

**PLAN ESTRATEGICO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SEVICIO DE
HOSPITALIZACION EN LA CLINICA ANTIOQUIA DE LA CIUDAD DE MEDELLIN
AÑO 2010**

**ADRIAN CARMONA
GLORIA HERNANDEZ
EDISON MEJIA**

**UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN
2010**

**PLAN ESTRATEGICO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SEVICIO DE
HOSPITALIZACION EN LA CLINICA ANTIOQUIA DE LA CIUDAD DE MEDELLIN
AÑO 2010**

**ADRIAN CARMONA
GLORIA HERNANDEZ
EDISON MEJIA**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD
ASESORA
ÁNGELA MARÍA MONTOYA JARAMILLO
DOCENTE CES**

**UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN
2010**

CONTENIDO

Pag.

1. INTRODUCCION.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. OBJETIVO GENERAL.....	10
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. METODOLOGIA	11
5. RESEÑA HISTÓRICA CLÍNICA ANTIOQUIA.....	12
5.1 MISIÓN	12
5.2 VISIÓN.....	12
5.3 VALORES	12
5.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	13
6. MARCO TEÓRICO.....	17
6.1 LEGISLACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	17
6.2 INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	18
6.3 DEFINICIÓN DE EVENTO ADVERSO	19
6.4 METAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	21
6.5 MODELOS DE ATENCION CENTRADO EN LA PERSONA.....	23
6.6 ASPECTOS ETICOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	23
6.7 LOS FUNDAMENTOS ETICOS DE LA PREOCUPACION POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..	24
6.8 ERRORES HUMANOS	26
7. PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA CLINICA ANTIOQUIA	27

7.1 ASPECTOS A POTENCIALIZAR O FORTALECER:	28
8. MAPA DE RIESGOS CLINICA ANTIOQUIA	29
9. PLAN ESTRATÉGICO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA CLINICA ANTIOQUIA.....	40
10. RECOMENDACIONES	54
11. CRONOGRAMA.....	56
12. GLOSARIO	58
13. BIBLIOGRAFIA.....	62

1. INTRODUCCION

La razón de todo el sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población, mediante programas, procesos y procedimientos no solo gubernamentales sino también institucionales y humanos que garanticen el mejor resultado para el paciente, su familia y la comunidad.

La Constitución Política de Colombia de 1991 y la Ley 100 de 1993 consagra que es deber del estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad, calidad y solidaridad. Nuestro actual sistema de seguridad social en salud presento un importante cambio con la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad mediante el decreto numero 1011 de 2006, describiendo la seguridad del paciente, el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia y la continuidad como características fundamentales de la calidad de la atención, lo que ha llevado a los prestadores a ser más competentes, mas organizados y sobre todo a ser más consientes sobre la seguridad de los pacientes dentro de sus propias instalaciones.

La necesidad de sentirse seguro es una preocupación constante que debe ser satisfecha, para alcanzarla se debe liderar un interés por mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud, en este sentido se quiere a través de este proyecto proponer una iniciativa de acciones fundamentadas en un marco legal, con el fin de garantizar a la población una atención con calidad.

Por ello es necesario entregar atenciones seguras trabajando activamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, en un ambiente educativo de responsabilidad, estimulando el reporte y no el deterioro de la calidad de atención.

Justificar el proyecto de un plan de seguridad del Paciente, es impulsar hacia la cultura de seguridad adaptada a su contexto, que detecte necesidades, defina líneas estratégicas, acciones y resultados, delegue funciones y responsables.

En la Clínica Antioquia se pretende revisar las normas y comportamientos seguidas por el personal asistencial para el mantenimiento de la excelencia en el ejercicio de la profesión verificando el conocimiento, habilidades y técnicas que respondan con ética al cuidado del paciente, generando una cultura de seguridad del paciente, fortaleciendo la institución en el alcance de su visión y principios corporativos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La medicina que en el pasado era sencilla, poco efectiva y segura, en la actualidad se ha convertido en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa”

J.M. Aranaz

“El 24 de octubre de 1996, una mujer embarazada a término llegó al St. Anthony North Hospital cerca de Denver, Tras el nacimiento de Miguel (nombre del niño), el personal se dio cuenta que la madre había sido tratada previamente de sífilis, La barrera idiomática no permitió confirmar si el tratamiento había tenido lugar realmente.

Aunque el bebé podía haber recibido tratamiento en su domicilio, se decidió mantenerlo ingresado, para garantizar que el tratamiento se realizaría correctamente, caso de ser necesario, dado que los neonatólogos no estaban familiarizados con el tratamiento de la sífilis, consultaron con el infectólogo, quien recomendó una punción lumbar para serología y una dosis de penicilina G benzatina IM, otro experto consultado hizo la misma recomendación.

Las recomendaciones se anotaron en la hoja de evolución de la historia clínica, sin señalar la vía de administración, ni la denominación “benzatina”.

El neonatólogo indicó la orden de benzatina al día siguiente y otro neonatólogo llevó a cabo la punción lumbar, pero como los resultados no se conocerían hasta días después, anotó de manera confusa e ilegible IM de modo que podía confundirse con IV, el farmacéutico del centro estaba poco familiarizado con el fármaco por lo que consultó el Drug Facts & Comparison y las recomendaciones del Departamento de Salud. Sin embargo interpretó incorrectamente la prescripción (500.000 U/Kg en lugar de 50.000 U/Kg y 1.500.000 U en lugar de 150.000 U).

No había ninguna advertencia de dosis máxima en el sistema informatizado de prescripción y preparó la dosis incorrecta en dos jeringas precargadas, con etiquetas que aconsejaban que no debían administrarse los viales completos, en un recién nacido, únicamente pueden administrarse 0,5 ml por vía IM. La dosis preparada requería 5 inyecciones.

La enfermera a cargo del niño, se preocupó por el número de inyecciones que Miguel iba a necesitar. Una compañera de turno, con bastantes años de experiencia, sugirió la administración IV para reducir el dolor, ya que creyó que “benzatina” era una marca de penicilina G y en las etiquetas no había ninguna advertencia de que su uso era exclusivamente IM.

La literatura disponible no mencionaba benzatina por el nombre y no había ninguna advertencia que su uso fuera sólo IM.

Tras recibir 1,8 ml. de la medicación, Miguel falleció”.

Desde muchos siglos atrás se evidencia un compromiso importante por la seguridad de los pacientes, tal como ha sido visto en el Código de Hammurabi, en la antigua babilonia (siglo XX a.d. Cristo), en donde el rey Hammurabi construye un conjunto de leyes numerados del 1 al 282, y fija diferentes leyes de la vida cotidiana, en nuestro tema en particular tenemos:

“Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos. Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce e hizo morir al esclavo, dará otro esclavo equivalente.”¹ También “Hipócrates con el juramento hipocrático (en el siglo V a.d. Cristo), recordando la famosa frase de *primum non nocere*”² lo que nos indica la importancia de no producir más daño a los pacientes; posteriormente en el siglo XIV Florence Nightingale señala: “puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño”³.

En el siglo XX se publican algunos estudios acerca de la seguridad clínica del paciente y los eventos adversos, pero estos no tuvieron la importancia ni el reconocimiento que deberían, solo hasta la década de los 90 del mismo siglo en donde aparece el informe de el institute of medicine (IOM) “to err is human:

building a safer health system”⁴ en español: “errar es humano: construyendo un sistema mas seguro de salud”, elaborado en 1999 en donde su fin era el de sensibilizar a todo el sistema de salud mostrando cifras alarmante de muertes debido a eventos adversos y el costo multimillonario que estas generaban al sistema, entre los datos más importantes se señalan que los “errores asistenciales ocasionan entre 44.000 y 98.000 mil muertes al año en EE.UU, una mortalidad mayor en ese año que la causada por accidentes de tránsito, el cáncer de mama o el SIDA, lo que se convierte en la primera causa de mortalidad en este país en el año 1999 y un costo de 17 y 20 billones de dólares al año”⁵ pero el principal mensaje del informe del IOM es crear una cultura de seguridad clínica hacia el paciente, posteriormente en el Reino Unido y en Australia se

¹ El código de Hammurabi (sitio en internet). Disponible en: <http://www.historiaclasica.com/2007/05/el-codigo-de-hammurabi.html>. Acceso 15 de ene 2010.

² Tomas S. Introducción a la seguridad clínica del paciente. En: Monografías de la sociedad española de medicina y urgencias, seguridad clínica de los pacientes en los servicios de urgencias 2007; Volumen 1, Número 3: pág. 1.

³ Martínez C.E. Biografía de Florence Nightingale, (sitio de internet). Disponible en: http://ciencia.astroseti.org/matematicas/articulo_3755_biografia_florence_nightingale.htm. Acceso 15 de feb. 2010.

⁴ Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of medicine. Washington D.C.: National Academy Press, 2000. (sitio en internet) Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728. Acceso 10 de feb. 2010.

⁵ Ibid.

realizan otras dos publicaciones encaminadas igualmente a la adquisición de una cultura de seguridad clínica, estas son: “An Organization with memory” del 2000 y el “First National Report on Patient Safety” del 2001, aunque todo esto no es mas que un pequeño vistazo a la magnitud real del problema, ya que la gran mayoría de estos estudios se obtienen mediante revisiones retrospectivas y eventos declarados como son los reportes, las demandas y tutelas, desconociéndose todos aquellos que no son declarados, a los que no se les realiza ningún seguimiento y los que no se reportan o son escondidos.

La OMS lanzó en el 2004 la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores asistenciales, garantizando así una prestación de servicios de salud con calidad, basados en las necesidades del paciente, en el cuidado y la protección de este.

En Colombia dicha cultura esta apenas surgiendo como consecuencia de la globalización de la salud, además, gracias a el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto Numero 1011 de 2006), que en conjunto con el Ministerio de la Protección Social y el ICONTEC “exigen a las instituciones mostrar avances en la detección, registro e intervención de los eventos adversos para solicitar la evaluación de la visita de evaluación externa, esto a llevado a que muchas instituciones busquen conocer los trabajos acerca de este tema en el mundo”⁶, es así como uno de los logros mas grandes que trajo consigo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en salud ha sido la creación, el impulso, y los esfuerzos de las entidades prestadoras de servicios de salud por implementar una política de seguridad clínica del paciente.

Son pocos los estudios realizados en Colombia acerca de la seguridad clínica del paciente, el mas sobresaliente es el “Estudio IBEAS (Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica), proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra) y la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), es uno de los proyectos más relevantes en la actualidad en el contexto internacional.”⁷

“Este proyecto que tiene como objetivos conocer la prevalencia de Eventos Adversos en hospitales de cinco países de América Latina, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que sean de fácil aplicación en las instituciones de dichos países frecuentemente limitados para desplegar estudios de común aplicación en otras regiones del mundo, así como entrenar grupos de evaluadores expertos; será un gran

⁶ Rodríguez. C E. Estudio latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud. (sitio en internet) disponible en: http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio_IBEAS.pdf. Acceso 20 de feb. 2010 Pág. 1-5.

⁷ Rodríguez. C E. Estudio latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud. (sitio en internet) disponible en: http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio_IBEAS.pdf. Acceso 20 de feb. 2010 Pág. 1-5.

avance en el despliegue y profundización de nuestra estrategia de seguridad del paciente y un importante paso hacia la construcción de una política de Seguridad del Paciente del país.”⁸

Es así como vemos que la seguridad clínica del paciente nace de la necesidad de crear una cultura encaminada a la prevención de eventos adversos, a la creación de indicadores de calidad, y sobre todo a la protección los pacientes.

Dado que mejorar la seguridad de los pacientes exige un enfoque que permita identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales y encontrar soluciones, es necesario el establecimiento de un sistema completo y oportuno de notificación de los eventos adversos, que facilite el análisis, realizar investigaciones y tomar medidas preventivas y o correctivas.

⁸ Giraldo M. Ministerio de la Protección Social. EL ESTUDIO IBEAS Y LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA. (sitio en internet) disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/Documents/DocNewsNo14913DocumentNo4633.pdf>. Acceso 16 feb. 2010.

3. OBJETIVO GENERAL

- Proponer un modelo de atención al usuario con el fin de disminuir la incidencia de eventos adversos, a través del diseño de un Plan Estratégico de seguridad del paciente en la Clínica Antioquia.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un mapa de riesgos para la institución con base en la evaluación de los procesos de atención del servicio de hospitalización.
- Definir Acciones para cada riesgo identificado en el servicio de hospitalización.
- Proponer un plan de ejecución para las acciones identificadas.

4. METODOLOGIA

Para el desarrollo del diseño del Plan Estratégico de seguridad del paciente en la Clínica Antioquía se realizará:

- Revisión bibliográfica acerca de la seguridad del paciente incluyendo aspectos legales y jurídicos.
- Visitas a la Clínica Antioquia con el fin realizar un diagnostico de aspectos relacionados con la seguridad clínica del paciente en el servicio de hospitalización;
- Revisión de los procesos y procedimientos de la institución.
- Análisis de la situación actual de la clínica Antioquia en torno a la seguridad del paciente, mediante el método de priorización de problemas y necesidades.
- Levantamiento del mapa de riesgos a través de la revisión de procesos del área de Hospitalización, utilización de instrumentos aplicados al personal asistencial y a los pacientes y de la observación en el servicio.
- Diseño del plan estratégico de seguridad del paciente en la clínica Antioquia, con el fin de disminuir brechas en la atención.

5. RESEÑA HISTÓRICA CLÍNICA ANTIOQUIA

Durante el año 1992 se promocio la idea de la creación de una empresa para la prestación de servicios de salud en el municipio de Itagüí. Durante el primer semestre se logro conformar un grupo de trabajo que estudio la viabilidad de la idea original y como resultar posible su ejecución.

Fue concebida inicialmente y así continua, como una empresa con todos sus propietarios vinculados al sector de la salud y con asesoría se decidió que el alcance de la empresa que se debía construir seria “anónima mercantil”. El proyecto se llevo a cabo en Itagüí por su creciente desarrollo urbano e industrial, esta situada en una esquina con aproximadamente 1000 mts² de área.

El 20 de febrero de 1993 en asamblea de accionistas se conforma la sociedad CLINICA ANTIOQUIA S.A, el 28 de febrero del mismo año es otorgada por la notaria publica de Medellín la escritura publica numero 538 y es inaugurada el 17 de noviembre de 1995, abriendo sus puertas al publico el 9 de enero de 1996.

La Clínica Antioquia S.A es una entidad privada, de segundo nivel de atención, que ofrece sus servicios en los diferentes campos de la salud en donde el sujeto de acción y sobre quien giran todas las cosas es el ser humano, razón de ser de la institución.

5.1 Misión

Somos una Empresa constituida para contribuir al desarrollo social de la comunidad y de nuestros clientes, y para ello contamos con el personal idóneo y comprometidos con el servicio; con un grupo medico y paramédico altamente reconocidos por su experiencia y profesionalismo.

Nuestra participación como empresa esta enfocada al crecimiento personal, profesional y familiar de nuestro de nuestro talento, generando un sentido de pertenencia y de estabilidad para asumir retos y ser mejores día a día.

Nuestra esencia es trabajar con calidad, y es servir al cliente, que es lo que cuenta para la Clínica Antioquia S.A.

5.2 Visión

En el 2010 seremos la más moderna Clínica del Sur del Valle del Aburrá, adecuada a las exigentes necesidades de nuestros clientes, a través del fortalecimiento de nuestros valores y principios corporativos.

5.3 Valores

Lealtad: El servicio incondicional a la clínica Antioquía, a sus planes ya sus objetivos, hacen de nuestro vínculo el activo humano, creciente y diferencial.

Respeto humano: La dignidad por los clientes internos y externos hacen de la clínica Antioquía una familia, que trabajando con un nivel adecuado de exigencia nos une en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Profesionalismo: La ética y los principios morales son la base para la permanencia y el crecimiento en la familia clínica Antioquía.

Justicia y Equidad: La gestión humana se basa en el manejo controlado, guiado por las normas, políticas y procedimientos vigentes, generando ante todo respeto por los derechos y cumplimiento estricto de las responsabilidades.

5.4 Portafolio de servicios

Servicios ofrecidos: URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, FARMACIA, ODOLNTOLOGIA, ENDOSCOPIAS, ELECTROMIOGRAFIA.

Urgencias: La clínica presta a la comunidad un servicio integral de urgencias las 24 horas, en sus instalaciones. Nuestra unidad de urgencias se encuentra fortalecida por cuatro especialidades básicas: Pediatría, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Cirugía General. Además nuestra unidad de urgencias ofrece otros procedimientos:

Extracción de cuerpo extraño.

- Onicectomia, Recepción y fulguración de lesiones dérmicas, Lavado de oído, Cateterismo vesical, Nebulización, Retiro de puntos, Monitoreo fetal con estimulación, Monitoreo fetal sin estimulación, Electrocardiografía, Glucómetro, Laboratorio clínico, Inyectología, Terapia respiratoria, Curaciones, entre otros.

Además estamos fortalecidos con especialistas y subespecialistas en:

- Cirugía infantil
- Cirugía plástica
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Urología

Consulta externa: La clínica Antioquia proporciona los servicios de consulta externa programada en las siguientes especialidades:

- Cirugía infantil
- Cirugía plástica
- Dermatología
- Medicina física de rehabilitación
- Medicina interna
- Neurocirugía
- Nutrición
- Oftalmología
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psicología
- Psiquiatría
- Terapia respiratoria
- Urología

Apoyo diagnóstico: Imagenología, Medicina física y rehabilitación y Laboratorio.

Hospitalización: La clínica cuenta con 60 camas confortables, mecánicas y electro-hidráulicas. Las habitaciones se dividen en tres categorías: SENCILLA, ESPECIAL Y COMPARTIDA.

Cirugía: La clínica cuenta con una infraestructura para ofrecer cirugías de alta calidad a nivel nacional en sus 4 quirófanos, ORTOPEDIA, CIRUGIA GENERAL y GINECOBISTETRICIA.

- Salas de partos
- Salas de preparación pre quirúrgica
- Sala de urgencias
- Anestesiología y reanimación
- Salas de recuperación

Ofreciendo servicios quirúrgicos en las áreas de:

- Cirugía general
- Cirugía infantil
- Cirugía laparoscopia
- Cirugía ortopédica
- Cirugía plástica
- Neurocirugía

Se prestan servicios en las siguientes áreas:

- Cirugía artroscopica, Cirugía general, Cirugía plástica, Cirugía infantil, Dermatología, Eco cardiografías, Ecografías, Electro diagnostico, Estomatología, Farmacia, Ginecobstetricia, Hospitalización, Laboratorio clínico, Patología, Mamografía, Medicina física y de rehabilitación, Medicina general, Medicina interna, Neurocirugía, Nutrición y dietética, Odontología general, Odontopediatria, Oftalmología, Ortopedia y traumatología, otorrinolaringología Panorámicas odontológicas, Pediatría, Psicoanálisis, Psicología, Psiquiatría, Rayos x, Terapia física y de rehabilitación, Terapia respiratoria, Tomografía axial computarizada, Urología y Video- endoscopia

Farmacia: La farmacia de la clínica ofrece los servicios de distribución y dispensación de medicamentos hospitalaria y despachos de formula.

Odontología: El servicio de odontológico de la clínica Antioquia ofrece salud oral integral:

- Odontología general
- Odontología estética
- Odontopediatria
- Ortodoncia y ortopedia maxilar
- Prótesis y rehabilitación oral
- Periodoncia
- Endodoncia
- Radiología oral y de cuello

Endoscopias: Endoscopias de esófago, estomago y duodeno. CEPRE, colonoscopias.

Electromiografía: La unidad de electromiografía de la clínica ofrece:

- Estudio de 1 o 2 extremidades.
- Estudio de 3 o 4 extremidades.
- Potenciales evocados visuales.
- Potenciales evocados auditivos.
- Potenciales evocados somato sensoriales.
- Sesión de fisioterapia.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 LEGISLACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Desde este punto de vista dicha política está apoyada por medio de diferentes acuerdos, leyes y decretos, el principal y por ende el más importante es “el decreto 1011 de 2006, que define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, cuyas acciones se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, en la vigilancia y prevención de eventos adversos”⁹, el cual desde sus cuatro componentes busca mejorar la calidad en la atención del paciente minimizando los riesgos en salud.

Desde el sistema único de habilitación se establecen los estándares mínimos y básicos de atención que deben cumplir las distintas entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de proteger del riesgo al paciente, desde el sistema único de acreditación se ha venido promoviendo en todas aquellas instituciones acreditadas y en proceso de acreditación la creación de una política interna basada en la seguridad clínica del paciente, haciéndolas más competitivas en el medio y favoreciendo la protección del paciente en cuanto a riesgos y eventos adversos institucionales, en el sistema de información para la calidad se ha creado un Sistema de monitorización de indicadores de calidad, (Sistema de Información para la Calidad), que permite hacer seguimiento al estado de la calidad de la atención en salud en Colombia, a los eventos adversos presentados en cada una de estas instituciones, las consecuencias para el paciente y el sistema y además los gastos que estos acarrearán.

El numeral 9 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, señala que “el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la

⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, DECRETO NUMERO 1011 DE 2006, Pagina 1. (3 ABR 2006).

reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”.¹⁰

En el artículo 42 numeral 5 de la Ley 715 de 2001, “se establece como competencia de la nacional definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el sistema general de seguridad social en salud; así como divulgar sus resultados con la participación de las entidades territoriales”.¹¹

6.2 INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una característica de las organizaciones modernas es la incorporación a sus procesos elementos de gestión que les permitan evaluar sus logros o señalar falencias para aplicar los correctivos necesarios. Estos elementos son conocidos como indicadores de calidad, los cuales sirven para medir el desempeño en cuanto a eficiencia y eficacia ya que son mecanismos aptos para la interpretación de los diferentes aspectos del servicio, estos, nos permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, en el intento de reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario, entendidos como variables o parámetros en un momento dado: Una efectiva revisión y aplicación de los indicadores como instrumento útil para potenciar las fortalezas, corregir las debilidades, y aprovechar las oportunidades eliminando o disminuyendo las amenazas a las que se puede ver enfrentada una organización.

“Un indicador es una magnitud que expresa el comportamiento o desempeño de un proceso, que al compararse con algún nivel de referencia permite detectar desviaciones positivas o negativas. También, a su vez es la conexión de dos medidas relacionadas entre sí, que muestran la proporción de la una con la otra”.¹²

El cuestionamiento y la medición de la calidad, en el cuidado de los pacientes por parte de los profesionales de la salud es uno de los tantos aspectos en la profesionalización; esta tiene como propósito establecer un camino metodológico, que exige y genera la necesidad de crear indicadores para el mejoramiento en la asistencia, estos permiten establecer metas para una mejor planificación y distribución de los recursos; además, son instrumentos que brindan resultados para toma oportuna de decisiones, adicionalmente, son una herramienta que permite desarrollar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el cuidado del paciente y así poder lograr con mayor seguridad objetivos, metas, y sobre todo minimizar los riesgos en la atención asistencial de los pacientes.

¹⁰ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, LEY 100 DE 1993, Libro II, Título I, Capítulo I, Artículo 153, numeral 9, (23 de diciembre 1993).

¹¹ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, LEY 715 DE 2001, Título 3, Capítulo I, Artículo 42, Numeral 5, (21 de diciembre de 2001).

¹² Reingeniería de los Centros de Documentación del Área de Ciencias Sociales y Humanas en la perspectiva de la HumaNet (sitio en Internet). Manejo de indicadores, disponible en <http://nutabe.udea.edu.co/~reing/content.htm>. Acceso el 18 de abril de 2006.

“Los objetivos que se persiguen con la aplicación de este sistema son fundamentalmente conocer el nivel de calidad de un servicio, identificar oportunidades de mejora o desviaciones así como áreas de excelencia, el seguimiento de objetivos y acreditar nuestro nivel de calidad. Los indicadores nos aportan la ventaja de medir aspectos concretos y específicos de la asistencia con aportación de datos válidos, fiables y objetivos, mostrar resultados cuantitativos y con ello la posibilidad de comparación, el disponer de estándares de cumplimiento que nos determinan si los resultados obtenidos en nuestro servicio son correctos o su óptimos y primordialmente el de desencadenar acciones de mejora en estos últimos casos”.¹³

6.3 DEFINICIÓN DE EVENTO ADVERSO.

“Entendemos como eventos adversos a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad”.¹⁴

6.3.1 LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (IPSS)

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
4. Pacientes con neumonías bronco aspirativas en pediatría o UCI neonatal
5. Pacientes con úlceras de posición
6. Distocia inadvertida

¹³ Roqueta F.E. INDICADORES DE SEGURIDAD/RIESGO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. Monografías de la sociedad española de medicina y urgencias, seguridad clínica de los pacientes en los servicios de urgencias 2007; Volumen 1, Número 3.pag

¹⁴ Restrepo P.F, Ministerio de la Protección Social, el riesgo de la atención en salud y la vigilancia de eventos adversos. (sitio de internet), disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentNo2566.pdf>. acceso en marzo 12 de 2010.

7. Shock hipovolémico post - parto
8. Maternas con convulsión intrahospitalaria
9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
10. Pacientes con hipotensión severa en post - quirúrgico
11. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico
12. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas
13. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días
14. Entrega equivocada de un neonato
15. Robo intra – institucional de niños
16. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
17. Suicidio de pacientes internados
18. Consumo intra - institucional de psicoactivos
19. Caídas desde su propia altura intra - institucional
20. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
21. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
22. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
23. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
24. Flebitis en sitios de venopunción
25. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
26. Entrega equivocada de reportes de laboratorio
27. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación
28. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera
29. Accidentes postransfusionales
30. Asalto sexual en la institución
31. Neumotórax por ventilación mecánica
32. Asfixia perinatal

- 33. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
- 34. Secuelas post - reanimación
- 35. Pérdida de pertenencias de usuarios
- 36. Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico”

6.4 METAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con la clasificación de los eventos se derivan metas que procuran por mejorar la atención al usuario como son:

- ✓ Identificar correctamente a los pacientes
- ✓ Usar por lo menos dos maneras para identificar a los pacientes. Por ejemplo, use el nombre del paciente y su fecha de nacimiento. Esto se hace para asegurarse de que cada paciente reciba los medicamentos y tratamiento adecuados para él.
- ✓ Asegurarse de que el paciente correcto obtenga el tipo de sangre adecuado cuando reciba una transfusión de sangre.
- ✓ Mejorar la comunicación entre el personal
- ✓ Leer nuevamente las órdenes orales o por teléfono a la persona que dio la orden.
- ✓ Crear una lista de abreviaturas y símbolos que no se van a usar.
- ✓ Entregar rápidamente los resultados de exámenes importantes a la persona correcta del personal
- ✓ Crear los pasos para que el personal los siga cuando envíe a los pacientes al siguiente profesional de cuidados para la salud. Los pasos deben ayudar al personal a dar información sobre el cuidado del paciente. Asegurarse de que haya tiempo para preguntar y contestar preguntas.
- ✓ Usar medicinas de una manera segura
- ✓ Crear una lista de medicinas con nombres que se vean igual o suenen igual.
- ✓ Actualice la lista cada año.
- ✓ Etiquetar todas las medicinas que todavía no estén etiquetadas. Por ejemplo, medicinas en jeringas, tazas y tazones.
- ✓ Tener cuidado adicional con los pacientes que tomen medicinas para adelgazar su sangre.

- ✓ Prevenir infecciones
- ✓ Usar las guías para la limpieza de las manos de la Organización Mundial de la Salud o Centros de Control y Prevención de Enfermedades.
- ✓ Reportar muerte o heridas a pacientes por infecciones que suceden en hospitales.
- ✓ Usar lineamientos probados para prevenir infecciones que son difíciles de tratar.
- ✓ Usar lineamientos probados para prevenir infecciones en la sangre.
- ✓ Usar prácticas seguras para tratar la parte del cuerpo donde se efectuó una cirugía.
- ✓ Revisar las medicinas del paciente
- ✓ Averiguar qué medicinas está tomando cada paciente. Asegurarse que esté bien para el paciente tomar cualquier medicina nueva con sus medicinas actuales.
- ✓ Dar una lista de los medicamentos del paciente al siguiente profesional de cuidados para la salud o a su doctor regular antes de que el paciente se vaya a casa.
- ✓ Dar una lista de las medicinas del paciente a su familia antes de que se vayan a casa. Explicar la lista.
- ✓ Algunos pacientes pueden obtener medicinas en pequeñas cantidades o por corto tiempo. Asegurarse de que está bien para aquellos pacientes tomar esas medicinas con sus medicinas actuales.
- ✓ Prevenir que los pacientes se caigan
- ✓ Averiguar cuáles pacientes son más propensos a caerse. Por ejemplo, ¿el paciente está tomando medicinas que puedan debilitarlo, marearlo u ocasionarle sueño? Tomar acción para prevenir caídas en estos pacientes.
- ✓ Ayudar a los pacientes a que se involucren en su propio cuidado
- ✓ Decir a cada paciente y a sus familias cómo reportar sus quejas sobre seguridad.
- ✓ Identificar los riesgos de seguridad del paciente
- ✓ Averiguar cuáles pacientes son más propensos a tratar de suicidarse.
- ✓ Observar a los pacientes de cerca por cambios en su salud y responder rápidamente si ellos necesitan ayuda
- ✓ Crear formas para obtener ayuda del personal especialmente entrenado cuando la salud de un paciente parezca empeorarse.

- ✓ Prevenir errores en cirugías
- ✓ Crear los pasos para que el personal los siga de tal forma que todos los documentos que se necesiten para una cirugía estén a la mano antes de que la cirugía inicie.
- ✓ Marque la parte del cuerpo donde la cirugía será realizada. Involucre al paciente al hacer esto.

6.5 MODELOS DE ATENCION CENTRADO EN LA PERSONA

Los humanos son falibles y se espera que ocurran errores incluso en las mejores organizaciones, el objetivo no es cambiar la condición humana sino los factores sistémicos; cuando se produce un evento adverso lo importante no es quien, sino porque se ha producido, la estrategia es aprender de los errores identificando el suceso, reparando el daño, buscando las causas en el sistema y rediseñándolo.

Algunos errores causales de los eventos adversos son: Escasa atención, Desmotivación, Olvido y descuido, Negligencia y Mala praxis.¹⁵

6.6 ASPECTOS ETICOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cualquier intervención de cuidado debe basarse en el respeto a la persona, y ello incluye, entre otros aspectos, el respeto a su libertad de movimientos, su salud y su seguridad. La utilización de medidas de contención puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona; por eso es necesario que se reflexione acerca de este problema ético y establezcan unos criterios de actuación respetuosos con los derechos inherentes a la persona.

Se entiende por contención física y/o mecánica el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

Desde un punto de vista ético, la contención física y/o mecánica es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.

Siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los siguientes principios éticos:

-Autonomía: Cualquier persona es un agente moral autónomo, es decir, tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud; por eso, la persona que requiera la

¹⁵ Estrategias de gestión de la seguridad del paciente, Jornada Geriatría Hospital Guadarrama. 25 mayo 2009 (sitio en internet), disponible en: <http://www.jornadashguadarrama.com/EJMORON.pdf>, Acceso junio 23 del 2010.

aplicación de una contención física o mecánica deberá estar informada del uso de esta medida y, siempre que sea posible, se deberá solicitar su consentimiento. Si la persona es moralmente autónoma y rechaza cualquier tipo de restricción, siempre que sea posible, deberá respetarse su decisión. Por otra parte, si la persona carece de autonomía para decidir, la información y el consentimiento recaerán, en la medida de lo posible, en el entorno más próximo a la misma.

-Justicia: La aplicación de una medida de sujeción no puede actuar jamás como causa de discriminación de la persona por parte de las enfermeras. A pesar de su situación, la persona merece ser tratada con la máxima consideración y el máximo respeto.

-Beneficencia: Cuando se decide aplicar una contención física y/o mecánica, las enfermeras deben esforzarse por garantizar el bienestar de la persona y no sólo protegerla de posibles daños. Por ello, ante este tipo de intervenciones las enfermeras deberán asegurarse de que los beneficios siempre sean superiores a los perjuicios.

-Intimidad: Cualquier intervención por parte de las enfermeras debe respetar escrupulosamente el derecho a la intimidad, incluso en caso de que la persona –dada su gran vulnerabilidad– no sea consciente de este hecho. En una acción de limitación de la movilidad las enfermeras procurarán respetar en todo momento la intimidad de la persona y velarán para que el resto de profesionales también actúe con la misma finalidad. Para ello, la contención debe realizarse en un lugar protegido de la mirada de los demás, especialmente si la persona ofrece resistencia. Una vez aplicada la contención física y/o mecánica debe evitarse que la persona quede expuesta innecesariamente a las miradas de terceros.

- Vulnerabilidad: La persona que precisa una contención física y/o mecánica presenta una gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia; por este motivo requerirá una atención integral –mucho más frecuente– por parte de las enfermeras y del resto de profesionales sanitarios.¹⁶

6.7 LOS FUNDAMENTOS ETICOS DE LA PREOCUPACION POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las argumentaciones predominantes sobre seguridad del paciente están basadas en áreas teleológicas y deontológicas.

Argumentaciones teleológicas: nace del análisis de las consecuencias de los diversos cursos de acción, maximizar las consecuencias beneficiosas son por lo tanto el objetivo prioritario. En esta línea, un argumento posible para justificar éticamente la preocupación por la seguridad de los pacientes tiene que ver con la dimensión económica del problema. El problema es que este argumento que reduce la utilidad al

¹⁶ Alibés E.B, Surribas M.B, Ainaud N.C, Gasull M.V, Bandi J.L, Gimeno M.M. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. "Et,Al" Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, Comisión Deontológica, Barcelona, noviembre de 2006. Pag 2.

beneficio económico puede resultar invalidado cuando pasamos de los grandes números a los pequeños números. Puede suceder que determinadas medidas de seguridad en un determinado hospital no sean útiles en términos económicos, pues la ocurrencia de los errores y/o sus consecuencias no tienen tasas tan elevadas como para hacer rentable la inversión.

Argumentaciones deontológicas: el juicio moral debe ser iluminado prioritariamente por valores, principios o normas éticas. El deber de respetar estos valores o principios es el que marca el sentido de la acción. Estos principios son los siguientes:

- Principio de no-maleficencia: Debes evitar el daño a tus pacientes, evitando realizarle actos clínicos contraindicados o técnicamente mal hechos.
- Principio de beneficencia: Debes procurar maximizar el bien de tu paciente, ayudándole a que en la actuación clínica se realicen en lo posible sus valores y preferencias.
- Principio de autonomía: Debes partir de la presunción de que los pacientes son capaces de gobernar su propia vida, lo que te obliga a respetar sus decisiones respecto a lo que deba hacerse con su cuerpo sano o enfermo.
- Principio de justicia: Debes procurar repartir equitativamente los beneficios y las cargas, asegurando un uso eficiente y equitativo de los recursos.

El profesional debe saber que está éticamente obligado a proteger a su paciente del daño mediante el cuidado esmerado de la calidad de su práctica profesional. Esto significa hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científico-técnica. Además debe hacer un uso correcto de los recursos manteniendo un alto grado de eficiencia e implicándose activamente en los procesos de funcionamiento interno de la organización que tratan de generar una «cultura de la seguridad». De esa manera, reforzando sus obligaciones respecto a la no-maleficencia y la justicia, estará asumiendo la responsabilidad de evitar personal y prospectivamente el que se produzca algún daño al paciente.

Pero si ese daño ocurre, a pesar de todo, entonces el profesional deberá ser capaz de asumir personalmente las obligaciones derivadas retrospectivamente de ello. La primera y más difícil tarea que tiene el profesional ante sí es asumir que el respeto a la autonomía del paciente le obliga a informarle de lo ocurrido y a asumir su responsabilidad subjetiva ante él. Esto implica, por tanto, aceptar que esta información puede desencadenar un proceso legal en su contra. Pero la obligación personal no termina con la información. El principio de beneficencia obliga además a facilitar al paciente algún tipo de sanación, que no es sólo la reparación del daño físico –que es obligada y habitualmente asumida por la organización–, sino a reparar también el daño moral. Esto significa que el profesional debe ser capaz de poner en marcha procesos emocionales que le permitan a él pedir perdón y liberarse de la culpa, y al paciente sentirse respetado como persona. Estos procesos no son sencillos, y con frecuencia los profesionales deben afrontarlos solos con un enorme sufrimiento y coste personal y sin ningún tipo de apoyo real por parte de la organización.

La ocurrencia del daño desencadena una última obligación ética personal del profesional. Esta obligación no es ya con el paciente afectado, sino con su propia organización. Y es, curiosamente, una obligación que tiene que ver con la necesidad de reforzar retrospectivamente el marco, los principios de no-maleficencia y de justicia. Es la obligación de informar a la organización de lo sucedido para que ésta adopte las medidas que estime oportunas, tanto en orden a reparar lo ocurrido, como para evitar que vuelva a suceder.¹⁷

6.8 ERRORES HUMANOS

Los errores siempre han sido vistos como muestras de incapacidad, falta de atención, desconocimiento e inexperiencia, entre otras cosas de corte similar, hasta el punto de generar decisiones terminales que sirvan de ejemplo al común para que eviten a todo riesgo la posibilidad de equivocarse.

Un equivoco de convierte inmediatamente en una etiqueta que identifica al desafortunado que lo cometió el cual habrá de cargar con ella como si se tratara de una cruz impuesta por quienes los señalan, los mismos que ante una falla notoria, parecieran auto presentarse como incapaces de cometerla.

Si bien es cierto que el individuo es responsable de los que hace, pues tiene como base su experiencia y conocimiento, no es menos cierto que las condiciones en las que opera son dinámicas y cambiantes y por lo tanto nadie, absolutamente nadie esta excepto de equivocarse.

Utilizar el error para convertirlo en aprendizaje es una manera efectiva de gerenciar la falla, un equivoco observado y detectado a tiempo puede servir de base para el éxito de toda una operación, pero para ello se requiere de visión y capacidad de gerencia.¹⁸

¹⁷ Lorda, P.S. ÉTICA Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, *Escuela Andaluza de Salud Pública*, Granada (España). 2006. (sitio de internet), disponible en <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo10.pdf>. Acceso mayo 29 de 2010.

¹⁸ Socorro F. Errar es de humanos; pero no en mi empresa, *Gestión del talento*, junio 2004, (sitio en internet) Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales2/rh/h/1/errarfelix.htm>. Acceso junio 05 de 2010.

7. PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA CLINICA ANTIOQUIA

La seguridad clínica es fundamental en la atención del paciente y por lo tanto un componente importante de la gestión de la calidad, mejorar este aspecto requiere un trabajo de equipo y un conjunto de medidas que intervengan aspectos como la seguridad del entorno, la gestión del riesgo, manejo de las infecciones, uso correcto de medicamentos, seguridad personal del equipo de trabajo y prácticas clínicas y cuidados seguros.

Comprometiendo a todas las áreas de la atención, en un enfoque multidisciplinario e intersectorial para gestionar los riesgos en cada servicio, plantear estrategias y acciones a corto y largo plazo con el fin de mitigar y prevenir los eventos adversos.

La Clínica Antioquia, a pesar de su crecimiento a nivel estructural y funcional presenta dificultades en cuanto a seguridad ya que no tiene establecida una política de seguridad institucional desde su Direccionamiento estratégico, no cuenta con un sistema de información sensible que permita la unificación de criterios de identificación y notificación efectiva que garantice la información sobre las condiciones de seguridad de forma organizada y confiable, siendo el sistema de información precario, limitado para la comprensión y análisis epidemiológico de las causas del evento y sus consecuencias para el paciente.

La Clínica cuenta con algunos aspectos que fortalecen su estructura:

- Filosofía institucional
- Estructura organizacional
- Política de calidad programas de salud ocupacional
- PAMEC
- Administración del riesgo
- Indicadores del servicio de hospitalización
- Comités (infecciones-eventos adversos)
- Gestión ambiental
- Recurso humano
- Infraestructura
- Procesos de inducción (personal nuevo)
- Plan de capacitaciones
- Mantenimiento de equipos
- Guías y protocolos de atención en el servicio de hospitalización principalmente (lavado de manos-asepsia-aplicación de medicamentos-canalización de venas y mantenimiento-trasfusiones de hemoderivados)

7.1 Aspectos a potencializar o fortalecer:

- Definición de un Sistema de información, reporte de eventos adversos y seguimiento constante a los resultados de la gestión de reporte.
- Barreras de atención y de seguridad
- Participación de las familias en el cuidado del paciente
- Estrategias de comunicación familia-paciente-personal de la salud
- Direccionamiento estratégico con énfasis en la seguridad del paciente
- Creación de una cultura de seguridad entre todo el personal
- Implementación de auditorías internas o externas de seguimiento y verificación
- Creación del comité de calidad u otro similar en donde se analicen los resultados de los indicadores y se establezcan acciones de mejora
- Seguimiento a la adherencia a guías y protocolos que permita hacer retroalimentación.

8. MAPA DE RIESGOS CLINICA ANTIOQUIA

Riesgo	Efecto	Causas	Acciones recomendaciones.	Responsable	G	O	D	NPR
Contratación de personal no apto para el cargo	Seleccionar personal sin las competencias requeridas para los cargos	No seguir el proceso de selección. No evaluar en el aspirante las competencias requeridas para el cargo	Revisar el proceso de selección par incluir la evaluación por competencias. Sensibilizar al grupo directivo sobre la importancia de realizar una adecuada selección. Verificar que esté realizando una completa evaluación del periodo de prueba para identificar brechas. Brindar permanentemente reentrenamiento a todo personal.	Directora Administrativa, secretaria	8	3	3	72
Contratar personal sin título válido o con título falso	Contratación de personal sin requisitos legales y no idóneos para desempeñar el cargo	No tener presente en el proceso de verificación de requisitos validación de títulos. Omisión por parte de recursos humanos de verifica el proceso.	Revisar que en los procesos de selección y contratación se verifiquen los títulos requeridos por el personal Revisar todas las hojas de vida del personal activo y solicitar la verificación de los títulos Hacer divulgación de los cambios en los procesos de recurso humano y sensibilizar al personal encargado de las verificaciones sobre la importancia de realizar inmediatamente se contrate un empleado esta tarea.	Directora Administrativa, secretaria	10	1	3	30

No brindar un completo entrenamiento al personal	Al no conocer los procesos se incurre en errores de trabajo, mala información al paciente	Que el empleado no tenga el perfil para el cargo y le asignen el puesto de trabajo sin darle una debida inducción y entrenamiento.	Realizar una buena inducción al personal antes de posesionarlo en el cargo y que hacer un previo examen para calificar sus conocimientos.	Directora Administrativa, secretaria	9	4	2	72
No reportar los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	Demandas a la empresa, indemnizaciones a los empleados	No tener conocimiento del proceso para hacer los reportes y no hacer supervisión de cada caso que ocurra para prever las consecuencias del no reporte	Estar muy pendientes de reportar el accidente en el tiempo límite, muy bien diligenciado y realizar seguimiento de que los empleados asistan a los controles sin falta para evitar sanciones.	Directora Administrativa, secretaria	10	4	6	240
Desmotivación para el trabajo	Mala atención al paciente, desmejora de las relaciones interpersonales, mal ambiente de trabajo	Inconformidad con el método de trabajo del jefe, exceso de trabajo o mala distribución de labores, no pago oportuno de las obligaciones por parte de la empresa	Realizar anualmente la encuesta de clima laboral e implementar medidas para buscar una mayor satisfacción	Dirección administrativa	10	8	7	560

Realizar capacitaciones que no satisfacen las necesidades y expectativas de la clínica y del personal	Desmotivación para asistir a actividades de la Clínica. No alcanzar el objetivo propuesto con la capacitación o actividad	No realizar una adecuada programación del evento. Traer personas no adecuadas para la actividad	Realizar evaluación de satisfacción a los empleados que participen de una actividad o capacitación para identificar si satisfizo las expectativas del personal	Dirección administrativa	4	3	7	84
Flebitis	Dolor y molestia y nuevamente se vuelve a canalizar	Reacción al medicamento por la condición al paciente	Realizar buena técnica aséptica, disminuir goteo de medicamentos y diluir mas el medicamento	Personal asistencial	6	4	6	144
Aplicar medicamento equivocado	Muerte, complicación, lesión o daño	No aplicar los 10 correctos	Almacenamiento separado para grupos de medicamentos similares, capacitación y entrenamiento al personal y seguir aplicando los 10 correctos	Personal asistencial	10	2	7	140
Mala toma de signos vitales	Se producen efectos secundarios dependiendo de la alteración	Mal funcionamiento del equipo Por falta de entrenamiento	Verificar el funcionamiento de los equipos antes de comenzar los procesos Reentrenamiento al personal y evaluaciones de desempeño.	Personal asistencial	8	3	6	144
Rapto de bienes del paciente, de robo de niños o fuga de pacientes	Demandas y grave insatisfacción por parte del cliente	La auxiliar de enfermería entregue las pertenencias a personas diferentes. Rapto de las pertenencia por falta de	Verificar si la persona presente si es el acompañante Adecuación de locker con sistemas de seguridad. Adecuación de medidas como cámaras de	Personal asistencial	10	2	10	200

		loker. Rapto de niños por falta de cuidado. Fuga de pacientes por falta de cuidado.	vigilancia, personal de seguridad, letreros de prohibido el paso entre otras.					
Paciente no sale en buenas condiciones	Complicaciones según el procedimiento	Que la auxiliar de enfermería no verifique las condiciones en que el paciente sale	Garantizar el buen estado de salud del paciente antes de salir, crear criterios específicos para dar de alta al paciente según procedimiento o especialidad	Personal asistencial	8	2	10	160
Infección de herida quirúrgica.	Sobre infecciones, complicaciones mayores y largas estancias.	No realizar aseo o desinfección de la habitación antes de ingresar al paciente. La premura del traslado del paciente.	Hacer aseo entre paciente y paciente, botar basura y desinfectar cama, evitar afares en el traslado de pacientes, tener apoyo del personal de oficios generales Implementación de los protocolos de aseo y verificación de aplicación correcta.	Personal asistencial, Personal de aseo general	9	4	8	288
Retraso en el ingreso del paciente	Infecciones sobre agregadas	Que la persona de ingresos no esté en su sitio de trabajo La persona de ingresos se tiene que estar movilizand por el servicio	Habilitar el teléfono de ingresos para llamar desde allí por altavoz	Personal asistencial	7	9	9	567

Complicaciones en el procedimiento por alergias u otros antecedentes importantes.	Presencia de eventos adversos.	La persona de ingresos no realice anamnesis o no la registre en la historia clínica. No conocer sobre antecedentes importantes del paciente	Verificar con la historia clínica antes de pasar el paciente al aérea de hospitalización Utilización de pulseras de identificación o manillas de alergias.	Personal asistencial	9	2	10	180
Que los equipos fallen	Evento adverso en el usuario dependiendo del equipo	Porque no se realicen los mantenimientos programados	Mantenimiento adecuado de los equipos y reporte de los materiales dañados Hojas de vida de equipos con cronogramas de mantenimiento, además de stiker en los equipos con fechas de verificación.	Personal de mantenimiento	10	4	5	200
Envasar el medicamento equivocado	Evento adverso en el usuario dependiendo del medicamento	Porque el personal de enfermería no verifique el medicamento envasado, porque el medicamento este mal almacenado.	Verificar los medicamentos. Marcación de medicamentos de igual presentación, verificación de lista de chequeo de los 10 correctos.	Personal asistencial y de regente farmacia	8	4	10	320
Reacción medicamentosa o pérdida de efectividad de un medicamento.	Evento adverso en el usuario dependiendo del medicamento.	Utilización de medicamento envasado y guardado en nevera sin marcación.	Verificar fecha de envase y de vencimiento, rotulo y firma de almacenamiento	Personal asistencial	10	4	10	400
Suministrar dosis inadecuadas de medicamentos	Evento adverso en el usuario dependiendo del medicamento y muerte	Por falta de verificación del medicamento, por no entender la orden medica	Verificar la orden con el médico al momento de recibirla.	Personal asistencial	8	5	10	400

Infecciones nosocomiales o cruzadas	Eventos adversos (conjuntivitis en recién nacidos, confusión de muestras de laboratorio), largas estancias.	La auxiliar no tenga todos los elementos necesarios antes de enguantarse. Posible contaminación para realizar asepsia. No rotulación de muestras o elementos personales.	Alistar con tiempo elementos para asepsia y realizar lavado de manos Definir protocolos de asepsia que se comuniquen al personal y que se verifiquen constantemente para identificar brechas. Implementos rotulados.	Personal asistencial	10	5	7	350
Administrar medicamentos que ya se han colocado.	Evento adverso (sobredosis, reacciones adversas, muerte)	Porque la auxiliar de enfermería no rotula los medicamentos y no se verifica la historia clínica	Dar información correcta de los medicamentos que ya se aplicaron y cuales faltan. Incluir en el procedimiento de aplicación de medicamentos la rotulación de los medicamentos y verificación de la hoja de aplicación de medicamentos.	Personal asistencial	9	2	8	144
No identificar alergias del paciente	Evento adverso (muerte, broncoespasmo y anafilaxia)	En la admisión del paciente no se haga un buen interrogatorio, que la auxiliar de enfermería no coloque la manilla.	Preguntar al paciente, dejar notas por escrito, colocar pulsera.	Personal asistencial	9	2	10	180
Infección intrahospitalaria	Reintervención quirúrgica, hospitalización, deterioro en la imagen de la Clínica	Mal lavado de manos, mala técnica aséptica o fallas en el proceso de central de esterilización, o por ausencia de aire acondicionado, por inadecuada curación, por instrumental en mal estado	Inspeccionar de manera permanente el lavado e manos del personal y la asepsia. Realizar mínimo dos capacitaciones al año sobre el tema, mejorar técnica aséptica según protocolo de la clínica, realizar la remoción mecánica y esperar hasta que cambie el color del jabón y no devolverse, cambiar de guantes para cada procedimiento. Colocar dispensadores de jabón glicerinado.	Personal asistencial	10	5	8	400

Equipos sin mantenimiento ni calibración	Mal funcionamiento del equipo, mala medición del instrumento	Inventario erróneo Poco control de los cronogramas Equipos des calibrados o fuera del rango permitido por la institución	Revisar diariamente los mantenimientos pendientes de los equipos, estar en contacto constante con los proveedores, mantener al día las hojas de vida de los equipos	Personal asistencial	8	3	2	48
Equipos con mantenimiento y/o calibración errónea	Mal funcionamiento del equipo, mala medición del instrumento. Incremento de los mantenimientos correctivos. Poca disponibilidad del equipo.	Mal control de los equipos biomédicos Información errónea del proveedor	Los controles actuales han sido eficientes para evitar frecuencias de calibración y cronogramas eficientes	Personal de mantenimiento	7	3	1	21
Poca prevención de daños en los equipo Posibilidad de generar eventos adversos en los pacientes y médicos	Equipos con daños imperceptibles Eventos adversos en actos quirúrgicos o procedimientos médicos Mala medición de los equipos metrológicos	Mala comunicación con la enfermera jefe de área Poca disponibilidad de los equipos para mantenimiento preventivo Proveedores no confiables	Revisar diariamente los calibraciones pendientes de los equipos, estar en contacto constante con los proveedores, mantener al día las hojas de vida de los equipos, verificar después de cada calibrada que el equipo esté dentro de los parámetros de la institución	Personal asistencial, Personal administrativo	9	3	3	81

Equipo sin disponibilidad	Avería del equipo	Mal funcionamiento del equipo	Constante comunicación con las enfermeras jefes de servicio y los proveedores, control sobre la ejecución de los mantenimientos con las enfermeras jefes de área y coordinador de sede	Personal asistencial, Personal administrativo	5	5	5	125
Equipo en mal funcionamiento	Evento adverso con pacientes	Desgaste de elementos consumibles						
	Mala atención al médico y personal de la institución							
No realizar una completa verificación técnico-administrativa de medicamentos al momento de la recepción	Medicamentos no seguros, mala calidad, faltantes o sobrantes	Tiempo insuficiente para desempeñar la actividad	Realizar una inspección adecuada, garantizando así medicamentos que no comprometan la seguridad en su uso	Personal asistencial, Regente farmacia de	9	3	3	81
Almacenar inadecuadamente los medicamentos	Perdida de la estabilidad del medicamento, pérdida económica	No identificar el medicamento, confusión de medicamento por similitud del empaque secundario	Separar los medicamentos de Temperatura Ambiente y los de cadena de Frio al momento de realizar la distribución a los servicios, Identificar empaque similar y almacenar en lugar diferente	Personal asistencial	9	3	4	108
Mala distribución de un medicamento y dispositivo médico	Retraso del procedimiento, lo que genera reprocesos	Mal almacenamiento, desconcentración y la no doble verificación	Siempre tener un orden cuando se esté empacando los insumos para ser llevados a los servicios, ir señalando cada insumo.	Regente farmacia de	4	2	4	32
	Uso del medicamento o dispositivo médico							

No rotular o rotular equivocadamente los medicamentos	Error en dosis, Aplicación a paciente equivocado, Confusión de medicamentos	No verificación de la orden médica	Realizar los rótulos el día anterior a la aplicación de medicamentos	Personal asistencia, Regente de farmacia	10	5	10	500
Preparar el medicamento de manera incorrecta	Pérdida económica	Rótulo no legible No estar concentrado en la preparación Desconocimiento del medicamento a preparar	En el momento de alistar los medicamentos para preparar, verificar la dosis, usar los correctos y estar muy concentrado cuando se está preparando medicamentos.	Personal asistencial	10	3	10	300
Diluir un medicamento en volumen diferente al indicado o en una solución diferente	Paciente con sobrecarga de líquidos. Para la clínica un desperdicio de medicamentos e insumos	por no revisar bien la orden y el rotulo	Establecer protocolos de dilución con condiciones para los diferentes pacientes	Personal asistencial	10	5	9	450

Presencia de eventos adversos causados por infraestructura como caídas desde la cama o el baño.	Pisos sin antideslizantes y señalización de piso húmedo y áreas en reparación	Por no colocación de antideslizantes, ni señalización de peligro en áreas comunes.	Establecer medidas de seguridad relacionadas con infraestructura, antideslizantes y señalización de obras.	Personal administrativo y logística	10	5	10	500
Presencia de eventos adversos sin análisis.	Aumento de las complicaciones en los pacientes.	No reporte, análisis y corrección de los eventos adversos.	Establecer sistema de información adecuado a las necesidades de la clínica, donde se reporte, analice y planteen acciones correctivas y preventivas.	Personal administrativo y de calidad	10	3	3	90

G: GRAVEDAD O: OCURRENCIA D: DETECCION NPR: NUMERO DE PRIORIDAD DE RIESGO

CRITERIO GRAVEDAD	CLASIFICACION
Irrazonable esperar que el fallo produjese un efecto perceptible en el rendimiento del servicio. Probablemente, el cliente no podrá detectar el fallo	1
Baja gravedad debido a la escasa importancia de las consecuencias del fallo, que causarían en el cliente un ligero descontento	2 y 3
Moderada gravedad del fallo que causaría al cliente cierto descontento. Puede ocasionar re trabajos	4, 5 y 6
Alta clasificación de gravedad debido a la naturaleza del fallo que causa en el cliente un alto grado de insatisfacción sin llegar a incumplir la normativa sobre seguridad. Requiere re trabajos mayores	7 y 8
Muy alta clasificación de gravedad que origina total insatisfacción del cliente, o puede llegar a suponer un riesgo para la seguridad o incumplimiento de la normativa	9 y 10

CRITERIO OCURRENCIA	CLASIFICACION
Remota probabilidad de ocurrencia. Sería irrazonable esperar que se produjera el fallo	1
Baja probabilidad de ocurrencia. Ocasionalmente podría producirse un número relativo bajo de fallos	2 y 3
Moderada probabilidad de ocurrencia. Asociado a situaciones similares que hayan tenido fallos esporádicos, pero no en grandes proporciones	4, 5 y 6
Alta probabilidad de ocurrencia. Los fallos se presentan con frecuencia.	7 y 8
Muy alta probabilidad de ocurrencia. Se producirá el fallo casi con total seguridad	9 y 10

CRITERIO DETECCION	CLASIFICACION
Remota probabilidad de que el defecto llegue al cliente. Casi completa fiabilidad de los controles	1
Baja probabilidad de que el defecto llegue al cliente ya que de producirse, sería detectado por los controles o en las fases posteriores del proceso.	2 y 3
Moderada probabilidad de que el producto o servicio defectuoso llegue al cliente.	4, 5 y 6
Alta probabilidad de que el servicio defectuoso llegue al cliente debido a la baja fiabilidad de los controles existentes.	7 y 8
Muy alta probabilidad de que el servicio defectuoso llegue al cliente. Este está latente y no se manifestaría en la fase de planeación del servicio.	9 y 10

9. PLAN ESTRATÉGICO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA ANTIOQUIA

ESTRATEGÍA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	META	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
Una atención limpia es una atención segura (hospitalización) Objetivo: Promover acciones limpias dentro del proceso de atención de los pacientes con el fin de evitar infecciones y otras complicaciones.	Actualización del manual de higiene y aseo, con medidas claras sobre la asepsia, desinfección de las áreas y lavado de manos.	Jefes de área de hospitalización.	Cumplimiento del 95% de las guías de lavado de manos y áreas de hospitalización por parte del personal.	Evaluación de adherencia a guía de lavado de manos y guía de higiene y aseo.	100% del personal de salud con prácticas seguras de higiene. Reducción de las infecciones en un 90%.	31/01/2011
	Socialización del manual de higiene a todo el personal de la institución.					31/01/2011
	Implementación					

	de las actividades descritas en el manual de higiene y aseo.					31/01/2011
	Seguimiento al cumplimiento del manual de higiene y aseo institucional.	Jefes de área y Coordinador de calidad				30/03/2011
	Campaña de lavado de manos en todo el personal.	Jefes de área y Comunicadora				30/06/2011
	Colocación de alcohol glicerinado en sitios estratégicos para la higiene de las manos.	Jefes de área y Jefe de Compras				31/01/2011

Cuidados seguros en hospitalización Objetivo: Promover acciones seguras que permitan realizar procedimientos con el mínimo de riesgo para el paciente.	Implementación de listas de chequeo durante todo el proceso de atención en hospitalización.	Jefes de hospitalización y personal del servicio	100% de pacientes hospitalizados con procedimientos seguros.	Verificación no programada de cumplimiento en el diligenciamiento de las listas de chequeo a todos los pacientes de hospitalización	Realización de lista de chequeo después de los procedimientos.	31/03/2011
	Implementación del dialogo de todo el personal asistencial con el paciente antes de cualesquier procedimiento.	Personal asistencial que tenga contacto con el paciente	90% de personal asistencial dialogan con el paciente antes del procedimiento.	Seguimiento a causas e indicadores de los eventos adversos por causa de falta de diálogo entre el personal asistencial y el paciente antes de cualquier procedimiento.	Reducción de los eventos adversos por causa de falta de diálogo entre médico y paciente.	31/01/2011

	Verificación de funcionamiento de los equipos utilizados en el área de hospitalización (bombas de infusión, tensiómetro, glucometer, fonendoscopio, etc.)	Jefe y personal de mantenimiento. Jefes de área de hospitalización.	Máximo 5% de eventos adversos ocurridos por fallas de equipos.	Seguimiento a causas e indicadores de los eventos adversos por fallas de equipos	Equipos funcionando o correctamente en el área de hospitalización.	28/02/2011
	Identificación de alergias y otros riesgos para el paciente, a través de manillas, rótulos en la HC física y en el kardex.	Personal asistencial de hospitalización.	2% eventos adversos por fallas en la identificación de alergias o factores de riesgo conocibles.	Seguimiento a causas e indicadores de los eventos adversos	Pacientes con rótulos de alergias y o manillas de identificación.	31/01/2011
	Estandarización de la Canalización de	Auxiliares de enfermería	95% de pacientes son canalizados	Verificación no programada de la	Pacientes canalizados según	31/03/2011

	vena a los pacientes hospitalizados.	de procedimientos	mediante la guía estandarizada.	realización del proceso como está establecido en el protocolo	guía.	
	Identificación de pacientes a través de pulseras.	Auxiliares de enfermería	0% de eventos adversos relacionados con la identificación de pacientes	Seguimiento a causas e indicadores de los eventos adversos por fallas en la identificación de pacientes	Pacientes identificados con manillas.	31/03/2011
	Realización del procedimiento correcto al paciente correcto en el momento correcto.	Médicos, enfermeras y personal asistencial.	2% de eventos adversos por realización de procedimiento en sitio incorrecto	Seguimiento a causas e indicadores de los eventos adversos por no seguimiento de los correctos.	Realización de procedimientos correctos.	31/01/2010
			1. Disminuir	1. Seguimiento		

La cultura de seguridad como compromiso de todos Objetivo: Generar cultura de seguridad en todas las personas, logrando que las medidas perduren en el tiempo y generen los resultados esperados	Definición de una política de seguridad del paciente.	Gerencia y jefes de área	la proporción de eventos adversos en un 70 %	o a los indicadores de eventos adversos.	Establecimiento de la política de Seguridad del paciente.	30/03/2011
	Socialización y sensibilización con todo el personal sobre la importancia de la seguridad del paciente.	Coordinadora de calidad y Comunicadora	2. Ejecutar en un 80% las medidas de seguridad establecidas para los dos principales riesgos de cada proceso.	2. Seguimiento y evaluación de las medidas definidas para intervenir los principales riesgos identificados.	Personal administrativo y asistencial con conocimiento de la política de seguridad del paciente.	30/06/2011
	Implementar buzones internos como mecanismo para reportar necesidades relacionadas con la seguridad del paciente.	Coordinadora de calidad			Buzones de sugerencias internos implementados en el área de hospitalización	31/03/2011

					ción	
	Establecimiento de un aplicativo para el reporte de eventos adversos e incidentes.	Director Médico y Coordinadora de Calidad			Sistema de información implementado en la Clínica.	30/06/2011
	Socialización con el personal del mapa de riesgos.	Coordinadora de Calidad y Jefes de área			Personal informado y entrenado en el conocimiento, reporte e intervención de los eventos adversos.	31/01/2011
	Definición de mecanismos para intervenir los riesgos existentes.	Jefes de área y personal en general.				28/02/2011
	Retroalimentación a todas las personas sobre	Comunicadora y Coordinadora				31/03/2011

	las lecciones aprendidas.	ora de Calidad.				
Aplicación segura de medicamentos. Objetivo: Facilitar al personal asistencial, la correcta identificación de los medicamentos, impidiendo que se realice una aplicación incorrecta de medicamentos	Rotulación e Identificación de medicamentos con nombres y presentaciones similares.	Auxiliar de farmacia y auxiliar de hospitalización. Regentes de Farmacia	Disminución de los eventos adversos por aplicación incorrecta de medicamentos.	Verificación a través de inspecciones al servicio de hospitalización.	Medicamentos del área de hospitalización rotulados adecuadamente	28/02/2011
	Ordenes de medicamentos legibles, con dosis, frecuencia de consumo y vía de administración.	Gerencia, Dirección Médica y médicos del área de hospitalización.	Implementación del 90% de las fórmulas médicas legibles y completas.	Seguimiento a las fórmulas expedidas por los médicos	Pacientes con tratamientos aplicados adecuados y correctos	31/01/2011

	Abolición de ordenes orales en el servicio de hospitalización	Gerencia, Dirección Médica y médicos del área de hospitalización	0% eventos adversos por aplicación incorrecta de medicamentos que tengan como causa la confusión de pacientes en los servicios.	Seguimiento no programado al manejo de ordenes orales	No aplicación de ordenes verbales en el servicio de hospitalización	31/01/2011	
	Manejo de sticker para marcación de los medicamentos IV que incluya nombre del paciente, medicamento, con dosis, diluyente, hora de inicio de aplicación y hora de finalización y nombre de quien lo administra.	Jefes de Enfermería y auxiliares		Inspección a los servicios asistenciales	Medicamentos aplicados al paciente marcados adecuadamente.	31/01/2011	

	Aplicación de los 10 correctos antes de la aplicación de un medicamento.	Auxiliares de enfermería y jefes de enfermería .		Verificación de adherencia a la guía de aplicación de medicamentos .	Aplicación de lista de chequeo de los 10 correctos antes de la aplicación de medicame ntos.	31/01/2011
Mejoramiento y desarrollo del capital humano de la empresa Objetivo: Potencializar en el personal las competencias requeridas para prestar una atención segura y adecuada a	Desarrollo de un plan de formación que incluya temas de impacto en la seguridad del paciente	Gerente, Directora Administrativa y Jefes de Área	Capacitación al 90% del personal en temas de seguridad del paciente.	Seguimiento a los planes de capacitación.	Personal de planta capacitado y evaluado sobre temas de seguridad.	28/02/2011
	Evaluación de las competencias y el desempeño del personal en cuanto a seguridad del	Jefes de Área	Incremento en el promedio de evaluación de competencias del personal de un 4.3 a un 4.5 (escala de 1	Seguimiento a los indicadores de evaluación de competencias del personal		31/03/2011

los pacientes y sus familias y para identificar factores de riesgo a intervenir.	paciente.		a 5)				
Barreras de seguridad en la utilización de tecnología Objetivo: Garantizar que los equipos biomédicos se encuentren de forma permanente en correcto funcionamiento y que el personal conoce el manejo de los mismos.	Capacitación a todas las personas del servicio sobre manejo de los equipos biomédicos, cada vez que se adquiera nueva tecnología	Jefe de Mantenimiento y Jefes de Área	0% eventos adversos que tengan como causa desconocimiento de manejo de equipos por parte personal	Valoración no programada por parte del jefe de mantenimiento de la forma de utilización de los equipos biomédicos	0% de eventos adversos que tengan como causa desconocimiento sobre el manejo de equipos.	30/05/2011	
	Fortalecer el mecanismo para reportar oportunamente los daños o anomalías en el funcionamiento de un equipo o dispositivo	Personal en general.		Seguimiento a los reportes de daños realizados por el personal en el software	Reporte adecuado de daños en equipos o dispositivos.	31/01/2011	

Barreras de seguridad en la infraestructura física Objetivo: Garantizar el buen estado de la infraestructura, impidiendo con ello eventos adversos a las personas que se encuentran en la institución.	Realización de rondas administrativas para identificar necesidades de adecuación de la infraestructura.	Jefe de Mantenimiento	Implementación en un 80% de las necesidades identificadas en las rondas	Seguimiento al informe de la ronda administrativa y al cumplimiento de las necesidades.	Establecimiento de planes de mejoramiento en relación a la infraestructura.	31/01/2011	
	Implementación de barreras en la infraestructura para evitar la ocurrencia de eventos adversos.	Jefe de Mantenimiento	2% de ocurrencia de eventos adversos por causa de la fallas en la infraestructura física.	Seguimiento a los indicadores de eventos adversos.	No presentación de eventos adversos por aspectos relacionados con la	28/02/2011	

					infraestructura física.		
La educación al paciente como medio para prevenir eventos adversos Objetivo: Promover la educación continúa al paciente y su familia, para involucrarlos como corresponsables de su propia seguridad.	Entrega de boletines informativos a los pacientes, en donde se publique información educativa para él y su familia.	Comunica y Jefe de área	Entrega al 70% del boletín a los pacientes.	Encuesta telefónica a los pacientes para preguntarles si recibieron el boletín y conocer su satisfacción sobre la información suministrada	Elaboración de volantes y entrega a pacientes y familiares.	28/02/2011	
	Entrega de las recomendaciones, derechos y deberes de los pacientes por escrito a través de volantes fáciles de entender	Comunica y Jefe de Área	Satisfacción en un 85% con la información entregada.			31/01/2011	
	Utilizar la página de internet como	Comunica y Jefe	0% eventos adversos que tengan como causa la no comprensión de las recomendaciones	Seguimiento a los ingresos a	Página de internet	31/03/2011	

	medio para brindar educación a los pacientes y sus familias	de Sistemas	ones	la página de Internet de la Clínica	institucional actualizada.	
--	--	----------------	------	---	-------------------------------	--

10. RECOMENDACIONES

Rediseño de plataforma estratégica con énfasis en Seguridad del paciente.	Redefinición de misión, visión y objetivos de calidad con énfasis en seguridad del paciente. Definición e Implementación de la Política de Seguridad del paciente.
Implementación de estrategias de información, educación y comunicación.	Contrato de tiempo completo de comunicadora Apoyo a la dirección de calidad en diseño de material educativo y reorientación del actual material.
Aseguramiento de la calidad como imperativo estratégico y factor de competitividad de la clínica.	Comunicación escrita por todos los medios: carteleros, intranet, Internet, boletines, charlas, talleres.
Diagnóstico a través de mapa de riesgos en todos los procesos de la clínica.	Definición de plan de seguridad a partir de mapa de riesgos. Diseño de formato y participación activa de todos los usuarios de los procesos.
Afianzamiento de política de calidad con gestión del recurso humano.	Inducción obligatoria a todo el personal con énfasis en calidad y seguridad del paciente. Educación y evaluación continua permanente en temas de calidad y seguridad del paciente. Implementación de la Cultura de la calidad y seguridad del paciente. Revisión de perfiles de cargos y Creación de cargos necesarios. Reunión con especialistas y Capacitación a médicos de otras IPS que están relacionadas directa o indirectamente con la atención de pacientes de la clínica. Verificación de competencias de todas las personas involucradas en la atención al

	paciente.
Rediseño de procesos con enfoque hacia la seguridad del paciente	Revisión, actualización y rediseño de los procesos. Nombramiento de cargos nuevos con impacto sobre la calidad en procesos. Diseño de nuevos formatos e indicadores. Aplicación de estrategias de barreras de seguridad para los pacientes.
Aseguramiento de la calidad y seguridad en tecnología e infraestructura de la clínica	Diseño de sistema organizado de mantenimiento de infraestructura, maquinaria y equipo biomédico.
Implementación de los 10 correctos para la administración de medicamentos	Campañas educativas sobre mi seguridad, su seguridad. Estandarización de guías de procedimiento e Implementación de listas de chequeo.
Organización del sistema de información para el reporte de eventos adversos.	Implementación de línea telefónica para reporte de eventos adversos. Implementación de formatos actualizados para el reporte. Cultura del reporte efectivo.
Educación sobre seguridad del paciente.	Campañas de IEC (información, educación y comunicación) sobre el tema para el paciente y la familia. Comunicación efectiva y asertiva del personal asistencial - paciente.

11. CRONOGRAMA

Mes Semana	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Priorización del problema				x																																				
Planteamiento del problema				x																																				
Revisión priorización y planteamiento del problema					x																																			
Marco teórico					x																																			
Realización de objetivos				X																																				
Revisión del marco teórico y objetivos					x																																			
Búsqueda de bibliografía					x	X	x	x	x	x	X	X	x	x	x	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Revisión proyecto						X	x	x	x	X	X	x	x	x	x	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Presentación grupos de investigación SP CES									x												X																			
Revisión y									x				x				x				X			x				x				x			x					

12. GLOSARIO

Accidente: Es un evento que produce un daño a un sistema definido y que altera los resultados en curso o futuros del sistema

Alerta: Estado que se declara, con anterioridad a la manifestación de un fenómeno peligroso, con el fin de que los organismos operativos de emergencia activen procedimientos de acción preestablecidos y para que la población tome precauciones específicas debido a la inminente ocurrencia del evento previsible. Además de informar a la población acerca del peligro, los estados de alerta se declaran con el propósito de que la población y las instituciones adopten una acción específica ante la situación que se presenta.

Análisis de Riesgo: En su forma más simple es el postulado de que el riesgo es el resultado de relacionar la amenaza y la vulnerabilidad de los elementos expuestos, con el fin de determinar los posibles efectos y consecuencias sociales, económicas y ambientales asociadas a uno o varios fenómenos peligrosos. Cambios en uno o más de estos parámetros modifican el riesgo en sí mismo, es decir, el total de pérdidas esperadas y consecuencias en un área determinada.

Atención de salud: La 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. (Decreto 1011 2006)

Daño: Efecto adverso o grado de destrucción causado por un fenómeno sobre las personas, los bienes, sistemas de prestación de servicios y sistemas naturales o sociales.

Efectos Adversos de Medicamentos: Resultado desfavorable e inesperado de un medicamento que acontece a las cantidades normal es para prevención, tratamiento o diagnóstico médicos.

Error: Acto de falta o descuido en el ejercicio de los profesionales de la salud que favorece al acaecimiento del evento adverso.

- **Cuasi-error:** Denominación de la literatura médica (poco afortunada y precisa), en la que se incluyen accidentes evitados por poco; la cadena de sucesos clínicos continuados rota por el acto o hecho de algún componente de la cadena que actuó adecuadamente y evitó el evento adverso; los incidentes que, sobrevenidos bajo otras circunstancias, podrían haber tenido graves efectos; el suceso dañino a nivel material y

no personal, pero que ostenta la calidad de ser una alerta temprana de potenciales contingencias.

Estándar: Un nivel mínimo de resultados aceptables o niveles excelentes de resultados o el rango de resultados o resultados aceptables

Evento (Perturbación): Suceso o fenómeno natural, tecnológico o provocado por el hombre que se describe en términos de sus características, su severidad, ubicación y área de influencia. Es el registro en el tiempo y el espacio de un fenómeno que caracteriza una amenaza. Es importante diferenciar entre un evento potencial y el evento mismo, una vez éste se presenta.

Evento Adverso: Complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se definen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de re-internación, secuela transitoria o definitiva o muerte

Evento Centinela: Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Se incluye específicamente entre las Injurias Serias la pérdida de una parte o función del cuerpo. La expresión "o el riesgo de éstas", incluyen cualquier variación de procesos por los que su recurrencia podría acarrear una chance significativa de un resultado adverso serio.

Elementos en Riesgo (Expuestos): Es el contexto social, material y ambiental representado por las personas y por los recursos, servicios y ecosistemas que pueden ser afectados por un fenómeno físico.

Gestión de Riesgos: Proceso social complejo que conduce al planeamiento y aplicación de políticas, estrategias, instrumentos y medidas orientadas a impedir, reducir, prever y controlar los efectos adversos de fenómenos peligrosos sobre la población, los bienes y servicios y el ambiente. Acciones integradas de reducción de riesgos a través de actividades de prevención, mitigación, preparación para, y atención de emergencias y recuperación post impacto.

Intervención: Modificación intencional de las características de un fenómeno con el fin de reducir su amenaza o de las características intrínsecas de predisposición al daño de un elemento expuesto con el fin de reducir su vulnerabilidad. La intervención intenta modificar los factores de riesgo. Controlar o encausar el curso físico de un fenómeno peligroso, o reducir su magnitud y frecuencia, son medidas relacionadas con la intervención de la amenaza. La reducción al mínimo posible de los daños materiales mediante la modificación de la resistencia o tenacidad de los elementos expuestos es una medida estructural relacionada con la intervención de la vulnerabilidad física. Aspectos asociados con planificación del medio físico, reglamentación del uso del

suelo, seguros, preparación para emergencias y educación pública son medidas no estructurales relacionadas con la intervención de la vulnerabilidad social.

Mala Praxis: Incorrecta práctica clínica que genera un menoscabo en el paciente. Tiene el alcance de concebirse comparativamente cuando al evaluar los resultados, éstos son visiblemente inferiores a los que de modo previsible hubiesen tenido otros profesionales de la salud, de análoga cualificación, en semejantes eventos.

Modelo Centrado en el Sistema: Modelo que explica el error humano teniendo como premisa básica que los humanos son falibles y los errores esperables. Los errores se ven como consecuencias y no como causas, teniendo sus orígenes básicamente en factores sistémicos. Como respuesta se trata de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas. La idea central es la de las defensas (escudos del sistema); cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino como y por qué las defensas fallaron (modelo del queso suizo de Reason). Las claves de este modelo se resumen en las siguientes afirmaciones: los accidentes ocurren por múltiples factores, existen defensas para evitar los accidentes, múltiples errores "alineados" permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran, la revisión del sistema permite identificar cómo los fallos "atraviesan" las defensas

Modelo Centrado en la Persona: Modelo que explica el error humano contemplando aspectos del trabajo de las personas como incumplimiento intencionado, distracciones o lapsos, ejecución incorrecta de procedimientos, problemas de comunicación (déficit de información o problemas de interpretación), decisión de correr un determinado riesgo ("no va a pasar nada"). Tiende a simplificar las complejidades psicológicas de las personas, planteando causas ligadas a falta de motivación, olvidos y descuidos, falta de cuidado, negligencia o imprudencia. Las respuestas son punitivas (miedo, medidas disciplinarias, amenazas de denuncia, culpabilización, o avergonzar a los implicados).

Negligencia: Falta difícilmente disculpable, con origen en la indolencia, incuria, desidia, estudio escaso, falta de presteza, descuido de las obligadas cautelas o falla en el cuidado en la aplicación del juicio que se supone, debe tener el personal de la salud.

Plan de Gestión de Riesgos: Conjunto coherente y ordenado de estrategias, programas y proyectos, que se formula para orientar las actividades de reducción de riesgos, los preparativos para la atención de emergencias y la recuperación en caso de desastre. Al garantizar condiciones apropiadas de seguridad frente a los diversos riesgos existentes y disminuir las pérdidas materiales y consecuencias sociales que se derivan de los desastres, se mejora la calidad de vida de la población.

Primer Nivel de Atención: Es el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Prestación de Servicios de Salud: Está relacionada con la garantía del acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad en salud y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Previsibilidad: Se consideran previsibles aquellos eventos adversos evitables salvo que los medios necesarios sean considerados como no habituales.

Reducción de Riesgos: Medidas compensatorias dirigidas a cambiar o disminuir las condiciones de riesgo existentes. Son medidas de prevención-mitigación y preparación que se adoptan con anterioridad de manera alternativa, prescriptiva o restrictiva, con el fin de evitar que se presente un fenómeno peligroso, o para que no generen daños, o para disminuir sus efectos sobre la población, los bienes y servicios y el ambiente.

Riesgo: Es la probabilidad que se presente un nivel de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un sitio particular y durante un período de tiempo definido. Se obtiene de relacionar la amenaza con la vulnerabilidad de los elementos expuestos.

Riesgo Aceptable: Posibles consecuencias sociales, económicas y ambientales que, implícita o explícitamente, una sociedad o un segmento de la misma asume o tolera por considerar innecesario, inoportuno o imposible una intervención para su reducción. Es el nivel de probabilidad de una consecuencia dentro de un período de tiempo, que se considera admisible para determinar las mínimas exigencias o requisitos de seguridad, con fines de protección y planificación ante posibles fenómenos peligrosos.

Secuela: Alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de un evento adverso. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se define como definitiva si no existe recuperación en el término de 12 meses.

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.

Sistema: Es un conjunto de elementos interdependientes que interactúan para lograr un objetivo común. Estos elementos pueden ser tanto humanos como no humanos (equipamiento, tecnologías, etc.)

Sistema de Gestión de Riesgos: Organización abierta, dinámica y funcional de instituciones y su conjunto de orientaciones, normas, recursos, programas y actividades de carácter técnico científico, de planificación, de preparación para emergencias y de participación de la comunidad cuyo objetivo es la incorporación de la gestión de riesgos en la cultura y en el desarrollo económico y social de las comunidades.

13. BIBLIOGRAFIA

- Alibés E.B, Surribas M.B, Ainaud N.C, Gasull M.V, Bandi J.L, Gimeno M.M. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. "Et,Al" Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, Comisión Deontológica, Barcelona, noviembre de 2006. Pag 2.
- CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, LEY 100 DE 1993, Libro II, Título I, Capítulo I, Artículo 153, numeral 9, (23 de diciembre 1993).
- CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, LEY 715 DE 2001, Título 3, Capítulo I, Artículo 42, Numeral 5, (21 de diciembre de 2001).
- El código de Hammurabi (sitio en internet). Disponible en: <http://www.historiaclasica.com/2007/05/el-cdigo-de-hammurabi.html>. Acceso 15 de ene 2010.
- Estrategias de gestión de la seguridad del paciente, Jornada Geriátría Hospital Guadarrama. 25 mayo 2009 (sitio en internet), disponible en: <http://www.jornadashguadarrama.com/EJMORON.pdf>, Acceso junio 23 del 2010.
- Giraldo M. Ministerio de la Protección Social. EL ESTUDIO IBEAS Y LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA. (sitio en internet) disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/Documents/DocNewsNo14913DocumentNo4633.pdf>. Acceso 16 feb. 2010.
- Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of medicine. Washington D.C.: National Academy Press, 2000. (sitio en internet) Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728. Acceso 10 de feb. 2010.
- Lorda, P.S, ÉTICA Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, *Escuela Andaluza de Salud Pública*, Granada (España). 2006. (sitio de internet), disponible en <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo10.pdf>. Acceso mayo 29 de 2010.
- Martínez C.E. Biografía de Florence Nightingale, (sitio de internet). Disponible en: http://ciencia.astroseti.org/matematicas/articulo_3755_biografia_florence_nightingale.htm. Acceso 15 de feb. 2010.
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, DECRETO NUMERO 1011 DE 2006, Pagina 1. (3 ABR 2006).
- Reingeniería de los Centros de Documentación del Área de Ciencias Sociales y Humanas en la perspectiva de la HumaNet (sitio en Internet). Manejo de indicadores, disponible en <http://nutabe.udea.edu.co/~reing/content.htm>. Acceso el 18 de abril de 2006.

- Restrepo P.F, Ministerio de la Protección Social, el riesgo de la atención en salud y la vigilancia de eventos adversos. (sitio de internet), disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentNo2566.pdf>. acceso en marzo 12 de 2010.

- Rodríguez. C E. Estudio latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud. (sitio en internet) disponible en: http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio_IBEAS.pdf. Acceso 20 de feb. 2010 Pág. 1-5.
- Rodríguez. C E. Estudio latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud. (sitio en internet) disponible en: http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio_IBEAS.pdf. Acceso 20 de feb. 2010 Pág. 1-5.
- Roqueta F.E. INDICADORES DE SEGURIDAD/RIESGO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. Monografías de la sociedad española de medicina y urgencias, seguridad clínica de los pacientes en los servicios de urgencias 2007; Volumen 1, Número 3.pag 14.
- Socorro F. Errar es de humanos; pero no en mi empresa, Gestión del talento, junio 2004, (sitio en internet) Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales2/rhh/1/errarfelix.htm>. Acceso junio 05 de 2010.
- *Tomas S.* Introducción a la seguridad clínica del paciente. En: Monografías de la sociedad española de medicina y urgencias, seguridad clínica de los pacientes en los servicios de urgencias 2007; Volumen 1, Número 3: pág. 1.