**SEGURIDAD DEL PACIENTE: ASPECTOS GENERALES Y
CONCEPTOS BÁSICOS**

**MARÍA TATIANA ESPINAL GARCÍA
LUZ MARÍA YEPES GIL
LUIS FERNANDO GARCÍA GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

**MEDELLÍN
2010**

**SEGURIDAD DEL PACIENTE: ASPECTOS GENERALES Y
CONCEPTOS BÁSICOS**

POR:

**MARÍA TATIANA ESPINAL GARCÍA
LUZ MARÍA YEPES GIL
LUIS FERNANDO GARCÍA GÓMEZ**

**Propuesta de monografía para optar al título de
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD**

Asesor

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

**POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 49
MEDELLÍN
2010**

TABLA DE CONTENIDO

<u>RESUMEN.....</u>	<u>10</u>
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>11</u>
<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>13</u>
<u>1. DEFINICIÓN.....</u>	<u>14</u>
<u>2. HISTORIA.....</u>	<u>16</u>
<u>3. ACTUALIDAD.....</u>	<u>20</u>
<u>3.1. APROXIMACIÓN AL PROBLEMA.....</u>	<u>20</u>
<u>3.2. DEFINICIONES DE EVENTO ADVERSO.....</u>	<u>22</u>
<u>3.2.1. ESTADOS UNIDOS.....</u>	<u>22</u>
<u>3.2.2. REINO UNIDO.....</u>	<u>23</u>
<u>3.2.3. AUSTRALIA.....</u>	<u>23</u>
<u>3.2.4. CANADÁ.....</u>	<u>23</u>
<u>3.2.5. NUEVA ZELANDA.....</u>	<u>23</u>
<u>3.2.6. ESPAÑA.....</u>	<u>24</u>
<u>3.2.7. COLOMBIA.....</u>	<u>24</u>
<u>3.3. LAS BARRERAS DE SEGURIDAD.....</u>	<u>25</u>
<u>3.4. HACIA UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</u>	<u>25</u>
<u>3.4.1. SISTEMAS DE REGISTRO.....</u>	<u>26</u>

<u>3.4.2. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS</u>	<u>26</u>
<u>3.4.3. PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES.....</u>	<u>27</u>
<u>4. LA ALIANZA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</u>	<u>28</u>
<u>4.1. ÁREAS DE TRABAJO</u>	<u>28</u>
<u>4.2. PROPÓSITOS Y ACTIVIDADES DE LA ALIANZA.....</u>	<u>29</u>
<u>4.2.1. SEGURIDAD PARA EL PACIENTE EN TODO EL MUNDO.....</u>	<u>29</u>
<u>4.2.2 PACIENTES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</u>	<u>30</u>
<u>4.2.3. TAXONOMÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</u>	<u>30</u>
<u>4.2.4. INVESTIGACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</u>	<u>38</u>
<u>4.2.5. SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</u>	<u>41</u>
<u>4.2.5.1. MEDICAMENTOS DE ASPECTO O NOMBRES PARECIDOS..</u>	<u>42</u>
<u>4.2.5.2. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES.....</u>	<u>44</u>
<u>4.2.5.3. COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES</u>	<u>45</u>
<u>4.2.5.4. LAS CUATRO “C” EN CIRUGÍA</u>	<u>47</u>
<u>4.2.5.5. CONTROL DE LAS SOLUCIONES CONCENTRADAS DE ELECTROLITOS.....</u>	<u>48</u>
<u>4.2.5.6. ASEGURAR LA PRECISIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES</u>	<u>48</u>
<u>4.2.5.7. EVITAR LOS ERRORES DE CONEXIÓN DE CATÉTERES Y TUBOS</u>	<u>49</u>
<u>4.2.5.8. USAR UNA SOLA VEZ LOS DISPOSITIVOS DE INYECCIÓN..</u>	<u>50</u>

<u>4.2.5.9. MEJORAR LA HIGIENE DE LAS MANOS PARA PREVENIR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.....</u>	<u>51</u>
<u>4.2.6. NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</u>	<u>52</u>
<u>4.2.7. INCLUSIÓN DE TECNOLOGÍA Y EDUCACIÓN</u>	<u>52</u>
<u>4.2.8. DETERMINACIÓN DE HOSPITALES MODELO</u>	<u>52</u>
<u>4.3 PROGRESOS DE LA ALIANZA ENTRE 2006 Y 2007</u>	<u>52</u>
<u>4.3.1. PRIMER RETO</u>	<u>52</u>
<u>4.3.2. SEGUNDO RETO</u>	<u>54</u>
<u>4.3.3. TERCER RETO</u>	<u>54</u>
<u>4.3.4. CUARTO RETO</u>	<u>55</u>
<u>4.3.5. QUINTO RETO</u>	<u>56</u>
<u>4.3.6. SEXTO RETO.....</u>	<u>57</u>
<u>4.3.7. SÉPTIMO RETO.....</u>	<u>57</u>
<u>4.3.8. OCTAVO RETO.....</u>	<u>59</u>
<u>4.4. PROGRESOS DE LA ALIANZA EN EL PERÍODO 2008-2009.....</u>	<u>59</u>
<u>5. ACTUALIDAD EN COLOMBIA</u>	<u>66</u>
<u>5.1. PANORAMA Y NORMATIVIDAD.....</u>	<u>66</u>
<u>5.2. DEFINICIONES DE CONCEPTOS DE SEGURIDAD.....</u>	<u>68</u>
<u>5.3. LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</u>	<u>69</u>
<u>5.3.1. PROPÓSITOS DE LA POLÍTICA.....</u>	<u>70</u>

<u>5.3.2. LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA.....</u>	<u>71</u>
<u>5.3.3 OBJETIVOS DE LA POLÍTICA</u>	<u>72</u>
<u>5.3.4. LAS ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA</u>	<u>72</u>
<u>5.4. LOS ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL.....</u>	<u>74</u>
<u>5.5. ACCIONES</u>	<u>74</u>
<u>5.6. LA CALIDAD</u>	<u>75</u>
<u>5.7. OTROS RESULTADOS</u>	<u>76</u>
<u>5.8. LA CULTURA DEL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS.....</u>	<u>79</u>
<u>5.9. CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ATENCIÓN INSEGURA.....</u>	<u>81</u>
<u>5.10. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGO</u>	<u>86</u>
<u>5.11. ACCIONES INTERINSTITUCIONALES PARA ESTABLECER LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DELPACIENTE.....</u>	<u>88</u>
<u>5.11.1. LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS</u>	<u>88</u>
<u>5.11.2. LOS ENTES EXTERNOS DE VIGILANCIA Y CONTROL</u>	<u>88</u>
<u>5.11.3. LOS PRESTADORES.....</u>	<u>89</u>
<u>6. PROYECTO IBEAS</u>	<u>90</u>
<u>6.1. PROTOCOLO DE ESTUDIO IBEAS.....</u>	<u>91</u>
<u>6.1.1. OBJETIVOS GENERALES.....</u>	<u>91</u>
<u>6.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</u>	<u>91</u>
<u>6.1.3. ÁMBITO Y SUJETOS DE ESTUDIO</u>	<u>92</u>

<u>6.1.4. JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>92</u>
<u>6.1.5. HIPÓTESIS.....</u>	<u>92</u>
<u>6.1.6. PROCEDIMIENTO.....</u>	<u>92</u>
<u>6.1.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS</u>	<u>93</u>
<u>6.1.8. APLICABILIDAD PRÁCTICA</u>	<u>93</u>
<u>6.1.9. RESULTADOS.....</u>	<u>93</u>
<u>6.1.9.1. RESULTADOS GLOBALES.....</u>	<u>93</u>
<u>6.1.9.2. RESULTADOS EN COLOMBIA.....</u>	<u>94</u>
<u>7. INFORME NACIONAL DE CALIDAD.....</u>	<u>101</u>
<u>7.1. SÍNTESIS DE RESULTADOS</u>	<u>101</u>
<u>7.1.1 EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA.....</u>	<u>102</u>
<u>7.1.2. ATENCIÓN DE LOS USUARIOS.....</u>	<u>104</u>
<u>8. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</u>	<u>108</u>
<u>8.1. MODELO 1: PROTOCOLO DE LONDRES</u>	<u>109</u>
<u>8.1.1. MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS.....</u>	<u>110</u>
<u>8.1.1.1 CONCEPTOS FUNDAMENTALES.....</u>	<u>111</u>
<u>8.1.2. INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES.....</u>	<u>112</u>
<u>8.2. MODELO 2: MODELO DE GESTIÓN PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS.....</u>	<u>113</u>
<u>8.3. MODELO 3: MODELO DE KAISER PERMANENTE</u>	<u>117</u>

<u>8.4. MODELO 4: MODELO DE SHELL.....</u>	<u>118</u>
<u>8.5. MODELO 5: MODELO REASON.....</u>	<u>120</u>
<u>8.6. MODELO 6: MODELO DEL PACIENTE TRAZADOR</u>	<u>121</u>
<u>8.7. MODELO EN COLOMBIA.....</u>	<u>124</u>
<u>8.7.1. LA GUÍA.....</u>	<u>124</u>
<u>8.7.1.1. PRÁCTICAS SEGURAS</u>	<u>125</u>
<u>8.7.1.1.1.PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS</u>	<u>125</u>
<u>8.7.1.1.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS.....</u>	<u>126</u>
<u>8.7.1.1.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES</u>	<u>128</u>
<u>8.7.1.1.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD.....</u>	<u>128</u>
<u>8.7.2. LOS PAQUETES</u>	<u>129</u>
<u>8.7.3. MODELO PROPUESTO POR EL CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA PARA COLOMBIA</u>	<u>130</u>
<u>9. EXPERIENCIAS EXITOSAS EN ALGUNAS INSTITUCIONES DE COLOMBIA.....</u>	<u>133</u>
<u>9.1. FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.....</u>	<u>135</u>
<u>9.2. HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE.....</u>	<u>135</u>
<u>9.3. HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</u>	<u>137</u>
<u>9.4. CLÍNICA EL ROSARIO.....</u>	<u>140</u>
<u>9.5. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ.....</u>	<u>141</u>

<u>9.6. HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.....</u>	<u>142</u>
<u>9.7. CENTRO MÉDICO IMBANACO</u>	<u>143</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>145</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>151</u>

RESUMEN

Se presenta una revisión bibliográfica que describe los avances, logros y expectativas sobre seguridad del paciente, tema enmarcado dentro de la gestión de las instituciones de salud para el mejoramiento de la calidad de sus procesos y servicios.

Se revisaron textos de autores expertos en el tema e información valiosa de organizaciones como El Ministerio de La Protección Social de La República y de La Alianza para La Seguridad del Paciente de La Organización Mundial de La Salud.

En la monografía se mencionan y analizan los tópicos más relevantes que describen el trabajo que se hizo, se está haciendo y está pendiente por hacer en seguridad del paciente a nivel nacional e internacional.

ABSTRACT

it presents a bibliographical review that describes the progress, achievements and expectations about patient safety, topic framed in the management of healthy institutions to improve the quality of its processes and services.

Texts of authors experts in the field and valuable information from organizations such as The Ministry of Social Protection of the Republic and The Alliance for Patient Safety of the World Health Organization were reviewed.

In the paper is mentioned and analyzed the most relevant topics that describe the work that was done, it is doing and it lack to be done in patient safety nationally and internationally.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas. Las diferentes organizaciones e instituciones de salud, con el paso de los años se han dado cuenta que prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y, aprender de ellos, es indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

En el transcurso de las décadas la seguridad del paciente enmarcada dentro del concepto de calidad, ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico. La gente comete errores y el sistema de salud tiene fallas y descuidos, esto aumenta el riesgo para el paciente de sufrir daños con diferentes grados de severidad o incluso fatales, con el agravante de que muchos de ellos son prevenibles. Por ello es indispensable realizar un análisis, discusión y acción entre todos los profesionales sobre el tema de la seguridad del paciente y considerar este tema como pilar de la gestión en salud.

La literatura acerca del tema propone a través de diferentes conceptos, definiciones y soluciones crear una cultura de seguridad para el paciente que, con un enfoque sistémico e integral, sirva para que las instituciones que prestan servicios de salud identifiquen todas las causas de los errores les den una solución oportuna y así evitar que se repitan. También le da relevancia al factor humano como esencia del error; como seres humanos responsables de la atención en salud no somos infalibles, pero reconocer las fallas, aprender de ellas y con humildad aceptar las observaciones hace nuestra labor más segura.

Los errores no son producto de gente perversa o negligente, sino de malos procesos y sistemas; el ejercicio profesional y las consecuencias de los posibles errores están ahora sometidos al escrutinio público como nunca en el pasado; fortalecer la capacidad para actuar y evitar, en la medida de lo posible, que ocurra lo que no debería ocurrir y proteger a los pacientes contra riesgos extremos e innecesarios es el objetivo de todo el trabajo que se hace en seguridad del paciente a nivel mundial.

Esta revisión bibliográfica recopila los aspectos más relevantes acerca de la seguridad del paciente, comenzando por un recuento histórico para luego definir conceptos básicos y los aspectos más importantes de la actualidad en el tema, revisando el marco legal, las acciones que se ejecutan y lo que se podría implementar en cada una de las instituciones que prestan servicios de salud, entendiéndolas como organizaciones complejas, donde las experiencias que se viven, pueden ocasionar sufrimiento a los pacientes y a quienes los acompañan.

Se pretende con este ejercicio que los lectores adquieran conceptos y aclaren dudas respecto al tema y, que de una u otra forma, este sea un aporte al mejoramiento continuo de la atención en salud con calidad, humanidad y excelencia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión bibliográfica de los aspectos más importantes y actualizados relacionados con la seguridad del paciente, con el fin de concretar conceptos que permitan ser aplicados a las labores de la atención en salud para mejorar la calidad del servicio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un recuento histórico del tema para ubicarlo en el tiempo, analizando la realidad actual y lo que pueda acontecer en el futuro con respecto a seguridad del paciente.
- Analizar la literatura consultada acerca de seguridad del paciente para que se tome conciencia que toda acción en salud, de una u otra forma, acarrea posibles errores que, en la medida de lo posible, deben ser detectados y corregidos a tiempo, y con ello adquirir un aprendizaje continuo que haga de la atención integral en salud un acto seguro y con calidad.
- Recopilar experiencias de algunas instituciones de salud colombianas en el tema de seguridad del paciente a la luz de la legislación, para sacar conclusiones de lo que se hace en el país y proponer nuevas acciones en las organizaciones responsables de la atención en salud.

1.

1. DEFINICIÓN

Seguridad del paciente puede definirse como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente comprobadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, maximizar la probabilidad de interceptación cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias (1).

Hasta hace pocos años se creía que el tema de de seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de atención. Sin embargo, la atención en salud es compleja por las posibilidades diagnósticas y terapéuticas que aporta el desarrollo de la ciencia y la tecnología; esta complejidad hace de la atención en salud un riesgo para los pacientes y una necesidad de proporcionarles seguridad, incluyendo este tema como parte fundamental del quehacer de las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud (2). Hoy, la seguridad del paciente es una preocupación universal tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados.

Al implementarse una política de seguridad del paciente en una organización se logran procesos de atención más seguros y se protege al paciente de riesgos que se pueden evitar o mitigar. La seguridad del paciente tiene un efecto multiplicador; una organización que vive un clima de seguridad al proporcionar la atención médica, tendrá personal motivado y orgulloso de pertenecer a ella y apropiado de conductas seguras (2).

En este clima de seguridad para el paciente dentro de una organización con personal comprometido es fundamental el cumplimiento de dos condiciones muy importantes: la aceptación de la condición humana que comete errores y no es perfecta y la disposición para el cambio de conductas y actitudes (2). Sólo si se cumplen estas condiciones, estaremos ante organizaciones de salud preparadas para el reto de atención segura.

Con la implementación de políticas de seguridad del paciente se busca la reforma de la atención para lograr calidad superior y eliminación o corrección de prácticas inseguras y poco económicas dentro de la organización. También busca que los pacientes y sus familias se involucren en la atención y participen activamente en ella, brindándoles información suficiente y participación en el proceso que los llevará hacia su recuperación (3).

2. HISTORIA

El daño involuntario a pacientes no es un fenómeno nuevo, el registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. En esta época la solución a este problema era netamente punitivo (se le cortaba la mano al cirujano que cometía un error) (3). Hoy, las soluciones son más constructivas y el éxito de las acciones depende del trabajo en equipo y la comunicación entre los profesionales, la participación de los pacientes y el diseño de sistemas de servicios de salud (4).

En la evolución del ejercicio de la medicina se pueden definir 3 eras en el tema de la seguridad del paciente. La primera es la era de la infalibilidad absoluta, donde la imagen incuestionable del médico era la del que cura todo lo que es posible curar y donde no se puede equivocarse, aunque en los principios hipocráticos se enunciara que se podían cometer errores en quienes atendían la salud. Luego viene la era de la infalibilidad relativa entre los años 1853 y 1856, aquí el análisis crítico de la enfermera Florence Nightingale, en los hospitales británicos, hizo evidente que los pacientes podían ser infectados por quienes los estaban atendiendo. La explosión de la ciencia y la tecnología del siglo XX condujo a la preservación de una auto imagen profesional que reforzó la convicción de que si es posible cometer errores, pero que esto ocurre esporádicamente (2).

La tercera era empieza a partir del año 1999 cuando el Instituto de Medicina de los EEUU publicó el libro "*Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro*", donde se reconoce de manera explícita que los errores son mucho más frecuentes de lo que podría haberse pensado y

que incluso llegan a producir muertes evitables (2,4,5). Vemos ahora como el incremento del nivel educativo con el fácil acceso a la información a través de la web hace posible que cualquier persona no relacionada profesionalmente con la atención de la salud tenga información, sometiendo a juicio de todos las acciones de los profesionales de la salud (2).

A su vez, con el acceso a toda la información disponible a nivel mundial a través de medios virtuales se pretende que los responsables de la atención en salud estén más capacitados y sean más competentes en cuanto a la incorporación de conocimientos basados en la evidencia para la toma de decisiones seguras en salud (2).

En la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en Ginebra el 18 de mayo de 2002, se aprobó la resolución WHA55.18 que instó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a consolidar sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud, especialmente la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología. Además se pedía a la dirección de la OMS definir normas mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para poner en práctica una actuación concreta (4,6,7,8,9).

El 27 de octubre de 2004 se puso en marcha el proyecto de la Alianza Mundial para La Seguridad del Paciente de la OMS con el lema “ante todo no hacer daño”. La Alianza se crea para coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo a través de formulación de políticas y fomento de prácticas adecuadas, propiciando la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados

miembros de la OMS y su secretaría, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Además busca crear una cultura de seguridad del paciente con recurso humano competente, serio y preocupado por el paciente y que cuente con todo el apoyo necesario para prestar una asistencia segura en todos los ámbitos de la atención (ibid).

Cada agencia regional de la OMS trabaja con la Alianza para establecer y reforzar programas sobre seguridad del paciente determinando las prioridades nacionales, las esferas de colaboración y el intercambio de conocimientos entre cada Estado Miembro (7).

El 5 de abril de 2005, la Comisión Europea y la Dirección General de Salud y protección del Consumidor hicieron la declaración: “seguridad del paciente: hacer que ocurra”, en la que proponen a las instituciones europeas evaluar las actividades sobre seguridad del paciente, trabajar conjuntamente con la Alianza, crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica, apoyarse entre sí, asegurar que las directrices de la Unión Europea relacionadas con productos médicos tengan en cuenta la seguridad del paciente y desarrollen tecnología médica aplicable a esta(4).

El Consejo de Europa el 13 de abril de 2005 concluyó con “La Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes: la seguridad de los pacientes como un reto europeo”. En este se propuso la cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistemas de información para el aprendizaje y la toma de decisiones y la participación activa de los pacientes en el proceso (4).

Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25), como se expondrá más adelante.

3. ACTUALIDAD

3.1. APROXIMACIÓN AL PROBLEMA

Diversos estudios a nivel mundial dan cuenta de la presentación de eventos adversos entre 5.4% a 16.6% (11). La mayor parte de los estudios sobre eventos adversos proviene de la atención intrahospitalaria porque los riesgos aquí son mayores, los pacientes le dan una mayor importancia y las estrategias de mejora están bien documentadas (4); esto no quiere decir que los otros ámbitos de la atención en salud no presenten riesgos, sino que estos no están documentados completamente.

En el evento adverso lo más importante es analizar las causas que lo originaron para que la estrategia de vigilancia sea efectiva.

Se debe actuar sobre cada parte de la atención de un paciente porque cada una tiene sus riesgos, que pueden ser en su mayoría prevenibles. Durante mucho tiempo se atribuyó el error humano a la ocurrencia de eventos adversos; actualmente el énfasis en el estudio y la prevención de estos eventos se pone en los sistemas de atención en salud, en las deficiencias en su diseño y financiación, implementación y organización. El error humano es sólo una parte del problema, los procedimientos en salud establecidos, los efectos adversos de los medicamentos, el mal funcionamiento de los equipos médicos y los fraudes en la producción y comercialización de medicamentos son la mayor parte de los errores en la atención (4).

Se deben concebir los errores dentro de un sistema y no de forma individual para que las soluciones sean verdaderas estrategias de calidad. Al momento de analizar un evento adverso se deben tener en cuenta dos aspectos fundamentales: si se pudo haber evitado, y si la falla fue del diseño del proceso, de protocolo o humana. La visión sistemática del evento adverso es la concatenación de todos los fallos, así lo demuestra el modelo del queso suizo de Reason: cuando todos los fallos se alinean como los agujeros del queso se produce el accidente o evento adverso (4).

Por último, las correcciones se deben realizar bajo tres acciones complementarias entre sí: prevención de eventos adversos, visibilidad de los mismos y mitigación de sus efectos cuando ocurren (4).

Los siguientes son los principales frentes de trabajo en seguridad del paciente definidos en base a la frecuencia y severidad de presentación de eventos adversos (19):

1. Infección nosocomial
2. Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos.
3. Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
4. Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

En promedio uno de cada 10 pacientes en varios países del mundo, sufre de alguna forma un daño evitable en las instituciones de salud de los

países desarrollados (4,9,10). Es poca la información que se tiene de los países en desarrollo, sin embargo se sabe que estos daños son superiores por la limitación de infraestructura. Algunos ejemplos: entre el 40% y el 70% de las inyecciones que se aplican en el mundo se hacen con jeringas y agujas reutilizadas y no esterilizadas. Estas aplicaciones causan 1.3 millones de muertes por la transmisión de virus de la hepatitis B y C y el VIH (10).

Los gastos médicos por hospitalizaciones innecesarias, infecciones nosocomiales y pleitos jurídicos pueden ser del orden de los 6.000 a 29.000 millones de dólares en algunas naciones (10).

En países como EEUU, Gran Bretaña y Suiza, la cifra de pacientes hospitalizados por infecciones nosocomiales es entre 5% y 10%; entre un 7% y 10% de los pacientes se enfrentan a un evento adverso secundario a la administración de medicamentos, de estos, entre un 28% a 56% son prevenibles. Más de un millón de pacientes sufren eventos adversos relacionados con dispositivos médicos y al menos un 50% de los eventos adversos corresponden a eventos en cirugía (10).

En los países subdesarrollados hasta la cuarta parte de los pacientes pueden tener una infección secundaria a la atención sanitaria, y entre el 5% y 15% de las infecciones por VIH se deben a transfusiones sanguíneas (10).

3.2. DEFINICIONES DE EVENTO ADVERSO

3.2.1. ESTADOS UNIDOS

Se define evento adverso como la lesión resultado del manejo médico más que a la enfermedad del paciente. La lesión puede ir desde la

incapacidad del paciente, la prolongación de la hospitalización hasta la muerte (BMJ 2000;320:741-44) (15).

3.2.2. REINO UNIDO

Evento adverso es toda lesión imprevista causada por el manejo médico en lugar del proceso de la enfermedad; además consideran que el evento adverso puede ser prevenible si se presta la atención de acuerdo a las normas estandarizadas en el cuidado hospitalario (BMJ2001:322;517-519) (15).

3.2.3. AUSTRALIA

Se define evento adverso como daño no intencionado provocado por un acto médico más que el proceso nosológico en sí. Consideran que el 50% de estos son catalogados como prevenibles, por lo tanto se pueden llegar a intervenir (N Engl J Med 1991,324:370-376) (15).

3.2.4. CANADÁ

El evento adverso se considera un error médico que debe ser identificado y reportado por todo el personal de los servicios de salud, haciendo una autocrítica efectiva que contrarreste las fallas de la atención (BMJA 1999;170:411-415) (15).

3.2.5. NUEVA ZELANDA

Los eventos adversos son ocasionados por no proporcionar seguridad al paciente y por la inadecuada calidad en los hospitales. Al ser atribuible a

la negligencia médica debe ser reportado de forma oportuna para evitar su recurrencia (The New Zealand Medical Journal 115:1167: 1-9) (15).

3.2.6. ESPAÑA

El evento adverso es nombrado efecto adverso y se define como una lesión no intencionada que se relaciona con el proceso asistencial más que al estado patológico del paciente. Estos se pueden prevenir si se realiza una adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial (Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 26:22;195-209) (15).

3.2.7. COLOMBIA

Eventos adversos son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente; 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 hospitalaria y al incremento de los costos de no-calidad. Se aplica este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arriba mencionadas” (anexo técnico resolución 1446 de 2006)

Las diferentes definiciones a nivel mundial apuntan a lo mismo, los eventos adversos son responsabilidad del personal que interviene en la atención de la salud, pueden ser prevenibles o no prevenibles y su presentación depende de la seguridad que se le preste al paciente en todos los momentos de la atención. Dada su condición de prevenibles, los eventos adversos son sujetos de intervención racional que lleven a mejorar los procesos de manera que estos no se vuelvan a presentar;

además su gestión es parte del aprendizaje de la institución para fomentar la cultura de seguridad y la búsqueda continua de la calidad.

3.3. LAS BARRERAS DE SEGURIDAD

Son prácticas seguras surgidas del análisis de las causas de los eventos adversos que buscan disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso. Estas prácticas seguras tienen los siguientes lineamientos:

- Garantizar una atención limpia
- Evitar la confusión en la administración de medicamentos
- Disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación y entrenamiento
- Evitar las caídas de los pacientes
- Remisión oportuna de pacientes
- Utilización segura de la tecnología (17,19).

El diseño de las barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos (19).

3.4. HACIA UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los sistemas de atención en salud se deben concebir de forma que permitan reducir a un mínimo los riesgos a los que están expuestos los pacientes; en este orden de ideas es fundamental el cambio de la organización hacia una cultura de seguridad para el paciente que incluye tener funcionarios competentes y preocupados por el tema, la disminución de barreras estructurales, la formación en el liderazgo, la evaluación constructiva y no punitiva y la inclusión de todo el personal. Esa cultura lleva a tener instituciones inteligentes, que identifican problemas, definen

estrategias de prevención y adquieren habilidades para aprender de los errores. Esto se traduce en un cambio hacia prácticas adecuadas y reevaluación constante que resulta en organizaciones que trabajan con calidad (4).

Para que la organización adquiriera una cultura de seguridad para el paciente se deben hacer mejoras en las siguientes actividades: sistemas de registro e información, análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes en el proceso.

3.4.1. Sistemas de registro

Cada organización debe contar con métodos sistematizados de información y estándares internacionales que vengán al rescate del miedo de los profesionales a las denuncias y la pérdida de la confidencialidad de los pacientes. Países como Dinamarca, Holanda, Italia, entre otros han adoptado registros obligatorios de eventos adversos. En Colombia, el Ministerio de la Protección Social tiene a disposición de todos los actores de su sistema de salud un software gratuito para registrar y reportar los eventos adversos, el cual se puede consultar en la página web del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud: www.minproteccionsocial.com.co/ocs

3.4.2. Análisis de los procesos

Incluye la gestión de riesgos que consiste básicamente en revisar lo hecho de manera sistemática e identificar si se podría haber hecho mejor y cómo. Para introducir gestión de riesgos se debe crear un ambiente de trabajo basado en la confianza y el aprendizaje y no en la reprobación. Un método utilizado para analizar los procesos es el AMEF: análisis de modo y efecto de falla, que identifica las fallas potenciales que puede tener un

proceso por deficiencias en su diseño o en su ejecución; es una herramienta utilizada para prevenir los problemas y así evitar que ocurran.

El método consiste primero en identificar todas las fallas del proceso, luego describir las causas de cada falla y por último describir cómo se van a intervenir. (<http://www.quality-one.com/services/fmeaES.php>)

3.4.3. Participación de los pacientes

La adopción por parte de los pacientes de estilos de vida saludables, el cumplimiento del tratamiento y el uso adecuado de medicamentos condicionan favorablemente los resultados de las intervenciones médicas (4). Este tema se ampliará en el numeral 4.

4. LA ALIANZA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA OMS

Como se mencionó anteriormente, la Alianza para la Seguridad del Paciente es creada por la Organización Mundial de la Salud como mecanismo de intercambio de experiencias entre los países miembros para desarrollar políticas de seguridad de los pacientes a través del apoyo de actividades colectivas que promueven el trabajo en equipo, el aprendizaje mutuo y el aporte de conocimientos y recursos que se comparten entre todos los países (4).

4.1. Áreas de trabajo (6):

- Implementación de métodos para estimación de riesgos.
- Nomenclatura de errores médicos y deficiencias en los sistemas de atención en salud.
- Sistemas de notificación y aprendizaje: adopción de estrategias para identificar las prácticas óptimas, promoverlas y aprender de los eventos adversos producidos o que se hayan logrado evitar.
- Preparar a las personas encargadas de la atención en la cultura de seguridad del paciente.
- Procedimientos esenciales de atención clínica: capacitación del personal de salud sobre procedimientos seguros y la utilización de equipo seguro en las áreas de traumatología, obstetricia y anestesia.
- Seguridad del embarazo: directrices para mejorar el acceso a la atención con calidad y oportunidad, desarrollo del recurso humano y apoyo comunitario.
- Seguridad de las inyecciones: actividades destinadas a mejorar la disponibilidad de inyecciones de un solo uso, guardianes de seguridad, gestión adecuada de jeringas y agujas usadas.

- Seguridad de la inmunización: promoción de jeringas autoinutilizables y sistemas de vigilancia de la inocuidad de las vacunas.
- Seguridad de las transfusiones sanguíneas: supervisión desde la donación hasta el seguimiento de los receptores.
- Dispositivos médicos: normas internacionales, especificaciones de funcionamiento, precalificación de proveedores, utilización adecuada y procedimientos de alerta y retirada de productos.
- Vigilancia farmacéutica: intercambio de información relativa a medicamentos y farmacovigilancia.
- Centros de toxicología: por medio del Programa Internacional de Seguridad de Sustancias Químicas IPCS se difunde información sobre sustancias tóxicas y la prevención y gestión de intoxicaciones.

4.2. Propósitos y actividades de la Alianza (7,11)

Se trazan objetivos bienales que aborden un tema específico

4.2.1. Seguridad para el paciente en todo el mundo

Se centra en las infecciones asociadas a la atención en salud, con el lema “una atención limpia es una atención más segura”. Buscó enfatizar las actividades en 5 acciones: manos limpias, prácticas limpias, productos limpios, entorno limpio y equipo limpio. Este tema se escogió porque incluye las principales características del problema: que afecta a un gran número de pacientes en todos los países, tiene numerosas causas relacionadas con los sistemas, procedimientos y errores humanos; hay formas comprobadas de reducir el problema y brinda un contexto para la investigación, seguimiento y evaluación de la eficacia de las medidas correctivas.

Este objetivo va más allá de la higiene de las manos ya que también se logró promocionar prácticas de limpieza de equipos, uso de agua potable y prácticas de saneamiento a nivel mundial.

Durante el desarrollo de este objetivo se firmó con los países miembros de la Alianza una declaración de compromiso para adoptar las medidas.

4.2.2. Pacientes por la seguridad del paciente

Se establece una red mundial de pacientes dirigida por ellos mismos para defender su seguridad. Los objetivos de esta acción incluyen: establecer un inventario de las iniciativas de los gobiernos o las organizaciones privadas, participación activa de los consumidores en el diseño y evaluación de las mismas y creación de una red de consultores de apoyo a los países.

4.2.3. Taxonomía de la seguridad del paciente

Con el fin de concretar conceptos, términos, principios y normas aplicados en los diferentes países para clasificar la información.

Las publicaciones sobre seguridad del paciente han aumentado rápidamente desde el último decenio, pero la falta de un lenguaje común han obstaculizado su interpretación, por ello se llegó a la conclusión que era necesaria una clasificación general de conceptos y definiciones para que fuera aplicada en todos los campos y niveles de atención en salud. Inicialmente dentro de la alianza para la seguridad del paciente se propuso una taxonomía o conjunto de normas para denominar entidades en función de su localización en una determinada estructura; pero luego se decidió construir mejor una clasificación u ordenación de entidades en

función de su semejanza; y se decidió utilizar significados de uso común al alcance de cualquier individuo (14).

A continuación se definen los conceptos claves (14):

- **PACIENTE:** persona que recibe atención sanitaria.
- **CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE:** son atributos seleccionados de un paciente como por ejemplo su identificación o sus datos demográficos
- **ATENCIÓN SANITARIA:** servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Incluye el cuidado de la salud por uno mismo.
- **SALUD:** estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- **SEGURIDAD:** ausencia de peligro.
- **PELIGRO:** circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso (19).
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de

los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales (19).

- **CIRCUNSTANCIA:** cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.

- **EVENTO:** algo que le ocurre a un paciente.
- **AGENTE:** sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

- **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 (19).

- **DAÑO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN SANITARIA:** daño que se deriva de las acciones de un profesional sanitario durante la prestación de la asistencia, o que se asocia a esta, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

- **INCIDENTE:** eventos que no causan lesión ni daño pero que si pueden facilitarlos. Dentro de estos, la literatura anglosajona discrimina dos clases:
 - Close call: errores que pudieran haber resultado en daño, pero que afortunadamente se identificaron antes de que sucediera.
 - Near miss: errores que se producen pero que no causan daño (19).

- **INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:** evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado

un daño innecesario a un paciente. Pueden ser actos intencionados o no intencionados. Los errores son no intencionados, mientras que las infracciones son intencionadas. Hay incidentes que pueden no llegar a causar daño.

- **TIPO DE INCIDENTE:** son incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas. En cada tipo de incidente se pueden agrupar muchos conceptos similares. Es posible que un evento adverso tenga que asignarse a varios tipos de incidentes, siendo el principal el que llevó más directamente a un daño o daño potencial.
- **ERROR:** es la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan incorrecto durante la fase de planificación o ejecución de un proceso. Los errores y fallas institucionales se pueden clasificar en:
 - según el área de atención
 - Clínicos: relacionados o no con la medicación
 - Administrativos
 - según los sistemas de atención:
 - errores de acción: resultante de “hacer lo que no había que hacer”
 - error por omisión: al causado por “no hacer lo que había que hacer”
- **ERROR ASISTENCIAL:** falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial (14,15).
- **RIESGO:** probabilidad de que se produzca un incidente.

- **RIESGO ASISTENCIAL:** factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado no deseable (14,15).
- **EVENTO ADVERSO:** es el resultado de una atención en salud que produce daño a un paciente, no es intencional ni esperado. Puede o no estar asociado al error (14,15,19).
- **EVENTO ADVERSO SEVERO:** se considera como severo aquel que causa la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses (19).
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (19).
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de las barreras de seguridad que son los estándares del cuidado asistencial.
- **EVENTO CENTINELA:** hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirla a futuro.
- **DAÑO:** alteración estructural o funcional del organismo y /o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Puede ser una enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad o la muerte y de carácter físico, social o psicológico.
- **ENFERMEDAD:** disfunción fisiológica o psicológica.

- **LESIÓN:** daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- **SUFRIMIENTO:** experiencia de algo subjetivamente desagradable.
- **DISCAPACIDAD:** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
- **FACTOR CONTRIBUYENTE:** circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de producirlo. Pueden ser externos o internos de la organización, relacionados con el personal o con el propio paciente.
- **COMPLICACIÓN:** es el daño o resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (19).
- **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento (19).
- **BARRERA DE SEGURIDAD:** una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso (19).
- **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:** se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias (19).

- **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO:** son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas: proactivas como el análisis de modo y falla (AMEF) el análisis probabilístico del riesgo; y reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal (19).
- **ATRIBUTOS:** cualidades, propiedades o rasgos de algo o alguien.
- **CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE:** atributos seleccionados de un incidente tales como el tratamiento, la hora y la fecha o las especialidades que intervienen.
- **REACCIÓN ADVERSA:** daño imprevisto derivado de un acto justificado realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.
- **EFFECTO SECUNDARIO:** efecto conocido, distinto al deseado, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
- **DETECCIÓN:** acción que da lugar al descubrimiento de un incidente; esto puede hacerse detectando un error a través de monitores o alarmas, un cambio en un examen de un paciente, o una auditoría o evaluación de riesgos.
- **FACTOR ATENUANTE:** acción que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente. La expresión “recuperación del error” se refiere a la combinación de la detección y la atenuación para recuperar un incidente que ya se

presentó pero no se refiere a la recuperación de un incidente que ya ha comenzado.

- **RESULTADO PARA EL PACIENTE:** son las repercusiones para el paciente atribuibles a un incidente.
- **GRADO DE DAÑO:** es la intensidad y duración del daño y las repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.
- **RESULTADO PARA LA ORGANIZACIÓN:** repercusiones para la organización responsable de la atención atribuibles a un incidente.
- **MEDIDA DE MEJORA:** es una medida adoptada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.
- **RESILIENCIA:** grado en que el sistema es capaz de prevenir, detectar, mitigar o mejorar peligros o incidentes. Permite recuperar lo antes posible la capacidad de desempeñar las funciones luego de un incidente.
- **RESPONSABLE:** persona que ha de rendir cuentas.
- **CALIDAD:** grado en el que los servicios de salud prestados produzcan los efectos deseados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.
- **FALLO DEL SISTEMA:** defecto o disfunción de los métodos operativos, procesos o infraestructura de una organización. Pueden ser fácilmente inadvertidos o evidentes y estar relacionados con el sistema, la organización o el paciente.

- **MEJORA DEL SISTEMA:** resultado de la cultura, los procesos y las estructuras dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.
- **ANÁLISIS DE CAUSAS PROFUNDAS:** proceso sistemático y reiterativo para identificar los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia de hechos cronológicamente y preguntándose repetidamente por qué hasta que hayan claudicado las causas subyacentes.
- **PRÁCTICA SEGURA:** intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

4.2.4. Investigación para la seguridad del paciente

Promoción de estudios mundiales de prevalencia de eventos adversos, relación entre los errores y los sistemas sanitarios, infraestructura para mejorar la seguridad y desarrollo del conocimiento sobre las intervenciones más eficaces.

La Alianza Mundial para La Seguridad del Paciente hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad del paciente. Todas las investigaciones se basan en los aspectos de la seguridad del paciente que necesitan mayor atención para disminuir el riesgo de eventos adversos, estos temas esenciales son:

1. Infecciones asociadas a la atención sanitaria: incluyendo la resistencia a los antimicrobianos y la propagación de patógenos multirresistentes.
2. Eventos adversos relacionados con los medicamentos.
3. Cirugía y anestesia: errores en el quirófano por falta de servicios e instalaciones adecuadas, falta de personal calificado, insuficiencias tecnológicas y limitaciones en el suministro de medicamentos y material.
4. Administración de inyecciones sin precauciones de seguridad.
5. Productos sanguíneos inseguros.
6. Eventos adversos relacionados con dispositivos médicos (10).

La infraestructura y la financiación disponible son relativamente escasas en relación con la magnitud del problema. Esto dificulta la formación de grupos multidisciplinarios para producir conocimiento. Se deben dirigir los esfuerzos hacia el fortalecimiento de la capacidad de investigación en todos los países (10).

Desde su establecimiento en el año 2005, el programa de investigaciones de la Alianza se ha concentrado en difundir y promover la investigación en cada agencia regional (10).

Los objetivos del programa de investigación de la Alianza son:

- Identificar métodos e instrumentos para fomentar proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, en especial en los países subdesarrollados, y colaborar en la aplicación de los resultados de la investigación.
- Elaboración de métodos rápidos para la estimación del daño ocasionado en una atención médica.
- Financiar los proyectos.

- Promover la formación y capacitación de investigadores a nivel mundial en materia de seguridad del paciente, además fomentar el intercambio de información entre los investigadores y los usuarios de la investigación (10).

Finalmente se busca ayudar a todos los responsables de la atención en salud a entender las causas complejas de la falta de seguridad y a encontrar respuestas prácticas para prevenir los daños.

El ciclo de las investigaciones comprende las siguientes fases:

- a. Determinar cuántos pacientes sufren el daño y el número y tipos de eventos adversos que se presentan, con el fin de sensibilizar sobre el problema y determinar las prioridades.
- b. Entender las causas fundamentales de los daños; es necesario investigar para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal.
- c. Encontrar soluciones eficaces que aborden las causas fundamentales anteriormente identificadas.
- d. Evaluar el impacto de las soluciones aplicadas a la vida real (10).

Gran parte de las investigaciones sobre seguridad del paciente se han concentrado en la atención hospitalaria en países desarrollados, es importante y urgente desarrollar más investigación en países subdesarrollados y enfocarla en las siguientes áreas que son las más susceptibles de mayores beneficios:

- Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas y asequibles.
- Análisis de costo-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos.
- Medicamentos falsificados y de calidad inferior a la norma.

- Formación del personal sanitario.
- Atención a la madre y al recién nacido.
- Infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Magnitud y naturaleza de los problemas de la seguridad del paciente.
- Conocimientos y la forma de transferirlos.
- Prácticas inseguras en el manejo de las inyecciones.
- Prácticas inseguras en el manejo de hemoderivados.
- Cultura de la seguridad.
- Problemas institucionales latentes.
- Indicadores de seguridad del paciente.
- Empoderamiento del paciente y su familia en temas de seguridad.
- Consideración de factores humanos en el diseño y funcionamiento de procedimientos y dispositivos.
- Tecnología de la información sanitaria.
- Eventos adversos relacionados con los medicamentos.
- Atención a la población vulnerable (niños y ancianos).
- Errores de diagnóstico (10).

4.2.5. Soluciones para la seguridad del paciente

Incluye la identificación de dichas soluciones y su almacenamiento en una biblioteca y en la web; la facilitación y coordinación de acuerdos internacionales para su desarrollo e implementación; el aporte de compañías farmacéuticas e industrias de productos sanitarios a estas soluciones; identificación de intervenciones que puedan reducir los riesgos y la creación de un centro colaborador que coordine este trabajo.

La OMS dentro del marco de la definición e implementación de las barreras de seguridad definió la expresión “solución para la seguridad del paciente” como todo diseño o intervención del sistema que haya

demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente proveniente de los procesos de atención sanitaria (3) independientemente de la complejidad del servicio y de la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna (12). El 2 de mayo de 2007 lanza las nueve soluciones para la seguridad del paciente, basándose en las experiencias de varios países (12).

La Nueve Soluciones son:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso de pacientes
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud (13).

En todo el mundo se reconoce hoy la seguridad del paciente como un asunto prioritario. Estas nueve soluciones contribuyen a mejorar la atención y disminuir los eventos adversos y lesiones iatrogénicas a nivel mundial.

A continuación se presenta el desarrollo de las soluciones:

4.2.5.1. Medicamentos de aspecto o nombres parecidos

Los errores en la medicación pueden presentarse por:

- Medicamentos con denominación genérica, nombre comercial o aspecto parecido.
- Confusión por la caligrafía ilegible de la fórmula.
- El conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos.
- Los productos nuevos en el mercado.
- Los envases o etiquetas similares.
- El uso clínico, las concentraciones y la posología similares.
- La falta de reconocimiento de los potenciales errores por parte de los fabricantes.
- La falta de evaluaciones rigurosas antes de la aprobación de los nombres para las sustancias nuevas.

Las soluciones para este problema se centran en:

- Asegurar la legibilidad de las recetas.
- Exigir que las órdenes de medicamentos incluyan tanto la marca comercial como la denominación común, la forma de dosificación, la concentración, las instrucciones e indicaciones de uso.
- Exigir la lectura posterior y la aclaración de las órdenes orales y mejoras en la comunicación con los pacientes.
- Análisis periódico de los nombres de los productos nuevos.
- Separación física de los medicamentos con aspecto o nombres parecidos en las áreas de almacenamiento.
- Utilización de tamaños de letra mezcladas mayúsculas y minúsculas para enfatizar en las diferencias entre los nombres.
- Capacitación del personal sobre este tipo de medicamentos y el riesgo de los errores en la medicación (13).

4.2.5.2. Identificación de pacientes

Con frecuencia el personal de la salud tiende a abreviar nombres completos, ubicación y características de los pacientes, por ejemplo “el niño de la 21”. Esta costumbre propicia equivocaciones y da lugar a que ocurran eventos adversos.

La identificación incorrecta de los pacientes produce errores en el tratamiento, procedimientos y cirugías incorrectas y alta de bebés que se entregan a familias equivocadas. En este aspecto influye la rotación del personal de la salud que está a cargo de los pacientes por sus horarios de trabajo, lo que puede generar problemas en el traspaso de información y en la comunicación. La codificación por pulseras de colores facilita el reconocimiento visual rápido de cuestiones específicas, aunque esto no está estandarizado. Soluciones propuestas:

- Hacer énfasis en todo el personal responsable de la atención de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta antes de comenzarla.
- Fomentar el uso de dos identificadores, por ejemplo nombre y fecha de nacimiento. Ninguno de estos que sea el número de habitación del paciente.
- Estandarizar la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria.
- Fomentar la participación de los pacientes a través de información sobre todo lo concerniente a su atención y de educación en estas soluciones de la OMS.
- Proporcionar protocolos claros para la conservación de la identidad de las muestras del paciente y fomentar el etiquetado de los recipientes utilizados para las muestras y la sangre en su presencia.
- Proporcionar protocolos claros para cuestionar los resultados de laboratorio cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
- Capacitar al personal responsable de la atención.

- Implementar sistemas automatizados de identificación como código de barras o biometría (entendida como la utilización de métodos automáticos de reconocimiento e identificación de personas a través del análisis de sus características físicas como la huella digital o el iris) (13).

4.2.5.3. Comunicación durante el traspaso de pacientes

Los pacientes se mueven entre diferentes áreas de diagnóstico, tratamiento y atención, además el personal que atiende tiene más de dos turnos por día y al momento del alta hay información que darle al propio paciente y a su familia. Estas formas de traspaso de pacientes son un riesgo para su seguridad pues durante la movilización pueden ocurrir errores de comunicación y no incluir toda la información esencial o hacer una interpretación incorrecta. Esto ocasiona graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado o un daño potencial al paciente.

La información que se comparte consiste en el estado actual del paciente, los cambios que ha sufrido, el tratamiento en curso y los posibles cambios o complicaciones que puedan ocurrir. Los trastornos en la comunicación se pueden presentar por la especialización de la atención, más personas y unidades involucradas en ella, los problemas del idioma y la falta de estandarización de lo que debe contener la información que se transmite.

La comunicación efectiva es la solución, capacitación en trabajo en equipo y destrezas de comunicación, crear funciones obligatorias promoviendo y recompensando la autonomía, y reducir los pasos en los procesos. También aquí, de nuevo, involucrar a los pacientes y a sus familias es fundamental. Igualmente permitir que se hagan preguntas y se resuelvan, y que se estandaricen los informes del cambio de turnos.

Estrategias para mejorar la comunicación:

- Hablar correctamente sin omitir ninguna explicación
- Usar terminología estandarizada
- Ser conciso, claro, preciso y oportuno
- No utilizar abreviaturas, acrónimos o sinónimos
- Especificar el momento en que se tiene que ejecutar una acción
- En el caso de órdenes verbales o resultados críticos es recomendable el doble proceso de verificación, por medio de la estrategia doble chequeo o chequeo cruzado, para evitar posibles malas interpretaciones. Este consiste en repetir la orden verbal o releer la escrita.
- Limitar la información a lo que es necesario, para prestar una atención segura al paciente.
- La información que se comparte sobre el paciente, en situaciones o actividades en las que de ella dependa la definición de conductas o la continuidad de la atención, como ejemplo, al trasladar un paciente y al entregar un turno, entre otras, debe tener en cuenta aspectos como:
 - Se debe iniciar siempre, con la identificación del nombre y apellidos del paciente.
 - Aplicación de la metodología **SBAR** (siglas en inglés, correspondientes a: **S**ituación, **A**ntecedentes, **E**valuación y **R**ecomendación), que hace referencia a:
 - Diagnóstico(s).
 - Antecedentes de alergias medicamentosas, cambios recientes en su estado.
 - Condición clínica actual, tratamiento en curso (medicamentos, ayudas diagnósticas pendientes),
 - Recomendaciones, y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir (29).

La comunicación precisa y no ambigua, cara a cara entre las personas, y la implementación de registros médicos electrónicos interactivos es la mejor manera de asegurar traspasos efectivos (13).

4.2.5.4. Las cuatro “C” en cirugía

Paciente correcto, la cirugía o procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, el momento oportuno (2). Un dato incompleto o una omisión, son errores que pueden resultar en efectos adversos para el paciente.

Los procedimientos en el lado del cuerpo, el órgano, el implante, el lugar, o la persona equivocados son incidentes evitables y en gran parte de los casos producto de una mala comunicación o de información no disponible o incorrecta. Los principales factores que contribuyen a estos errores son la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y un grado de automatización del personal que lo hace actuar sin pensar durante las rutinas de verificación preoperatorias (13).

La Alianza para La Seguridad del Paciente por medio de la Comisión Conjunta y con la colaboración de varios grupos de profesionales de los Estados Unidos, desarrollaron un “protocolo Universal” para la prevención de cirugías en sitios incorrectos. Este incluye los siguientes lineamientos:

- Verificación del procedimiento y el sitio donde se va a llevar a cabo antes de la realización del mismo.
- Exigencia a la persona que realice el procedimiento para que haga la marcación exacta del sitio de la operación.
- Instalación de “la instancia previa” o reunión previa al procedimiento donde todo el equipo participante verifica la acción clínica inminente.
- Participación de los pacientes en todos los puntos del proceso de verificación preoperatoria incluyendo el proceso y firma del consentimiento informado (13).

4.2.5.5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos

El cloruro de potasio concentrado y la solución salina concentrada se han clasificado como medicamentos de alto riesgo por organizaciones internacionales; cuando no se administran correctamente, la muerte del paciente es el resultado más comúnmente observado.

Se debe planificar muy cuidadosamente todo lo que tiene que ver con la administración de estas soluciones, esto incluye: la disponibilidad, el acceso, la receta, la orden, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control. El uso seguro de estos medicamentos está basado en una estandarización de la dosis, de las unidades de medida y de la terminología empleada con su uso, además de procesos de verificación para evitar eventos adversos (13).

Otras medidas seguras incluyen: manejar el cloruro de potasio como sustancia controlada, etiquetar con material fosforescente la bolsa especificando en ésta que el medicamento DEBE SER DILUÍDO, CUIDADO: ALTO RIESGO, asignar a una persona entrenada para que prepare las soluciones; garantizar una lista en un lugar visible que contenga los cálculos de concentración, velocidades de la bomba de infusión y las conexiones adecuadas de la vía; utilizar siempre bombas de infusión para administrar las soluciones; que las órdenes médicas siempre especifiquen la velocidad de infusión; comprar siempre las soluciones concentradas en concentraciones estandarizadas y previamente mezcladas (13).

4.2.5.6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales

Son comunes los errores durante la receta y administración de medicamentos. En algunos países hasta el 67% de las historias de medicación recetada tienen errores y hasta un 46% de esos errores de

medicación ocurren cuando se emiten nuevas órdenes (3). La conciliación de la medicación es un proceso diseñado para prevenir estos errores en los puntos de transición del paciente; esta incluye:

- La creación de una lista lo más detallada posible de todos los medicamentos que el paciente tiene en la actualidad.
- La comparación de la lista contra la de admisión, transferencia y alta; la identificación de cualquier discrepancia y la advertencia al médico.
- La actualización de la lista al emitir nuevas órdenes.
- La comunicación de la lista al siguiente prestador de la atención y entrega de la lista al paciente en el momento del alta (13).

4.2.5.7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos

Los errores en la conexión de jeringas y tubos se traducen en la administración de medicamentos a través de una vía no deseada, causando lesiones graves al paciente o incluso la muerte.

Los tipos de tubos y catéteres más comúnmente involucrados son catéteres venosos centrales y periféricos, sondas de alimentación nasogástricas e intestinales percutáneas, catéteres de diálisis peritoneal, tubos de insuflación de manguitos de traqueostomía y tubos de insuflación automática de manguitos de tensión arterial (13).

La solución a este problema consiste en diseños que eviten las conexiones incorrectas y permitan tomar las medidas adecuadas durante la administración de medicamentos.

Otras medidas sugeridas son:

- Enfatizar al personal no clínico, al paciente y a sus familiares y visitantes no manipular los dispositivos.
- Etiquetar los catéteres de alto riesgo y evitar en estas aplicaciones el uso de catéteres con puertos de inyección.

- Trazar todas las líneas desde el origen hasta el puerto de conexión de todos estos dispositivos antes de administrar cualquier medicamento o hacer una nueva conexión.
- Verificar todas las conexiones y trazar de nuevo todas las líneas en la entrega de los turnos y en el traspaso del paciente.
- Prohibir el uso de jeringas de conexión luer estándar (conexión con rosca que permite adaptar variedad de catéteres funcionalmente diferentes) para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda.
- Probar los dispositivos nuevos al comprarlos.
- Hacer capacitación adecuada y periódica al personal responsable de la atención.
- Adquirir dispositivos que tengan incompatibilidad por diseño.
- Estandarizar una codificación por colores de los tubos y los catéteres (13).

4.2.5.8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección

Los motivos que contribuyen a la reutilización de dispositivos para inyección son complejos e incluyen factores socioculturales, económicos y estructurales, creencias de los pacientes, falta de compromiso de prácticas seguras por parte de los profesionales, escasez de recursos, desecho de residuos inadecuado.

Estrategias de solución:

- Promover el uso único de los dispositivos de inyección como prioridad de seguridad.
- Capacitar al personal responsable de la atención en control de infecciones, prácticas seguras y manejo de desechos cortantes, efectividad de los medicamentos orales, nuevas tecnologías de inyección (sistemas sin agujas).

- Capacitar al paciente y a su familia sobre la efectividad y la seguridad de los medicamentos orales.

4.2.5.9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud

La antisepsia de las manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La higiene de las manos es una acción fundamental para garantizar la seguridad del paciente y debe realizarse en forma oportuna y efectiva durante el proceso de la atención. La falta de adherencia a los protocolos de higiene de las manos es el principal factor para que las infecciones hospitalarias sigan siendo tan frecuentes.

El objetivo de toda solución para la higiene de las manos es crear estrategias multidisciplinarias y una cultura que produzcan un cambio del sistema de atención orientado hacia la adherencia de los protocolos.

Las estrategias propuestas son:

- Promover la higiene de las manos como prioridad:
 - a. Adoptar estrategias como: soluciones de alcohol glicerinado de fácil acceso en el punto de atención del paciente.
 - b. Acceso a un suministro de agua seguro y continuo.
 - c. Educación sobre técnicas correctas de la higiene de las manos.
 - d. Recordatorios que promuevan la higiene de las manos en el lugar de trabajo.
 - e. Medición del cumplimiento del protocolo a través de controles de observación y retroalimentación a los trabajadores (13).

4.2.6. Notificación y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente

Establecimiento y perfección de sistemas de notificación de eventos adversos y su análisis, con el posterior rediseño de procesos de los sistemas de atención para prevenir las recurrencias.

4.2.7. Inclusión de tecnología y educación

Estudio e implementación de métodos de simulación, robótica y automatización para reducir los riesgos de los pacientes.

4.2.8. Determinación de hospitales modelo

Para promover el aprendizaje de prácticas adecuadas.

4.3. PROGRESOS DE LA ALIANZA ENTRE 2006 Y 2007 (16)

4.3.1. Primer reto “una atención limpia es una atención más segura”

Se ha logrado la promoción de prácticas de limpieza en un sentido más amplio incluyendo la limpieza de manos y equipos, saneamiento y agua potable. Este trabajo lo ha liderado un grupo de expertos en higiene de manos y control de la infección que incluye personal de la Alianza, de la Federación Internacional de control de Infecciones, y el Consejo Internacional de Enfermeras.

La Alianza firmó con 81 países miembros una declaración de compromiso para adoptar medidas que permitan abordar el tema de las infecciones.

18 países han desarrollado campañas para promocionar la higiene de las manos y para impulsar políticas y estrategias en las instituciones para adoptar la atención limpia.

Se han publicado 25 artículos sobre el tema y se realizaron 3 talleres regionales en África, América y Asia donde se fortalecieron los compromisos a través de la difusión de las medidas. Además durante este período se inició un estudio sobre las perspectivas de los pacientes acerca de la importancia de la higiene de las manos en la atención en salud a través de una entrevista y una encuesta en más de 40 países.

Se desarrolló la estrategia “5 componentes integrados para detener la propagación de la infección”:

- Antiséptico frotado en el punto de atención del paciente.
- Acceso a agua potable, jabón y toallas de mano de un solo uso.
- Observación y evaluación de la percepción del personal y de las prácticas para retroalimentar el desempeño.
- Uso de recordatorios en el lugar de trabajo
- Apoyo a la higiene de las manos a través de una cultura de limpieza.

Para el desarrollo de la estrategia se llevaron a cabo pruebas piloto en varios países para probar su efectividad y se dio a conocer la fórmula de fabricación de alcohol glicerinado para los países más pobres.

4.3.2. Segundo reto: “la cirugía segura salva vidas”

Se desarrolló la lista de chequeo de cirugía segura. Esta es un conjunto de tareas e intervenciones simples para llevar a cabo desde el momento preoperatorio pasando por el operatorio hasta el posoperatorio inmediato.

En octubre de 2007 se llevó a cabo la primera prueba de evaluación técnica de la lista de chequeo en 8 instituciones de las 6 regiones de la OMS. Con esto se expusieron los problemas de aplicación y posteriormente se aceptó la lista con las modificaciones que resultaron.

También durante el 2007 se establecieron 4 grupos de trabajo para evaluar los aspectos más susceptibles de beneficiarse de intervención con el fin de mejorar la seguridad de la atención quirúrgica:

1. Prevención de infecciones del sitio quirúrgico
2. Anestesia segura
3. Equipos quirúrgicos seguros
4. Medición y control de los mecanismos de calidad.

Cada una de estas tareas tiene un documento técnico basado en estadísticas que mostraron la efectividad de su aplicación en la mejora de la seguridad en la cirugía (16).

4.3.3. Tercer reto: “pacientes para la seguridad del paciente”

Se realizaron varios talleres en más de 50 países con la participación de más de 200 personas entre pacientes y familiares que han sufrido algún daño. En los talleres se compartieron historias, se identificaron prioridades, retos, oportunidades de asociación y compromisos redactando planes de acción específicos y regionales.

En los planes de acción se incluyeron programas de concientización y sensibilización y la creación de comités de seguridad que incluyeron a los pacientes para el reporte de eventos adversos. Estos comités tienen el apoyo de los ministerios de salud, la OMS y diversas organizaciones no gubernamentales interesadas en el tema.

También se desarrolló un juego de herramientas en DVD para las instituciones y un boletín informativo que se distribuye cada 2 meses en todo el mundo vía correo electrónico y certificado a las instituciones que lo soliciten. Se consolidó La Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes como organismo mundial que representa los pacientes de todas las nacionalidades y promueve la atención en salud centrada en el paciente. Tiene alrededor de 200 miembros, apoya plenamente la labor de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y trabaja en colaboración con la OMS para promover iniciativas de seguridad a través de la participación activa de los pacientes y sus familias en su cuidado.

4.3.4. Cuarto reto: “investigación para la seguridad del paciente”

Se identificaron por medio de grupos de trabajo internacionales los métodos y las medidas más apropiadas para llevar a cabo investigaciones de seguridad del paciente incluyendo la medición de la magnitud de los daños y la evaluación de las intervenciones implementadas. También se desarrollaron las recomendaciones que orientan estrategias de promoción de actividades educativas para la investigación, movilizar las posibilidades de investigación y facilitar la creación de redes de comunicación.

En este período se pusieron en marcha 2 proyectos regionales: El primero con 8 países de África está proporcionando información valiosa para ayudar a entender el problema de la seguridad del paciente. El segundo,

llamado proyecto IBEAS, en 5 países de Suramérica para estimar la prevalencia de la magnitud del daño de los pacientes en los hospitales participantes. Los resultados de los 2 proyectos se dieron a conocer en 2008. Este último se expondrá en el numeral 6.

Se celebró la primera conferencia internacional sobre seguridad del paciente en Oporto, Portugal, en septiembre de 2007, iniciativa de la comisión europea de la Dirección General de Investigación de la OMS. Allí se promovió la discusión entre los investigadores y la colaboración internacional en el tema de la investigación sobre seguridad del paciente. Asistieron más de 400 investigadores de cerca de 60 países. Tuvo como objetivo explorar el estado de la investigación y elaborar un plan para futuras investigaciones.

El programa de investigación de la Alianza también colabora con la Sociedad Internacional de Calidad de la Atención Médica, organización gubernamental internacional. Juntos difunden los conceptos de seguridad del paciente a través de conferencias en países en desarrollo.

4.3.5. Quinto reto: “la clasificación internacional para la seguridad del paciente”

Durante este período se desarrolló el marco conceptual de la clasificación a través de la participación de más de 300 personas a nivel mundial en una encuesta que arrojó los principales conceptos de seguridad del paciente los cuales se mencionaron en páginas 19 a 26.

4.3.6. Sexto reto: “presentación de informes y de aprendizaje para la seguridad del paciente”

El papel fundamental de los sistemas de información para la seguridad del paciente es mejorar la seguridad mediante el aprendizaje de los errores cometidos en el cuidado y proporcionar apoyo a los estados interesados en hacer mejoras a su sistema de reporte de eventos adversos.

Para esto en el año 2006 la OMS desarrolló su guía para la presentación de informes de eventos adversos. Se consiguieron colaboraciones entre los ministerios de salud, los organismos internacionales y las instituciones de salud de los países miembros. Para ejemplo tenemos el sistema de salud del Reino Unido que cuenta con una de las mayores bases de datos de incidentes en salud en el mundo, esta se utiliza para comprender mejor la dinámica del reporte de eventos adversos y así mejorar el sistema de presentación de informes en otros países.

La Alianza también ha estado trabajando en un proyecto piloto a través del Programa Internacional de Vigilancia Farmacéutica para apoyar los sistemas nacionales de farmacovigilancia en la recolección y análisis de datos.

4.3.7. Séptimo reto: “soluciones para la seguridad del paciente”

En el año 2005 se creó el Centro Colaborador de la OMS para las Soluciones de Seguridad de los Pacientes el cual ha diseñado un proceso continuo para el desarrollo de nuevas soluciones y adaptación de las existentes que se pueden utilizar en todo el mundo.

En 2007 dio a conocer su primer conjunto de soluciones (ya mencionadas en páginas 15 a 23) y desde entonces ha construido una red de

colaboración internacional en permanente acción para identificar los problemas de seguridad del paciente y los conocimientos y experiencias disponibles para establecer posibles soluciones.

Este paquete de 9 soluciones logró ser traducido a 10 idiomas para su difusión.

Más tarde el Centro dio a conocer otras 5 soluciones:

- Prevención de caídas de pacientes
- Prevención de úlceras por presión
- Respuesta a un paciente cuyo estado de salud se deteriora
- Comunicación de resultados de la prueba de laboratorio crítica
- Atención a las infecciones asociadas a catéter

La iniciativa High-5:

Dentro del desarrollo de este séptimo reto, la Alianza creó la iniciativa High-5 que busca aprovechar la aplicación de 5 soluciones estandarizadas de seguridad del paciente que tienen un alto impacto en la prevención de eventos adversos y así lograr una reducción apreciable, significativa y sostenida de los problemas de seguridad del paciente. Las 5 soluciones son:

- Gestión de concentración de medicamentos inyectables.
- Asegurar la precisión de la medicación en los traslados asistenciales.
- La comunicación del estado de los pacientes durante el traslado.
- Mejora de la higiene de las manos.
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.

Por medio de esta iniciativa se ha logrado durante estos últimos 3 años un impacto significativo en la presentación de eventos adversos a nivel mundial.

4.3.8. Octavo reto: “la inclusión de la tecnología”

En 2006 se llevó a cabo una reunión de expertos internacionales sobre el uso de técnicas de simulación para mejorar la seguridad del paciente y en 2007 se desarrolló un programa de tecnología en asociación con el gobierno japonés y el Imperial College London del Reino Unido para afianzar lo analizado en la reunión y buscar alternativas de uso adecuado de la tecnología para la salud que permita evitar lo máximo posible la presentación de eventos adversos cuando se utiliza al servicio de los pacientes tanto para diagnóstico como para tratamiento y rehabilitación.

4.4. PROGRESOS DE LA ALIANZA EN EL PERÍODO 2008-2009 (17)

20 países han desarrollado o mejorado las campañas nacionales sobre higiene de las manos sobre la base de las directrices de la OMS.

Cientos de asociaciones de cirujanos, anesthesiólogos y enfermeras están apoyando la Lista de Seguridad en Cirugía de la OMS.

Cientos de investigadores en más de 40 países están involucrados con la investigación de seguridad del paciente usando la evidencia para adquirir cada día más compromisos con una atención más segura y haciendo partícipes activos a los pacientes y sus familias.

Cada vez se afianzan más las asociaciones de diversos entes gubernamentales, académicos y del sector de la salud de los países miembros que aportan a la labor de la Alianza.

Durante este período se continuó el fortalecimiento de todas las áreas de trabajo de la alianza y además se implementó un programa de educación

para los estudiantes de medicina en todo el mundo para sensibilizarlos sobre la importancia de la seguridad del paciente y enseñarles cómo pueden contribuir a ella.

Para el período 2008-2009 la labor en las áreas clave de trabajo de la alianza tuvo los siguientes objetivos:

- Apoyar los esfuerzos de los estados miembros en el fomento de una cultura de seguridad de los sistemas de salud y mejorar los mecanismos para la promoción de la seguridad de los pacientes.
- Colocar los pacientes en el centro de todas las acciones de seguridad.
- Catalizar el compromiso político y la acción mundial sobre las áreas de mayor riesgo para la seguridad del paciente.
- Desarrollar normas y directrices mundiales para detectar y aprender de los problemas de seguridad del paciente y así reducir los riesgos futuros.
- Asegurarse de la amplia difusión de las soluciones para la seguridad del paciente en todos los países para que sean aplicadas fácilmente y de acuerdo a las necesidades.
- Elaborar y difundir el conocimiento acerca de las políticas basadas en la evidencia y las mejores y seguras prácticas de atención en salud.
- Construir un consenso sobre conceptos y definiciones comunes de seguridad del paciente y eventos adversos.
- Iniciar y fomentar la investigación en las áreas con mayor impacto en los problemas de seguridad.
- Estudiar la manera en que las nuevas tecnologías pueden ser aprovechadas en beneficio de una atención más segura.
- Reunir a los interesados en contribuir al desarrollo del conocimiento y la movilización social.
- Establecer prioridades de trabajo tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

A continuación se presentan las acciones llevadas a cabo durante este período:

1. Se finalizaron las pruebas de campo de las estrategias de aplicación de la guía de la higiene de manos de la OMS.
2. Se desarrolló una base de datos y un informe sobre la presentación de infecciones asociadas a la atención.
3. Se llevaron a cabo varios talleres regionales sobre la atención limpia y se amplió la comunicación de la estrategia a través de publicaciones en revistas, además se concretaron las bases para la organización de un evento anual en todo el mundo para llamar la atención sobre la importancia de la higiene de las manos como estrategia de seguridad para el paciente.
4. Se fortaleció la relación de la OMS con instituciones educativas, entes gubernamentales, asociaciones de profesionales y fabricantes de productos para la higiene de las manos para el fomento del control de las infecciones a través de la atención limpia.
5. Se continuó la divulgación a nivel mundial de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS. Se inició el desarrollo del documento "Estadísticas Vitales" que mide el impacto de la cirugía en la salud pública siguiendo la lista de verificación. Además se realizaron 8 pruebas técnicas, en diferentes regiones del mundo, sobre la aplicación de la lista. En estas pruebas se evaluaron los datos relativos al proceso y los resultados de la atención quirúrgica en sus fechas, rendimiento quirúrgico, adhesión a las normas, los resultados de la intervención, las complicaciones perioperatorias y la muerte. También se evaluaron los aspectos culturales y las actitudes hacia la seguridad del paciente del personal de cirugía así como la resistencia al uso de la lista. La lista se encuentra disponible para su prueba y

socialización de opiniones y experiencias en cualquier parte del mundo, y se puede consultar en la página web de la OMS.

6. Se está impulsando un proyecto para el uso de la oximetría de pulso de bajo costo en los quirófanos de todo el mundo.
7. Durante este período se estableció una comisión de la OMS, instituciones y organizaciones de pacientes para poner en marcha el reto de hacer frente a la resistencia de los antimicrobianos. La Alianza llevó a cabo un análisis de la situación con el objetivo de explorar las áreas de trabajo:
 - Mal uso de los medicamentos antimicrobianos incluyendo la falsificación, la venta sin receta y la publicidad directa al consumidor.
 - Falta de educación de los trabajadores de la salud y de la población en general sobre la prescripción y el exceso de demanda de los medicamentos.
 - Adhesión a las guías de atención de patologías infecciosas.
 - Reglamentación sobre el uso de medicamentos antimicrobianos en ganadería y agricultura para la promoción del crecimiento de sus productos.

Se trabaja constantemente en áreas de investigación y desarrollo de nuevos fármacos antiinfecciosos, nuevas vacunas, métodos rápidos de diagnóstico, alternativas de terapéutica, mejoras de sistema de vigilancia y presentación de informes, promoción de medidas médicas para reducir la transmisión de patógenos resistentes en los hospitales y en la comunidad con el lavado de manos, el saneamiento e higiene alimentaria.

8. Continúa el trabajo de los pacientes para la seguridad del paciente como programa que reconoce el papel esencial y el valor de la participación del mismo en la sensibilización del personal de la salud

hacia los errores médicos y que promueve el cambio urgente para prevenir los daños al paciente. Este programa reconoce que los pacientes son una valiosa herramienta de aprendizaje liderada por ellos construyendo permanentemente redes internacionales con los miembros de las familias, los proveedores de salud y los entes gubernamentales para fortalecer la participación activa en las iniciativas de seguridad tomando en cuenta sus perspectivas que permitan fomentar las soluciones a los problemas relacionados con la atención en salud.

Además promueve la creación e implementación de una cultura de seguridad orientada al paciente. Durante 2008 se fortaleció la labor del programa en los siguientes aspectos:

- Organización de un evento mundial para apoyar, comunicar y seguir desarrollando el trabajo del programa.
 - Desarrollo de habilidades de los pacientes en grupos de trabajo.
 - Fortalecimiento de la participación del programa en todas las actividades de la Alianza.
 - Desarrollo de talleres y campañas regionales de forma periódica en las 6 regiones de la OMS. África, América, Sureste de Asia, Europa, Región del Mediterráneo Oriental, y Región del Pacífico Occidental.
9. En cuanto a la investigación una de las prioridades durante el período fue hacer partícipes a los pacientes de los proyectos de investigación para ayudar a entender mejor el complejo de causas de atención no segura y llegar a respuestas concretas para reducir el daño al paciente. Se continuó trabajando en el establecimiento de un programa mundial de investigación para la seguridad del paciente centrado en la identificación de soluciones locales eficaces y asequibles para reducir los daños.

Se dio a conocer el informe técnico “resumen de las pruebas sobre seguridad del paciente: implicaciones para la investigación”. Este presenta un panorama de 23 aspectos sobre seguridad y da una pauta para temas de investigaciones futuras.

También se elaboró una guía para ayudar a los investigadores a comprender la magnitud de las causas del daño al paciente y de los fallos latentes de la institución mediante el uso de métodos cualitativos y herramientas de evaluación rápida.

Se trabaja en la ampliación y fortalecimiento de la red de investigación a nivel mundial aumentando el número de alianzas con grupos internacionales a través de comunidades virtuales.

10. Con respecto a la clasificación internacional para la seguridad del paciente, en 2008 se llevó a cabo la traducción de la lista al español y al francés y se continúa trabajando para aumentar el número de términos descritos y clasificados.

11. En cuanto a las soluciones para la seguridad del paciente, durante este período se puso en marcha el proceso de traducción a varios idiomas, la implementación de un sistema de evaluación de las evidencias que respaldan el uso de las soluciones en las instituciones y la evaluación de la participación del paciente en el proceso de elaboración y puesta en marcha de las mismas.

12. En cuanto a la iniciativa High – 5 se gestionó la creación, ejecución y evaluación de los protocolos operativos estandarizados de las 5 soluciones con la creación de un kit de aplicación para los hospitales

con la correspondiente formación al personal y socialización en un sitio web.

13. Con los programas de tecnología para la seguridad del paciente, durante el período se adelantaron logros de consolidación de grupos de trabajo en las siguientes áreas:

- Tecnología de la información y gestión de conocimiento.
- Tecnología en uso de dispositivos de vigilancia y seguridad de los medicamentos.
- Formación en tecnología: simulación y edificaciones seguras.

5. ACTUALIDAD EN COLOMBIA

5.1. Panorama y normatividad

La Supersalud recibió entre 2006 y 2007 más de 50.000 reclamos y peticiones de usuarios del sistema de salud; el Ministerio de la Protección Social señaló que 18 de cada 100 personas atendidas en hospitales son víctimas de errores médicos, declaración que desató gran polémica por la utilización de la palabra “error médico” en vez de “evento adverso” (15).

En el año 1998 el 24.1% de las defunciones en el país ocurrieron por las llamadas “enfermedades no letales” (21), o sea, por errores en la atención del personal de la salud.

Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro de la normatividad del Ministerio de La Protección Social, formalizando así su posición de prestación de servicios de salud con calidad y avanzando hacia la obtención de resultados tangibles que hagan más seguras las instituciones de lo que actualmente son.

En el 2006, el Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 1011 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la resolución 1446 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; con estas normas se extiende la estrategia a todo el país (5,15). El SOGC se diseñó para cumplir objetivos en dos niveles:

- En el nivel macro y meso como herramienta para la modulación del sistema:
- Ofrecer información de las especificaciones de los servicios a que tienen derecho los usuarios para que puedan seleccionar libremente la mejor opción.
- Ofrecer información para permitir la referenciación entre prestadores y aseguradores que incentive la competencia por la calidad.
- En el nivel micro como herramienta para mejorar la eficiencia en las organizaciones a través de la identificación e impacto de situaciones que inciden en el incremento de los costos de la no calidad (22).

El funcionamiento del SOGC y el impacto sobre la calidad de la atención de salud en las instituciones tiene tres factores críticos:

1. Desarrollar gestión basada en hechos y datos.
2. Disponer de herramientas adecuadas a los problemas de calidad.
3. Referenciarse contra otras instituciones similares y en especial contra las mejores (22).

El 3 de agosto de 2007, se expide la resolución 2679 por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud cuyas principales funciones son:

- Analizar la situación de calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente.
- Desarrollar acciones conjuntas orientadas al beneficio de la calidad.
- Emitir recomendaciones sobre políticas y normatividad.
- Apoyar el desarrollo e implementación de medidas en las instituciones.
- Estimular el desarrollo de la cultura de fortalecimiento de la calidad y la seguridad en la atención.

- Promover la cooperación entre todos los actores del sistema de salud y organismos internacionales en asuntos de calidad para lograr los objetivos del sistema obligatorio de la garantía de la calidad (20).

Nuestro país debe asumir el reto de generar una cultura de seguridad del paciente como una obligación moral para la protección de la autonomía profesional y del bienestar de los pacientes y para evitar condenas por responsabilidad civil (15).

5.2. Definiciones de conceptos de seguridad del paciente propuestas para el país por el grupo técnico de trabajo del Ministerio de la Protección Social (19):

- **Evento Adverso:** daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado al error.
- **Complicación:** resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.
- **Incidente:** falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.
- **Error asistencial:** falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.
- **Riesgo asistencial:** factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado no deseable.

- **Practica segura:** intervención tecnológica científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimizan la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
- **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, proceso, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud (19).

5.3. La Política de Seguridad del Paciente

La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia tiene tres ejes que actúan de manera armónica y complementaria: accesibilidad, calidad y eficiencia (21); se define como el conjunto de acciones y estrategias que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que pretenden ofrecer herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud (5). Incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. A partir de este análisis se hace el diseño y se implementan las prácticas seguras en las instituciones (19).

Aunque su desarrollo se ha implementado, ha habido dificultades ya que en el transcurso de la historia de la atención en salud, los errores se han tomado de forma punitiva, no se hace un análisis de los procesos en las instituciones y no se rediseñan los que presentan fallas y consecuentemente eventos adversos. La “cultura justa”, es precisamente, construir mecanismos de reporte de estos eventos de forma confiable y tranquila, mas no de castigo, donde se logra un aprendizaje eficaz de los errores (15). Las políticas implementadas en el país buscan que los

responsables de la atención en salud sean más ágiles en la identificación de dichos errores, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para que progresivamente se instaure la cultura de seguridad, que, finalmente, lleva a un clima de tranquilidad que será percibido por el paciente y su familia y creará confianza en la organización que está a cargo de su salud (5,15).

5.3.1. Propósitos de la política (19):

1. Instituir una cultura de seguridad del paciente justa, educativa, responsable y no punitiva
2. Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
3. Crear un entorno seguro de atención.
4. Educar, entrenar y motivar al personal responsable de la atención en seguridad del paciente.

Para lograr estos propósitos se deben tener en cuenta los siguientes lineamientos (19):

1. Crear un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
2. Garantizar la confidencialidad de la información.
3. Establecer las estrategias de operación: equipo de trabajo, capacitación y entrenamiento, programa o plan, responsable, mecanismos de difusión.
4. Homologar los conceptos y definiciones clave.
5. Integrar con otras políticas y procesos institucionales: asistencia, calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, de información, etc.
6. Establecer la forma de incluir en la política a los pacientes y a sus familias.
7. Definir los recursos que se necesitan para la creación e implementación de la política.

5.3.2. Los principios orientadores de la política (19)

El establecimiento de una atención en salud segura requiere el compromiso y la cooperación de todos los actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que alcancen logros efectivos. Para esto se establecieron los siguientes principios orientadores:

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario:** los resultados son para la seguridad del paciente como eje central de todas las acciones que se gestionen.
2. **Cultura de seguridad:** el ambiente del despliegue de todas las acciones deben darse en un ambiente de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y comunidad. Los actores del sistema son los que facilitan dicho ambiente.
3. **Integración con el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:** la política de seguridad es parte integral del Sistema y es transversal a todos sus componentes.
4. **Multicausalidad:** el problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. **Validez:** para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas soportadas en evidencia científica disponible.
6. **Alianza con el paciente y su familia:** hay que involucrar en la política a los pacientes y a sus familias.
7. **Alianza con el profesional de la salud:** la atención en salud brindada por los profesionales tiene un carácter ético y es compleja por lo que las políticas de seguridad deben tener una participación activa de ellos y deben defenderlos de señalamientos injustificados.

5.3.3. Objetivos de la política (19)

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

5.3.4. Las estrategias de la política(19)

ESTRATEGIA 1: EDUCATIVA

Líneas de acción:

1. Formación de multiplicadores de la política de seguridad del paciente.
2. Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo.

3. Promoción en las universidades de la formación y la investigación en la seguridad del paciente.
4. Acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad.

ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES

Líneas de acción:

1. Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores.
2. Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad).
3. Promoción del reporte extrainstitucional.

ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES

Líneas de acción:

1. Constitución del comité técnico para la seguridad del paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.
2. Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente.
3. Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del SOGCS.
4. Coordinación de la acción de los organismos de vigilancia y control con la política de seguridad del paciente.

ESTRATEGIA 4: ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN

Líneas de acción:

1. Plan de medios.
2. Promoción de experiencias exitosas.
3. Difusión de alertas de seguridad del paciente.

ESTRATEGIA 5: ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SOGC

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y es transversal a sus 4 componentes: habilitación, acreditación, PAMEC y Sistema de Información para la Calidad.

5.4. Los elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad del paciente (15)

1. Abordaje del tema de la seguridad del paciente, desde el método científico para llegar a conclusiones validas.
2. Modelo del queso suizo: desarrollado por el doctor James Reason, que habla de que entre los peligros y daño se encuentran las deficiencias y las fallas que pueden llegar a presentarse en los diferentes procesos de atención. Para que esos peligros lleguen hacer daño, se necesita que los diferentes problemas, las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas ocurran en producirlo.
3. Respuesta de la organización de carácter no punitivo ante la presencia de eventos adversos o errores.
4. Involucrar al paciente y su familia ya que es finalmente este quien sufre las consecuencias del evento.
5. Promover una cultura de seguridad en la institución. Incentivar dentro de la organización el tema de la seguridad para convertirlo en algo rutinario, inherente a su labor de todo el personal y que propende en mejorar la calidad de la atención.
6. Definir y mantener un foco claro sobre el cual se evidencien los resultados. Es identificar un foco de riesgos de cara al paciente, analizarlo, intervenirlo y lograr resultados.

5.5. Acciones (21):

- Estrategia de vigilancia de eventos adversos

- Estándares de habilitación con enfoque de riesgo
- Liderazgo de acreditación en seguridad del paciente
- Indicadores de seguimiento de la habilitación
- Indicadores de riesgo y calidad técnica del sistema de información
- Articulación con estrategias de fármaco y tecnovigilancia
- Articulación con políticas de salud sexual y reproductiva
- Apoyo a proyectos de gestión clínica
- Investigación en calidad y seguridad del paciente
- Participación en proyectos internacionales

5.6. La calidad

Según el artículo 2 del decreto 1011 la calidad de la atención en salud “es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (21).

Con la aplicación de la normatividad en todo el territorio nacional se han logrado varias cosas como cierre de instituciones y consultorios que no cumplían con los requisitos básicos de habilitación, profundización en el despliegue del enfoque a riesgo en la verificación de los estándares de habilitación, formación de profesionales a través de diplomados, promoción al interior de las instituciones de la estrategia de vigilancia y gestión de eventos adversos de la resolución 1446 de 2006, publicación de los resultados iniciales de los indicadores de esta resolución. Estos resultados se clasifican y organizan en el sistema de información para la calidad en dos categorías: calidad técnica y gerencia de riesgos (5).

La habilitación ha obtenido un impacto importante en la eliminación de instituciones o servicios que brindaban atención en condiciones inadecuadas:

- 2.425 prestadores no cumplían en algún servicio
- 1.644 cierres temporales de servicios
- 558 sanciones levantadas
- 786 cierres definitivos de servicios
- 335 IPS cerradas definitivamente
- 133 profesionales independientes cerrados definitivamente (21)

5.7. Otros resultados (22)

(datos del Minprotección actualizados hasta 31 de diciembre de 2009)

El despliegue del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de La Atención en Salud ha permitido, además de lo anterior, tener otros logros como:

- Obtención de la Acreditación Internacional de ISQua para ICONTEC, y está en proceso la acreditación internacional de los estándares, a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN). Esto permite que el sistema de acreditación colombiano sea moderno y competitivo, acorde a los estándares internacionales más exigentes a la hora de exportar servicios de salud.
- El Sistema de Información para la Calidad es uno de los más grandes de América Latina en términos de información recopilada, tiene una colección de indicadores de calidad que orienta sobre lo que ocurre en las instituciones del país.
- Se desarrolló el proyecto de investigación internacional IBEAS sobre la situación de eventos adversos descrito en el numeral 6

- Se realizó el Primer Informe Nacional de Calidad (INCAS), publicado en el año 2009.

- A través del Observatorio de La Calidad del Ministerio (página web: www.minproteccionsocial.com.co/ocs) se cuenta con mecanismos para que la información disponible se convierta en un instrumento para la acción y la obtención de resultados:
 - El boletín.
 - La sala de información a los usuarios sobre la conformación de la red de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y su desempeño en términos de los indicadores de calidad.
 - Las salas temáticas entre las que se destacan la de los indicadores de calidad para prestadores y aseguradores, y el mecanismo de control social para que se pueda calificar la veracidad de la información reportada por las instituciones.

- Desde el año 2009 se vienen realizando mesas de trabajo virtuales y presenciales sobre temas relacionados con la calidad.

- Se realizaron 4 eventos en las principales ciudades del país para la difusión y aplicación de metodologías y herramientas para el mejoramiento de los procesos de calidad “Protocolos de revisión y utilización (PRU)”, con un total de 558 participantes de 31 departamentos. El objetivo de los talleres fue informar y capacitar a los asistentes en las técnicas de revisión de la adecuación de un servicio de salud y en los elementos necesarios para la monitorización de la utilización de los servicios en concordancia con los métodos y planteamientos del Sistema de Información para la Calidad.

- Se han formado 2.787 profesionales como verificadores de las condiciones de habilitación, en 14 universidades de 25 departamentos del país, lo que provee un número importante de personas trabajando por la calidad de las instituciones.
- Se creó la Unidad de Normalización en Salud que es el organismo que define los estándares de calidad. Sus productos son: Manual de Estándares de Acreditación para Entidades Territoriales, Normas Técnicas Sectoriales en Salud y Documentos Técnicos. Está conformada por comités que se apoyan en grupos de expertos para garantizar el nivel técnico-científico de los documentos.
- La Unidad de Normalización en Salud elaboró la guía técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente”, y para su implementación se desarrollaron 20 paquetes instruccionales para el entrenamiento en la implementación de las estrategias de seguridad del paciente en las instituciones de salud (ver numeral 8.7), como material de apoyo se desarrollaron también 7 videos, 1 multimedia y el aula virtual para la formación de instructores.
- Se realizó una prueba piloto para la implementación de la guía técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente” en diciembre de 2009, asistieron 98 instituciones de 33 municipios del país. Se explicaron los componentes de los paquetes, los videos y el uso del aula virtual. Esta prueba tuvo una excelente evaluación por parte de los asistentes quienes calificaron los paquetes como pertinentes e idóneos para ponerlos en práctica.

5.8. La cultura del reporte de eventos adversos (18)

La implementación de un sistema de reporte de eventos adversos es sólo uno de los pasos hacia la cultura de seguridad del paciente como objetivo estratégico que se desea en todas las instituciones del país. Este sistema debe implementarse en un ambiente netamente voluntario y lejos de la punición, en el mejoramiento y aprendizaje institucional y en un reconocimiento a la capacidad de aceptar el error como una oportunidad de mejora.

El reporte de eventos adversos se realiza en un formato que debe ser diseñado en cada institución de forma que esté enmarcado en su plataforma estratégica y en concordancia con su misión, sus valores y sus atributos de calidad.

Debe estar disponible en la red interna de la institución; estar escrito en un lenguaje sencillo y contener sólo lo necesario, conservando términos de seguridad del paciente homologados y entendidos por todos los responsables del reporte.

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y de su familia cuando ocurre un evento adverso, este debe seguir las siguientes recomendaciones (19):

- Educar e incentivar a preguntar al paciente acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de sus riesgos y transmitirle la idea que la búsqueda de éstos es algo positivo.
- Promover la participación del paciente y de su familia en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de ir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso y acompañarlo.

Es responsabilidad del equipo de calidad sensibilizar a todo el personal acerca de la cultura del reporte y de la implementación y puesta en marcha de la estrategia de seguridad a través de conferencias magistrales, mensajes por la red interna o en las carteleras y acompañamiento permanente que introyecte en cada funcionario la verdadera importancia del reporte de eventos adversos.

Una vez el personal que reporta adquiere una cultura de gestión del error, el volumen de reportes aumenta, por lo que debe crearse desde el principio la base de datos con toda la información que permita generar gráficos, tendencias e informes para retroalimentar y hacer mejoramiento continuo. Los resultados de estos informes deben ser compartidos, publicarse para que todos sepan cual ha sido el trabajo y permanezcan motivados a continuar con la cultura del reporte.

El análisis de los eventos reportados debe hacerse, en la medida de lo posible, en caliente, es decir, día a día. Esto da credibilidad a la tarea y permite una mayor profundidad de estudio de cada caso. El objetivo del análisis es educar al personal, establecer una estratificación nominal del evento y hacer unas actividades puntuales que promuevan el mejoramiento, de tal manera que el riesgo sea minimizado o el evento adverso sea mitigado y disminuya su impacto en el paciente. El reporte se constituye así en una herramienta que previene la reincidencia de eventos adversos o su presentación a través de una conciencia del error como enemigo latente, de la creación de un ambiente seguro y de comunicación abierta y, finalmente, de la búsqueda de la excelencia a través del gerenciamiento del error.

La vigilancia de eventos adversos ha aumentado notablemente en el país, mientras que en 2006 en el país 4.8 de los eventos adversos que se

presentaron eran gestionados, en el primer semestre de 2009 se llegó a 56.7, lo que da cuenta de la importancia que ha adquirido la cultura del reporte y la gestión de los eventos adversos en el país como parte de los avances en seguridad del paciente. Las instituciones acreditadas son las que más gestión hacen de sus eventos adversos como parte importante del cumplimiento de sus estándares. Al primer semestre de 2006 se gestionaron 98.1 de los eventos adversos presentados, y al primer semestre de 2009 se gestionaron 99.5 eventos. De igual forma, las entidades públicas registran más gestión de eventos adversos que las entidades privadas, quizá porque tienen más vigilancia; en el primer semestre de 2006 se gestionaron 26.5 y en el primer semestre de 2009, 98.1 eventos. Esta diferencia tan grande da cuenta de los logros de la política de seguridad del paciente del SOGC desde su implementación. En cuanto a las entidades privadas, también hubo un aumento significativo de la gestión de eventos adversos; mientras que en el primer semestre de 2006 se gestionaron 2.9 eventos, en el primer semestre de 2009, la cifra fue de 11.5 (22).

5.9. Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos (19)

(Adaptación para uso en Colombia, de la clasificación propuesta en la “International Classification for Patient Safety”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S.)

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

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

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

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

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

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

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Catéteres intravasculares
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinaria dren / sondas vesicales
- Tejidos blandos

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

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / frecuencia incorrecta
- Formulación incorrecta o presentación
- Ruta equivocada

- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

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

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

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia incorrecta
- Almacenamiento incorrecto

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

- Paciente equivocado
- Gas / vapor incorrecto

- Flujo y concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Fallas de administración
- Contaminación

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la tarea
- Sucio / no estéril
- Fallas / mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado/ eliminado
- Error de uso

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

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / obstrucción
- Desconsiderado/ rudo / hostil / inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso
- Problema con el uso de sustancias / abuso
- Acoso
- Discriminación y prejuicios
- Errático / fuga
- Autolesionante / suicida

Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla

- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

Tipo 12: Accidentes de pacientes

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

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

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

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de equipos / personal
- Protocolos / políticas / procedimientos / disponibilidad de guías / adecuación

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

- Recolección
- Transporte

- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / validación
- Resultados

5.10. Indicadores de seguimiento a riesgo (21)

(Anexo Técnico 2: resolución 1043 de 2006)

Son de obligatoria recolección y deben ser criterio para la evaluación durante la visita de verificación del proceso de habilitación:

- Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
- Razón de mortalidad materna
- Tasa de infección intrahospitalaria
- Tasa de complicaciones quirúrgicas
- Tasa de complicaciones obstétricas
- Proporción de falsos negativos de muestras de citología cervico-uterina
- Proporción de pacientes sin evaluación médica especializada para el diseño y ejecución de la prescripción del ejercicio físico
- Proporción de lesiones osteomusculares o complicaciones de otras patologías relacionadas con el ejercicio prescrito a los usuarios
- Porcentaje de cumplimiento del tratamiento de radioterapia
- Proporción de eventos adversos presentados en el servicio de radioterapia
- Proporción de interrupciones imprevistas durante el curso del tratamiento con radioterapia
- Proporción de recaídas locales al tratamiento con radioterapia
- Proporción de complicaciones, de muertes inesperadas y de abandono del tratamiento y pérdida de seguimiento de los pacientes en radioterapia

- Porcentaje de rechazo del injerto o implante
- Porcentaje de sobrevida del injerto o implante
- Porcentaje de infecciones oportunistas en paciente trasplantado
- Tasa de complicaciones por procedimientos quirúrgicos en el servicio de trasplantes
- Tasa de complicaciones vasculares en trasplantados
- Indicador de sobrevida del paciente trasplantado

La cobertura del reporte de indicadores ha venido aumentando: se pasó de 2.137 sedes de IPS en el segundo semestre de 2.006 a 3.855 en primer semestre de 2.009, lo cual representa un incremento del 80.4%. Aunque es necesario incrementar el reporte, ya el país posee información trazadora del estado de la calidad de la atención en salud, correspondiente a seis cortes de información proveniente de la totalidad de los servicios en Colombia (22)

La Universidad Nacional de Colombia en diciembre de 2009, realizó unas mesas de trabajo donde participaron representantes de las IPS públicas y privadas, EPS y Secretarías de Salud de diferentes ciudades del país; el objetivo fue determinar las causales de los no reportes de los indicadores así como sus inconsistencias y umbrales. Se concluyó que el no reporte de la información se presenta por las siguientes causas: desconocimiento de la normatividad; debilidad en la capacitación técnica y rotación del talento humano; debilidad en la implementación de los sistemas de información que dificulta la generación oportuna de datos para hacer el reporte; dificultad en la comunicación para realizar el reporte; fallas en la malla validadora de la Superintendencia Nacional de Salud y no existen procesos de retroalimentación.

5.11. ACCIONES INTERINSTITUCIONALES PARA ESTABLECER LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (19)

5.11.1. Las entidades administradoras de planes de beneficios:

Deben tener en cuenta la política de seguridad del paciente en el diseño de sus procesos. El sistema de administración de riesgos de la resolución 1740 de 2008 sirve como herramienta para ello ya que los factores atribuibles al asegurador en la presentación de incidentes o eventos adversos deben intervenir de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores.

En la relación contractual con los prestadores, las EAPB deben evitar el ocultamiento del error por parte de ellos. Algunas prácticas que pueden favorecer tal situación son:

- Glosas sin previo análisis con el prestador de situaciones calificadas como evento adverso por parte del pagador y sin considerar los programas de seguridad del paciente de la institución.
- Medidas punitivas que conduzcan a ocultar y no reportar eventos adversos.

5.11.2. Los entes externos de vigilancia y control

Hacen el seguimiento de situaciones relacionadas con incidentes o eventos adversos mediante un análisis integral de todos los factores que influyeron en la ejecución de los procesos para encontrar las causas del error sin caer en señalamientos individuales y prematuros y considerando las acciones correctivas y preventivas adoptadas por la institución responsable.

5.11.3. Los prestadores

El reporte extrainstitucional de los prestadores incluye los incidentes, errores, daños y lesiones involuntarias que se producen, así como el funcionamiento defectuoso de los equipos y los fracasos de los procesos. Este reporte se hace a través del aplicativo que el Ministerio de La Protección Social tiene en su página de internet, y sirve para que las fallas sean aprendizaje de todas las instituciones y para que se analicen, estandaricen y coordinen acciones entre todos los actores: comités de calidad y seguridad de las instituciones, Unidad Sectorial de Normalización en Salud, Ministerio de La Protección Social y organismos de vigilancia y control del sistema.

La política de seguridad del paciente procura no fomentar la impunidad cuando la acción insegura sea producto de la negligencia, impericia o la intencionalidad del profesional y a su vez protege al responsable que de manera ética analiza las fallas y establece barreras de seguridad. El impacto de las acciones para mejorar la seguridad del paciente, al incidir en la prevención de eventos adversos, está incidiendo en la disminución de procesos legales contra profesionales e instituciones y se constituyen en factores atenuantes en caso de presentarse dichos procesos ante las instancias de la ley en el país.

En la elaboración de la política de seguridad, el prestador debe enfocarse en estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente la omisión de dicho reporte y la reincidencia en las mismas fallas sin acciones de mejoramiento. Igualmente debe proteger la confidencialidad del análisis del reporte, del paciente y de la historia clínica.

6. PROYECTO IBEAS (15)

Es un proyecto desarrollado por Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina con el patrocinio de La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS y de la OPS, y con el soporte técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Este es uno de los proyectos más relevantes en el contexto internacional. Tiene como objetivos conocer la recurrencia de eventos adversos en hospitales de los cinco países, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que sean de fácil aplicación en las instituciones y entrenar grupos de evaluadores expertos. En Colombia se seleccionaron 12 instituciones entre las diferentes regiones del país, acreditadas, no acreditadas o en proceso de acreditación, para hacer un diagnóstico sobre el desarrollo de la seguridad del paciente (5,15).

Básicamente, los estudios ya realizados en el mundo, se han desarrollado en 2 fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe un alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos.

El estudio IBEAS es de tipo observacional y transversal que mide la prevalencia con la cual se presentan los eventos adversos complementado con un estudio retrospectivo que evalúa la incidencia en un 10% de los pacientes estudiados en el estudio de prevalencia.

La metodología empleada por el proyecto IBEAS ha sido ampliamente utilizada en el mundo para la evaluación de la frecuencia de presentación de los eventos adversos. Para los equipos institucionales del proyecto, se

trata de un trabajo valiosísimo que ha arrojado a las instituciones importante información para iniciar procesos de mejoramiento.

6.1. PROTOCOLO ESTUDIO IBEAS EN COLOMBIA: PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN HOSPITALES DE LATINOAMERICA

6.1.1 OBJETIVOS GENERALES

1. Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de efectos adversos, y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocia a la aparición de eventos adversos evitables.
2. Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para implementar programas de prevención y mitigación.
3. Aumentar la cantidad de profesionales que trabajen con la seguridad del paciente e incorporar en todos los países involucrados y en las organizaciones que les corresponda, actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

6.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los eventos adversos que se derivan de la asistencia hospitalaria.
2. Estimar la prevalencia y la incidencia de los eventos adversos asociado a la asistencia hospitalaria de 65 hospitales de Latinoamérica.
3. Identificar las características del paciente y de la asistencia en ellos con, y sin eventos adversos relacionados con la atención hospitalaria.
4. Describir los tipos de eventos adversos asociados a la asistencia hospitalaria, en que servicio se presentan y en que proporciones.

5. Facilitar la discusión de los resultados entre los profesionales, según niveles de compromiso por medio de informes ordenados por región, país y hospital.
6. Identificar los eventos adversos de mayor trascendencia para diseñar estrategias de prevención.

6.1.3. ÁMBITO Y SUJETOS DE ESTUDIO: todos los pacientes hospitalizados al momento del estudio en los 65 países.

6.1.4. JUSTIFICACIÓN: la necesidad apremiante de avanzar en mecanismos que pongan en marcha la identificación de errores humanos y fallas en el sistema tiene 2 aspectos distintos:

Por un lado, el punto de vista político, con estrategias que tengan más carácter preventivo que punitivo en la identificación de eventos adversos, y por otra parte a nivel hospitalario mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos y la inclusión de tecnología adecuada que permita detectar los problemas e implementar soluciones. El estudio pretende convertirse en un sistema de vigilancia que permita valorar la prevalencia de los eventos adversos en los hospitales de Latinoamérica.

6.1.5. HIPÓTESIS: de acuerdo a los antecedentes, la hipótesis de trabajo es que los eventos adversos alcanzan al menos el 10% de los usuarios atendidos en el hospital y que al menos un 40% de ellos pueden ser evitados.

6.1.6. PROCEDIMIENTO: se realizó en un periodo de 2 semanas en cada hospital.

6.1.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS: se realizó un análisis descriptivo presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas, mientras que las variables cuantitativas se presentaron a través de medidas de centralización y dispersión.

6.1.8. APLICABILIDAD PRÁCTICA: una metodología de evaluación del paciente eficiente, efectiva y adaptada a las características asistenciales de los hospitales de Latinoamérica, contribuirá al conocimiento de la frecuencia, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes de los eventos adversos, a planificar estrategias de monitorización y vigilancia, y a orientar las políticas y actividades dirigidas a su prevención.

6.1.9. RESULTADOS (22)

6.1.9.1. RESULTADOS GLOBALES (24)

Hay cuatro parámetros para caracterizar el perfil de los eventos adversos: la severidad de los eventos adversos identificados, la medida en la cual estos son evitables, la incapacidad que producen y la prolongación de la estancia hospitalaria. La tabla No.1 muestra la prevalencia de eventos adversos encontrada en todos los países participantes

Tabla No. 1 Resumen de los resultados de prevalencia de eventos adversos de todos los países participantes

CLASIFICACIÓN	PREVALENCIA
Eventos adversos graves	19.8%
Eventos adversos evitables	58.9%
Eventos adversos que presentaron leve o ninguna discapacidad	64.5%
Proporción de pacientes con prolongación de la estancia	62.9%

El 10.5% de los pacientes presentó algún tipo de evento adverso. Entre los factores que intervienen para que un paciente presente algún tipo de evento adverso en un día determinado se encontraron: el servicio de la institución donde se encuentra el paciente (existe mayor riesgo en pisos con especializaciones quirúrgicas), el nivel de complejidad de la institución, si el ingreso a el hospital fue por el servicio de urgencias, el tiempo de estancia hospitalaria y si presenta factores de riesgo o comorbilidades.

Los eventos adversos detectados presentaron la siguiente distribución en cuanto a la relación de su origen:

1. Infecciones nosocomiales 37.14%
2. Complicaciones debidas a procedimientos de cualquier índole 28.69%
3. Eventos adversos relacionados con los cuidados generales 13.27%
4. Eventos adversos debidos al uso de la medicación 8.23%
5. Eventos adversos relacionados con errores en el diagnostico 6.15%

Los 5 eventos adversos más frecuentes fueron:

1. Neumonías nosocomiales 9.4%
2. Infecciones de herida quirúrgica 8.2%
3. Úlceras por presión 7.2%
4. Otras complicaciones relacionadas con la intervención quirúrgica o procedimiento 6.4%
5. Sepsis y bacteremias 5%

Los eventos relacionados con la infección de tipo nosocomial fueron los más prevalentes en los servicios de atención médica, pediatría y unidades de cuidados intensivos, mientras que los relacionados con algún tipo de procedimiento lo fueron en los servicios de cirugía y obstetricia. Se destaca también que en los servicios de pediatría y obstetricia, tuvieron un papel muy importante los eventos adversos relacionados con el diagnóstico, mientras que los relacionados con los cuidados tuvieron más importancia en los servicios de atención médica.

En cuanto a la distribución de los eventos adversos por grupos de edades, se encontró un mayor número de eventos adversos relacionados con los cuidados en el grupo de pacientes mayores de 65 años y una mayor cantidad de casos relacionados con infección nosocomial en el grupo de lactantes, llegando a un 78.3% en uno de los países participantes del estudio. Se analizaron también las diferencias por sexo, encontrándose un mayor porcentaje de eventos adversos relacionados con un procedimiento en mujeres.

El patrón de los diferentes tipos de eventos adversos hallados en cada país, puede depender de los hospitales escogidos para el muestreo. Dado de ello, las grandes diferencias que se presentaron en la proporción de úlceras por presión que se reportaron en cada país. Este evento adverso en particular, se encontró asociado a las comorbilidades que presentaban los pacientes (dependencia de ayuda, estado nutricional), a la duración de la estancia hospitalaria y a la necesidad de permanecer en cama.

Dar el resultado de los eventos adversos de acuerdo a su naturaleza en los diferentes grupos descritos, tiene como finalidad verlos desde una perspectiva más clínica, es decir, definir el evento adverso como el

perjuicio que produce el suceso a estudio en el paciente. La identificación de los eventos adversos de acuerdo a estas categorías, haciendo énfasis en la repercusión clínica y no en los factores causales, permite priorizar los problemas de seguridad de manera que el equipo de salud se sienta más cómodo, y por ende sea más fácil involucrarlos en el diseño de protocolos o guías clínicas para su control. Este abordaje más clínico centrado en el resultado para el paciente y no tanto en los procesos asistenciales permite el desarrollo de estrategias más amplias que puedan contribuir en minimizar el riesgo de aparición de varios factores causales que influyen en la aparición de este tipo de problemas.

La gravedad de los eventos adversos, además de su frecuencia y las medidas para evitarlos, son elementos cruciales para poder priorizarlos. En este estudio se definió como evento adverso grave todo aquel que estaba relacionado con la muerte del paciente o cuando provocaba un intervención quirúrgica y como moderados todos aquellos que aumentaban la hospitalización o que originaban un ingreso hospitalario. Como ejemplo de esto, se pudo encontrar que un alto porcentaje de los eventos adversos prolongó la hospitalización de los pacientes de una forma significativa, lo cual conlleva no sólo a mayores costos económicos, sino también al aumento del riesgo de sufrir más eventos adversos debido a los cuidados médicos.

Otro aspecto importante, que se encontró en el estudio, es el relacionado con los eventos adversos que asociaron al fallecimiento del paciente. Estos eventos deben ser considerados como casos centinelas, por todas las implicaciones que traen consigo. Según los resultados de esta investigación, cerca del 1.8% de los eventos adversos provocaron de forma directa la muerte del paciente. La anterior afirmación por la gravedad de la connotación que tiene, debe ser analizada bajo la óptica de una revisión de la causa raíz del evento adverso que la origino para cada caso en particular.

Es importante resaltar la categorización de los eventos identificados en las especialidades quirúrgicas o en las unidades de cuidados intensivos, ya que son más graves que los detectados en las unidades de servicios médicos, así como también que los hallados en obstetricia y pediatría. No hubo claridad en cuanto al patrón de diferencias con respecto a la gravedad de los eventos adversos y el sexo de los pacientes. Al parecer los hombres presentaron casos más graves que las mujeres, sin tener tampoco una claridad sobre este resultado. En cuanto a la edad del paciente, exceptuando los menores de 1 año de edad, los eventos adversos parecen más graves a medida que la edad de los pacientes aumentaba.

Se encontró que los eventos adversos relacionados con una infección nosocomial o con un procedimiento, no sólo son más frecuentes, sino también, más graves que los relacionados con los cuidados o con la medicación, ya que la mayor proporción de estos, no producen una prolongación de la estancia.

En general, se encontró que el 60% de los eventos adversos se consideraron evitables (teniendo en el extremo inferior un país con el 46.1% y en el superior otro país con el 68.5% de evitabilidad), aquí se ubicaron con un 60% las infecciones nosocomiales y los problemas relacionados con procedimientos con un 55%. Dentro de esta gama de hallazgos, se encontró un país con resultados en cuanto a este parámetro, con resultados muy por debajo al resto de los integrantes del estudio y muy específicamente, en cuanto a los servicios de especialidades quirúrgicas, obstetricia y unidad de cuidados intensivos. También se encontró que existe mayor probabilidad de evitar los eventos adversos cuando el paciente ingresa en forma programada que en forma urgente a servicios como el de cirugía. En el mismo sentido, se encontró

(como era de esperarse), una menor evitabilidad en los pacientes de mayor edad, debido principalmente a las comorbilidades y al estado de salud de este tipo de pacientes. Al observarse en porcentaje de presentación y según su naturaleza, se encontró que los eventos adversos relacionados con la medicación son los menos evitables de todos los que se estudiaron.

Un aspecto muy importante que se concluyó del estudio, fue el hecho de que la evitabilidad es independiente a la gravedad del evento adverso. Esto significa que los eventos adversos asociados a la muerte de un paciente o que provocan una intervención quirúrgica tienen la misma evitabilidad que aquellos que ni siquiera afectan la estancia hospitalaria. Con respecto al origen de los eventos adversos encontrados en el estudio, se hallaron en menor cantidad en la atención previa a la hospitalización, lo cual resulta razonable, ya que durante la toma de la muestra se tuvo en cuenta toda la estancia hospitalaria.

6.1.9.2. RESULTADOS EN COLOMBIA (22)

La tabla No.2 muestra la prevalencia de eventos adversos encontrada en Colombia.

Tabla No. 2 Resumen de los resultados de prevalencia de eventos adversos en Colombia

CLASIFICACIÓN	PREVALENCIA
Eventos adversos graves	15.8%
Eventos adversos evitables	58.6%
Eventos adversos que presentaron leve o ninguna discapacidad	76.1%
Proporción de pacientes con prolongación de la estancia	50.4%

Estos resultados plantean la hipótesis que en las instituciones del país existe una mayor capacidad de detección de los eventos adversos, en particular los leves y moderados. El análisis de las siguientes variables apoya esta afirmación:

- Mientras que en las instituciones acreditadas la prevalencia identificada fue de 16.3% (evidencia de mayor gestión), en las instituciones no acreditadas lo fue de 10.7%, lo que apoya el planteamiento que las mayores tasas de prevalencia están explicadas por una mayor búsqueda activa.
- La calidad de la historia clínica, en términos de la información que aporta para la detección del evento adverso, que está directamente ligado a la búsqueda activa del evento que se dé en la institución.

El mayor desarrollo de los programas de seguridad del paciente en los hospitales de Colombia permitió disponer a estas instituciones de una mejor capacidad para identificar el evento adverso.

Los eventos adversos más frecuentemente identificados son los relacionados con la infección intrahospitalaria, en su orden: en cirugía, hospitalización de pediatría y UCI, le siguen los procedimientos de obstetricia y los relacionados con el diagnóstico o con la medicación son poco prevalentes.

No se encontraron diferencias en cuanto a la edad, y en cuanto al género (se presentaron más eventos en mujeres)

En cuanto a servicios y patologías se encontraron resultados importantes, como por ejemplo, que en los eventos adversos más frecuentemente identificados están los relacionados con la infección intrahospitalaria o con algún tipo de procedimiento, mientras que los relacionados con el diagnóstico o con la medicación fueron poco prevalentes. Los eventos adversos relacionados con la infección intrahospitalaria, fueron también los más prevalentes en los servicios médicos, quirúrgicos, de pediatría y

UCI, mientras que los relacionados con algún procedimiento lo fueron en los servicios quirúrgicos y de obstetricia. En cuanto a la distribución por edades se encontró un número mayor de eventos adversos relacionados con infecciones intrahospitalarias en todos los grupos etáneos. El estudio encontró un mayor número de eventos adversos relacionados con procedimientos en mujeres.

El patrón de los resultados del estudio en Colombia, debe entenderse influenciado por factores propios a cada hospital, como por ejemplo instituciones acreditadas, no acreditadas y otras en proceso, lo que luego de un análisis adecuado en cada organización debe servir para tomar las medidas particulares a cada situación.

7. INFORME NACIONAL DE CALIDAD (22)

El primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (INCAS) es una de las herramientas del Sistema de Información para la Calidad (SIC) del SOGC, para incentivar la competencia institucional por la calidad de la atención.

El INCAS es el informe donde se refleja la situación y el avance global de la calidad de atención en salud del país, tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios mediante la medida de los indicadores de los atributos de calidad de la atención en salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia.

Este informe tiene por objeto generar los mecanismos que permitan a los colombianos disponer de la información y el conocimiento necesarios para que se puedan ejercer opciones de libre elección de EAPB y/o IPS en el SGSSS en razón de sus necesidades y expectativas de atención y de poder hacer uso con mayor plenitud tanto los derechos que le otorga el sistema así como el cumplimiento de sus deberes (23).

Disponer de la información no garantiza la calidad de la atención en salud, pero es la herramienta de mejoramiento para avanzar hacia resultados centrados en el usuario, pilar y razón de ser del SOGC.

7.1. Síntesis de resultados (23)

Aunque el SOGC ha permitido mejorar muchos aspectos de la salud de los colombianos a través de todas sus actividades, el INCAS pone a la luz de todos las brechas de calidad que deben convertirse en oportunidades de mejora para todas las instituciones, las acciones de promoción y

prevención se destacan como una de estas brechas y permiten reflexionar sobre la calidad actual de todos estos programas para que se tomen medidas correctivas.

7.1.1. Efectividad de la atención de la salud en Colombia

Colombia tiene una razón de mortalidad materno-infantil inferior, sin embargo frente a los países de mayor desarrollo hay una brecha importante. Aunque este indicador no es específico de la medición de la calidad de la atención en salud, si corresponde a medición de “mortalidad evitable” asociada fuertemente a las intervenciones preventivas y de tratamiento de atención en salud y por ende a la calidad de las mismas.

Hay mayor cobertura de control prenatal, con mayor volumen e inicio temprano de las visitas y un volumen mayor de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud, médicos y enfermeras, un incremento en el tiempo de lactancia materna exclusiva y tiempo total de duración de la lactancia, una cobertura elevada y sostenida de vacunación y unas tasas de mortalidad por IRA y EDA en infantes que han disminuido de manera sostenida. También se evidenció un incremento del tamizaje de factores de riesgo en recién nacido como la búsqueda de hipotiroidismo neonatal.

Deficiencias en calidad de la atención materno infantil generado por el aumento de la presentación de casos: mortalidad fetal tardía (28-42 semanas de embarazo), bajo peso al nacer (menor de 2500gr) asociado a partos pretérmino, embarazos en adolescentes y tabaquismo en el embarazo; número de partos por cesárea frente al total de partos vaginales, incidencia de sífilis congénita.

Se registró un incremento paulatino de detección de casos nuevos de VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual, pero la prevalencia de la enfermedad se mantiene por debajo de los objetivos del milenio.

Hay un franco descenso en la incidencia de tuberculosis, con un alto nivel de efectividad en el tratamiento acortado supervisado y con un volumen cada vez mayor de casos de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios.

En enfermedades crónicas no transmisibles, la valoración muestra en general una tendencia al incremento sostenido ligado al proceso de transición demográfica y epidemiológica del país dado por el envejecimiento de la población y la exposición a las condiciones de vida urbana, entre otros factores. De manera específica ocurre con la presencia de diabetes mellitus, cuya mortalidad se ha duplicado en las dos últimas décadas, aunque este incremento va de la mano con las deficiencias en la calidad de las atenciones en salud relacionadas con la prevención y control de los factores de riesgo asociados, y en especial con su manejo integral y el nivel en el que se limitan y reducen las complicaciones renales y de otros órganos.

La malnutrición corresponde a uno de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad mórbida, tienen una prevalencia que va en incremento sostenido incluso más que en otros países.

La hipertensión arterial muestra una prevalencia elevada pero con una tendencia a disminuir en el tiempo, en especial en el segmento de población entre 45 y 65 años, en los que ha habido una disminución de más del 50% de los casos de muerte entre 1990 y 2005. La proporción de pacientes hipertensos se mantiene estable.

Los resultados en prevención y tratamiento de cáncer de cuello uterino son satisfactorios, mostrando un incremento en las coberturas de detección temprana y una disminución leve en la tasa de mortalidad. El cáncer gástrico y el cáncer de pulmón muestran una tendencia elevada pero estable en el tiempo, sin embargo las atenciones de detección precoz no reflejan que estén modificando el comportamiento de estas enfermedades. La mortalidad por cáncer de mama se observa en incremento y sostenida; las atenciones en salud para prevenir la mortalidad en cáncer de mama no están modificando la presencia de la enfermedad.

La proporción de reingreso de pacientes hospitalizados y tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas, son otros dos indicadores que reflejan la efectividad de la atención y están directamente ligados a la capacidad institucional de aquellas entidades con servicios de hospitalización para resolver adecuadamente los problemas de salud. La proporción de reingresos medida en Colombia en los últimos cinco años muestra un valor bajo con una tendencia estable en el tiempo, sin diferencia significativa entre IPS públicas y privadas. De otro lado, la mortalidad intrahospitalaria post 48 horas tiene un comportamiento elevado en hospitales que cuentan con unidades especiales de cuidado hospitalario como UCI y unidades de quemados. Los valores en hospitales de medio y bajo tamaño muestran cifras muy elevadas para su complejidad, aspecto a tener en cuenta para buscar mejoras.

7.1.2. Atención de los usuarios

Oportunidad de la atención en salud

Es valorada mediante la medición de tiempos de respuesta y prontitud en la atención en diversos servicios de las IPS a las que acuden los pacientes.

El tiempo de espera encontrado en el período 2006-2009, para la asignación de una cita con el médico general en una IPS es de 2,6 días; en una IPS acreditada es de 1 día. El tiempo es menor en las entidades públicas que en las privadas (2 y 3 días respectivamente) y es un poco menor en afiliados del régimen subsidiado que en el contributivo (2,5 vs. 3,1 días respectivamente).

El tiempo de espera promedio para la asignación de una cita con médico especialista en una IPS, es de 8,2 días.

No existe diferencia en días para asignar la cita con el especialista, entre IPS acreditadas o no (8,1 vs. 8,2 respectivamente), el tiempo es mayor en una IPS pública que en una privada (9,6 y 7,8 días respectivamente) y es menor para afiliados a medicina prepagada (2,4 días), luego para subsidiados (4,3 días) y por último para contributivos (9,5 días).

Todos los comportamientos dentro del periodo observado 2006-2009 se mantienen estables, con pequeñas oscilaciones, es decir, no hay tendencia hacia una mayor oportunidad en los tiempos.

En urgencias, el tiempo promedio de espera corresponde a 27 minutos y se mantiene estable en el período 2006-2009. No hay diferencia alguna en las variables.

Para la realización de cirugías programadas, los colombianos debieron esperar entre 2006 y 2009, un promedio de 12,2 días, reduciéndose a 7 días en IPS acreditadas y en pacientes afiliados al régimen subsidiado. Si es afiliado a medicina prepagada, el tiempo se reduce a 3,9 días y si está afiliado al régimen contributivo deberá esperar 27,3 días. Entre IPS públicas y privadas hay una diferencia de 3 días (14 y 11 días respectivamente).

El tiempo en horas que transcurrió entre la solicitud de referencia de un paciente entre una IPS y otra y el momento de la autorización de traslado

por parte de las EAPB, fue de 3,5 horas en promedio, durante el período observado. A diferencia de los resultados anteriores, en el caso de los afiliados al régimen subsidiado, este tiempo aumentó a 4,1 horas, mientras que el del contributivo se ubicó en 3,2 horas y para los de medicina prepagada se redujo a 3,2 horas.

La mayoría de los afiliados al SGSSS en Colombia ejerce la libre elección del asegurador a que tiene derecho en el sistema: 80% en el régimen contributivo, y 67% en el régimen subsidiado. El 58% de las personas en el país no eligen la IPS donde serán atendidos, el 69% no elige el profesional que debe brindarle la atención en consulta externa, y el 95% no lo elige en hospitalización, independientemente del régimen al que pertenezca.

La tutela se ha constituido en una forma regular de reclamar la prestación de servicios por parte de las EAPB, en especial para el régimen subsidiado, En los años 2007 y 2008 se presentaron 59 y 296 mil tutelas, respectivamente. En el contributivo el promedio del periodo fue de 5000 tutelas.

Frente a las quejas de los usuarios, en los informes de las EAPB se reporta que un 20% de ellas no se están resolviendo antes de 15 días, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo.

Entre 2006-2009 la percepción global que tienen los usuarios de la atención en salud provista en las IPS alcanza un 87% de satisfacción; y en las 14 IPS acreditadas del país alcanza el 95%. La diferencia entre IPS públicas y privadas es de apenas de 3 puntos (85 a 88%).

Frente a la satisfacción global que perciben los usuarios frente a su entidad aseguradora en el período 2006-2009 las EAPB reportaron un índice promedio general de 81%. Si es del régimen subsidiado la

satisfacción se incrementa hasta el 89% y si tiene medicina prepagada se incrementa hasta el 90%; y en el contributivo sigue en 81%.

La tendencia de los valores de satisfacción en IPS y EAPB se mantiene estable en el periodo evaluado y con poca variabilidad.

Debe continuarse hacia el futuro involucrando las asociaciones científicas médicas colombianas y las demás profesiones de la salud asociadas a la atención específica de las patologías para que el desarrollo de cada indicador de efectividad incluya la información basada en la evidencia disponible al momento del análisis, y permita mantener la vigencia de cada medición. El resultado de medición de estos indicadores deberá ser útil también en la elaboración de guías de práctica clínica.

8. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la actualidad, tenemos el concepto de seguridad del paciente como una oportunidad de mejorar la calidad en nuestras instituciones, pero al pensar de una manera lógica qué modelos de reorganización son los más adecuados para la prestación de servicios hay que tener en cuenta el contexto de cada país y la falta de articulación de los servicios que hace que la continuidad de los tratamientos se vea afectada y no permita brindar atención con calidad.

Para pensar en los modelos de atención para la seguridad del paciente se debe tener una articulación de:

1. Liderazgo
2. Información
3. Participación de los pacientes
4. Regulación y estándares
5. Capacidad organizativa
6. Modelos de atención (2)

Los modelos de atención deben tener como objetivo el mejoramiento de la calidad con los aspectos aceptados universalmente como componentes claves. Las acciones que desarrolla el SOGCS orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales sólo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Comprende las siguientes dimensiones:

Efectividad: la atención a los pacientes se basa en el mejoramiento y en los resultados en la salud.

Eficiencia: los servicios de la salud se prestan de tal forma que se maximice el uso de los recursos.

Accesibilidad/enfoque centrado en el paciente: la atención a la salud debe tomar en consideración las preferencias y aspiraciones de los usuarios, así como a las comunidades a las que sirve.

Equidad: la calidad de los servicios no debe variar, sin importar las características personales de género, raza, etnia, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.

Seguridad: 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 (2).

8.1. MODELO 1

PROTOCOLO DE LONDRES: PROCESO SUGERIDO PARA LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS (15)

Es una variación actualizada y revisada del documento “protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos”. La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la investigación y experiencia en accidentes, tanto en el sector salud como en otras áreas. El propósito es facilitar la investigación de los accidentes clínicos, lo cual implica ir más allá de identificar la falla o de establecer quien tuvo la culpa.

Es un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que los métodos basados en tormentas de

ideas causales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. De igual forma, al ser un análisis más cuidadoso, describe una serie de eventos concatenados que pudieron haber conducido el evento adverso.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. Es importante aclarar que esta metodología debe desligarse hasta donde sea posible de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual, pues en la investigación de incidentes es necesario un ambiente abierto y justo.

8.1.1. MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLINICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas en campos diferentes al de salud (aviación, petróleo y energía nuclear) donde es una rutina establecida. Dentro de los diferentes métodos de análisis realizado por especialistas, algunos se han adaptado para uso en el contexto clínico asistencial. El protocolo se basa en el modelo de James Reason, según el cual las decisiones que se toman en el nivel directivo y gerencia de la organización se transmiten hacia abajo afectando todos los niveles de ésta, hasta llegar a los sitios de trabajo, donde pueden crear las circunstancias que condicionen conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo, físico, natural, acción humana, tecnológicas y de control administrativo. Durante el análisis de un accidente se consideran cada uno detalladamente y comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es

considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, conocidos como factores contributivos. En orden de importancia, dentro de estos tenemos los del paciente, pues las condiciones de salud de este juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. También con un papel fundamental están los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental que en el ambiente propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención del paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo pues se ha tornado más compleja y elaborada. Los ambientes físico y social de trabajo son elementos que también pueden afectar el desempeño de los individuos así como las decisiones originadas en los niveles directivos afectan a los grupos de trabajo. Está también la organización que se desempeña en un entorno del que no pueden sustraerse, por ejemplo en el contexto económico y normativo y de sus relaciones con otras instituciones.

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida en que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno que pueden haber jugado algún papel causal. Por ello, es útil para investigación y análisis de incidentes clínicos.

8.1.1.1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden involucrarse una o varias acciones inseguras. Tiene dos características: se aparta de los límites de una práctica segura y esa desviación tiene el potencial de causar un evento adverso. Ejemplos:
 - ✓ No monitorizar, observar y actuar.

- ✓ Tomar una decisión incorrecta.
- ✓ No buscar ayuda cuando se necesita.
- **Contexto clínico:** condición clínica del paciente en el momento en que se ejecuto la acción insegura (para entender cuando ocurre la falla).
- **Factor contributivo:** condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Por ejemplo:
 - ✓ Paciente muy angustiado lo que le impide entender instrucciones.
 - ✓ Ausencia de protocolos.
 - ✓ Mala comunicación entre miembros del equipo asistencial.
 - ✓ Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

8.1.2. INVESTIGACION Y ANALISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)

Es un proceso bastante estandarizado, que incluye los siguientes pasos:

1. Investigación y decisión de investigar

Debe existir previamente la identificación del suceso, para ello debe existir un reporte de eventos adversos; luego debe tomarse la decisión de investigar por quien corresponda a esta función.

2. Selección del equipo investigador

Se requiere de un equipo con conocimiento y experiencia en investigación de incidentes y experiencia clínica específica.

3. Obtención y organización de información

Todo lo necesario para el proceso de investigación y análisis del evento es:

- Historia clínica
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas
- Entrevistas con los involucrados
- Evidencia física
- Otros aspectos relevantes que tengan relación

4. Cronología del incidente

Realizada de acuerdo a las entrevistas, declaraciones y observaciones de quienes tienen alguna participación en el suceso.

5. Identificación de las acciones inseguras

El equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras, esta labor debe ser realizada preferiblemente con todo el personal involucrado en el incidente.

6. Identificación de los factores contributivos

El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Es adecuado analizarlas puntualmente pues cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

7. Recomendaciones y plan de acción

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es realizar una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. Se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que dependa, asignando las personas con el status gerencial y administrativo adecuado para garantizar su ejecución.

8.2. MODELO 2

MODELO DE GESTIÓN PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS (2)

Este modelo fue desarrollado por el McColl Institute de Seattle, Estados Unidos, donde se describen los cambios necesarios dentro un sistema de salud para permitir el desarrollo de una atención médica mucho más preventiva y de calidad, por medio de un paciente participativo y un equipo clínico más proactivo. La base de este modelo en los sistemas de salud está muy sesgada y por eso toman los casos agudos y sacrifican la gestión necesaria en torno a los pacientes con enfermedades crónicas. Esta orientación tiene repercusiones muy negativas en la calidad de la atención.

Algunas EPS y EAPB en Colombia adoptan este modelo aplicado a las guías de práctica clínica y a pacientes de alto costo. La evidencia indica que solo a uno de cada cinco pacientes asegurados y con acceso a los servicios de salud se le practican dichas pruebas, una situación que también sucede en Europa.

Cada vez es más claro que los sistemas que no desarrollan una continuidad en la atención, no fortalecen el seguimiento eficiente de pacientes que reciben la atención primaria y no se integra con la participación activa de los usuarios, donde la falencia en el sistema ocasiona un impacto sobre la salud de una población.

Para que este modelo pueda tomar vida en un sistema de salud debe estar articulado con los lineamientos políticos del país y de esta forma prestar servicios de salud orientados a dar continuidad y seguimiento en la atención. Esto es fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes.

Uno de los primeros procesos en este modelo, es la información que se debe dar al paciente para que tanto él como su familia pueda autogestionar mejor el tratamiento ya que si están bien informados se convierten en un punto de control. Al reiterar que la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, amplía el catálogo de características y establece que la información será verdadera, se

comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad:

a) Veraz: no se debe engañar al paciente, si bien en ocasiones la información puede ser omitida por necesidad terapéutica, es decir, cuando el conocimiento del paciente de su dolencia perjudique su salud de manera grave.

b) Comprensible: el lenguaje empleado para transmitir la información tiene que tener en cuenta al destinatario, lo que significa que deberá adaptarse a su nivel intelectual y cultural. Ello no impide utilizar un lenguaje técnico, siempre y cuando luego se expliquen de manera clara al paciente las actuaciones del proceso asistencial.

c) Adecuada: a las circunstancias personales del paciente (edad, estado de ánimo, etc.), a la extensión requerida por el paciente (información disponible) proporcionada en el momento adecuado, de manera que permita la toma de decisiones con la suficiente antelación, siempre que fuera posible, adecuada a la finalidad de la misma (dar a conocer el estado de salud, obtener el consentimiento, conseguir la colaboración activa, planificar actuaciones futuras, etc.).

El segundo proceso es la continuidad del flujo de pacientes en la atención primaria y hospitalaria. Los actores que asumen la prestación del primer nivel con enfoque en los programas de promoción y prevención su población es más sana y con menos probabilidad de enfermarse.

El tercero es la aplicación de los instrumentos o guías de tratamiento para que no exista variabilidad en los procesos; de forma articulada se encuentra el cuarto proceso que consiste en un sistema de información que permite un seguimiento correcto de los pacientes que requieren

atención continua y el quinto proceso es lograr una mejor conexión y activación de los recursos de la comunidad.

Se espera que los modelos específicamente diseñados para mejorar la gestión de enfermedades crónicas múltiples ayuden a frenar el crecimiento exponencial de costos asociados, y que el interés deje de centrarse en el cuidado agudo. Esto sería posible otorgando a los pacientes, cuidadores y a la comunidad un papel principal como agentes de cambio, con una diversificación de las funciones de los profesionales de la salud, mediante la optimización de los procesos de cuidado y el uso de nuevas tecnologías.

Tanto en países con altos como con bajos ingresos, estos modelos podrían ayudar a transformar unos sistemas de salud reactivos, fragmentarios y centrados en el cuidado especializado, en nuevos sistemas más dinámicos y coordinados con intervenciones con base en la comunidad.

Cuando se aplica este modelo de trabajo las organizaciones obtienen mejoras medibles en la calidad de la atención en varias de las dimensiones indicadas en párrafos anteriores, incluyendo la seguridad del paciente. A continuación se describen las mejoras de calidad que obtuvieron dos sistemas de salud muy diferentes, el de Estados Unidos y el del Reino Unido, mediante la aplicación del marco de gestión para enfermedades crónicas:

- Centro de Salud de Castlefields, Cheshire, UK
 - Disminución de 15% en el número de ingresos de pacientes mayores de 65 años.
 - Reducción de 31% en el tiempo promedio de estancia (de 6.2 a 4.3 días)

- Ahorros estimados por la aplicación del proyecto de 300.000 euros en un año.
- Clínica Rural en Washington, EU (aproximadamente 17 equipos de atención primaria)
 - Aumento en el porcentaje de pacientes controlados (de 9 a 36%) con proteinuria y presión arterial alta.
 - Incremento de 25 a 60 en el porcentaje de fumadores inscritos en el programa para dejar el tabaquismo.
 - Incremento en el porcentaje de pacientes que toman metformina (más del 70%) a los que se realizaron prueba de función renal.

En ambos países los resultados mencionados se obtuvieron en menos de dos años. La mayoría de los sistemas de salud utilizan alguno de estos mecanismos, pero rara vez se llevan a cabo de forma combinada conforme a un marco/modelo, por lo que sus efectos individuales se ven afectados de forma negativa. Cuando se usan de manera combinada, el impacto sobre los resultados y la calidad es considerable.

8.3. MODELO 3

MODELO DE KAISER PERMANENTE (2)

Kaiser Permanente (KP) es un seguro médico que se ofrece en California y que cubre aproximadamente a 6 millones de personas, con base en un modelo denominado Health Maintenance Organization (HMO). En virtud de que ha resultado eficaz, los responsables de las instituciones de salud en Inglaterra, España, Nueva Zelanda, Italia, Dinamarca, Escocia y Australia en los últimos cinco años han desarrollado diferentes versiones de este modelo de acuerdo a sus circunstancias particulares.

Dicho modelo identifica 3 niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente. Organizando a los pacientes según su riesgo permite apuntar mejor a diferentes grupos los programas de intervención. Esto a su vez permite utilizar mejor los recursos humanos concentrándolos sobre los grupos más complejos evitando así ingresos hospitalarios costosos e innecesarios.

El marco de trabajo que propone se basa en el concepto denominado “triángulo de KP” el cual hace énfasis en organizar a la población a la que ofrece cobertura de diferentes grupos con el fin de estratificar el riesgo de cada uno de ellos y, así intervenir según el grado de intensidad que se requiera sobre los mismos:

- Nivel 1: cuidados de apoyo y autogestión
- Nivel 2 alto riesgo: atención especializada
- Nivel 3 muy complejos; co-morbilidad, alto uso de recursos: gestión de casos

Cuando se procede de esta manera es posible entrever como los pacientes con muchas necesidades, los del nivel 3 son los primeros en ser identificados y se les ofrece una variedad de intervención más ambiciosa que la que se le da a los pacientes que se ubica en el nivel uno, y que solo requieren un seguimiento menos frecuente, dado que autogestionan en forma eficiente su enfermedad.

8.4. MODELO 4

MODELO SHELL (2)

En el ámbito de la aviación, industria que es extremadamente expuesta a las fallas y errores humanos, se ha logrado establecer mediante investigación científica, desde hace más de 20 años, que la principal causa de la baja productividad, calidad y seguridad es la mala gestión de

los Factores Humanos, siendo el origen de aproximadamente el 75% de los accidentes. No hay duda de las experiencias que a través de los años se han acumulado en materia de seguridad en la aviación. Es importante, conocer las prácticas que pueden ser útiles para lograr de igual manera la mayor seguridad posible en la atención médica.

Para el estudio y análisis de todos los elementos que componen los Factores Humanos y su interacción, se utiliza un modelo conceptual denominado Modelo "SHELL", cuyo nombre se deriva de las letras iniciales de sus componentes: Software (soporte lógico, instrucciones, procedimientos, manuales, información, documentos, registros, formatos, listas de verificación); Hardware (infraestructura, máquinas, equipos, herramientas, elementos de apoyo, tecnologías de información y comunicación); entorno (ambiente físico, Psico-social, económico, político, regulatorio, organizacional, medio ambiental); Liveware "Yo" (los aspectos de cada persona a nivel individual; sus competencias, sus emociones, sus motivaciones; lo mío) y Liveware "Otros" (referido a los aspectos de las otras personas con las cuales interactuamos).

Desarrollado por Elwyn Edwards en 1972 y modificado por Frank Hawkins en 1975, el modelo SHELL es usado para ayudar a visualizar la interrelación entre los componentes de la actividad: humano, máquina, programa y ambiente. Este diagrama no abarca las relaciones que se producen fuera de los factores humanos, siendo así una herramienta que visualiza los inconvenientes que se producen entre los humanos y los factores que intervienen en su trabajo.

El elemento humano es el más crítico y a su vez el más flexible y confiable del modelo. Es como una moneda de dos caras: por una parte

es el elemento que más influye en el error y sus consecuencias y por otra parte es el elemento que puede generar las mejores barreras al error y a las fallas, incrementando la calidad, seguridad y eficiencia de los procesos de trabajo. Pero no sólo la relación del hombre con los otros elementos puede hacer fallar el sistema.

La Norma ISO 9001 da cuenta de la aplicación del Modelo SHELL en las organizaciones, exigiendo como requisitos los establecidos en el Capítulo 6: determinar y proporcionar los recursos necesarios para garantizar la calidad del producto (Requisito 6.1); establecer la correcta competencia de las personas (conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para desempeñarse en el trabajo y sociedad), generar la toma de conciencia respecto a su rol frente a la calidad, y otorgar la formación (educación, capacitación y entrenamiento) necesaria a partir de una evaluación de necesidades de formación (Requisito 6.2); administrar eficientemente la infraestructura necesaria (Requisito 6.3) y administrar el ambiente de trabajo (ambiente físico, social y psicológico) que permita obtener las mejores condiciones para realizar el trabajo individual y colectivo (Requisito 6.4).

8.5. MODELO 5

MODELO REASON (15)

La idea fundamental del modelo Reason (Modelo del Queso Suizo o Teoría del Dominó) se basa en el hecho que en sistemas complejos existen barreras de defensa y seguridad con el objetivo de proteger frente a posibles daños a los individuos. Estas barreras mecánicas, personales u organizativas, pueden debilitarse en determinado momento, produciéndose una falla. En un sistema bien organizado las fallas latentes y activas, no romperán las defensas, dando como resultado un incidente, pero si no funcionan se produce un accidente.

Este modelo analiza los procedimientos, la vigilancia y la jerarquía para identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente, con el fin de perfeccionar sus defensas en un ciclo de mejora continua.

8.6. MODELO 6

MODELO DEL PACIENTE TRAZADOR (30)

La Joint Commission implementa un modelo para la auditoria de procesos mediante la metodología de “Tracer patient” que consiste en una evaluación integral del proceso de atención a un usuario en particular, fue diseñado con fines de acreditación.

Esta metodología tiene un énfasis marcado en la aplicación de procedimientos, evaluando al paciente desde que entra en contacto con la institución hasta su egreso. Tiene cinco etapas.

ETAPA 1

Pacientes trazadores:

Los usuarios que han permanecido por lo menos durante cinco días en la institución.

Selección de pacientes

- Diagnóstico: Alto volumen y de bajo volumen
- Procedimientos: Alto volumen, Alto riesgo, Bajo volumen
- Selección de unidades: atendidos por lo menos en tres servicios de la institución.
- Diagnóstico/procedimientos

- Cuidados especiales
- Un procedimiento de alto riesgo
- Próximos a su egreso.

ETAPA 2

Auditoria de la historia clínica de los pacientes seleccionados como trazadores.

- Repasar el expediente con el miembro del personal, no solo
- No conducir una revisión del personal
- No indicar que el personal hizo algo "incorrecto"
- Buscar situaciones de los "sistemas"
- Porque algo no está documentado, no significa que es un problema del cuidado.

Se evalúa la pertinencia de ayudas diagnósticas, procedimientos, medicamentos con respecto a guías e instructivos.

- La oportunidad y puntualidad en la realización de procedimientos y en la aplicación de medicamentos. (comparar con el plan integral de cuidados u órdenes médicas).
- Posibles eventos adversos evitables.
- Información y educación al usuario.

ETAPA 3

Entrevista con el personal asistencial.

- Estándares de la evaluación basados en la experiencia del paciente
- Seguir preguntando hasta que las respuestas estén bien desarrolladas
- Observar el cuidado, los procedimientos y los procesos a los pacientes

- Verificar el reporte y manejo de eventos adversos.
- Mantener la confidencialidad del paciente.
- No seguir un estándar específico, sino enfocarse en varios relacionados con el proceso.
- Considerar las preguntas alrededor de estándares hasta que tengan experiencia.
- Plantear las preguntas alrededor del paciente del Tracer, y no situaciones hipotéticas.
- Preguntas directas al personal y no a los supervisores.

ETAPA 4

Visita a servicios administrativos:

Se evalúan tres instancias:

- Recurso humano: hojas de vida del personal.
- Mantenimiento: hoja de vida de los equipos y la utilización en la atención del paciente.
- Sistema de información: acceder a la información del usuario y verificar el óptimo funcionamiento de las variables claves del sistema.

ETAPA 5

Entrevista con el paciente y los acompañantes.

- Hablar con pacientes/familiares sobre experiencias que han tenido
- Incorporar la observación del ambiente del hospital (FMS) en el “Tracer” del paciente.
- No interrogar al paciente sino tener una conversación

8.7. MODELO EN COLOMBIA

El sistema de acreditación, en todos sus niveles, se propuso inculcar el concepto de seguridad, y lo ha logrado gracias al trabajo del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud y del Ministerio de La Protección Social.

En Colombia, se está desarrollando un modelo de seguridad del paciente a través de la elaboración y la implementación de la estrategia Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, la cual incluye la Guía Técnica y los Paquetes Instruccionales sobre las Buenas Prácticas recomendadas en la Guía.

8.7.1. La guía (25)

Esta guía ha tomado en consideración los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, los desarrollos hechos en las instituciones acreditadas del país y las recomendaciones de la entidad acreditadora en salud (ICONTEC) como consecuencia del aprendizaje durante los procesos de acreditación; así como las recomendaciones producidas por las organizaciones y/o grupos técnicos reconocidos en el mundo que trabajan el tema de seguridad del paciente.

La Guía Técnica en Salud establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud. Incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros.
- Obtener procesos asistenciales seguros.

- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Las buenas prácticas contenidas en esta Guía Técnica en Salud son aplicables a: prestadores hospitalarios, prestadores ambulatorios, prestadores independientes, entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores.

8.7.1.1. PRACTICAS SEGURAS (25)

8.7.1.1.1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos:
 - Política institucional de Seguridad del Paciente.
 - Promoción de la cultura de seguridad.
 - Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo.

2. Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.

3. Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador:
 - Procedimientos de referencia de pacientes.
 - Procedimientos para la autorización de servicios.
 - Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.
 - Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS.
 - Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios.

4. Estandarización de procedimientos de atención:
 - Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente.
 - Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
 - Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar según estándares.
 - Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.

5. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.

6. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

7. Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.

8. Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.

8.7.1.1.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.

2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:
 - Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención.
 - Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria.
 - Identificación de alergias en los pacientes.

3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas:
 - Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente.
 - Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente.
4. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos:
 - Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto.
 - Prevención del fuego en cirugía.
 - Prevención de quemaduras en cirugía.
5. Prevenir úlceras por presión.
6. Prevenir las complicaciones anestésicas.
7. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
8. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
9. Implementar equipos de respuesta rápida.
10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:

- Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas.
- Prevención de daño inducido por medios de contraste.

14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.

15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.

16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.

8.7.1.1.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

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

8.7.1.1.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD

1. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
2. Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

8.7.2. Los paquetes (25)

Las buenas prácticas de seguridad del paciente se despliegan en estos 20 paquetes instruccionales que describen las actividades que deben llevar a cabo las instituciones para que los tópicos de los que habla la guía se puedan materializar y posteriormente evaluar, y así garantizar que la atención en salud se esté prestando con calidad y seguridad.

Los paquetes se pueden descargar en su totalidad de la página de internet del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social (25).

Los paquetes son los siguientes:

1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.
2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
4. Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.
5. Prevenir úlceras por presión.
6. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
7. Evaluación de las pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
8. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
9. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
10. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
11. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
12. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
13. Prevención de la malnutrición o desnutrición.
14. Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo.
15. Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo.

16. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
17. Prevenir el cansancio del personal de salud.
18. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
19. Ilustrar al paciente en el cuidado de su propia seguridad.
20. Seguridad de la atención de urgencias en la población pediátrica.

8.7.3. Modelo propuesto por El centro de Gestión Hospitalaria para Colombia

El Centro de Gestión Hospitalaria, es una institución que, a través de su página de internet y de la publicación de la revista Vía Salud ha trabajado durante 17 años en Colombia generando conocimiento relacionado con la calidad de la atención en salud, sistemas de gestión, garantía de la calidad en salud y seguridad del paciente. Capacita y asesora IPS, EPS y entidades territoriales en la mejora de la efectividad, eficiencia y seguridad de sus procesos (31).

Este centro, en alianza con la Fundación Corona, inició un proyecto cuyo fin es diseñar un modelo para facilitar el abordaje de la seguridad del paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud. Algunas de las características previstas para el diseño fueron (32):

- Definición de un elemento cuantificable que focalizara y articulara todos los componentes del modelo (hoy entendemos que ese foco debe centrarse en un evento adverso).
- Definición de herramientas articuladas entre sí, efectivas y aplicables en la prestación de servicios de salud en Colombia.

Estas premisas se transformaron en criterios clave para el diseño del modelo y enfrentan las amenazas planteadas en los párrafos anteriores. Por modelo de seguridad entendemos el referente conceptual y metodológico para implementar sistemáticamente en una institución de salud un conjunto articulado de conceptos, políticas, estrategias y herramientas, que se potencian para, de forma deliberada, se reduzcan los riesgos y se mejoren los resultados en el paciente, se brinde la atención en un entorno seguro y se genere y perdure una cultura de seguridad.

El modelo de gestión de seguridad del paciente, desarrollado por el Centro de Gestión Hospitalaria, se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad. Estos dos elementos son mutuamente dependientes, y deben darse de manera continua y paralela en el tiempo y apalancarse mutuamente. No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente. Y una cultura de seguridad no tiene ningún efecto si no cuenta con procesos hacia los cuales dirigir los esfuerzos (32).

En estos dos ámbitos se implementan diferentes herramientas: las duras, que son las de identificación, análisis de intervención de errores y eventos adversos apoyada en la literatura y la evidencia que tienen como propósito diseñar estándares para procesos seguros. Por último, las herramientas blandas, que son aquellas orientadas a promover y fomentar la cultura de seguridad.

Ambos elementos deben partir de una plataforma estratégica, en la que se identifiquen de manera explícita políticas de calidad y de seguridad del paciente. A partir de esta se define un foco de intervención coherente con

ella, con las prioridades institucionales y con las políticas de calidad y seguridad (32):

- El foco se define a partir de la plataforma estratégica.
- Las herramientas duras en el ámbito de procesos están articuladas entre sí mediante una secuencia que busca finalmente el diseño de barreras de seguridad, que alimentan los estándares de atención, probadas en la institución.
- La literatura y la evidencia sustentan las diferentes acciones para identificar, analizar e intervenir eventos adversos. Es posible utilizar la literatura para implementar, desde el principio, procesos seguros. No obstante, la cadena de identificación y análisis de errores y eventos adversos propios de la institución y del foco es la secuencia que permite mantener la coherencia de las acciones específicas en aras de la efectividad.
- El sistema institucional de reporte es una herramienta útil, dirigida a incidir en la cultura organizacional. Más allá de su utilidad como fuente de aprendizaje, no lo es para la caracterización o para la medición de la incidencia o prevalencia de eventos adversos o errores. Hay estudios que muestran que tan sólo entre un 1% y un 10% de los eventos adversos se reportan, lo cual le quita cualquier validez al reporte voluntario como herramienta estadística (32).

La observación del modelo en su conjunto permite identificar e integrar los tres elementos que interactúan en toda organización para el logro de la calidad y, en este caso, de la seguridad del paciente: la estrategia, la gestión de procesos y la cultura organizacional (32).

9. EXPERIENCIAS EXITOSAS EN ALGUNAS INSTITUCIONES DE COLOMBIA

A continuación se recopilan experiencias que han vivido algunas de las instituciones colombianas durante los años transcurridos desde la implementación de la normatividad sobre calidad de atención y seguridad del paciente. A modo de introducción se describen los logros generales más importantes del trabajo que realizan las organizaciones con el acompañamiento del Ministerio de Protección Social y posteriormente los retos que ellas, y el sistema en general deben asumir:

Logros (26)

- Fortalecimiento en la cultura institucional frente a los derechos y deberes de los pacientes, consentimiento informado y canales de expresión de necesidades.
- Notorios avances en definición, reporte, registro, prevención e intervención de eventos adversos y seguridad del paciente, liderando la implementación de la política de seguridad a nivel nacional.
- Estrategias para mejorar el ambiente físico, construyendo lugares más amables, cálidos y seguros, que resguardan la privacidad y la dignidad del paciente.
- Fortalecimiento de la dimensión técnico-científica y fuertes inversiones en tecnología para estar a la vanguardia en oferta de servicios a nivel nacional e internacional.
- Saltos cualitativos hacia la sistematización de datos, la digitalización y la historia clínica electrónica.
- Comparación de efectos de las herramientas de calidad y para mayor concepción del mejoramiento continuo.

- Interés en que la atención en salud se base en guías de atención y en evaluar la adherencia a procedimientos. Mayor énfasis en la capacitación y educación continua.
- Avances en materia de análisis de los efectos de la no calidad como estancias prolongadas, glosas, cancelaciones o reprogramaciones.
- Sistema de información al usuario que ha avanzado del cumplimiento de una forma a la visión de fondo sobre su importancia en educación para la prevención.
- Cultura abierta, participativa, sincera, humilde, que hace reflexión ética sobre el quehacer de las instituciones y busca la integridad de forma permanente.

Retos de las instituciones (26):

- Lograr la implementación de resultados internos y externos para el desarrollo de estándares.
- Dar continuidad a los avances hasta ahora logrados en materia de seguridad del paciente.
- Alinear las diferentes herramientas de mejoramiento de la calidad.
- Fortalecer las intervenciones en cuanto a promoción y prevención, educación al usuario y cultura del autocuidado.
- Evaluar la capacidad de crecimiento para responder a la oferta, coordinar acciones con las aseguradoras y hacer eficiente el sistema de referencia.
- Fortalecer los modelos de referenciación comparativa.
- Terminar la transición hacia la sistematización, digitalización e historia clínica electrónica.
- Unificar el monitoreo de los avances en materia de calidad en la prestación de los servicios, con indicadores efectivos y comparables.
- Mejorar la adherencia al cumplimiento de guías clínicas, pautas de tratamiento, recomendaciones sobre seguridad, etc.

Retos del sistema (26):

- Pasar de la evaluación de procesos a la evaluación de resultados.
- Evitar convertir en fin lo que es un medio.
- Fortalecer constantemente el método de evaluación y unificación de criterios.
- Simplificación de procesos.
- Desarrollar la acreditación de EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, laboratorios clínicos y entidades ambulatorias.
- Desarrollar el sistema de acreditación para riesgos profesionales y entes territoriales.
- Continuar con el trabajo en acreditación internacional por ISQUA logrado por algunas instituciones.
- Desarrollar estándares para promoción y prevención, salud pública, actividades extramurales y responsabilidad social.
- Investigación para la calidad.
- Articulación de tecnovigilancia, farmacovigilancia y acreditación.

9.1. FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA. INSTITUTO DEL CORAZÓN (Bucaramanga)

Algunas de las acciones por la seguridad son las referencias visuales: brazalete para garantizar la identificación del paciente, dispositivos de colores en los servicios de hospitalización para identificar pacientes infectados, señalización de todas las áreas y salidas de emergencias (26).

9.2 HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE (Medellín)

En la institución se tiene un cuidado máximo por la vida, tiene como pauta fundamental y prioritaria no deteriorar las condiciones de salud del paciente, de la familia y de los colaboradores; es un valor vital, una forma

de vida que traduce la forma como deben hacerse las cosas y no hacerlas de cualquier manera (28).

El primer evento adverso que se presenta es la neumonía asociada al ventilador. Para evitarlo se tienen 4 medidas simples: elevar la cabecera del paciente, profilaxis para hemorragia del tracto digestivo y trombosis venosa profunda y la interrupción diaria de la sedación (28).

Los procesos asistenciales son interdependientes y tienen en cuenta desde el acceso por la puerta principal hasta la salida del paciente de la institución. El reporte de eventos adversos es voluntario e inmediato, se analiza con el equipo primario y se gestiona. Se castiga el no reporte (28).

Realizan un seguimiento a la adhesión a las guías de atención para evaluar la calidad de la atención y detectar fallas que puedan considerarse como elementos de no conformidades (28).

Los pacientes siempre están acompañados por personal de enfermería cuando ingresan al servicio de hospitalización y cuando requieren algún traslado (28).

En caso de procedimientos quirúrgicos se realiza doble marcación del sitio operatorio cuando ingresa el paciente a la sala de atención prequirúrgica, allí también se confirma el diagnóstico, procedimiento a realizar y cirujano que va a realizar el procedimiento (28).

Hay diversas ayudas visuales para el personal de salud acerca de la verificación de las actividades, los 5 correctos, el desecho de material cortopunzante y lavado de manos (26).

Cuentan con una lista de chequeo con todos los comportamientos seguros e inseguros que puedan ocurrir en determinada área o proceso. Está establecido el comité de cultura de seguridad con líderes en cada una de las unidades de atención, donde están permanentemente detectando acciones inseguras y alimentando la lista de chequeo (28).

9.3. HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Para evitar las infecciones durante la atención cuentan con alcohol glicerinado cerca de todos los sitios de atención del paciente, camas eléctricas, mensajes institucionales, publicación de derechos y deberes de los pacientes en 19 puntos estratégicos del hospital (26, 28).

Contra las caídas tienen: cinta antideslizante y reflectiva en todas las escaleras y en todos los baños de las habitaciones, adecuación de las camas con barandas ergonómicas y seguras. Concientización de todo el personal de reposicionar las barandas de las camas y camillas cuando pasan por el lado de algún paciente, sillas metálicas con ruedas en las habitaciones para facilitar el baño de los pacientes, barandas dentro de los baños para que el paciente se sujete cuando lo necesite (26,28).

Hay un centro de control para la red contra incendios, calderas, tanques de agua, accesos, cámaras de seguridad y circuito cerrado de televisión (26).

Se trabaja permanentemente en la marcación de los medicamentos y de la calibración de los equipos (28).

Despliegue del plan de emergencias con entrega de volantes informativos a usuarios y personal, capacitación en manejo de extintores, preparación de simulacros y divulgación del protocolo del helipuerto, realización de simulacros (26).

Búsqueda activa con reporte consciente y oportuno de eventos adversos para su posterior gestión sin temor a las acciones punitivas. En el hospital se habla permanentemente de seguridad del paciente, se tiene a flor de piel, se interiorizó como una cultura institucional (28).

Visitas de autoevaluación (27)

En el Hospital se realizan visitas de autoevaluación de acreditación en salud que buscan generar acciones de mejoramiento en los servicios, facilitando un diálogo directo con los funcionarios en un escenario de confianza, escuchando todas las sugerencias e inquietudes. Estas visitas tienen por objetivo identificar y analizar conjuntamente las limitantes que afectan la prestación de servicios excelentes, planteando soluciones y estableciendo compromisos de mejoramiento; además permiten entregar elementos sobre la importancia del trabajo en equipo que motive al personal a aplicarlo en el día a día y construya relaciones de trabajo basadas en comprensión, confianza, aceptación y respeto mutuo.

En las visitas participan el gerente, subgerentes, directores asistenciales, directores administrativos, líderes de programa y asesores de calidad y de planeación y control interno.

La visita se realiza semanalmente a un servicio y sin previo aviso. Durante la primera hora, cada participante hace verificación y observación sobre el cumplimiento de estándares de acreditación, interactuando con funcionarios y/o pacientes. En la segunda hora se realiza una plenaria con los hallazgos y se escuchan las inquietudes y sugerencias del personal del área y se establecen los compromisos de mejoramiento. Posteriormente se realiza una visita de seguimiento en la cual se verifica el cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Resultados obtenidos: generación de confianza, fortalecimiento del trabajo en equipo, compromisos de mejoramiento continuo, satisfacción de clientes internos y externos, compromisos de la alta gerencia y establecimiento de una cultura de calidad.

La institución cuenta con una guía de práctica clínica dedicada a desplegar las prácticas seguras en el proceso de atención del paciente, dicha guía especifica todas las acciones que se deben hacer para cumplir con la norma técnica reglamentada por el Ministerio de la Protección Social.

A modo de ejemplo, a continuación se describen las acciones para evitar la cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado y que se llevan a cabo en las áreas donde se realicen procedimientos médico-quirúrgicos (33):

- Promover para que el equipo de salud de los servicios quirúrgicos, trabajen intensamente en el diseño de sus estándares, profundicen sus conocimientos (capacitación y reentrenamiento) y desarrollen un fuerte sentido de pertenencia de esos estándares.
- Aplicar oportuna y correctamente la Lista de Chequeo para la Seguridad Quirúrgica del Paciente, adoptada por la Institución.
- Cumplir con el procedimiento estandarizado para marcar el sitio operatorio en caso de intervenciones en órgano o miembro homólogo,

para evitar ambigüedades o imprecisiones en la marcación. En el caso de procedimientos quirúrgicos o radiográficos de columna, la marcación debe señalar exactamente el nivel vertebral donde se realizará la incisión o intervención.

- Marcar inequívocamente el sitio de la operación, con participación del paciente, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción.
- Cumplir con el procedimiento estandarizado para marcar el sitio operatorio en el caso de que el usuario se niegue a ser marcado con la técnica convencional o cuando se presentan dificultades debidas al sitio anatómico o características específicas del paciente.
- Corroborar, de forma independiente, por cada uno de los miembros del equipo quirúrgico (anestesiólogo, cirujano, ayudante quirúrgico, instrumentador y circulante), el procedimiento y sitio operatorio. En caso de discrepancias, no se iniciará el procedimiento hasta tanto se hayan aclarado tales discrepancias.
- Promover la participación del paciente en todos los puntos del proceso de verificación preoperatoria, siempre que sea posible. Cuando esté en el quirófano y antes de la inducción anestésica, el paciente debe confirmar con el equipo quirúrgico cual es el lado corporal, extremidad u órgano a intervenir.
- Aplicación previa en los procedimientos quirúrgicos de las escalas o metodologías para valoración de riesgo clínico.
- Obtener y documentar el Consentimiento Informado para todos los procedimientos, incluyendo el nombre completo del procedimiento y el plan o indicaciones de anestesia.

9.4 CLÍNICA EL ROSARIO (Medellín)

Como parte de su cultura de seguridad cuenta con señalización de áreas, manillas de identificación, sitios de disposición de desechos señalizados y

aislados correctamente, herramientas visuales para recordar comportamientos seguros: firmar consentimiento informado, marcación del sitio quirúrgico, protocolos de aislamiento y manejo correcto de medicamentos (26).

9.5. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ (28)

Desde hace más de 20 años el personal de enfermería viene reportando eventos adversos. Tienen como objetivo estratégico ser el hospital más seguro de América Latina, para esto cuentan con un programa de seguridad que se llama Atención Confiable, cuya política está basada en tres puntos: autorreporte de eventos adversos a través de una línea telefónica que funciona las 24 horas, educación al paciente, y seguimiento y toma de experiencias a partir de estos reportes para evitar que se repitan. El enfoque es preventivo y correctivo, considerando el paciente, su familia y todo el personal de la institución.

El programa es quien analiza y gestiona todos los eventos adversos de forma integral considerando la comunicación al paciente y a la familia como parte fundamental del proceso.

El consentimiento informado incluye una lista de eventos adversos que se pueden presentar y que son de obligatorio reporte.

Se refuerza la información sobre seguridad con material impreso, en el canal institucional y protectores de pantalla de equipos de cómputo.

Buscan generar una cultura de seguridad que lleve a cambios de comportamiento en todas las personas involucradas en la atención.

9.6. HOSPITAL PABLO VI BOSCA E.S.E. (Bogotá) (28)

La política de seguridad tiene varios componentes:

- Competencia del personal para prestar un servicio integral.
- Prácticas misionales seguras: guías médicas basadas en la evidencia, uso de barreras de seguridad.
- Equipos seguros, con mantenimiento preventivo y correctivo adecuado.
- Infraestructura segura.
- Cuidado del usuario: los pequeños menores de 5 años que ingresen a cualquier servicio son identificados con manillas.
- Cadena de custodia en caso de lesiones personales.
- Seguridad documental.
- Insumos seguros de la mejor marca o de la mejor calidad.
- Gestión en la atención de las maternas: atención prioritaria más segura y oportuna como pacientes estrella. Todos los meses el personal asistencial tiene capacitaciones en atención de gestantes, se seleccionó el personal, se mejoró la infraestructura de atención de partos y sala de relajación preparto.
- Rondas de seguridad. Estudio de estancias prolongadas, revisión de disposición de residuos, presentación de eventos adversos.
- Acróstico con la palabra seguro para pedirle al paciente que esté atento y colabore con su cuidado; incluye que esté pendiente de la marcación de la cama, corrobore que el medicamento es el correcto, que tenga cuidado con las pertenencias, pregunte al médico si ya se lavó las manos, solicite información en todo momento acerca de su cuidado.

9.7 CENTRO MÉDICO IMBANACO (Cali) (29)

La comunicación asertiva y efectiva con el paciente y su familia ante la ocurrencia de un evento adverso para ofrecerle seguridad y confianza, cumpliendo con el respeto a sus derechos. El no ofrecer una explicación oportuna ha sido un factor contribuyente para procesos legales.

6 razones para comunicarse con el paciente y su familia ante la ocurrencia de un evento adverso:

1. Promueve la honestidad
2. Hace parte de la política de seguridad del paciente.
3. La comunicación efectiva genera confianza
4. El compartir el evento permite al médico y al paciente tomar futuras decisiones en el cuidado de la salud.
5. Ayuda al médico y al paciente a manejar el sentimiento de frustración.
6. El análisis de eventos adversos ofrece una oportunidad de aprender y afianzar la cultura de seguridad.

Desde el 2003 hasta el 2007 disminuyeron dramáticamente la presentación de eventos adversos y el número de demandas, a su vez aumentó la satisfacción global.

Para la gestión del riesgo, se tienen en cuenta experiencias de seguridad del paciente a nivel mundial, la definición e implementación de la política de seguridad, la detección de factores de riesgo, ejecución de rondas de seguridad y la toma de medidas preventivas acordes a los factores detectados.

Cuando ocurre un evento adverso se reporta de inmediato a la gerencia clínica y se le brinda atención al paciente para disminuir el impacto.

Nunca se promete nada que no se pueda cumplir ni se crean expectativas de indemnizaciones o conciliaciones. Hay un acompañamiento permanente al paciente, a la familia y al médico. En la historia clínica se registra todo el suceso, el cuidado al paciente después de la presentación del evento, los puntos que se discutieron durante el acompañamiento y los nombres de los testigos.

La gerencia clínica clasifica el evento y busca asesoría jurídica si es un evento centinela. Se revisa y evalúa por pares buscando causa raíz y el cumplimiento de prácticas seguras. Por último se desarrolla y socializa un plan de acción fortaleciendo la política de seguridad, implementando nuevas prácticas seguras si se requiere, utilizando referencias de equipos de excelencia y haciendo un control de la gestión.

CONCLUSIONES

La seguridad del paciente es un tópico de la atención en salud que ha venido tomando fuerza e importancia en los últimos años en todas las instituciones de salud a nivel nacional e internacional como parte de la cultura organizacional que lleva a la prestación de servicios con estándares de calidad cada vez más altos.

La cultura de seguridad del paciente propone un enfoque sistémico e integral para abordar la presentación de eventos adversos que consiste en identificar todas las causas de los errores, analizarlas, darles una solución y crear mecanismos para evitar que se repitan. También propone el manejo de los eventos adversos no de forma punitiva sino constructiva y educativa, para retroalimentar al personal de la organización e introducir las mejoras a los procesos que lleven a aumentar los índices de calidad en la atención.

El daño ocasionado a un paciente es algo que se viene presentando desde tiempos remotos donde se consideraba el error en la atención como una falta del médico y se le castigaba por ello, estos conceptos han evolucionado y hoy el error en la atención se analiza de forma integral, involucrando a todas las personas y todos los servicios que participaron en dicha atención y de forma constructiva e incentivando el auto reporte.

El objetivo del trabajo en seguridad del paciente es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención en salud; maximizar su

identificación, reaccionar adecuadamente cuando ocurra y mitigar sus consecuencias.

La calidad se centra en la seguridad, sus otras dimensiones tienen que incorporarse a esta. Es difícil, sino imposible, imaginarse una atención segura que no es efectiva, oportuna, equitativa o centrada en el paciente.

Tal como sucede en todo proceso nuevo de mejoras, se debe dedicarle el tiempo necesario para alcanzar el objetivo de la seguridad; demostrar la capacidad de trabajar con expertos en el área cuando lo requieran y la flexibilidad para incorporar nuevas estrategias en el transcurso del proceso con el objeto de mantener vigentes los avances que se obtengan.

Para lograr preservar la seguridad en todo momento, es necesario que se convierta en una cualidad intrínseca de las operaciones diarias de las organizaciones. Brindar al paciente una atención con calidad implica que todas las acciones que se llevan a cabo para lograr seguridad en la atención se enmarquen dentro del direccionamiento estratégico de la Organización y hagan parte integral de su quehacer diario.

El problema principal que impide que las medidas para mejorar la seguridad del paciente se implemente con suficiente celeridad o den el resultado esperado es la renuncia de algunos elementos del personal a efectuar cambios. Esto da por resultado la falta de camarería y obstaculiza la adecuada integración del equipo de trabajo. El valor del ejemplo, donde un miembro del equipo que aporte su mayor esfuerzo y cuidado al emprender las acciones de seguridad, tendrá por lo menos un seguidor, el cual genera un clima de seguridad, dentro de la organización hospitalaria que con el tiempo, crecerá y se perfeccionará.

Las instituciones de salud deben apuntar a un recurso humano con las siguientes características: tener líderes dispuestos a solucionar el problema, estandarizar los procesos para disminuir la variabilidad, educar al personal y a los cuidadores con respecto a sus responsabilidades, utilizar sistemas de imposición cuando sea conveniente, monitorear las mediciones para determinar el progreso.

Una atención segura y de calidad, libre de errores y de eventos adversos, y cumpliendo con los estándares establecidos, evidentemente es menos costosa; la inversión que se destina a la calidad y la seguridad nunca será pérdida, contrario a lo que ocurre con los costos de no calidad, que siempre traerán más gastos para remediar el error y disminuirán el prestigio y la oportunidad de reconocimiento de las instituciones.

La seguridad del paciente es una prioridad mundial, diversas entidades y organizaciones trabajan en el tema liderados por la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza para la Seguridad del Paciente, con logros importantes e impactantes en la calidad de la atención en salud dados por la unificación de términos y conceptos de seguridad, generación de estrategias de atención limpia y segura que se han difundido por todo el mundo, capacitación del personal asistencial, participación activa del paciente y la familia en las acciones de seguridad y en su cuidado, promoción de la investigación.

Colombia acogió las políticas mundiales sobre seguridad del paciente a través de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en salud por parte del Ministerio de la Protección Social. Con este sistema se busca ofrecer herramientas para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tengan procesos de atención seguros, que protejan al paciente de riesgos evitables y se

impacte positivamente en la mejora de la calidad. Acciones como la vigilancia y gestión de eventos adversos, exigencia del cumplimiento de los estándares de habilitación, el impulso hacia la acreditación y participación en proyectos internacionales, han permitido tener avances significativos hacia la adquisición de una cultura de seguridad del paciente en nuestro país que busca el cuidado óptimo de los usuarios, el aumento de la calidad de la atención y el reconocimiento de las instituciones a nivel nacional e internacional.

Los logros han sido significativos, y los avances en el mejoramiento de la calidad de la atención de nuestros pacientes se perciben en el país, sin embargo todavía hay muchas instituciones sin acreditar y muchas verificaciones por hacer para que todos los lineamientos de la política del Ministerio sean una realidad tangible.

Muchas de nuestras IPS no son visitadas con regularidad por los entes verificadores de los requisitos de habilitación, por lo que el Estado no está monitorizando bien el cumplimiento de las obligaciones. Aunque el Ministerio ha generado múltiples normas, paquetes instruccionales, talleres con el personal de las instituciones y aplicativos virtuales, falta mucho compromiso por parte de las directivas de las organizaciones para aplicarlos y hacerlos parte de su cultura y de su quehacer; aún vemos infraestructuras deficientes, procesos donde el error puede cometerse fácilmente, falta de participación de los pacientes y sus familias en su cuidado y en las acciones de seguridad; en fin, esta no es la excepción a la situación colombiana con respecto a la falta de compromiso ante las normas y de los entes de dirección, vigilancia y control de hacerlas cumplir.

Sin embargo, las instituciones que en el país se pusieron en la tarea de implementar correctamente, y sin vicios de corrupción ni intereses particulares, todos los lineamientos de calidad, ya están acreditadas tanto nacional como internacionalmente y trabajan constantemente en el mejoramiento de sus procesos. El resultado salta a la vista: instituciones prestigiosas y reconocidas a nivel mundial donde los pacientes locales de otros países acuden buscando un servicio que se presta con excelencia y dejando al país como un centro de referencia y vanguardia de servicios de salud de alta complejidad y con los mayores estándares de calidad.

El informe INCAS pone de manifiesto los logros adquiridos en calidad, sin embargo también da cuenta de todo el trabajo que hay que hacer para mejorar, principalmente en la gestión de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que son el pilar fundamental para que los colombianos gocen de salud y bienestar: faltan acciones para disminuir la mortalidad fetal, el bajo peso al nacer, embarazos adolescentes, incidencia de sífilis congénita, tabaquismo materno. Sigue en incremento la aparición de enfermedades crónicas como diabetes y la obesidad y la mortalidad por cáncer de mama. Siguen siendo altos los índices de rehospitalizaciones antes de 48 horas en instituciones de mediana y baja complejidad. Estos resultados muestran que seguimos fallando en la atención básica, en enfermedades que deben evitarse y mitigarse porque de lo contrario impactan negativamente en la salud y en los costos del sistema.

Siguen presentándose brechas de calidad entre las entidades públicas y privadas como por ejemplo esperas más largas para asignación de citas y para la asignación de cirugías ambulatorias.

La política, la normatividad, las acciones, los paquetes instruccionales, todas las condiciones están por parte del Estado colombiano para que en

el país se presten excelentes servicios de salud en todos los niveles de complejidad y en el ámbito privado y público. Qué falta? Compromiso por parte de todos los actores del sistema de salud, principalmente de los directivos: eliminar las acciones corruptas y de favorecimiento de intereses particulares que no permiten que todo lo que está escrito se gestione y se lleve a cabo, que el acceso a servicios de calidad sea para todos y todas y no para unos pocos. Reorganizar las normas y las leyes para que los recursos fluyan como debe ser y las instituciones tengan las mismas condiciones de competitividad y de servicio. Fomentar más la investigación en temas de calidad y seguridad dentro de las universidades con la participación de las instituciones, para que el mejoramiento continuo de procesos sea siempre la premisa y el objetivo del plan estratégico de estas. Buscar el apoyo internacional y lograr convenios académicos y de inversión en infraestructura, tecnología y capacitación para lograr el cumplimiento de los estándares de calidad e imponerse metas cada vez más ambiciosas en pro del bienestar de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Restrepo FR. ¿Qué es un evento adverso? Calidoscopio. Boletín electrónico. Ministerio de la Protección Social 2007; 2: 9-10. En URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewsNo16447DocumentNo4178.PDF>. Consultado en noviembre de 2009
2. Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del Paciente Hospitalizado. México: Editorial Médica Panamericana; 2007.
3. Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Joint Commision Resources 2007. En URL:<http://www.ccforspatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSapnish.pdf>. Consultado en noviembre de 2009.
4. García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Consejo de enfermería de la comunidad valenciana 2007. En URL:http://www.portalcenova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf. Consultado en noviembre de 2009
5. Giraldo M. Colombia a la vanguardia en seguridad del paciente. Calidoscopio. Boletín electrónico. Ministerio de la Protección Social 2007; 1: 2-3. En URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBeContent/library/documents/>

DocNewsNo16447DocumentNo4812.pdf. Consultado en noviembre de 2009

6. Organización mundial de la Salud. 57^a Asamblea Mundial de la Salud. Aplicación de las resoluciones (informe sobre los progresos realizados) Punto 12.15 del orden del día provisional. A 57/18. Abril de 2004; 7-9. En URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57_18-sp.pdf. Consultado en noviembre de 2009

7. Organización mundial de la Salud. 59^a Asamblea Mundial de la Salud. Seguridad del paciente Punto 11.16 del orden del día provisional. A 59/22. Mayo de 2006. En URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59_22-sp.pdf. Consultado en noviembre de 2009

8. Organización mundial de la Salud. 55^a Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente Punto 13.9 del orden del día provisional. WHA 55.18. Mayo de 2002. En URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>. Consultado en noviembre de 2009.

9. Oficina de información pública, OPS. Responsables de la salud de todo el mundo se unen a la Organización Mundial de la Salud en el anuncio de un redoblado esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente. OPS Bolivia 2004. En URL: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=&511=569&SE=SN>. Consultado en noviembre de 2009.

10. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Francia: OMS; 2002.
11. Donaldson SL. La seguridad del paciente: “no hacer daño”. Perspectivas de salud, la revista de la Organización Panamericana de la Salud 2005; 10 (1). En URL: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/numero21-last.htm>. Consultado en noviembre de 2009.
12. Organización mundial de la Salud. La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. OMS centro de prensa 2007. En URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>. Consultado en noviembre de 2009.
13. Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente. Soluciones para la seguridad del paciente. Joint Commission Resources 2007. solución 1-9. En URL: <http://www.ccforspatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpanish.pdf>. Consultado en noviembre de 2009.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente 2007 Organización Mundial de la Salud. En URL: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_overview_es.pdf. Consultado en noviembre de 2009.

15. Ministerio de La Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de La Atención en Salud. Santafé de Bogotá: Editorial Fundación FITEC; 2007.
16. WHO. World Alliance for Patient Safety. Progress report 2006-2007. En
URL:http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/progress_report_2006-2007.pdf. consultado en mayo de 2010.
17. WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Primera edición. En
URL:http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf. consultado en mayo de 2010.
18. Rodríguez A. Reporte de eventos adversos: experiencia del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Vía salud 2007; (42): 5-10.
19. Ministerio de La Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. En URL:
http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=0. Consultado en julio de 2010
20. Ministerio de La Protección Social. Resolución 2679 de 2007. En URL:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16454DocumentNo4829.PDF>. consultado en julio de 2010.
21. Ministerio de La Protección Social. Política de Seguridad del Paciente. En

URL:<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16051DocumentNo3949.pdf>. consultado en julio de 2010.

22. Ministerio de La Protección Social. Observatorio de Calidad de La Atención en Salud. Número Especial, Boletines 2,3 y 4. Gestión de la Calidad de la Atención en Salud basada en hechos y datos. En URL: [http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/BOCS\(No.Especial\).pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/BOCS(No.Especial).pdf). Consultado en agosto de 2010.

23. Ministerio de La Protección Social 1er Informe Nacional de Calidad de La Atención en Salud, INCAS Colombia 2009. En URL: http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/INCAS.pdf. consultado en agosto de 2010.

24. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (Informes, estudios e investigación- 2009, Ministerio de Sanidad y Política Social, España). En URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf. consultado en septiembre de 2010

25. Ministerio de La Protección Social. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Buenas prácticas para la seguridad del paciente. En URL: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/herra_seguridad.aspx. consultado en octubre de 2010.

26. Rodríguez CE. La acreditación en salud de Colombia, valor que agrega a la prestación de servicios de salud: experiencias y resultados de cuatro años de implementación. Presentación de power point en el material digital: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social.
27. Vélez SA. La mejora de la seguridad del paciente a través de la autoevaluación de acreditación en salud: el ejemplo del Hospital General de Medellín. Presentación de power point en el material digital: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Ministerio de la Protección Social.
28. Experiencias exitosas para la mejora de la seguridad del paciente. Videos en el material digital: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Ministerio de la Protección Social.
29. Wristbands for hospital inpatients improve safety. National Patient Safety Agency, Safer practice notice 11, 22 November 2005. En URL: http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identification_SPN.pdf. Consultado en octubre de 2010.
30. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations “Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, Volumen 1, solución 2, Mayo 2007. En URL: <http://www.jcpatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution2.pdf>. Consultado en octubre de 2010.

31. Centro de Gestión Hospitalaria. Temas, generar y apropiar conocimiento. En URL: <http://www.cgh.org.co/temas/temas.php>. Consultado en octubre de 2010.

32. Centro de Gestión Hospitalaria. Productos, la mejor opción en asesoría y acompañamiento para lograr resultados efectivos. En URL: <http://www.cgh.org.co/productos/productos.php>. Consultado en octubre de 2010.

33. Hospital General de Medellín. Prácticas seguras en el proceso de atención del paciente. Proceso de atención integral en Salud, Gestión de eventos adversos. Código AIS-AP02I01, versión 01, pag 8-9. Agosto de 2010.