la actualización de la normatividad con enfoque de seguridad del paciente, así:

- 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. Establece en el artículo 3º Características del SOGCS, que la Seguridad es una las características que debe cumplir el SOGCS para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la Atención en Salud, y, la define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Lo anterior significa que la Seguridad del paciente debe ser el enfoque de cada uno de los cuatro componentes de este Sistema. Con el Sistema Único de Habilitación, busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB; uno de los objetivos de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud es el seguimiento a riesgos para reducir y en lo posible evitar la ocurrencia de eventos adversos; mediante indicadores definidos en el Sistema de Información para la Calidad, hace

seguimiento a la calidad de los servicios siendo la gestión de la seguridad clínica una de las dimensiones que se monitoriza y evalúa y, con la implementación de procesos con enfoque de estándares de acreditación pretende alcanzar una calidad superior con resultados excelentes en aspectos como la seguridad del paciente.

- Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente: en el 2008 el Ministerio de Salud impulsó una Política de Seguridad del Paciente “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia”.

Define los principios orientadores de la política, los objetivos de la política de seguridad del paciente, el modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente, el modelo explicativo de la ocurrencia y causalidad del evento adverso, las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso, las acciones institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente (propósitos de la política de seguridad del paciente con lineamientos claros de cómo implementarla, metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos, procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos -sistema de reporte intrainstitucional-, metodologías para el análisis de los eventos adversos -Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efecto- , estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente, protocolos para el manejo del paciente cuando ocurre un evento adverso.

Adicionalmente hace referencia a las acciones inter-institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente, el manejo del entorno legal y los elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente (estrategia educativa, promoción de herramientas organizacionales, coordinación de actores, estrategia de información y articulación de los componentes del SOGC)

- Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” : publicada en 2010, con el propósito de brindar a las instituciones recomendaciones técnicas aplicables a Prestadores hospitalarios, Prestadores ambulatorios, Prestadores independientes y Entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores, para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud , clasificadas en cuatro grupos que buscan: obtener procesos institucionales seguros, Obtener procesos asistenciales seguros, Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad e Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Las recomendaciones técnicas descritas en la guía fueron de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero cuando el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 2003 de 2014, algunas quedaron incluidas como estándares de habilitación

- Paquetes Instruccionales: para facilitar el diseño e implementación práctica de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, desarrolló en el 2009 unos paquetes instruccionales con directrices técnicas. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, en el 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó la actualización de 23 de estos paquetes educativos que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto.

Tres (3) de ellos se clasifican dentro de las recomendaciones técnicas clasificadas en procesos institucionales seguros: seguridad del paciente y la atención segura, evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente y el modelo pedagógico (modelo de aprendizaje basado en problemas).

Quince (15) fueron clasificadas dentro de las recomendaciones técnicas para contar con procesos asistenciales seguros: detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atención en salud, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, prevenir úlceras por presión, asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio, reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares, prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, reducir riesgo de la atención del paciente crítico, reducir riesgo de atención de pacientes con enfermedad mental, prevención de la malnutrición o desnutrición, garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, atención de urgencias en población pediátrica y evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.

Los restantes tres (3) paquetes instruccionales de los 21 actualizados en el 2014, corresponden a la actuación del profesional: gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, prevenir el cansancio en el personal de salud y garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

- Resolución 2003 de 2014: con el propósito de mejorar la seguridad del paciente, en esta resolución el Ministerio de Salud y Protección Social definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, y estableció que los prestadores debían adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

La recomendación de trabajar en seguridad del paciente, pasó a ser obligatoria, porque se convirtió en una condición mínima establecida en el

estándar 5. Procesos Prioritarios, que establece dentro de los criterios, la obligatoriedad de tener un Programa de Seguridad del Paciente, que incluye cuatro elementos: planeación estratégica de la seguridad del paciente, fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos y procesos seguros.⁶

En la Lista de Chequeo de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias, se describen 5 prácticas de obligatorio cumplimiento para ser implementadas por todos los prestadores y otras 5 para ser implementadas según su ámbito de acción.

Según lo anteriormente referenciado se puede reconocer que la seguridad del paciente es cada vez más una prioridad en los sistemas de salud, pero es solamente un marco de referencia; es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones seguras, teniendo siempre presentes los principios transversales que orienten todas las acciones a implementar: atención centrada en el usuario, cultura de seguridad, integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, multicausalidad, validez, alianza con el paciente y su familia, alianza con el profesional de la salud.

Hoy Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas así como Paquetes Instruccionales que orientan la implementación de estas prácticas seguras, recomendadas porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente.

⁶ Resolución 2003 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá; 2014

3.3 MARCO OPERATIVO

3.3.1 Contexto Institucional

Es el hospital San Fernando del municipio de Amagá una Empresa Social del Estado, prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención ubicado al Suroeste del departamento de Antioquia que funciona desde el año 1889 y es actualmente la única institución prestadora de servicios de salud, de naturaleza oficial en este municipio. Cuenta con los siguientes servicios habilitados.

1. General Pediátrica
2. Medicina General
3. Obstetricia
4. Odontología general
5. Laboratorio clínico
6. Servicio de Urgencias
7. Radiología e Imágenes diagnósticas
8. Toma de muestras de laboratorio clínico
9. Toma e interpretación de radiografías odontológicas
10. Tamización de cáncer de cuello uterino
11. Protección específica -atención del parto
12. Protección específica -atención al recién nacido
13. Detección temprana- alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)
14. Servicio farmacéutico
15. Detección temprana-alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)
16. Detección temprana-alteraciones del embarazo
17. Detección temprana-alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)
18. Detección temprana-cáncer de cuello uterino
19. Detección temprana-cáncer de seno
20. Detección temprana- alteraciones de la agudeza visual
21. Protección específica vacunación

22. Protección específica -atención preventiva en salud bucal
23. Protección específica -atención en planificación familiar
24. Proceso de esterilización
25. General adultos.⁷

3.3.2 Direccionamiento Estratégico de la IPS⁸

3.3.2.1 Misión: El Hospital San Fernando del municipio de Amagá, es una Empresa Social del Estado, prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención, con calidad humana, ética y respeto por la dignidad humana, promoviendo tanto su talento humano, como el desarrollo científico y tecnológico y generando estabilidad económica.

3.3.2.2 Visión: En el 2015, seremos líderes a nivel local en la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, oportunos y con calidad, comportándonos como una empresa competitiva, sólida, sostenible financieramente, dinámica en actividades y proyectos que beneficien a la comunidad Amagaseña, contando con talento humano capacitado, recurso humano y técnico-científico, acorde al nivel de infraestructura apropiada y tecnología suficiente para la satisfacción permanente del usuario

3.3.2.3 Políticas Generales

- Desarrollo del potencial humano para proyectar una buena imagen, tanto interna como externamente.
- Garantizar la calidad y oportunidad en el servicio
- Racionalizar el gasto, tanto interno como externo.
- Lograr el desarrollo de la E.S.E., sus funcionarios y usuarios, mediante el compromiso de todos.

⁷ Plataforma Estratégica E.S.E Hospital San Fernando Amagá

⁸ Plataforma Estratégica. Ibid

3.3.2.3.1 Política de Calidad

- La E.S.E. Hospital San Fernando del municipio de Amagá, se compromete a la prestación de servicios de salud caracterizados por la eficiencia, oportunidad, pertinencia, integralidad y eficacia, soportados en un plan de mejoramiento continuo y en la actualización permanente de su complejidad de la institución y a la normatividad vigente.

3.3.2.4 Valores:

- Honestidad
- Eficiencia
- Compromiso
- Responsabilidad
- Respeto
- Equidad
- Servicio
- Solidaridad

3.3.2.5 Principios:

- Respeto a la dignidad humana
- Universalidad
- Integralidad
- Eficiencia
- Eficacia
- Solidaridad
- Participación
- Unidad
- Calidad

3.3.2.6 Objetivo Corporativo

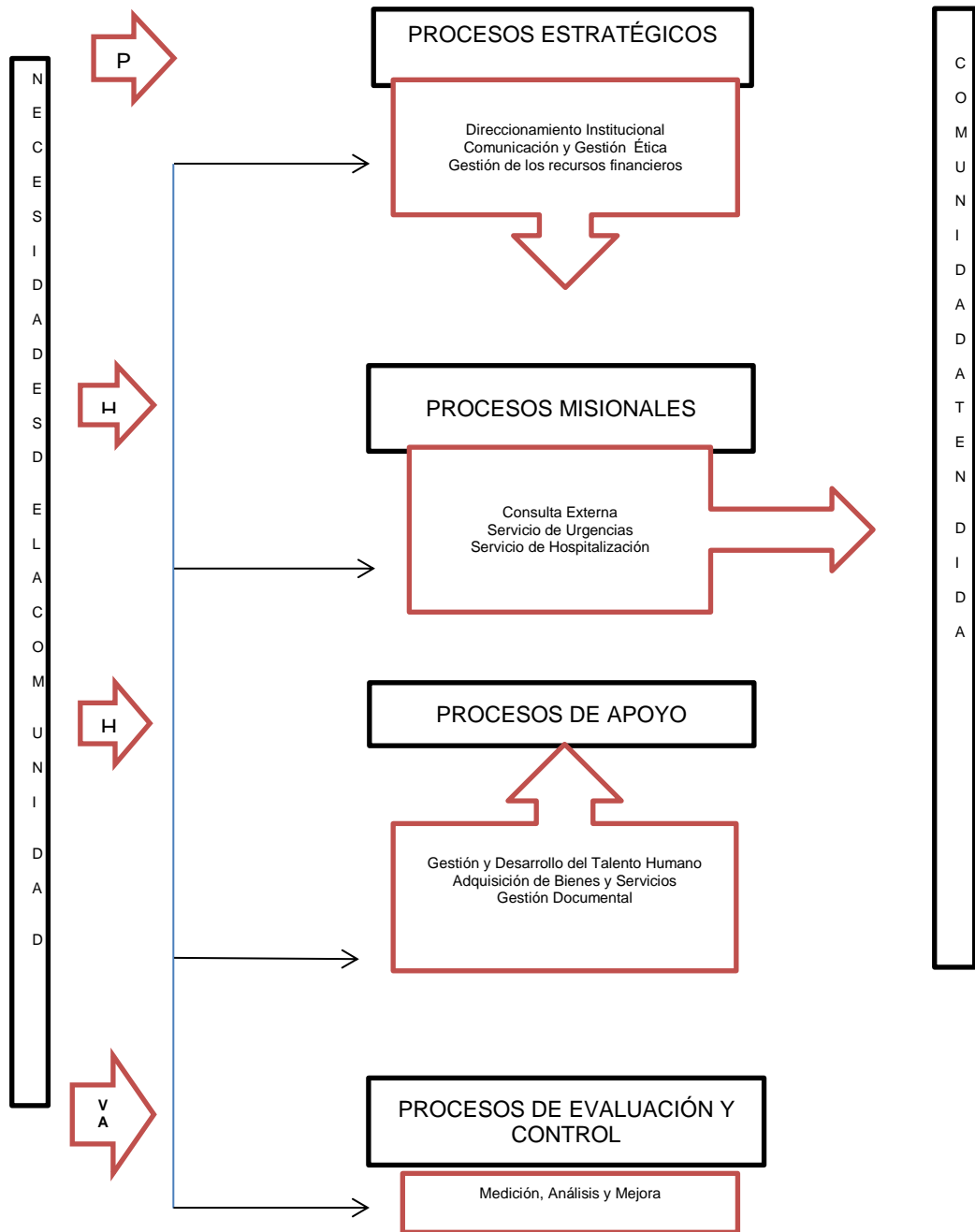
Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad Amagaseña, con la prestación de servicios de salud integrales, que cumplan con las normas

de calidad vigente, y actividades que promuevan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad contando con personal, infraestructura y tecnología idónea para el nivel de atención.

3.3.3 Objetivos Estratégicos de la IPS

3.3.3.1 Direccionamiento Estratégico: Orientar las acciones de la entidad, generando autoridad y confianza y demostrando capacidad directiva, conocimiento de las necesidades de la ciudadanía y las partes interesadas de la entidad, compromiso con el control y con el cumplimiento de la misión, visión, planes y programas, buen trato a los empleados y una utilización transparente y eficiente de los recursos.

Figura 1. MAPA DE PROCESOS E.S.E HOSPITAL SAN FERNANDO, AMAGÁ ANTIOQUIA



Fuente: Sitio web E.S.E Hospital san Fernando de Amagá

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque del diseño del Modelo de Gestión de la Seguridad del Paciente es cualitativo; describe cada uno de los elementos que se deben abordar en la construcción del Programa de Seguridad del Paciente con las herramientas claves que facilitarán la identificación y gestión de eventos adversos.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un Proyecto de Desarrollo, mediante el cual se elaboró el Programa de Seguridad del Paciente, a partir del Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.3 POBLACION

En la elaboración del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá, se tuvo en cuenta la Legislación vigente en Colombia y los documentos técnicos publicados sobre el tema, publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social; así mismo, todo el personal de la ESE, según para garantizar que quede explícito lo que corresponde a cada miembro en los diferentes niveles de la organización, según el rol que desempeñe para facilitar su comprensión e implementación.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de Inclusión: Criterios establecidos en el Programa de Seguridad del Paciente que apliquen a una IPS, teniendo en cuenta el nivel de atención que se realiza en la ESE y los servicios que presta.

4.4.2 Criterios de Exclusión: Criterios de la normatividad vigente relacionados con el Programa de Seguridad del Paciente, específicos para servicios o procedimientos que no se realizan en la ESE.

4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Para hacer efectiva la estrategia de seguridad del paciente se necesitan acciones concretas que materialicen los propósitos en resultados tangibles que beneficien al paciente.

Las acciones a realizar están agrupadas en las diferentes variables que contempla el modelo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cada variable, debió ser un elemento representativo en el abordaje, tener alto impacto en la seguridad del paciente, contar con criterios explícitos, agrupables y corresponder a variable de estructura, proceso o resultados, dimensiones claves en su estructuración.

Tabla 1. Descripción de Variables categorizadas que deben incorporarse en el Programa de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital San Fernando de Amagá.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NATURA LEZA	NIVEL DE MEDICION
PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Implica el compromiso de la alta dirección con la seguridad del paciente	1. Política de Seguridad del Paciente formulada, socializada y verificado su cumplimiento	Cualitativa	Nominal
		2. Principios orientadores de la Política de Seguridad del Paciente		
		3. Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente y metas		

		4. Indicadores a medir para evidenciar el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente		
		5. Resolución que evidencia la conformación del Equipo Referente Institucional y del Comité de Seguridad del Paciente, miembros que los conforman, funciones de cada uno, formato cronograma de reuniones de cada uno, formato para actas de reuniones que evidencien su operación.		
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Consiste en la Planeación y ejecución de la Capacitación en Seguridad del Paciente en temas básicos según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social con una cobertura	6. Plan de capacitación en temas de Seguridad del Paciente que incluya los temas de: Política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de	Cualitativa	Nominal

	mínima del 90% del personal asistencial, en mayo de 2016.)	análisis de causas de los incidentes o eventos adversos, Responsable, Fecha, Lugar, Actividades a desarrollar, ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianidad de la institución.		
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		7.Ficha Técnica del Indicador Cobertura de Capacitación en Seguridad del Paciente	Cuantitativa	Nominal
	Para fortalecer la Seguridad del Paciente, es fundamental promover herramientas prácticas dentro de la ESE para garantizarla en el paciente.	8. Procedimiento y Formato Rondas de seguridad. 9.Procedimiento y Formato Sesiones breves de seguridad 10. Encuesta para evaluar el Clima de Seguridad del Paciente, Indicadores y Plan de Mejoramiento		

REPORTE DE LAS SITUACIONES ADVERSAS	Corresponde al insumo para el análisis e identificación de los eventos adversos. Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras	11. Procedimiento documentado sobre la metodología de reporte de situaciones adversas en la ESE, la sensibilización y capacitación al personal para su aplicación en el formato o aplicativo definido por la ESE.	Cualitativa	Nominal
		12. Base de datos de las situaciones adversas reportadas, la clasificación realizada (incidente, evento adverso prevenible, evento adverso no prevenible o complicación, según corresponda).		
MEDICIÓN, ANÁLISIS y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Para que el reporte sea útil se debe desarrollar un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA) y precisar cuál será el manejo dado a la	13. Instrumento sugerido para identificar y generar la decisión de investigar	Cualitativa	Nominal
		14. Procedimiento Medición Análisis y Gestión de los Eventos Adversos		
		15. Formato o Aplicativo		

	lección aprendida, cómo se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros se rediseñarán	para el Análisis de Eventos Adversos (Protocolo de Londres)		
		16. Plan de Mejoramiento para evitar la recurrencia de los eventos adversos		

<p>PROCESOS SEGUROS</p>	<p>Corresponde a los estándares de calidad esperada en el desarrollo de los procesos institucionales y asistenciales para garantizar la seguridad del paciente, así como los Indicadores que permitirán medir la adherencia a estos y los resultados de su aplicación.</p>	<p>17. Identificación de los Riesgos Potenciales de Incidentes y Eventos Adversos en cada proceso asistencial priorizado y la implementación de las acciones preventivas para disminuirlos y evitar la ocurrencia de eventos adversos.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>
		<p>18. Procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p>		

				19. Guías de Atención Médica, de las principales causas de atención en los diferentes servicios de la ESE, documentadas y socializadas
				20. Procedimientos de Enfermería documentados y socializados, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio
				21. Guías de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, obligatorias que aplique a la ESE

		<p>22. Protocolo para la higiene de manos documentado y socializado; incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS.</p>		
<p>PROCESOS SEGUROS</p>	<p>Corresponde a los estándares de calidad esperada en el desarrollo de los procesos institucionales y asistenciales para garantizar la seguridad del paciente, así como los Indicadores que permitirán medir la adherencia a estos y los resultados de su aplicación.</p>	<p>23. Protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> <p>24. Protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los</p>		

		dispositivos médicos usados con dichos gases		
		25. Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos		
ESTRATEGIAS DE DESPLIEGUE DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Consiste en la manera como el Equipo Referente de Seguridad del Paciente, deberá en la ESE desplegar la Política de Seguridad del Paciente y qué información debe ser difundida, para demostrar su compromiso con la Seguridad del Paciente integrada	26. Definición de actividades y de los medios de comunicación para realizar el despliegue.	Cualitativa	Nominal

	<p>con otras políticas y con la planeación estratégica, y, establece el foco de intervención de acuerdo a las necesidades de la Institución.</p>			
--	--	--	--	--

4.6 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información a incorporar en el diseño del Programa de Seguridad del Paciente fue tomada de las siguientes fuentes secundarias: Normatividad vigente y documentos técnicos relacionados con Seguridad del Paciente, publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente, otras publicaciones sobre el tema, de autores diferentes al Ministerio.

4.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para establecer los aspectos que debe contener cada una de las variables categorizadas se adicionó la definición operativa de cada una de ellas, con los criterios a tener de en cuenta en la construcción del Programa de Seguridad del Paciente. En la tabla se evidencia la asociación de las características y factores que permiten el logro de cada una de ellas.

4.8 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Después de revisar los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la Resolución 2003 de 2014- Estándar 5 Procesos Prioritarios, la Lista de Chequeo Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias para las IPS, la Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente en la

atención en salud, los Paquetes Instruccionales para la Implementación de las Buenas Prácticas obligatorias que apliquen a la ESE así como otras publicaciones, el grupo responsable de este trabajo estableció el detalle del contenido de cada una de las variables categóricas que debían estar en el documento que contiene la planeación del programa.

De otra parte, se revisaron las estrategias utilizadas por otras IPS en la difusión y despliegue del Programa de Seguridad del Paciente, se analizaron y se documentaron como propuesta a la gerencia para realizar la socialización del programa al personal de la ESE.

4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar la Lista de Verificación que facilitara el seguimiento a la incorporación del detalle en cada una de las variables preestablecidas, y, garantizar el cumplimiento de todos los criterios, se ejecutaron los siguientes pasos:

Se tomaron los estándares de calidad esperada en el Programa de Seguridad del Paciente, disponibles en los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente, la Resolución 2003 de 2014 Estándar 5. Procesos Prioritarios, la Lista de Chequeo Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias, la Guía Técnica Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y los Paquetes Instruccionales de obligatorio cumplimiento para la IPS según su ámbito de acción y publicaciones nacionales e internacionales relacionadas con el tema. Los datos individuales tomados de los anteriores estándares, se agruparon en cada una de las variables categorizadas con el fin de estructurar los criterios de los diferentes elementos que se debían abordar en el Programa según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social,

Finalmente, en el capítulo 7, Resultados, fue documentado el Programa de Seguridad del Paciente.

5.CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Para asegurar que las técnicas de recolección de datos dieran datos precisos y confiables, se contrarrestaron los siguientes sesgos que podían presentarse en la recolección de la información:

Sesgos por distracción: El equipo investigador podría haberse distraído en el proceso de elaboración de la lista de verificación que incorporaría los criterios a tener en cuenta por cada variable categorizada, y olvidar el registro de algunos que sirviera de insumo en la construcción del Programa de Seguridad del Paciente. Para evitarlo, se tuvo en cuenta cada una de las variables descritas en la tabla y se tomó de los documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social complementados con publicaciones sobre estrategias de despliegue que que han tenido éxito en las organizaciones.

Sesgo por percepción: El equipo investigador podría tener una percepción selectiva de los criterios y no contar con todos los aspectos claves del modelo de seguridad del paciente, lo cual llevaría a que los datos incorporados en el Programa no reflejaran lo esperado. Para evitarlo, el equipo investigador, al finalizar el diseño de la Lista de chequeo hizo una verificación de lo descrito frente a lo definido en la tabla de variables. Además teniendo en cuenta los servicios de la IPS y las prácticas seguras que aplicarían a la ESE.

Sesgo operacional: Es de fundamental importancia que el equipo investigador responsable de la elaboración de la lista de chequeo con las variables y criterios correspondientes a los diferentes elementos del modelo de seguridad del paciente, siguiera el procedimiento para la construcción de herramientas que permitirán la recolección de los datos de manera fiable e integral, evitando ambigüedades. Se tuvo en cuenta estos procedimientos y los criterios requeridos para los formatos de registros contaran con los datos completos y comprensibles.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de planeación del Programa de Seguridad del Paciente no corresponde a una investigación en seres humanos. Por tanto no se irrespetó la dignidad de pacientes, sus derechos ni su bienestar.

7. RESULTADOS

7.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

7.1.1 Objetivo General:

Promover e implementar prácticas seguras de atención en salud con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con una institución segura y competitiva.

7.1.2 Objetivos Específicos :

- Establecer un entorno seguro en la atención en salud dentro de la institución.
- Promover la cultura de seguridad en todos los actores.
- Minimizar el riesgo de la atención en salud institucional.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de barreras de seguridad.
- Identificar y priorizar los puntos críticos en materia de seguridad del paciente y la gestión de los riesgos.
- Educar al paciente y a sus familias en seguridad en la atención promoviendo el autocuidado.
- Difundir en los clientes internos y externos la política de seguridad del paciente.

7.2 ALCANCE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Este programa va dirigido a todo el personal de la ESE San Fernando de Amagá, tanto asistencial como administrativo, de acuerdo a los procesos y actividades que cada uno de ellos realiza, enfatizando en éste desde el

momento de su inducción. Incluye los criterios contenidos en la Tabla 1. Descripción de Variables categorizadas que deben incorporarse en el Programa de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital San Fernando de Amagá.

7.3 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

7.3.1 Política de Seguridad del Paciente: La E.S.E. Hospital San Fernando del municipio de Amagá, se compromete en la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, en donde los errores y el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sean minimizado a partir del desarrollo y ejecución de procesos de atención seguros mediante la implementación de barreras de seguridad eficientes, reporte de incidentes y la consolidación de una cultura de seguridad proactiva, y demás acciones que contribuyan al aprendizaje organizacional.

7.3.2 Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente⁹: Los siguientes son los resultados esperados con la Política de Seguridad del Paciente

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las

⁹ Lineamientos para la Implementación de La política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia; Ministerio de la Protección Social; Bogotá, 2008

barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

7.3.3 Indicadores para evaluar el cumplimiento de los objetivos de la Política de Seguridad del Paciente

- Proporción de colaboradores capacitados en Temas de Seguridad del Paciente
- Proporción de servicios a los cuales se les aplica AMEF (Análisis de Modo de Falla).
- Proporción de encuestas con respuesta favorable sobre apoyo y compromiso de la gerencia y alta dirección en seguridad del paciente.
- Proporción de incidentes y eventos adversos reportados.
- Proporción de endometritis post parto vaginal
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

- Tasa de úlceras por presión.
- Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas
- Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

7.3.4 Principios Orientadores de la Política de Seguridad del Paciente¹⁰

- **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad 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.
- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

¹⁰ Lineamientos, Ibid

- **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

7.3.5 Equipo referente institucional de seguridad del paciente

- Resolución que evidencia la conformación del Equipo Referente Institucional de Seguridad del Paciente y el Comité de Seguridad del Paciente, asignados por el representante legal
- Miembros del Equipo Referente Institucional de Seguridad del Paciente: gerente, directores, líder del Programa de Seguridad del Paciente
- Funciones: Planear el programa de seguridad del paciente, organizar los recursos para su implementación, dirigir el programa de seguridad del paciente y hacer seguimiento a su desarrollo. Adicionalmente socializar la Política de Seguridad del Paciente en toda la ESE.
- Periodicidad de Reuniones: Trimestral

Tabla 2. **Formato Acta de Reuniones**

ACTA No.

TIPO DE REUNIÓN:	
OBJETIVO:	
FECHA:	HORA:
LUGAR:	

ASISTENTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO

AUSENTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO

ORDEN DEL DÍA

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

DESARROLLO DE LOS TEMAS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

TAREAS/COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA

Coordinador

Secretaria

7.3.6 Comité de Seguridad del Paciente: Grupo interdisciplinario que debe propender el análisis de situaciones adversas, retroalimentación de resultados y gestión de recursos necesarios para asegurar la calidad en la prestación del servicio. Éste debe contar con unos integrantes mínimos permanentes entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Además de esto, en algunos casos se cuenta con invitados como: representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso); cada integrante cuenta con actividades específicas que serán evaluadas durante las reuniones que se realizarán mensualmente.

– **Funciones:**

- ✓ Generar estrategias que permitan el reporte activo de eventos adversos.
- ✓ Promover actividades de carácter educativo en la prevención de eventos adversos en pacientes y prestadores.
- ✓ Diseñar estrategias para la minimización de riesgos.
- ✓ Definir e implementar un sistema de análisis de causas de las fallas en la atención en salud.
- ✓ Realizar análisis de eventos adversos e incidentes y proponer acciones de mejoramiento con el fin de establecer acciones preventivas para evitar que vuelvan a ocurrir estos.
- ✓ Participar en la formulación de políticas institucionales relacionadas con gestión de riesgos que garanticen la seguridad del paciente.
- ✓ Asesorar a los entes administrativos de la institución en la planeación sobre adquisición y manejo de los elementos para la prevención de eventos adversos.

- ✓ Identificar y aprender de los errores sucedidos en la atención clínica, creando prácticas seguras a través de implementación de procesos seguros dentro de la Clínica.
- ✓ Realizar un proceso regular y continuo de recolección, procesamiento, análisis, evaluación y control de los reportes de situaciones adversas derivadas de la atención.
- ✓ Hacer seguimiento al tratamiento dado al paciente que ha sufrido un evento adverso durante la atención.
- ✓ Elaborar el análisis pertinente a los indicadores de seguridad en la prestación de servicio, tanto institucionales como los requeridos por entes de vigilancia y control.
- ✓ Evaluar las actividades de prevención y control de los eventos adversos que afecten a usuarios y prestadores.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento de normas y políticas de seguridad.

Tabla 3. Base de Datos de Reportes de Incidentes y Sucesos Adversos recibidos en el Comité de Seguridad del Paciente y Seguimiento

FECHA RECEPCIÒN DEL REPORTE	IDENTIFICACION DEL PACIENTE	SERVICIO DE DONDE SE REPORTÓ	CARGO DE QUIEN LO REPORTÓ	CASO	SE ANALIZA EN COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		INCIDENTE	EVENTO ADVERSO PREVENIBLE	EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE	COMPLICACION
					SI	NO				

7.3.7 Líderes de Procesos o servicios de la ESE: Profesional encargado de divulgar a los funcionarios de su proceso todo lo referente a seguridad del paciente (normas, políticas, resultados de indicadores) y estar pendiente de que si se estén llevando a cabo las acciones pertinentes a dicho tema.

7.3.8 Pacientes y cuidadores: La cultura de seguridad no solo debe involucrar a los prestadores del servicio, sino también a los pacientes y sus cuidadores quienes deben convertirse en verificadores e informadores activos durante su atención, por ello la institución debe involucrarlos de manera activa en los procesos de seguridad, ilustrándolos en el autocuidado de su seguridad, 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 la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento, sobre la importancia del consentimiento informado y enseñarles a interrogar. Entre más comprometido esté el paciente con su salud, más ayudará a prevenir que sucedan los eventos adversos.

7.4 FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Es la cultura de seguridad la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas trayendo consigo beneficios tanto para el paciente como la institución que llevan a mejorar el sistema de atención y a reducir el riesgo de recurrencia, todo ello mediante acciones pedagógicas donde no se busquen culpables si no oportunidades de aprendizaje y mejora, y donde se incluya al paciente y sus cuidadores como actores importantes de ésta.

7.4.1 Plan de Capacitación en Temas de Seguridad del Paciente

Objetivo: Desarrollar y fortalecer el conocimiento en cuanto a seguridad del paciente y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.

Alcance del Plan de Capacitación: Dirigido a todo el personal de la ESE; asistencial, administrativo, pacientes y cuidadores.

Plan de Capacitación en Temas de Seguridad del Paciente

Tabla 4. Plan de Capacitación Seguridad del Paciente

TEMA	RESPONSABLE	CUANDO	DONDE	COMO
Política de Seguridad Institucional				
Taxonomía Seguridad del Paciente				
Sistema de Reporte de Fallas en la Atención				
Metodología Institucional de Análisis de Causas de los Incidentes y Eventos Adversos				
Buenas Prácticas en Seguridad del				

Paciente, en el ámbito de la IPS				
Detectar y Prevenir la Ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud				
Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos				
Asegurar la Correcta Identificación del paciente en los procesos asistenciales				
Prevenir, Detectar y Actuar ante el Riesgo de Caídas				

Indicador de cobertura de capacitación: Proporción de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente = $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente}}{\text{Total de colaboradores programados}} (*100)$ (Anexo1)

7.4.2 Taxonomía Seguridad del Paciente: según lo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, los criterios definidos con el apoyo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, así como las definiciones de la política de seguridad del paciente del país, a continuación se describen los elementos que juegan un rol muy importante en el tema de seguridad del paciente:

- **Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.¹¹

- **Atención de salud:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.¹²

- **Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.¹³

¹¹ Lineamientos, Ibid

¹² Decreto 1011 de 2006; Ministerio de la Protección Social; Bogotá, 2006

¹³ Lineamientos, Op.cit

- **Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente:** Una Buena Práctica es una experiencia o intervención que ha arrojado resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario en el ámbito clínico, de la gestión, de la satisfacción al usuario u otros, Ésta cumple con características como: resultados valioso para el usuario, sencilla y simple, emerge como respuesta a una situación que es necesario modificar o mejorar, pertinente y adecuada al contexto local en donde se implementa, sostenible en el tiempo (puede mantenerse y producir efectos duraderos), fomenta la replicación de la experiencia en una situación distinta pero con condiciones similares, innovadora (entendiendo que la innovación no sólo implica una nueva acción sino que puede ser un modo diferente y creativo de realizar prácticas tradicionales o de reorganizarlas) y considera elementos de evaluación de resultados, retroalimentación de las acciones y reorganización de ellas a partir de lo aprendido.¹⁴

- **Calidad de la Atención en Salud:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.¹⁵

- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.¹⁶

¹⁴ Comunidad de Prácticas en APS. Chile; 2012

¹⁵ Decreto 1011 de 2006, Op. cit

¹⁶ Lineamientos, Op. cit

- **Cultura de Seguridad del Paciente:** Capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia.¹⁷
- **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.¹⁸
- **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.¹⁹
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.²⁰
- **Evento Centinela** Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.²¹
- **Factores Contributivos:** Son las condiciones que predisponen una acción insegura.²²

¹⁷ Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente -Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas para la Atención en Salud- Ministerio de la Protección Social

¹⁸ Ministerio de la Protección Social. "Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" (BPSP). Versión 2.0; Bogotá. 2010

¹⁹ Guía Técnica BPSP, Ibid

²⁰ Guía Técnica BPSP, Ibid

²¹ Guía Técnica BPSP, Ibid

²² Guía Técnica BPSP, Ibid

- **Fallas latentes:** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo.²³
- **Falla de la atención en salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.²⁴
- **Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.²⁵
- **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.²⁶
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.²⁷
- **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.²⁸

²³ Guía Técnica BPSP, Ibid

²⁴ Guía Técnica BPSP, Ibid

²⁵ Lineamientos, Op. cit

²⁶ Guía Técnica BPSP, Op. cit

²⁷ Lineamientos, Op. Cit

²⁸ Guía Técnica BPSP, Op. cit

- **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.²⁹
- **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.³⁰

²⁹ Lineamientos, Op. cit

³⁰ Lineamientos, Ibid

7.4.3 Herramientas para fortalecer la cultura de seguridad del paciente:³¹

- **Ilustración al paciente en el autocuidado de su seguridad:** La cultura de seguridad no solo debe involucrar a los prestadores del servicio, sino también a los pacientes y sus cuidadores quienes deben convertirse en verificadores e informadores activos durante su atención.

Por ello la institución debe involucrarlos de manera activa en los procesos de seguridad con las siguientes actividades:

- Campañas que busquen incentivar a que el usuario se vuelva parte activa en su atención y seguridad.
- Cartelera institucional donde se le esté recordando constantemente al usuario la importancia de él en su seguridad.
- Entrega del Plegable “Aporto porque soy parte importante en mi tratamiento”

- **Rondas de Seguridad**

Definición: Son una herramienta gerencial con la que cuentan los directivos y profesionales asistenciales de la IPS para incrementar la seguridad de la atención en salud. Consisten en la asistencia de un grupo de ejecutivos del hospital a un servicio específico que se quiere evaluar y allí, estas personas verifican el cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad, tales como: el diligenciamiento de las historias clínicas, la disposición de medicamentos, las condiciones de limpieza y ausencia de humedad en los pisos, las condiciones de seguridad en los baños (agarraderas, antideslizantes), el estado de los equipos médicos, etc.

Objetivo: Fortalecer la cultura de seguridad de pacientes por medio de la identificación de la ocurrencia de prácticas inseguras en la prestación del

³¹ Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Bogotá; 2007.

servicio, la educación in situ al personal, el contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad y la creación de compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

Alcance: Aplica para todos los servicios de la Institución.

Metodología de aplicación: Sin previo aviso, asiste la mayoría de los ejecutivos clínicos y administrativos a un servicio de Salud: el Director General, el Director Médico, el Gerente administrativo, el Gerente de riesgo, etc y durante una hora o un poco más de tiempo, realizan la ronda. Incluso llevan elaboradas listas de preguntas, anotadas, como las que se encuentran en el y se hacen al personal del servicio Una reunión posterior de estos ejecutivos con el jefe del servicio evaluado es programada en un espacio no mayor de 1 semana para hacerle la retroalimentación necesaria y elaborar planes de acción como respuesta a las oportunidades de mejora detectadas en la ronda

Tabla 5. Formato Ronda de Seguridad

Servicio:		
Fecha:	Hora:	Duración:
Asistentes:		
1. ¿Qué podemos hacer nosotros para hacerle más fácil su trabajo?		
2. ¿Qué piensa Usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?		
3. ¿Si Usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente que debería ser?		
4. ¿Cuál fue el último incidente que Usted observó?		

5. ¿Cuál fue la última falla que Usted observó y que le causó daño a un paciente?
6. ¿Qué cree Usted, teniendo en cuenta las condiciones de su servicio que será el causante del próximo evento adverso?
7. ¿Qué estuvo mal ayer?
8. ¿Cuándo las cosas van mal, a quien contacta usted?
9. ¿Si usted pudiera iniciar este día otra vez, que haría usted diferente?
10. ¿Qué pregunta debí haberle hecho yo y no la hice?
Firma:

Fuente: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social

Las rondas de seguridad además de servir para observar con sus propios ojos las condiciones de calidad y seguridad, son también una oportunidad para hablar con los pacientes y sus familiares e indagarles sobre como ellos han percibido la seguridad y calidad de la atención. Igualmente, son un espacio para hablar con los trabajadores y solicitarles que mencionen lo que consideran ellos deberían implementar la organización para ayudarles a entregar un cuidado médico más seguro.

A los planes de mejoramiento que se derivan de las Rondas de Seguridad, se les debe hacer seguimiento en el tiempo.

En resumen la ronda de seguridad permite identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad de la atención. Deben tener un carácter

constructivo, educativo y su implementación debe ajustarse a las condiciones y cultura propia de cada institución.

- **Sesiones breves de seguridad**

Definición: Como su nombre lo indica son sesiones breves que se realizan con el fin de en el día a día institucional, educar a los funcionarios en cómo mejorar la prestación del servicio basados en prácticas seguras.

Objetivo: Generar espacios en los que se comparte información relacionada con la seguridad del paciente en el día a día de la institución, para contribuir a la reducción del riesgo de situaciones adversas por fallas activas durante la prestación del servicio, crear cultura de seguridad y mejorar la calidad de la atención en salud

Alcance: Aplica para todos las Unidades Funcionales en donde se desarrollan procesos asistenciales con el fin de discutir temas relacionados con prácticas seguras en el uso de medicamentos, caídas, equipos e instrumental y antes de realizar un procedimiento menor. Involucra al personal asistencial de la Institución

Metodología de aplicación: se reúne el personal del servicio por 5 minutos entre 3 veces por semana y 2 veces diarias (principio y final de turno).

- Garantice que la información que se está compartiendo no está orientada a hablar de temas específicos de seguridad. No se grabará ni usará de manera punitiva.
- Explique que el propósito es generar consciencia acerca de temas de seguridad (equipo y procedimientos) no criticar el desempeño de los individuos.
- Estimule la participación y trate de detectar a quiénes quieren decir algo pero no se atreven.
- Utilice preguntas abiertas si no hay contribuciones espontáneas.
- Implemente cambios basados en las cápsulas de seguridad

- **Encuesta de Percepción de Clima de Seguridad del Paciente**

Definición: Herramienta que sirve para realizar la medición de cultura de seguridad que se tiene en la institución mediante la autoevaluación.

Objetivo: Evaluar en clima de seguridad en la institución e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad con el fin de mejorar su desarrollo.

Alcance: Dirigido a todo el personal de la ESE, tanto asistencial como administrativo.

Metodología: Se aplicará la encuesta al personal de la ESE, posterior a esto se recolectaran los datos, se tabularan y se procederá a la identificación y priorización de los dominios con mayor debilidad para posteriormente presentar propuestas que conlleven a mejorar su desarrollo.

Instrumento: Formato de encuesta de clima de seguridad del paciente. Se aplica la encuesta conforme fue definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomada del agente de calidad HRQ y adaptada para Colombia

Tabla 6. Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente

Catagorias	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)	
	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 (A1 1)	"Ni en acuerdo ni en desacuerdo" o "Algunas veces" (Puntaje 3)
	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)	
	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)	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)
	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)	“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)
	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (D2)	
	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que 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, asígnele 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

Guía para las Respuestas

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES (1)

ÁREAS O UNIDADES DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES	
Unidad o área de trabajo en el hospital de los participantes en la (primera pregunta)	
a	Urgencias
b	Hospitalización
c	Consulta Externa
d	Sala de Partos
e	Programa P y P
f	Esterilización
g	Laboratorio
h	Farmacia y suministros
i	Vacunación
j	Transporte de Paciente
k	Otros

Tiempo trabajado en el hospital (años) (H1)									
Tiempo trabajado en el hospital (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 10 y mas	%	
No. De respuestas									
%									

Tiempo trabajado en la unidad o área (años) (H2)									
Tiempo trabajado en la unidad o área (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	
No. De respuestas									
%									

- **Reporte de situaciones adversas**

Definición: Herramienta que sirve para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan. Constituye una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.

Objetivo: Mejorar la cultura de seguridad institucional por medio de identificación y aprendizaje de las experiencias, además del rediseño de procesos.

Alcance: Dirigido a todo el personal de la ESE, tanto asistencial como administrativo.

Metodología de aplicación: Se capacitará al personal sobre el correcto diligenciamiento del formato y en cada servicio y/o oficinas de la ESE se contará con un formato para la realización de dicho reporte.

Tabla 7. Formato Reporte de la Situación Adversa

FORMATO SUGERIDO PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS*

<p>Módulo 1 DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO</p> <p>DESCRIPCIÓN DEL SUCESO ADVERSO</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin: 5px 0;"></div> <p>ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"><p>1. _____</p><p>2. _____</p><p>3. _____</p></div> <p>FACTORES CONTRIBUTIVOS</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"><p>1. _____</p><p>2. _____</p><p>3. _____</p></div>
<p>Módulo 2 ORIGEN DEL REPORTE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p>FECHA del reporte: <input style="width: 80px;" type="text"/> HORA del reporte: <input style="width: 80px;" type="text"/></p><p>Nombre del reportante: <input style="width: 80px;" type="text"/> SERVICIO QUE REPORTA: <input style="width: 80px;" type="text"/></p></div>

* Este formato presenta los elementos básicos que debería contener un reporte de eventos adversos. Desarrollos pueden ser contactados en www.minproteccionsocial.gov.co/sogc

- **Medición, análisis y gestión de los Eventos Adversos**

Definición: Modelo el cual indica cómo realizar el análisis de un incidente o evento adverso, para encontrar las fallas de la atención en salud. “Análisis de tipo retrospectivo”

Objetivo: Garantizar una amplia investigación y análisis de un incidente o evento adverso, enfocándose más en las causas o fallas que en el culpable sin ser punitivos.

Alcance: Se realizara dicho análisis a todos los eventos adversos reportados o si el número es muy significativo, se realizara una priorización de los eventos reportados.

Figura 2. Metodología de Investigación de Incidentes (Errores o Eventos Adversos)



Tabla 8. Formato sugerido para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso

HERRAMIENTA 4: FORMATO SUGERIDO PARA IDENTIFICAR Y GENERAR LA DECISIÓN DE INVESTIGAR EL EVENTO ADVERSO

A) EL SUCESO PRODUJO

- 1. No hubo tal suceso. Se trata de un falso positivo del cribado.
- 2. Alguna lesión o complicación, invalidez en el momento del alta y/o prolongación de la estancia en el hospital (o reanimación o tratamiento en consultas externas) o fallecimiento.
- 3. Suceso sin lesión o prolongación de la estancia (p.e. caída del enfermo sin consecuencias).

B) CAUSA DE LA LESIÓN O COMPLICACIÓN

La lesión o complicación fue debida a:

- 1. Atención en Salud.
- 2. Solamente por el proceso de la enfermedad.
- 3. NS/NR.

C) VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Valore en una escala de 6 puntos la posibilidad de prevención.

- 1. Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención.
 - 2. Mínima posibilidad de prevención.
 - 3. Ligera posibilidad de prevención.
 - 4. Moderada posibilidad de prevención.
 - 5. Elevada posibilidad de prevención.
 - 6. Total evidencia de posibilidad de prevención.
-

Tabla 9. Instrumento Análisis Evento Adverso

EVENTO ADVERSO – ANALISIS PROTOCOLO DE LONDRES.	
IDENTIFICACION DE EVENTO A INVESTIGAR:	
SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR:	
Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.	
Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).	
Autoridad administrativa (Director Médico, Jefe de Enfermería).	
Autoridad clínica (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido).	
Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.	
OBTENCION Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACION:	
Historia clínica completa.	
Protocolos y procedimientos de atención asociados	
Declaraciones y observaciones inmediatas.	
Entrevistas con los involucrados.	
Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrado).	
Otros aspectos relevantes	

ESTABLECER CRONOLOGIA DEL INCIDENTE:	
IDENTIFICAR ACCIONES INSEGURAS:	
IDENTIFICAR FACTORES CONTRIBUTIVOS:	
PACIENTE	
TAREA Y TECNOLOGIA	
INDIVIDUO	
EQUIPO	
AMBIENTE	
RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION:	

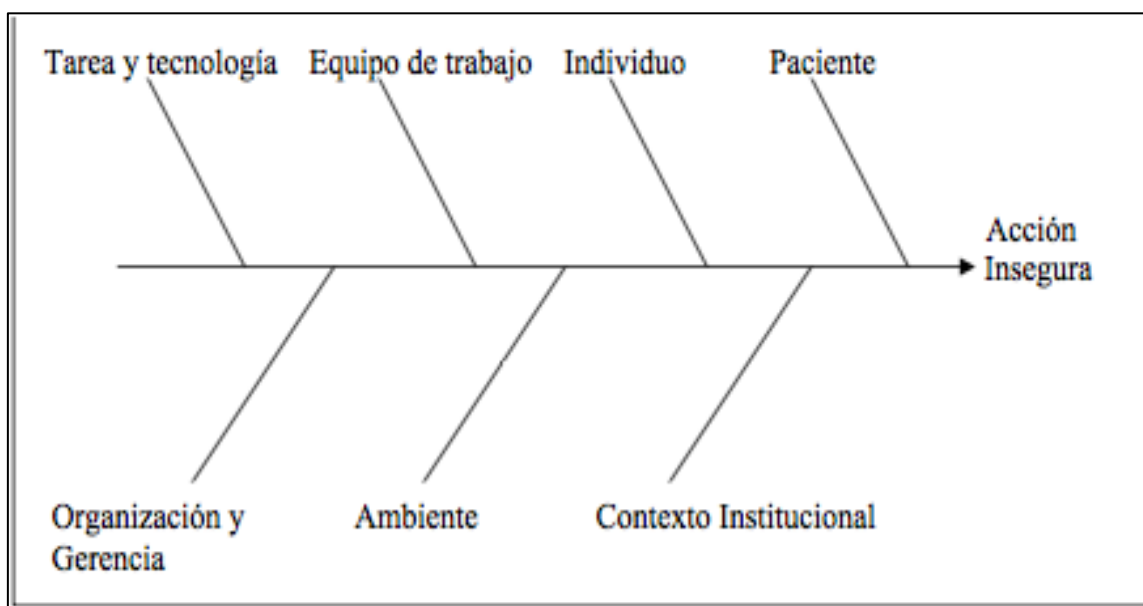
Tabla 10. Protocolo a seguir en la entrevista

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado de quien desee.
Explicar el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista, evite el estilo confrontacional y los juicios de valor, garantizando que lo que se va a decir no va a ser objeto de represalia y se va a mantener bajo estricta confidencialidad.
Establecer la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establecer con su ayuda la secuencia de hechos, que llevaron al incidente o evento adverso, tal como lo vivió Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.

Identifique las acciones inseguras	<p>Explique al entrevistado el significado de acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga.</p> <p>Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse si es alguien culpable o no; identificar la adherencia a protocolos y recomendaciones</p>
Factores contributivos	<p>Explicar al entrevistado el significado del factor contributivo e incentivar su identificación con ejemplos ilustrativos.</p> <p>Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo preguntar si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.</p>
Cierre	<p>Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga.</p> <p>Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.</p>

Fuente: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social

Tabla 11. Herramienta Espina de Pescado para Análisis de Causas de la Acción Insegura



Fuente: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social

La herramienta Espina de Pescado, facilita el análisis de las causas o factores que contribuyeron al origen de la acción insegura.

7.5 PROCESOS SEGUROS

7.5.1 AMEF (Análisis de Modo de Falla) por servicio

Definición: Es una herramienta sistemática, prospectiva, basada en el trabajo en equipo, que identifica las vías por las que un proceso puede fallar.

Es utilizada para gestionar el riesgo, identificando y aprovechando oportunidades para intervenirlos y de esta manera prevenir que las cosas salgan mal o mitigar los impactos que esto pueda generar.

Objetivo: 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.

Alcance: Su alcance abarca todos los servicios de la ESE, teniendo en cuenta cada uno de los procesos y actividades que en ellos se realizan.

Metodología de aplicación: Consta de varias fases necesarias para su desarrollo

- Establecer el equipo el cual debería ser multidisciplinario
- Definir el servicio a intervenir en la institución
- Describir las funciones o componentes que lo integran
- Listar modos de fallo potenciales de cada uno de ellos. (Modo de fallo es la forma en que un producto o proceso puede fallar para cumplir las especificaciones)
- Definir los efectos de los modos de fallo. (El efecto es el impacto en el usuario cuando el modo de falla no se previene ni corrige)
- Describir las causas que podrían originar dichos fallos. (Una causa es una deficiencia que puede generar el modo de falla)
- Listar controles que permitan detectar cada modo de fallo
- Calcular prioridades → Priorizar aquellos que tengan un mayor impacto en el servicio, mayor probabilidad de aparición y detección.
- Implementar acciones de mejora para prevenirlos.

Tabla 12. Análisis de Modo de Falla y Efecto (AMEF)

SERVICIO:				
ACTIVIDAD	MODO DE FALLA	EFFECTO	CAUSA	MECANISMOS DE DETECCION Y CONTROL

ACTIVIDAD				
MODO DE FALLA	P	I	D	NPR

(P) Probabilidad de ocurrencia: se pondera entre 0 y 10

(I) Impacto: se pondera entre 0 y 10

(D) detección, impacto de las medidas de control: Se pondera entre 1 y 4 siendo inversamente proporcional al efecto (menos es mas)

(NPR) Numero de prioridad del riesgo: es el producto de $P \times I \times D$

MECANISMOS DE DETECCION Y CONTROL	P	I	D	NP	NUEVOS MECANISMOS DE DETECCION Y CONTROL	P	I	D	NP	REDUCCION DEL NPR

7.5.2 Guías de Atención Médica

Procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.

Así mismo, la ESE documentará, las Guías de Atención Médica, de las principales causas de atención en los diferentes servicios de la ESE, que fueron adoptadas o adaptadas, dejarán evidencia de la socialización a los

responsables de su aplicación en cada servicio y de la verificación realizada a su cumplimiento.

7.5.3 Procedimientos de Enfermería

Los principales Procedimientos de Enfermería que se realizan en cada servicio y se encuentran documentados y socializados en la ESE son:

1. Curaciones
2. Prueba de sensibilidad a la penicilina
3. Administración de oxígeno por cánula nasal
4. Toma de electrocardiograma
5. Toma de signos vitales
6. Control de líquidos administrados y eliminados
7. Paso de sonda nasogástrica
8. Retiro de sonda nasogástrica
9. Atención de la gestante en el trabajo de parto
10. Atención del parto
11. Atención del recién nacido
12. Notas de enfermería

7.5.4 Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

7.5.4.1 ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES³²

Objetivo: Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la identificación de los pacientes y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos

³² Guía Técnica BPSP, Op. cit

los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.

Alcance: Inicia con la correcta identificación del paciente, fecha de ingreso al servicio, continúa con la asignación de la manilla la cual debe llevar todos los datos del paciente, esta será utilizada durante su estadía hasta que se le de alta o finalice su tratamiento.

Actividades: El proceso debe incluir, por lo menos, dos identificadores, el primero inicia con el nombre completo del paciente y el segundo se relaciona con la fecha de nacimiento, número de historia clínica u otro número de identificación disponible para el paciente; así mismo considerar especificidades para la adecuada identificación de pacientes con barreras de lenguaje u otras necesidades especiales. Los pacientes deben recibir una manilla al ingreso a la institución y esta debe ser utilizada durante su estadía mientras recibe tratamiento. Se recomienda identificar al recién nacido en presencia de la madre, mediante un brazalete con la siguiente información: nombre y documento de la madre, fecha y hora de nacimiento y género. Si es posible, utilizar una tecnología como la identificación automatizada y captura de los datos (por ejemplo: sistema de código de barras, radiofrecuencia), debe ser utilizada para la identificación del paciente. Las instituciones que utilicen este tipo de tecnología (tecnologías automatizadas con captura de datos) deben tener previamente consideradas políticas, procedimientos y capacitación para que las situaciones que amenacen la seguridad del paciente utilizando sistemas de identificación automatizados puedan ser evitadas.

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:

- Hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.

- Fomenten el uso de, al menos, dos identificadores (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente y/o de la cama.
 - Estandaricen los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) o la implementación de tecnologías biométricas.
 - Proporcionen protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre. Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
 - Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
 - Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
 - Proporcionen protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analíticos, analíticos y pos analíticos.
 - Proporcionen protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
 - Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.
2. Incorporar una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.
 3. Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.
- Responsables:** Enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos.

Mecanismo De Evaluación De La Adherencia A La Buena Práctica:

Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos de identificación de pacientes. En este contexto, las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

Indicadores:

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE.
DOMINIO	Seguridad del Paciente
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de pacientes identificados con mínimo dos datos personales en el brazalete.
DENOMINADOR	Total de pacientes identificados con brazalete.
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual.
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.
DOMINIO	Seguridad del paciente.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente.
DENOMINADOR	Total de eventos adversos presentados en el periodo.
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual.
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.

7.5.4.2 GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO³³

Objetivo: Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir la ocurrencia de errores en el proceso de identificación del paciente y toma de muestras de laboratorio.

Alcance: Inicia con la correcta identificación del paciente, fecha de ingreso al servicio, continúa con la correcta marcación del recipiente que va a contener la muestra en presencia del paciente, el cual debe llevar todos los datos del paciente, repetir en voz alta los datos del etiquetado, para luego ser ingresado a su respectivo análisis.

Actividades:

Se debe realizar la identificación verbal del paciente y en tono alto, al inicio de la admisión y en el momento de la toma de la muestra, con al menos dos identificadores.

Estandarizar los métodos de identificación de paciente (por ejemplo si son pulseras identificativas, estandarizar el tipo de información, cómo se va a hacer la identificación verbal, gráfica, cruzada) para hacer coincidir el paciente correcto, con el procedimiento correcto.

Deben existir protocolos claros de identificación de paciente y de las muestras biológicas a lo largo de todo el proceso (pre analítica, analítica y post analítica), donde se especifique cómo debe actuarse ante situaciones excepcionales (pacientes con el mismo nombre y apellidos, diferente idioma, inconscientes, etc.). Fomentar que el etiquetado de los recipientes para la obtención de muestras que se realice en presencia de los pacientes.

Si es posible implementar sistemas automatizados de Identificación (código de barras, radiofrecuencia) para disminuir los potenciales errores.

Hacer partícipes a los pacientes en todas las fases del proceso. Informar a los pacientes de la importancia y relevancia de su correcta identificación.

Responsables: Enfermeras, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, médicos, bacteriólogos, microbiólogos y bioanalistas, así como al personal

³³ Guía Técnica BPSP, Ibid

administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

Mecanismo De Evaluación De La Adherencia A La Buena Práctica:

Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos identificación de las muestras de laboratorio. En este contexto, las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

Indicadores:

ASPECTOS GENERALES					
NOMBRE	PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO.				
JUSTIFICACIÓN	Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad de que sean mal etiquetadas o no etiquetadas por completo las muestras de laboratorio, y en consecuencia inducir a los profesionales de la salud a establecer diagnósticos y/o tratamientos errados, que se generan por resultados que no corresponden, con el consecuente riesgo para el paciente. El principal objetivo del indicador: mejorar la seguridad del paciente, disminuyendo el porcentaje de las muestras de laboratorio que se han identificadas incorrectamente. Este porcentaje debería disminuir con el tiempo.				
DOMINIO	Gerencia del riesgo.				
DEFINICIÓN OPERACIONAL					
NUMERADOR	Número de muestras de laboratorio con errores de identificación.				
DENOMINADOR	Número total de muestras de laboratorio evaluadas, en el periodo.				
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual.				
FACTOR	100				
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador} / \text{Denominador} \times 100$				
VARIABLES					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NUMERADOR</th> <th>DENOMINADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Auditoria en el laboratorio</td> <td>Auditoria en el laboratorio</td> </tr> </tbody> </table>	NUMERADOR	DENOMINADOR	Auditoria en el laboratorio	Auditoria en el laboratorio
NUMERADOR	DENOMINADOR				
Auditoria en el laboratorio	Auditoria en el laboratorio				
FUENTE PRIMARIA.					
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual				
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).					
ANÁLISIS					
Consideraciones para el análisis.	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.				

ASPECTOS GENERALES					
NOMBRE	ADHERENCIA DEL PERSONAL AL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS.				
JUSTIFICACIÓN	La adherencia al protocolo de identificación es una medida simple, económica y eficaz y permanentemente se debe fomentar en los trabajadores la capacidad para controlar y verificar su propio trabajo.				
DOMINIO					
DEFINICIÓN OPERACIONAL					
NUMERADOR	Número de trabajadores de la salud que toman muestras e incumplen con alguno de los criterios enunciados en el protocolo, en un periodo.				
DENOMINADOR	Número total de trabajadores de la salud que toman muestras, en el periodo.				
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual.				
FACTOR	100				
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador} / \text{Denominador} \times 100$				
VARIABLES					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NUMERADOR</th> <th>DENOMINADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lista de chequeo</td> <td>Cuadros de turnos. Agendas</td> </tr> </tbody> </table>	NUMERADOR	DENOMINADOR	Lista de chequeo	Cuadros de turnos. Agendas
NUMERADOR	DENOMINADOR				
Lista de chequeo	Cuadros de turnos. Agendas				
FUENTE PRIMARIA.					
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Trimestral				
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).					
ANÁLISIS					
Consideraciones para el análisis.	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.				

7.5.4.3 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS³⁴

Objetivo: Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes e impactantes en el uso de medicamentos.

Identificar cuáles son los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la aparición de riesgo en la utilización de los medicamentos

Alcance: Prescripción por parte del profesional, etiquetado, dispensación, distribución, administración, y utilización siguiendo los protocolos, hasta el

³⁴ Guía Técnica BPSP, Ibid

seguimiento del efecto del medicamento en el paciente, teniendo en cuenta el proceso de gestión de medicamentos.

Actividades:

1. Estandarización y el desarrollo de protocolos: Se deben establecer protocolos de actuación, directrices, escalas de dosificación para los medicamentos de alto riesgo que incluyan normas de correcta prescripción, medicamentos con nombres o apariencia similar, conciliación de la medicación al ingreso, al alta y en tránsitos del paciente, detección de alergias y recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas.

En lo posible incorporar tecnologías de la información y comunicación, como la prescripción electrónica, con sistemas de soporte a la decisión clínica y el registro electrónico de administración.

2. Estandarizar preparación y administración, énfasis en incorporar sistemas de alertas informatizadas, prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos, limitando los protocolos a los puntos más susceptibles de error en el proceso de gestión de medicamentos.

Responsables: Especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos, así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

Mecanismo De Evaluación De La Adherencia A La Buena Práctica:

Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos de la cadena o proceso de medicamentos. En este contexto, las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

Indicadores:

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PROPORCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
DOMINIO	Seguridad en la atención al paciente SG
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de casos notificados de reacción adversa a medicamentos según el código CIE 10, causados en un período determinado.
DENOMINADOR	Población medicada durante ese período
UNIDAD DE MEDICIÓN	%
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Numerador/Denominador) X100

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PORCENTAJE DE ERRORES DE MEDICACIÓN*
DOMINIO	
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	No. de errores de medicación identificados en el periodo
DENOMINADOR	No. de pacientes atendidos en el periodo
UNIDAD DE MEDICIÓN	%
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Numerador / denominador) X 100

7.5.4.4 PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS³⁵

Objetivo: Fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones.

Alcance: Inicia con la admisión del paciente al servicio, continúa con la adecuada acomodación del paciente en la camilla teniendo en cuenta el freno y las barandas, el estado sistémico y mental del paciente, seguir todos los

³⁵ Guía Técnica BPSP, Ibid

protocolos, rondas de seguridad por parte del personal asistencial y finaliza con el egreso del paciente.

Actividades:

1. Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
2. Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias y tenga cinturones de seguridad.
3. Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
4. Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos, etc). Revisar cada 12 horas.
5. Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, etc). Se recomendará utilizar los armarios. Revisar cada 12 horas.
6. Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
7. Facilitar que el baño esté accesible y con asideros.
8. El paciente debe de tener accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono. Por turno.
9. Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente. Por turno.
10. Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.
11. Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática.
12. En pacientes con dificultades de comprensión del idioma, contactar con servicios de traducción disponibles.
13. Orientar sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentre cada 8 horas.
14. Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normativas y recomendaciones del hospital. Al ingreso, el personal asistencial informará al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas, Cada 48 horas les recordará dichas recomendaciones.

15. Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educación sobre el riesgo de caídas, Por turno se implicará al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados.
16. Los hospitales se enfocan en la valoración y en buscar herramientas para prevenir las caídas; pero la verdadera búsqueda debería centrarse en los factores de riesgo que producen las caídas; se recomienda evaluar en todos los pacientes los factores de riesgo de caídas y realizar un tratamiento y una minimización del riesgo para cada uno de éstos.
17. Cuando los pacientes identificados en alto riesgo se encuentran acompañados, las caídas disminuyen el 100%. Asimismo, todo el personal médico debe incluirse en la prevención de las caídas, destacándose que las/ os enfermeras/os tienen un rol central.

Responsables: Especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos, así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

Mecanismo De Evaluación De La Adherencia A La Buena Práctica:

Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos o procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, en este contexto las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

Indicadores:

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PROPORCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE.
DOMINIO	Gestión del Riesgo.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de caídas.
DENOMINADOR	Número pacientes hospitalizados x 100 pacientes.
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual.
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador * 100

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	ADHERENCIA AL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS.
DOMINIO	Seguridad.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Criterios cumplidos.
DENOMINADOR	Criterios a cumplir x100
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual.
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador * 100

7.5.4.5 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD³⁶

Objetivo: Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS), así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.

Alcance: Inicia con la admisión del paciente al servicio, continúa con un buen protocolo de lavado de manos siguiendo los 5 momentos y la buena asepsia en todos los procesos y procedimientos, finaliza con el egreso del paciente.

³⁶ Guía Técnica BPSP, Ibid

Actividades:

1. Higiene de las manos teniendo en cuenta los 5 momentos, seguridad de las inyecciones, correcto lavado de las heridas.
2. Asepsia durante intervenciones quirúrgicas lista de chequeo de cirugía segura, el uso de la sangre y el entorno asistencial.
3. Protocolo de la adecuada inserción del catéter.
4. Aplicación adecuada de protocolo de ventilación mecánica.
5. Protocolo para la colocación de sondas urinarias.
6. Protocolo de inserción, lavado, desinfección de dispositivos médicos y superficies.
7. Socializar protocolos de limpieza y desinfección.
8. Políticas para la socialización de protocolos de aislamiento en pacientes.
9. Implementación de sistemas de información unificados para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
10. Normas de habilitación para escenarios asistenciales.
11. Educar al paciente y sus familiares en el lavado de manos.

Responsables: Especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos, así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

Mecanismo De Evaluación De La Adherencia A La Buena Práctica:

Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos de prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención en salud, las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

Indicadores:

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	TASA DE INFECCIÓN IAAS
DOMINIO	Gerencia del riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Nº de pacientes con IAAS
DENOMINADOR	Nº total de pacientes hospitalizados
UNIDAD DE MEDICIÓN	Razón
FACTOR	100.00
FÓRMULA DE CÁLCULO	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS
DOMINIO	Seguridad del paciente
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Nº de oportunidades para la higiene
DENOMINADOR	Nº de veces efectivas de higiene de manos
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
DOMINIO	Seguridad del paciente
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Nº casos de cumplimiento de protocolo completo de profilaxis
DENOMINADOR	Total de procedimientos realizados
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador

7.5.4.6 PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)³⁷

Objetivo: Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en Prevención de las Úlceras por Presión y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.

³⁷ Guía Técnica BPSP, I bid

Alcance: Lo primero es identificar los pacientes que pueden ser susceptibles a desarrollar una UPP teniendo en cuenta los factores de riesgo, continúa con la adopción de una escala por parte de los profesionales como la de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por presión.

Actividades: Las prácticas más eficientes para evitar la presencia de UPP van dirigidas a la prevención; utilizar un equipo multidisciplinario para el desarrollo de un plan individualizado de atención basado en factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo de UPP y datos de la puntuación de riesgo. El abordaje de la prevención en la aparición de UPP en pacientes hospitalizados por parte del equipo interdisciplinario ha demostrado ser efectivo en referencia al adecuado estado nutricional, el mantenimiento de la movilidad y la higiene corporal del paciente, al igual que los planes de cuidados estandarizados o individualizados. La identificación temprana del riesgo, educación al paciente y su familia, creación de un protocolo y/o monitoria de la adherencia al protocolo de manejo de pacientes.

1. Protocolo de baño de pacientes.
2. Uso de emolientes para hidratar la piel sin preferencia por tipo de producto.
3. Identificar los pacientes de riesgo con barras de color o manillas.
4. Realizar examen inicial de la piel, documentándolo en la historia clínica.
5. Mantener un adecuado ambiente (control de humedad y temperatura) en las instalaciones de la institución.
6. Posicionamiento adecuado del paciente realizando cambios de posición en horarios establecidos.
7. La identificación de personas en riesgo de desarrollar Úlceras por Presión y la valoración inicial por parte del equipo multidisciplinario, en la que se combina el juicio clínico y el uso de los instrumentos estandarizados como La escala de Braden, que tiene alta confiabilidad entre calificadores y el porcentaje de predicciones correctas.
8. Continuar las evaluaciones de riesgos de manera rutinaria, según la configuración de protocolos y los cambios en los pacientes de riesgo de UPP. Seguimiento continuo del paciente y el adecuado registro

documental, son los mecanismos de monitoreo para el control de la aparición de las Úlceras por Presión.

Responsables: enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.

Mecanismo De Evaluación De La Adherencia A La Buena Práctica: Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos de prevención de úlceras por presión, las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

Indicadores:

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO
DOMINIO	Gerencia del riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	No. de pacientes evaluados
DENOMINADOR	Total pacientes de riesgo.
UNIDAD DE MEDICIÓN	
FACTOR	0
FÓRMULA DE CÁLCULO	No. de pacientes evaluados/total pacientes de riesgo.

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	TASA DE LESIONES EN PIEL (UPP)
DOMINIO	Seguridad
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	No. de lesiones en piel (úlceras)
DENOMINADOR	Días estancia del usuario a riesgo en el servicio
UNIDAD DE MEDICIÓN	
FACTOR	0
FÓRMULA DE CÁLCULO	No. de lesiones en piel (úlceras)/días estancia del usuario a riesgo en el servicio

7.5.4.7 GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO³⁸

Objetivo: Fortalecer el conocimiento técnico en la atención segura de la gestante y el recién nacido así como las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores y disminuir los riesgos en la atención.

Alcance: Inicia con la admisión de la paciente al servicio, evaluación de posibles riesgos en la condición sistémica de la gestante y el recién nacido, continúa con las intervenciones por parte del personal médico y finaliza con el egreso.

Actividades:

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que permitan validación de derechos, identificación de afiliación al sistema de seguridad social de la gestante.
2. Aplicar listas de chequeo, protocolos, manuales, instructivos y realizar gestión documental.
3. Identificar correctamente a las mujeres con riesgo de posibles complicaciones.
4. Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal.
5. Culturizar a la madre sobre la importancia del control prenatal.
6. Realizar programas institucionales especiales de detección temprana de embarazos de alto riesgo.
7. Educar a la gestante y sus familiares como buscar ayuda cuando se presenten complicaciones y a dónde dirigirse.
8. Establecer estrategias, canales de comunicación con la paciente, teniendo en cuenta las creencias religiosas y culturales.

Responsables: Especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos, así como

³⁸ Guía Técnica BPSP, Ibid

al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

Mecanismo De Evaluación De La Adherencia A La Buena Práctica:

Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos de atención segura de la gestante y el recién nacido, las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

Indicadores:

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	TASA DE MORTALIDAD MATERNA
DOMINIO	Gerencia del riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Total de muertes maternas en el periodo
DENOMINADOR	Total de nacidos vivos en el periodo
UNIDAD DE MEDICIÓN	Entero
FACTOR	1000 nacidos vivos
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador X 1000

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	MUJERES GESTANTES EN EL PROGRAMA
DOMINIO	Continuidad
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Nº de gestantes que tuvieron parto y tuvieron 4 o mas controles prenatales en el mes
DENOMINADOR	Total de mujeres que tuvieron parto en el mes
UNIDAD DE MEDICIÓN	%
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador X 100

7.6 ARTICULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SOGC PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El enfoque en la prestación de los servicios de salud basados en la seguridad del paciente, es un eje transversal en todos los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud. Esto se evidencia en algunos de los requisitos o condiciones para el cumplimiento de cada uno de estos parámetros.

En el Sistema Único de Habilitación en el estándar de procesos prioritarios, se articula la seguridad del paciente dentro de las exigencias para el cumplimiento de dicha habilitación; detallándolo en la implementación de un programa de seguridad del paciente; monitorización por medio de indicadores; detección, prevención y reducción del riesgo; seguridad en el uso de medicamentos y correcta identificación de pacientes.

El componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad, es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención de la salud que reciben los usuarios³⁹.

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Dentro de las acciones de autocontrol encontramos, seguimiento y evaluación de la historia clínica; seguimiento y evaluación de adherencia a guías; seguimiento a resultado de indicadores de infección, mortalidad y reingresos y por ultimo revisión y análisis interno de eventos adversos, incidentes y complicaciones.

³⁹ Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

El Sistema Único de Acreditación, es un conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades referidas, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud. La implementación de un sistema de seguridad en el paciente es un paso previo para cualquier proceso de acreditación en salud. Este incluye 74 estándares en seguridad del paciente que se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo. Todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia.

Posteriormente la resolución 2082 de 2014 define la operatividad del SUA enmarcada dentro del SOGCS y encontramos como ejes trazadores la gestión centrada en el usuario, gestión clínica excelente y segura, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, transformación cultural y responsabilidad social⁴⁰.

Concluyendo, encontramos el Sistema de Información para la Calidad, que es por medio del cual se genera información para la gestión de la calidad de la atención en salud en las instituciones y para la difusión de información a usuarios; a través de la monitoria de indicadores de calidad y de la vigilancia de eventos adversos trazadores. Tiene como objetivos estimular la competencia por la calidad, orientar a los usuarios, monitoria y referenciación.

⁴⁰ Resolución 2082 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social; Bogotá. 2014

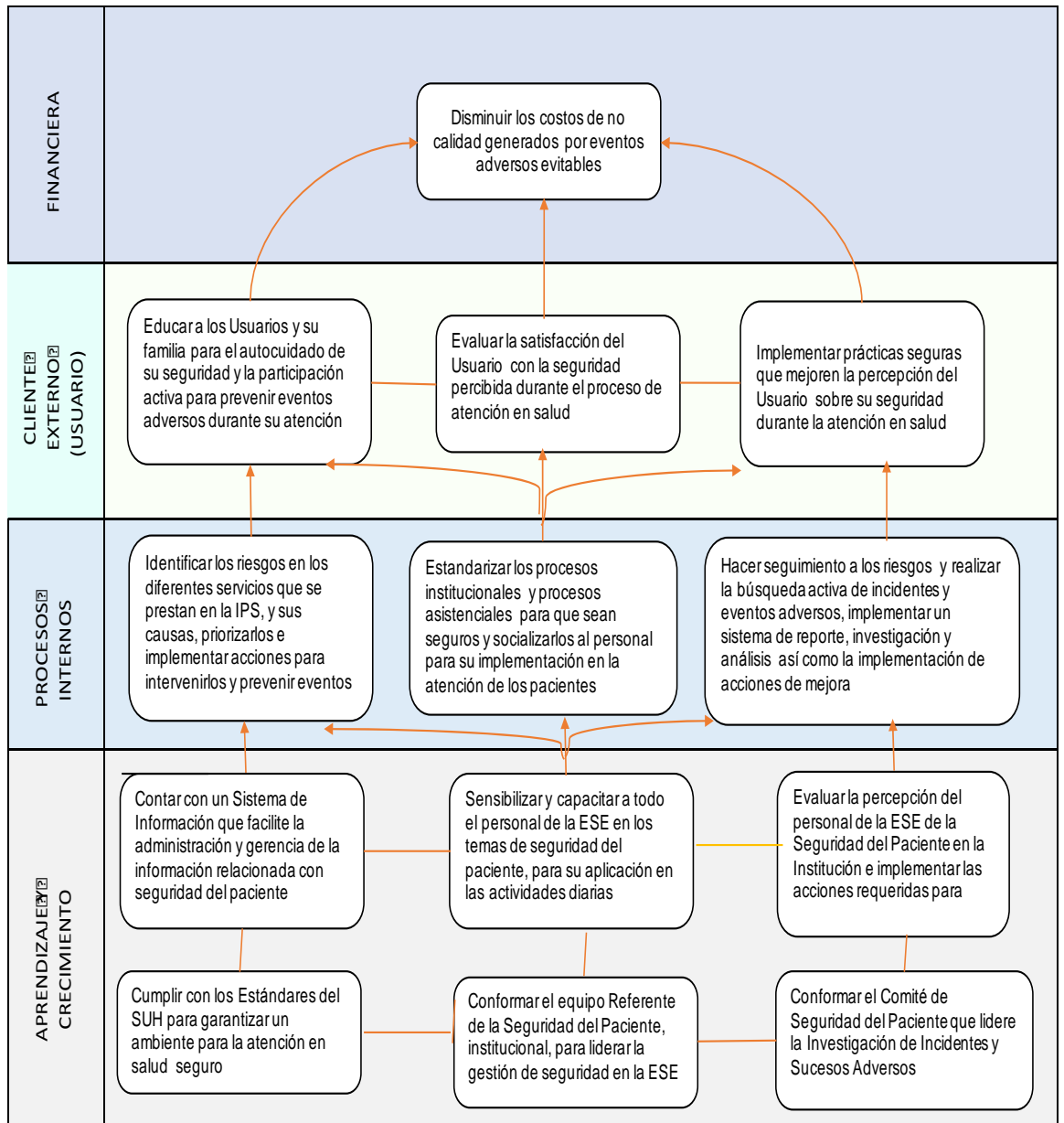
7.7 ESTRATEGIAS PARA EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La E.S.E. Hospital San Fernando del municipio de Amagá, se compromete en la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, en donde los errores y el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sean minimizado a partir del desarrollo y ejecución de procesos de atención seguros mediante la implementación de barreras de seguridad eficientes, reporte de incidentes y la consolidación de una cultura de seguridad proactiva, y demás acciones que contribuyan al aprendizaje organizacional.

Para lograrlo, la ESE debe hacer el despliegue a todo el personal, garantizando su comprensión por parte de todo el personal, en los diferentes niveles de la organización, para la implementación de las actividades dirigidas a crear una cultura de seguridad, enfocando los procesos y procedimientos institucionales y asistenciales hacia el mejoramiento de la seguridad del paciente, para reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos evitables

En el Mapa Estratégico, se evidencia, en una relación de causa efecto, lo que se debe hacer en la ESE para alcanzar los objetivos planteados, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 3. Mapa Estratégico de la Seguridad del Paciente



Fuente: Autoría de la Asesora de Tesis

8. CONCLUSIONES

Con el presente desarrollo, se documentó el Programa de Seguridad del Paciente con la caja de herramientas dirigidas a minimizar y en lo posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos evitables en la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá.

BIBLIOGRAFIA

Colombia. Ministerio de la Protección Social. 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. [Internet]. Bogotá; 2006 [Citado 6 mar 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [Internet]. Bogotá. 2010 [Citado 30 oct 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá; 2007.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. [Internet]. Bogotá; 2008. [Citado 30 oct 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente Obligatorias en el Sistema Único de Habilitación. [Internet]. 2014. [Citado 23 feb 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=clasificacion:%22Prestaci%C3%B3n+de+servicios+y+atenci%C3%B3n+primaria%22>

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Paquetes Instruccionales: Buenas Prácticas para la Atención en Salud. [Internet]. Bogotá. [Citado 12 Ago 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Producto_4_Linea_8_Cultura_de_la_Seguridad_del_Paciente%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Producto_4_Linea_8_Cultura_de_la_Seguridad_del_Paciente%20(1).pdf)

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. [Citado 23 feb 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. 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. Estándar 5. Procesos Prioritarios. [Internet]. Bogotá; 2014. [Citado 23 feb 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=clasificacion:%22Prestaci%C3%B3n+de+servicios+y+atenci%C3%B3n+primaria%22>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014. Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. [Internet]. Bogotá; 2014 [Citado 6 mar 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2082-de-2014.pdf>

Comunidad de Prácticas en APS [Internet]. Chile; 2012 [Citado 6 mar 2016]. Disponible en: <http://buenaspracticaps.cl/que-es-una-buena-practica/>

Donalson L. La Seguridad del Paciente: “No hacer daño”. Perspectivas de Salud – La Revista de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2005 [Citado 30 oct 2015]; 10 (1):1-2. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero21_last.htm

España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio Sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud. [Internet]. Madrid; 2008. [Citado 30 oct 2015]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid; 2006. [Citado 30 oct 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS. Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. [Internet]. Madrid; 2009. [Citado 30 oct 2015]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA TÉCNICA PARA EL INDICADOR DE COBERTURA DE CAPACITACIÓN

FICHA TÉCNICA INDICADORES			
NOMBRE DEL INDICADOR:		CÓDIGO	
Proporción de colaboradores capacitados en temas de seguridad del en la ESE San Fernando de Amagá.		INICIO VIGENCIA	Diciembre de 2016
DEFINICIÓN	Indica Porcentaje de personal capacitado en temas sobre seguridad del paciente en la ESE Hospital San Fernando de Amagá.		
FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente}}{\text{Total de colaboradores programados por 100}}$	COMPONENTES DE LA FÓRMULA:	
		NUMERADOR	
		Número de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente	
		FUENTE NUMERADOR	
		Registro de asistencia a capacitaciones en temas de seguridad del paciente en la institución.	
		DENOMINADOR	
		Total de colaboradores programados para recibir capacitación en temas de seguridad del paciente en la institución.	
		FUENTE DENOMINADOR	
Registros de personas inscritas en capacitaciones relacionadas con seguridad del paciente en la institución.		UNIDAD DE MEDIDA	Por 100 (%)
ATRIBUTO DE CALIDAD	Seguridad	PERIODICIDAD	Semestral
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN, CÁLCULO Y SALIDA DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR			
Equipo referente institucional de Seguridad del paciente			
FECHA		ELABORADO POR	

ANEXO 2. LISTAS DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

INSTRUMENTO EVALUACION DE APLICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN SERVICIOS ASISTENCIALES			
CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Al momento del ingreso: Identificación completa del paciente con Nombre y apellidos completos, Tipo y Número de identificación, Sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia habitual y número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y debe ser diligenciados.			

<p>Existe un protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre.</p>			
<p>En el proceso de identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto con documento de identidad. • Adulto sin documento de identidad. • Recién nacidos y menores de 			

<p>edad sin número de identificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para el parto normal o cesárea de un solo bebé. • Para el parto normal o cesáreo de embarazo múltiple. • Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto. 			
<p>Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados.</p>			
<p>Utilización de doble identificador (Nombre completo del paciente y Numero de identificación)</p>			
<p>Identificar al recién nacido en presencia de la madre, mediante un brazalete con la siguiente información: nombre y documento de la madre, fecha y hora de nacimiento y género.</p>			
<p>Verificación de la identidad del paciente antes de colocar la manilla de marcación y antes de realizar cualquier procedimiento (Confirmar verbalmente con el paciente si es posible).</p>			
<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores</p>			

contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.			
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica.			
Total Criterios C/Criterios NC/Criterios NA			
Proporción criterios cumplidos/criterios evaluados (*100)			
Código del Profesional evaluado			

**INSTRUMENTO EVALUACION DE APLICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:
CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y MUESTRAS DEL
LABORATORIO**

CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Identificación verbal del paciente y en tono alto, al inicio de la admisión y en el momento de la toma de la muestra, con al menos dos identificadores (Nombre completo y número de identificación).			
Existencia de protocolos claros de identificación de paciente y de las muestras biológicas ante situaciones excepcionales: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con el mismo nombre y apellidos diferente idioma, inconscientes • Adulto sin documento de 			

<p>identidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación. 			
<p>Verificación de la orden, exámenes solicitados, tipos de recipientes a utilizar.</p>			
<p>Marcación de los contenedores de las muestras antes de su recolección con Nombre completo y número de identificación. Esto en presencia del paciente.</p>			
<p>En momento de recepción de muestras, revisar etiquetas y rechazar muestras sin etiqueta o mal marcadas. Corroborar exámenes ordenados vs</p>			

muestras tomadas y tipo de recipientes empleados.			
En el momento de análisis de la muestra marcar previamente el contenedor, copilla, medio de cultivo etc. a utilizar en caso de no trabajar con tubo primario o recipiente original.			
Verificar la identificación del paciente, exámenes ordenados e históricos del paciente antes de validar resultados.			
Contar con registros de resultados de los análisis efectuados con claridad, sin ambigüedades ni tachaduras, en el formato aprobado y estandarizado. Estandarizar el			

formato de entrega.			
Verificación de doble nombre y doble apellido e identificación en el momento de la entrega de los resultados.			
Total Criterios C/Criterios NC/Criterios NA			
Proporción criterios cumplidos/criterios evaluados (*100)			
Código del Profesional evaluado			

INSTRUMENTO EVALUACION DE APLICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS			
CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia con actualización no superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias.			
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización con actualización no superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización			
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación con actualización no superior a los cinco años. El			

protocolo concuerda con las guías de manejo clínico			
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios con actualización no superior a los cinco años.			
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución.			
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias.			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de			

dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.			
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia.			
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.			
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica.			
Total Criterios C/Criterios NC/Criterios NA			
Proporción criterios cumplidos/criterios evaluados (*100)			
Código del Profesional evaluado			

**INSTRUMENTO EVALUACION DE APLICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:
PREVENCIÓN Y REDUCCION DE FRECUENCIA DE CAIDAS**

CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al banco o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación.			
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente la actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos de internación y una adecuada			

iluminación.			
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.			
Total Criterios C/Criterios NC/Criterios NA			
Proporción criterios cumplidos/criterios evaluados (*100)			
Código del Profesional evaluado			

**INSTRUMENTO EVALUACION DE APLICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR
INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD**

CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Al momento del ingreso: Identificación completa del paciente con Nombre y apellidos completos, Tipo y Número de identificación, Sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia habitual y número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y diligenciados.			
Protocolo de lavado de manos teniendo en cuenta los cinco momentos			
Consentimiento informado para procedimientos			
Protocolo de lavado de heridas.			
Protocolo de ventilación mecánica.			
Protocolo para colocación de sondas urinarias			

Protocolo para colocación de catéter.			
Adecuado aislamiento de los pacientes.			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por infecciones asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.			
Total Criterios C/Criterios NC/Criterios NA			
Proporción criterios cumplidos/criterios evaluados (*100)			
Código del Profesional evaluado			

**INSTRUMENTO EVALUACION DE APLICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA
DE LA GESTANTE Y EL RECIEN NACIDO**

CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Al momento del ingreso: Identificación completa del paciente con Nombre y apellidos completos, Tipo y Número de identificación, Sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia habitual y número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y diligenciados.			
Validación de derechos, de afiliación al sistema de seguridad social de la gestante.			
Identificar correctamente a las mujeres con riesgo de posibles complicaciones			
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental			

Doble identificador (Nombre completo del paciente y Numero de identificación / N° Historia clínica)			
Identificar al recién nacido en presencia de la madre, mediante un brazalete con la siguiente información: nombre y documento de la madre, fecha y hora de nacimiento y género.			
Control prenatal.			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.			
Total Criterios C/Criterios NC/Criterios NA			
Proporción criterios cumplidos/criterios evaluados (*100)			
Código del Profesional evaluado			

INSTRUMENTO EVALUACION DE APLICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESION			
CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Al momento del ingreso: Identificación completa del paciente con Nombre y apellidos completos, Tipo y Número de identificación, Sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia habitual y número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y diligenciados.			
Experiencias previas de ulceración.			
Identificar los pacientes de riesgo con barras de color o manillas.			
Examen inicial de la piel que quede registrado en la historia clínica.			
Se realizan cambios de posición a los pacientes en horarios establecidos.			

<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: úlceras por presión, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.</p>			
<p>Total Criterios C/Criterios NC/Criterios NA</p>			
<p>Proporción criterios cumplidos/criterios evaluados (*100)</p>			
<p>Código del Profesional evaluado</p>			

ANEXO 3. FICHA TÉCNICA INDICADORES PARA EVALUAR LA PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE ATENCIÓN MÉDICA

INDICADOR:

PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE ATENCIÓN MÉDICA :
NÚMERO DE CRITERIOS CUMPLIDOS /TOTAL DE CRITERIOS
EVALUADOS (*100)

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR : En la ficha técnica se coloca la meta
SATISFACTORIO >90%

CUMPLE 80 A 90%

NO CUMPLE <80%

El indicador se mide:

Global=consolidado de todos los evaluados y también consolidado de todas
las guías evaluadas en el semestre

Por profesional evaluado

Por guía evaluada

ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

GLOBAL (consolidado de todas las personas evaluadas/mes en cada guía y de
todas las personas en todas las guías evaluadas en el semestre)

1. En la utilización de la guía se cumple el % de los criterios
evaluados y eso mismo se analiza semestralmente

2. Los criterios que no se cumplen son: (se nombran en orden de porcentaje de
cumplimiento)

POR PROFESIONAL

1. EL PROFESIONAL CUMPLE con el % de los criterios en la
utilización de la guía

2. Los criterios que no se cumplen en la utilización de la guía son: (se nombran
en orden de porcentaje de cumplimiento)

POR GUÍA

1. En la utilización de la guía	se cumplen el	% de criterios evaluados
2. Los criterios que no se cumplen en la guía, son: (se nombran en orden de porcentaje de cumplimiento)		