

CAUSAS POR LAS CUALES EL PERSONAL ASISTENCIAL Y
ADMINISTRATIVO DE COOMEVA EPS SECTOR SALUD MEDELLÍN NO
REPORTA LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

HERNÁN DARÍO CORTÉS MEJÍA

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2012

CAUSAS POR LAS CUALES EL PERSONAL ASISTENCIAL Y
ADMINISTRATIVO DE COOMEVA EPS SECTOR SALUD MEDELLÍN NO
REPORTA LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE AUDITORIA EN SALUD

HERNÁN DARÍO CORTÉS MEJÍA

ASESORA

AMPARO RUEDA DE CHAPARRO

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2012

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

MEDELLÍN, NOVIEMBRE 2012

AGRADECIMIENTOS

La presente trabajo es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia gracias todos.

Agradezco a la Dra. Pilar Vallejo López por haber confiado en mi trabajo de investigación y el apoyo incondicional en las dudas que surgían en el camino, por su paciencia y servicio, a Coomeva E.P.S en cabeza de la Unidad Básica Atención de Occidente por haberme permitido realizar este trabajo allí en su organización y disponer al personal para la recolección de la información.

También quiero agradecer a la Dra. Amparo Rueda de Chaparro quien como asesora logró enseñarme la importancia de la disciplina y el esfuerzo necesario para el desarrollo de este trabajo de grado.

3. OBJETIVOS	42
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4. METODOLOGÍA.....	44
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.2 TIPO DE ESTUDIO.....	44
4.3 POBLACIÓN.....	45
4.4 VARIABLES.....	45
4.5 CATEGORÍAS	¡Error! Marcador no definido. 45
4.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47
4.6.1 Fuentes de información	47
4.6.2 Instrumento de recolección de información.....	49
4.6.3 Proceso de obtención de la Información.õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .	53
4.6.4 Control de errores y sesgos	54
4.6.5 Consideraciones éticas...õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ	54
4.6.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	54
5. RESULTADOSõ ..	55
6. DISCUSIÓN	84
7. CONCLUSIONES.....	86
8. RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	91

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica N°1. Conocimiento de la política de seguridad de la atención	64
Gráfica N°2. Implementación de la política de seguridad	65
Gráfica N° 3. Expectativas y acciones de quien promueve la seguridad del paciente	66
Gráfica N°4. Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo	67
Gráfica N°5. Actitud de comunicación abierta	69
Gráfica N°6. Retroalimentación y comunicación sobre el error	70
Gráfica N°7. Respuesta no punitiva al error	71
Gráfica N°8. Personal	72
Gráfica N°9. Apoyo y soporte de la unidad para la seguridad del paciente	73
Gráfica N°10. Trabajo en equipo entre las áreas de la unidad	74
Gráfica N°11. Transiciones 1	75
Gráfica N°12. Transiciones 2	75
Gráfica N°13. Transiciones 3	76
Gráfica N°14. Reportes 1	77
Gráfica N°15. Reportes 2	78
Gráfica N°16. Reportes 3	79
Gráfica N°17. Reportes 4	79
Gráfica N°18. Grado de seguridad del paciente	81
Gráfica N° 19. Tiempo que lleva en la empresa	82

RESUMEN

Actualmente en todas las Instituciones de Salud es obligatorio tener implementado un Sistema de Garantía de Calidad que cumpla con todas las normas exigidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, dentro del cual la Seguridad del Paciente es un elemento transversal de los cuatro componentes de este Sistema como son el Sistema Único de Habilitación en Salud, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema Único de Acreditación. Por consiguiente, es fundamental formular una Política de Seguridad del Paciente que implica los lineamientos de la organización respecto a este tema estratégico y los aspectos claves que se deben abordar e implementar a través de una serie de iniciativas para mejorar la calidad de la atención en salud centrada en la seguridad del paciente.

Una de estas iniciativas es la vigilancia de los Incidentes y Eventos adversos que reporta el equipo de salud de cada institución. Debido a que en Coomeva no se está haciendo un adecuado reporte de Incidentes y de Eventos Adversos, se realizó este trabajo con el fin de identificar el origen de esta falta de notificación, de obligatorio cumplimiento dentro de los parámetros exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se analizaron los diferentes aspectos que pudieran estar generando la situación problema involucrados dentro de la Cultura de Seguridad: se revisó la Política de Seguridad, investigando como fue la difusión, la implementación y el seguimiento en cada una de las Unidades Básicas de Atención de Coomeva E.P.S. Medellín, la

sensibilización del cliente interno, la capacitación, su conocimiento y comprensión así como el liderazgo para impulsar su implementación.

Se diseñó una lista con las preguntas que era necesario incluir en la encuesta y se aplicó, logrando obtener la información necesaria del panorama general y específico, en donde se evidenció la necesidad de reforzar la implementación de la Cultura del Reporte de Incidentes y Eventos Adversos, por otro lado, aunque hay un conocimiento de la Política de seguridad del paciente, falta interiorizar y reconocer la importancia de esta, ya que es la base para una Atención Segura y de Calidad.

Palabras claves: Atención Segura y de Calidad, Política de Seguridad, Cultura de Seguridad, Cultura del Reporte de Incidentes y Eventos Adversos.

ABSTRACT

Currently in all health institutions are required to have implemented a quality assurance system that meets all the standards required by the compulsory system of Quality Assurance within which Patient Safety is a cross of the four components this system such as the Unified Health Enabling the Audit for Quality Improvement in Health Care, Information System for Quality and Accreditation System One. It is therefore essential to formulate a Patient Safety Policy guideline involving the organization on this issue strategically and the key issues to be addressed and implemented through a number of initiatives to improve the quality of health care centered on patient safety.

One such initiative is the monitoring of adverse events and incidents reported by the health team in each institution. Because in COOMEVA not doing a proper incident reporting and adverse events, this study was undertaken to identify the source of this lack of notification of mandatory within the parameters required by the Ministry of Health and Social Protection.

We analyzed the different aspects that could be causing the problem situation involved in the Safety Culture: revised Security Policy was investigated as the dissemination, implementation and follow-up in each of the Basic Units COOMEVA EPS Care, in Medellin, internal customer awareness, training, knowledge and understanding and leadership to drive implementation.

We created a list of questions that needed to be included in the survey and applied, obtaining the necessary information from the overview and specific, where there was a need to strengthen the implementation of the Incident Reporting Culture and adverse events on the other hand, although a knowledge of patient safety policy, lack internalize and recognize the importance of this, as it is the basis for a safe, quality care.

Keywords: Safe and Quality Care, Safety Policy, Safety Culture, Culture and Incident Reporting Adverse Events.

INTRODUCCIÓN

La implementación de la estrategia de Seguridad del paciente requiere acciones coordinadas y sobre todo un importante cambio cultural en las organizaciones y en el país. La política de seguridad de la atención para las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud Coomeva sector salud, se formalizó como una Política de ATENCION SEGURA con un enfoque preventivo para garantizar una atención segura a los usuarios de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud de COOMEVA Sector Salud, evidenciada por bajos índices de ocurrencia de eventos adversos y de costos de no calidad derivados de estos.

Se definieron los principios, objetivos y consideraciones metodológicas, para su implementación y se dieron los lineamientos necesarios para la conformación y operación del comité de seguridad de la atención con el fin de articular sus funciones y acciones con otras áreas para lograr los objetivos propuestos y los resultados esperados. Adicionalmente se diseñaron herramientas para su ejecución como el sistema de reporte para organizar y capturar la información requerida para la gestión.

A través del presente proyecto de grado se investigó por qué no ha sido posible implementar la cultura de reporte de eventos adversos, componente crítico de la política de seguridad para mejorar la calidad de la atención en salud de los afiliados. En el primer capítulo se formula el problema detectado, en el segundo se aborda el marco teórico legal y de Coomeva en relación con el tema, en el tercero los objetivos del proyecto, en el cuarto la metodología, en el quinto los resultados de la investigación, en el sexto la discusión de ellos, en el séptimo las conclusiones y en el octavo las recomendaciones correspondientes.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica (1) se ha convertido en un punto de debate en el mundo, pues el impacto sobre los sistemas de salud es evidente; se estima que los errores en la prestación de los servicios de salud provoca por un lado altos costos financieros, aumento en los tiempos de estancia hospitalaria, aumento de los riesgos de presentar infecciones intrahospitalarias y por otro lado afecta la confianza, la seguridad y la satisfacción de los usuarios al momento de recibir el servicio.

Es necesario tener en cuenta todos los aspectos que involucran el cuidado de la salud, las acciones y decisiones tomadas dentro de ese proceso de brindar cuidado y atención para minimizar los riesgos clínicos, lo cual debe llevar a promover una comunicación clara, oportuna, a trabajar en equipo, a crear sistemas de notificación y seguimiento de incidentes y eventos adversos con el fin de analizarlos y tomar las mejores decisiones oportunas frente a las situaciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, para desarrollar e implementar medidas preventivas, de seguimiento, coyunturales y a generar investigación.

Cooomeva sector salud es una entidad comprometida con la prestación de un servicio de la más alta calidad en la ciudad de Medellín; con el ánimo de mejorar constantemente la seguridad y la calidad de la atención brindada a sus afiliados, la empresa formuló la política de Atención Segura y los mecanismos para divulgarla a sus clientes internos con el fin de sensibilizarlos para su implementación individual y colectivamente.

A pesar que la institución cuenta con una política desarrollada y divulgada dentro de su personal ha identificado fallas en la aplicación de la misma, reflejadas en el no cumplimiento del indicador del reporte de los eventos adversos, razón por la cual fue necesario realizar una revisión del proceso desde su estructura misma y los mecanismos de cómo fue dada a conocer y el impacto que se dio en los trabajadores para generar en ellos un compromiso.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La política de ATENCION SEGURA es, sin lugar a dudas de gran importancia. Además de tener profesionales de salud competentes, insumos, equipos y medicamentos necesarios para una buena atención, las instituciones deben garantizar procesos para la seguridad en la atención con la adecuada relación entre todos los profesionales de la salud. Es por esto que todas las personas involucradas tienen que tener claro cuál es el objetivo del proceso de prestación de servicios de salud y cómo hacerlo de forma segura, para prevenir y evitar recurrencia de eventos adversos que generan impacto negativo en la salud y la vida de los usuarios, en los costos de atención y en la imagen de las organizaciones.

La Joint Commisión on Accreditation of Health Care Organization ha definido la calidad como el grado en que los servicios de atención al cliente aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados por él y reduce la probabilidad de los efectos indeseados y de conformidad con el estado real de conocimiento. La prestación de los servicios de salud se convierte en el principal elemento de la seguridad del paciente con implicaciones de responsabilidad legal, moral que exigen una práctica competente, segura y destinada a mejorar la calidad del servicio. (2)

El proceso de seguridad del paciente debe responder a indicadores de estructura, proceso y resultado, pero igualmente debe incorporar otras dimensiones que

tienen que ver con la parte humana, el trato digno y la participación del paciente en su proceso de cuidado, aspectos que deben orientar la prestación de los servicios con calidad, basada en la prevención desde el entorno hasta la práctica como tal.

Se requiere entonces que los servicios de salud en Coomeva, involucren acciones para mejorar la calidad de los servicios, que apunten no solo a la satisfacción de las necesidades de los usuarios, sino también a garantizar la seguridad de los mismos de manera que se pueda evaluar y evidenciar por medio de indicadores, identificando de forma oportuna las diferentes situaciones de riesgo, realizando el reporte correspondiente y tomando de manera prioritaria las medidas coyunturales y de seguimiento correspondientes, acciones que se llevan a cabo de manera satisfactoria si se estimula proactivamente el interés en su personal para que lleve a cabo cada una de las etapas del proceso.

Para lograr esto se requiere una revisión de las acciones desarrolladas por Coomeva para llevar a cabo la transformación cultural hacia la seguridad del paciente, la sensibilización y capacitación al personal en el procedimiento de reporte de incidentes y eventos adversos y además conocer su percepción sobre la forma cómo se hizo, para lograr que comprendieran claramente la razón por la que existen los servicios de salud, a quienes sirven y cómo se prestan, de manera que la atención sea libre de riesgos.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las causas por las que el personal asistencial y administrativo de las UBA propias de Coomeva Sector Salud - Medellín, no genera el reporte de cada uno de los Incidentes y Eventos Adversos ocurridos en las sedes, lo cual es un elemento fundamental en la implementación de la Política de Atención Segura?

2. MARCO TEÓRICO

Los sistemas de prestación de salud son complejos; por lo mismo son de alto riesgo y es necesario implementar en las instituciones de salud la cultura del reporte de los incidentes y eventos adversos que permita a través del análisis sistemático con un enfoque sistémico, detectar las acciones inseguras y los factores que contribuyeron a la presencia de las fallas en la atención para implementar las barreras de seguridad y se construya una cultura de seguridad del paciente.

2.1 MARCO LEGAL COLOMBIANO

- Política de Prestación de Servicios en Salud: en el año 2004, el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social definió como uno de sus ejes estratégicos la Calidad y como estrategias para desarrollarlo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con un elemento transversal que es la Seguridad del Paciente (3)
- Resolución 1043 de 2006: en el estándar 9, el seguimiento a los principales riesgos en la prestación de servicios.(4)
- Resolución 1446 de 2006: define la vigilancia de eventos adversos como obligatorio para los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y establece eventos adversos trazadores a los cuales debe hacer seguimiento la institución según le aplique.(5)

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia, junio de 2008: en el numeral VI ACCIONES INSTITUCIONALES QUE PROPENDEN POR ESTABLECER LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, determina que una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, y mediante el despliegue de herramientas prácticas. (6)

Entre las herramientas comunes a los principales programas de seguridad del paciente en el mundo, figura la Política Institucional de Seguridad del Paciente en la cual la alta gerencia de las instituciones debe demostrar en forma explícita el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. En ella se deben establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser la institución de una cultura justa, no punitiva de seguridad del paciente pero que no fomente la irresponsabilidad; reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos, crear o fomentar un entorno seguro de la atención y educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

Así mismo, se deben dar lineamientos claros de cómo implementarla, abordar temas como la creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos, garantizar la confidencialidad de los análisis, desarrollar estrategias organizacionales para su operación como unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento, homologar en la institución los conceptos y definiciones claves, integrarla con otras políticas y procesos institucionales como calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, entre otros, construir una alianza con al paciente y su familia,

integrarla con los procesos asistenciales y definir los recursos para su implementación.

- Guía Técnica 1 Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud: en el artículo 4.1.1.3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo establece que la institución debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. (7)

Establece que los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras y explica que no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución. Implica la definición de un Proceso para el reporte de eventos adversos que incluye: qué se reporta, a quien se le reporta, cómo se reporta, a través de qué medios, cuando se reporta, cómo se asegura la confidencialidad del reporte, si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros, el proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó, cómo se estimula el reporte en la institución

De otra parte, determina que para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA) según el ~~%~~ Protocolo de Londres+ que es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para este análisis, precisando cual será el manejo dado a la lección aprendida, cómo se establecerán barreras de seguridad, cuáles procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

En el numeral 4.1.2 establece la necesidad de brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo, Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud, ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución y con contenidos sencillos y concretos.

- Estándares de Seguridad del Paciente: De acuerdo a los estándares de la resolución 123 del 26 de Enero del 2012 el Ministerio de Salud y de Protección social - Dirección de prestación en servicios y atención primaria de la república de Colombia existen unos estándares de seguridad del paciente basados en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, donde se estipula los siguientes de cabal cumplimiento. El primero se refiere a la evaluación e implementación de la política de seguridad de los pacientes y la planeación estratégica de seguridad, lo segundo la generación de una cultura de seguridad que pueda ser medida, otro aspecto se relaciona con la prevención de las fallas, mediante la construcción de procesos seguros y finalmente este estándar busca que exista una implementación completa de las recomendaciones basadas en la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud. (8)

2.2 OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE ATENCION SEGURA EN COOMEVA SECTOR SALUD

Por lo anterior y teniendo claro que en los lineamientos estratégicos de COOMEVA Sector Salud se evidencia la seguridad del paciente como prioridad de la organización, la empresa ha decidido formular su política de ATENCION SEGURA la cual define los siguientes componentes fundamentales para el logro de los resultados esperados

2.2.1 Objetivo general: Implementar el proceso de evaluación, intervención y seguimiento de las fallas latentes y eventos adversos relacionados con los servicios brindados en las Unidades de Prestación de Servicios de Coomeva Salud y que afectan la seguridad de la atención de los usuarios y garantizar en los procesos de prestación de servicios, barreras de seguridad adecuadas para el control de las fallas latentes y eventos adversos, que permitan obtener óptimos niveles de seguridad en atención de los usuarios.

2.2.2 Objetivos específicos: promover la cultura de la seguridad de la atención del paciente, con el fin de lograr que esta se perciba en el día a día de los colaboradores de la organización, integrar en la política de atención segura todas las estrategias del sector salud de COOMEVA, que contribuyan a garantizar la seguridad de la atención de los usuarios, identificar las fallas inherentes a cada servicio, con el fin de implementar los mecanismos de detección e intervención de estos, lograr la notificación del 100% de las fallas detectadas en los servicios y los eventos adversos ocurridos en la organización, gestionar el 100% de las fallas y eventos adversos notificados en la organización, con el fin de aprovechar las oportunidades de mejora que estos aportan, implementando las barreras de seguridad necesarias para contribuir a garantizar la seguridad de la atención de los usuarios involucrar en forma eficaz al paciente y su familia en la notificación e intervención de las fallas y eventos adversos y disminuir los índices de eventos adversos, con el fin de lograr óptimos niveles de seguridad en atención de los usuarios.

2.3 CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y FILOSÓFICAS

2.3.1 Definición: la política de ATENCION SEGURA es el conjunto de elementos estructurales, conceptos, principios, procedimientos y actividades, que se adoptan en la organización para prevenir y evitar la recurrencia de eventos adversos, con el propósito de brindar servicios de salud seguros para el usuario y su familia.

Es una estrategia, que a partir de la búsqueda de eventos adversos y de las fallas latentes ó activas de los procesos, las cuales aumentan la probabilidad de ocurrencia de estos, permite analizar las causas que los generan e implementar las acciones necesarias que se convierten en barreras de seguridad para los usuarios que contribuyen a prevenirlos y evitar su recurrencia.

2.3.2 Visión: la política ATENCIÓN SEGURA, será la herramienta organizacional que permitirá garantizar una atención segura a los usuarios de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud de COOMEVA Sector Salud, evidenciada por bajos índices de ocurrencia de eventos adversos y de costos de no calidad derivados de estos

2.3.3 Enfoque: la política de ATENCIÓN SEGURA tiene un enfoque Preventivo: Busca prever, advertir e informar sobre las fallas potenciales en los procesos asistenciales de las diferentes Unidades de Prestación de Servicios, que constituyen factores desencadenantes, para que los procesos conduzcan a resultados adversos que causan daño al usuario. El enfoque correctivo, es inherente al análisis de caso y su gestión repercute en la mejora del proceso involucrado, así mismo como a la retroalimentación en el equipo de salud.

Si bien es cierto que no existe enfoque punitivo, de señalamiento y búsqueda de culpables, la política debe orientar el aprendizaje organizacional hacia prácticas

seguras en los servicios de salud, garantizando el compromiso del personal con la prevención y reporte de los eventos que pudieran haber causado o causar daño al usuario.

2.3.4 Principios de la política atención segura: para alcanzar el propósito de establecer una atención segura, es fundamental establecer principios transversales que orienten el que hacer de los colaboradores de la organización en la política:

- Acciones centradas en el usuario: El quehacer diario de los colaboradores de la organización en la política debe estar orientado a minimizar las fallas inherentes a los servicios, con el fin de garantizar atención segura a los usuarios.
- Trabajo en equipo: La cultura de seguridad debe ser orientada desde el ámbito de la alta gerencia y en su desarrollo se debe involucrar a todo el equipo de salud compartiendo una serie de valores y principios que permitan crear en la organización entornos y procesos seguros, con la participación de los colaboradores de diferentes disciplinas y con diversos niveles de formación.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad De la Atención en Salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del sistema obligatorio de garantía de Calidad de la atención en salud y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales.
- Confidencialidad: tanto en términos de la atención del paciente como también de la protección de la confidencialidad de los análisis que se hacen al interior de la institución

2.3.5 Estrategias: en la institución se formularon las siguientes estrategias:

- Alianza con el paciente y su familia: Dar al paciente elementos para que pregunte por sus posibles riesgos, para que identifique los posibles factores que pudieran alertarlo los comunique, involucrando al paciente y a su familia en forma activa como una barrera de seguridad.
- Alianza con el profesional de la Salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contara con la activa participación de ellos y procurara defenderlo de señalamientos injustificados.
- Desarrollar la cultura de la seguridad del paciente: esta estrategia propende porque cada vez nuestras instituciones y profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos.

2.3.6 Alcance: Inicia con la identificación de los factores críticos que intervienen en la presentación de eventos adversos, su intervención por parte del equipo de salud y seguimiento a la implementación de barreras de seguridad. siguiendo con el reporte de eventos adversos, intervención de los mismos y seguimiento al plan de acción establecido en las Unidades de Prestación de Servicios propias de la organización, con la pertinente aplicación en la cultura de la seguridad de la atención.

2.3.7 Responsable: equipo de salud de las Unidades de Prestación de Servicios propias lideradas por el comité seguridad de la atención con el apoyo técnico del auditor de prestación de servicios y auditor previsor de cada regional.

2.3.8 Definición de términos: para homologar conceptos relativos a la seguridad del paciente, requeridos para la implementación de la política de Atención Segura, la institución documentó los siguientes:

- Riesgo: Probabilidad de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de las personas (paciente y/o trabajador) como en materiales y equipos.
- Gestión del riesgo: Conjunto de actividades que se emprenden con el fin de identificar y estimar los riesgos asociados a los dispositivos médicos, recurso humano, instalaciones, historia clínica, registros, procesos prioritarios asistenciales, proceso de referencia y contrarreferencia, así como el seguimiento a los mismos y los mecanismos que se utilizan para corregir, controlar y prevenir su aparición.
- Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial, no por la patología de base, puede ocasionar incapacidad permanente, incapacidad temporal o muerte.
- Evento Adverso prevenible: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error durante el diagnóstico, tratamiento, o el cuidado del paciente, no por la patología de base.
- Evento adverso no prevenible: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error durante el diagnóstico, tratamiento, o el cuidado del paciente, no por la patología de base.
- Evento centinela: Evento adverso donde está presente una muerte, o daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente con anterioridad y que requiere tratamiento permanente o un cambio permanente de estilo de vida.
- Casi evento adverso: Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad, o de una intervención oportuna, no se presentó evento adverso.

- Error: Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado
- (Error de planeación), o falta en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución) ambos pueden ser causados por acción o por omisión.
- Factor de Riesgo: Elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya probabilidad de ocurrencia dependen de la eliminación, y/o control del elemento agresivo, es equivalente a factor contributivo.
- Acción Insegura: Acto, omisión, o violación consciente puntual que genera o puede generar un evento adverso.
- Barrera de Seguridad: Elemento estructural, metodología, que evite un error o que habiéndose presentado el error, evite el evento adverso, o que habiéndose producido el evento adverso lo mitigue.
- Actos riesgosos intencionales: Es cualquier evento que resulta de un evento criminal, un acto no seguro realizado con abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas.
- Factores Contributivos: Condiciones que predisponen a que se cometan los errores.
- Falla Latente: También denominada falla potencial, riesgo del proceso y hace referencia a las condiciones que predisponen a la ejecución equivocada o riesgosa de un proceso que pone en peligro la atención segura de los usuarios.

2.4 CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN SEGURA EN COOMEVA SECTOR SALUD

En el marco del concepto de política de seguridad de la atención y de acuerdo con las políticas de COOMEVA sector salud, las siguientes serán las consideraciones metodológicas que guiarán la implementación de la política de atención segura en

las diferentes Unidades de Prestación de Servicios de salud propias de COOMEVA sector salud.

- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos

Acciones: Despliegue institucional de la política de atención segura involucrando todas las áreas hacia:

- Rondas de seguridad.
 - Seguimiento a riesgo.
 - Promoción de Práctica Clínica segura.
 - Promoción de auto cuidado para la seguridad del usuario
 - Implementación, difusión, seguimiento y actualización de guías clínicas.
 - Promover la cultura de la atención segura.
- Detección, análisis, intervención y seguimiento de eventos adversos que orienta la política de ATENCIÓN SEGURA de COOMEVA sector salud involucra:
 - Proceso para la detección de eventos adversos
 - Metodología para análisis de eventos adversos
- Componentes para desarrollarlos:
 - Creación cultura del reporte.
 - Gestión de eventos adversos.
 - Programa de Tecno vigilancia.
 - Programa de Fármaco Vigilancia.
 - Comité de seguridad de la atención: la institución elige el grupo que se encarga de recibir, consolidar y analizar la información formulando planes de mejoramiento en los casos que sea pertinente, las características

específicas de dicho comité se determinan en el Documento SC-DC-044 Comité de Seguridad de la Atención que hace parte documental de la política de atención segura.

- Indicadores de gestión: el seguimiento objetivo de la gestión del riesgo debe realizarse a través de indicadores claramente definidos y de acuerdo a las fallas detectadas en cada servicio, para lo cual se desarrollaran fichas técnicas claras que permitan su evaluación mensual.
- Plan de mejoramiento: cada evento adverso detectado, propuestas manifestadas en las rondas de seguridad y la identificación de fallas latentes resultado del análisis de los procesos asistenciales debe generar un plan de mejoramiento que implica reinducción y difusión a los dueños del proceso.
- Aprendizaje organizacional: el grupo asistencial deberá estar comprometido con el aprendizaje que parte no solo del análisis del evento reportado sino también de las potenciales fallas detectadas antes de la ocurrencia de un evento adverso, es compromiso del equipo líder la permanente comunicación con el personal en la educación, capacitación, entrenamiento, y motivación del mismo en la política de seguridad del paciente. Ajuste al proceso prioritario asistencial: En caso de que se detecte que el evento adverso se presento por fallas en la concepción del proceso, el equipo líder debe realizar los ajustes necesarios al mismo y en caso de ser necesario replantearlo.

2.5 SEGUIMIENTO A RIESGO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COOMEVA SECTOR SALUD

Desarrollar un sistema que permita el seguimiento a riesgos en las Unidades de prestación de Servicios es un componente fundamental del enfoque preventivo de la Política de Seguridad de la Atención y debe estar articulado en todas sus acciones con el SARS- Sistema de Administración del Riesgo- de COOMEVA Sector Salud. En sentido amplio al seguimiento a riesgo es el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un Evento adverso o suceso que afecte a

- Las personas: pacientes, personal sanitario, directivos y demás trabajadores.
- Las instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente.
- Los recursos económicos.
- El prestigio y el renombre de la institución y sus profesionales.

El seguimiento al riesgo asistencial o riesgo Clínico implica la identificación de tres tipos:

- El riesgo inherente al paciente en sí mismo, relacionado con el proceso que padece y que a su vez puede estar condicionado por factores como la edad, la comorbilidad, el nivel educativo u otros factores.
- El relacionado con las decisiones médicas sobre las estrategias preventivas, diagnósticas y Terapéuticas.
- El ocasionado por aplicación de estas y los cuidados recibidos.

Para el Seguimiento a riesgo identificamos las siguientes fases:

- Identificación del riesgo, que incluye las actuaciones destinadas a identificar todas las fuentes y factores generadores de riesgo. ¿Es el Qué?

- Análisis del riesgo, que comprende todas las actuaciones para valorar la frecuencia, la trascendencia y la evitabilidad del riesgo, así como las opciones posibles de actuación.
- Su finalidad es responder a las siguientes preguntas: ¿Por dónde empezar a actuar?
- Elaboración de planes de control, fase que incluye las actuaciones realizadas para eliminar, reducir y mitigar los riesgos y, en caso necesario, asegurarlos. Su fin es responder a la siguiente cuestión: ¿Qué puede y debe hacerse para evitar daños y consecuencias de los riesgos?

2.5.1 Identificación del riesgo: Existen dos formas esenciales de identificarlos:

- Previamente a que produzcan daño: para esta fase se pueden utilizar metodologías como el AMEF- Análisis de modo y efecto de Fallo que cada director de unidad debe realizar al principio del año en el comité de seguridad de la atención (en el mes de Enero forma tal que le permita formular planes de acción que tengan continuidad y que intervengan efectivamente el o los riesgos identificados). Para la ejecución del AMEF considerara el formato SC-FT-261 Plantilla para la elaboración de Mapa de Riesgo que considera el proceso asistencial dividido en las siguiente etapas que son criticas en la prestación del servicio:
 - Administración del ingreso programado y no programado
 - Administración de la prestación del servicio programado y no programado
 - Administración del egreso programado y no programado
 - Continuidad de la atención

En este formato se encuentran definidos y alineados al SARS, el mapa de riesgos en las unidades de prestación de servicios, el equipo del comité de

seguridad de la atención debe generar solo la calificación y priorizar por puntaje los riesgos a intervenir.

Para los riesgos de más alta calificación y que quedan priorizados debe generar un plan de acción para la intervención y mitigación de los mismos.

Adicionalmente y de acuerdo al estándar 9 de habilitación y dando cumplimiento al SARS de COOMEVA Sector Salud se debe realizar seguimiento e intervención hacia el mejoramiento a los indicadores definidos en el formato SC-FT-260 Plantilla de Indicadores de Seguimiento a Riesgo por tipo de unidad: Indicadores de Seguimiento a riesgo para unidades Básicas de atención-UBA- y Unidades de Promoción y Prevención, indicadores de Seguimiento a Riesgo en Puntos Coomeva de Atención y urgencias , indicadores de Seguimiento a Riesgo en las Unidades de Prevención Clínica.

2.5.2 Indicadores: una vez han ocasionado Eventos Adversos: utilizando los sistemas de información y el sistema de detección de eventos Adversos estos indicadores deben permitir el diseño de estrategias orientadas a la eliminación o mitigación del riesgo, dependiendo del aspecto que pretenden evaluar, los indicadores suelen clasificarse en tres categorías:

- Indicadores de estructura, cuya finalidad es evaluar la cantidad y previsiblemente, la adecuación de los recursos a las necesidades.
Ej. Razón de personal asistencial por cama hospitalaria.
- Indicadores de proceso, dirigidos a valorar las actividades desarrolladas.
Ej.: Proporción de pacientes con CCV resultado LAG intervenida por especialista
- Indicadores de resultados, cuya finalidad es considerar si se han conseguido los fines perseguidos con las actividades realizadas, con los recursos disponibles y los procesos utilizados.
Ej: Proporción de pacientes Hipertensos controlados.

De acuerdo a estas definiciones en COOMEVA Sector salud tenemos los siguientes indicadores definidos para seguimiento a riesgos en cada una de las unidades de Prestación de Servicios:

- Seguimiento a pacientes Poshospitalizados: como fuente se define el seguimiento que debe hacer cada director en el modulo de gestión hospitalaria, adicionalmente el listado de llamadas efectivas y citas cumplidas por integración Clínica.
- Proporción de pacientes inasistentes con seguimiento por la unidad de prestación de servicios: se toma la información de Ciklos o Sicef y del listado de llamadas efectivas a los inasistentes de cada unidad.
- Proporción de quejas por pérdida del derecho a la intimidad: se obtiene del análisis de quejas y reclamos de Atentos.
- Proporción de quejas por fallos en la confidencialidad de los resultados o registros: se obtiene del análisis de quejas y reclamos de Atentos.
- Proporción de resultados que se entregaron de forma equivocada: reporte de incidentes por parte de usuarios, personal asistencial, reportes al comité de Seguridad de la atención y laboratorio clínico: se debe solicitar al laboratorio clínico cada mes el informe de exámenes realizados desagregado por tipo de examen.
- Proporción de pacientes que recibieron formulación incompleta: información que debe ser solicitada al servicio farmacéutico de forma mensual.
- Proporción de pacientes poli consultantes intervenidos: información que se obtiene del aplicativo Ciklos y del listado de pacientes intervenidos.
- Proporción de Exámenes de LAB. Repetidos por mala calidad de la muestra: Seguimiento que se hace por el laboratorio clínico, informes del comité de seguridad de la atención.
- Oportunidad en la entrega de resultados de CCV a la Unidad de prestación de servicios: se obtiene de la información solicitada al laboratorio clínico de

forma semanal, y del UBA-FT- 006 para EPS y el SAL-536 para Medicina Prepagada

- Proporción de pacientes con criterio de Colposcopia de acuerdo a CCV que son remitidas para el procedimiento: la información para la construcción del indicador se obtiene del UBA-FT- 006 para EPS y el SAL-536 para Medicina Prepagada llevado por el área de fomento
- Proporción de pacientes con CCV resultado LBG intervenida por especialista: la información para la construcción del indicador se obtiene del UBA-FT- 006 para EPS y el SAL-536 para Medicina Prepagada llevado por el área de fomento
- Proporción de pacientes con CCV resultado LAG intervenida por especialista: la información para la construcción del indicador se obtiene del UBA-FT- 006 para EPS y el SAL-536 para Medicina Prepagada llevado por el área de fomento
- Proporción de pacientes con CCV resultado CA INVASIVO intervenida por especialista: la información para la construcción del indicador se obtiene del formato de inscripción y seguimiento de Ca Cérvix UBA-FT-006 llevado por el área de fomento y de la revisión de los resultados de las CCV entregado por el laboratorio clínico (el director de Unidad debe solicitar al laboratorio el informe mensual)
- Proporción de pacientes con criterio de intervención por especialista según la guía Detección temprana de cáncer de mama: la información para la construcción del indicador se obtiene del formato para EPS: UBA-FT-007 y para MP: el SAL 537
- Proporción de Reacciones posvacunales: informe SC-FT-252 del área de fomento
- Proporción de mujeres en las que falló el método de planificación familiar: la información para la construcción del indicador se obtiene del informe de UBA-FT-004 para EPS y del registro de inscripción a planificación llevado

por el área de fomento. Este indicador para efecto del análisis se puede desagregar por tipo de método

- Proporción de Eventos adversos detectados y gestionados: información se obtiene de los casos reportados en el comité de Seguridad de la Atención
- Proporción de pacientes HTA controlados: la Información se obtiene del SC-FT-252.
- Proporción de pacientes HTA-DM controlados: la información para la construcción del indicador se obtiene del SC-FT-252.
- Proporción de pacientes diabéticos controlados: la información para la construcción del indicador se obtiene del informe de gestión del SC-FT-252
- Mortalidad Materna: la información para la construcción del indicador se obtiene del informe de gestión SC-FT-252 llevado por el área de fomento y se consolida de forma mensual.
- Bajo peso al nacer: Se obtiene de los informes de fomento: SC-FT-252 y se consolida de forma mensual
- Proporción de pacientes capacitados con resultado de evaluación aceptable: registros de capacitación haciendo especial énfasis en los resultados obtenidos en los siguientes temas: Cáncer de Cérvix, Cáncer de Seno, Estilos de Vida saludable y riesgo cardiovascular.

2.5.3 Análisis de riesgo (indicadores): para cada uno de los indicadores se debe evaluar la tendencia en el tiempo siempre hacia la mejora continua de forma tal que se logre mitigar el riesgo, cada uno de los indicadores definidos permiten generar acciones puntuales para la intervención de riesgo especialmente en:

- Atención (apertura de HC, identificación del paciente por personal asistencial, Completitud de la HC, Recomendaciones al paciente y ordenamientos)
- Cumplimiento a ordenamientos (Correcta entrega de medicamentos, atención en Lab. Clínico, oportunidad en las remisiones e interconsultas entre otras).

- Continuidad de la atención (integración clínica, revisiones, completitud de medicamentos entre otras)
- Educación al Paciente (en programas de Py P, durante la consulta, sesiones colectivas, entre otras)

Este análisis debe permitir orientar a la Unidad de Prestación resultados en el estado de salud de los usuarios y a la disminución de costos de no calidad asociados a los riesgos clínicos.

2.5.4 Elaboración de planes de control: el plan de acción para ejercer control sobre el riesgo se debe orientar teniendo en cuenta tres líneas:

- Planes de erradicación, centrados en la eliminación de todos aquellos factores que pueden contribuir a la aparición de un evento adverso claramente evitable, de acuerdo al conocimiento disponible, factibilidad económica. Ej: creación de barrera de seguridad de doble chequeo para la entrega de exámenes de laboratorio.
- Planes de reducción, dirigidos a controlar aquellos aspectos que pueden reducir de forma significativa la aparición de Eventos adversos no evitables por completo. Ej. Educación al paciente en estilos de vida saludables.
- Planes de mitigación, encaminados a minimizar las posibles consecuencias de la aparición de un evento adverso, actuando precozmente sobre el mismo ej. Gestión de Eventos Adversos informando al paciente de los sucesos que originan su aparición.

La elección del plan de acción depende del análisis causal de desviación del indicador que se debe realizar y se debe hacer seguimiento estricto a su implementación y cumplimiento en el comité de Seguridad de la atención.

2.6 RONDAS DE SEGURIDAD UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD COOMEVA SECTOR SALUD Í ATENCIÓN SEGURAÍ

Son una herramienta gerencial con la que se cuenta para incrementar el nivel en seguridad de la atención. Consiste en la asistencia de un grupo de personas de la unidad a un área específica que se quiere evaluar y allí verifican el cumplimiento de los requisitos de calidad y seguridad tales como: diligenciamiento de las historias clínicas, disposición de medicamentos, condiciones de limpieza, estado de los equipos médicos, entre otros. Además de servir para verificar las condiciones de calidad y seguridad, son también una oportunidad para hablar con los pacientes y sus familiares e indagar sobre como ellos han percibido la seguridad y calidad de la atención. Igualmente con los trabajadores con el fin de solicitarles que mencionen lo que consideran ellos se debe implementar para entregar un cuidado médico más seguro.

2.6.1 Propósito de las rondas de seguridad: fortalecer el compromiso con la seguridad de la atención, fomentar el cambio cultural hacia la atención segura, identificar oportunidades de mejoramiento en cada una de las áreas de prestación de servicios, establecer líneas de comunicación entre directivos, líderes, personal asistencial y pacientes, verificar el mejoramiento de las acciones realizadas para mejorar en la seguridad de la atención, integrar información teórica con respecto a asuntos de seguridad con el día a día e involucrar a todos los colaboradores en el propósito de construir una organización altamente confiable.

2.6.2 Metodología para la implementación de las rondas de seguridad: Se realizan en cada unidad de prestación de servicios por parte del Comité de Calidad y Seguridad de la Atención quien establecerá un cronograma para su ejecución. Puede ser realizada directamente por los miembros del comité o por quien ellos deleguen para esta función.

Para cada ronda se debe elegir un servicio, ej: enfermería, consulta externa, Laboratorio clínico entre otras, al terminar el recorrido por todos los servicios se vuelve a reprogramar. La duración no debe ser superior a 15 minutos y siempre se debe registrar la información obtenida de los empleados y usuarios que participen. Pueden ser programadas para verificar situaciones específicas tales como condiciones de aseo, uso correcto de equipos, disposición de desechos, disponibilidad del personal, condiciones de atención, estado de los equipos y disposición de los mismos entre otros

Para su ejecución se utilizan las listas de chequeo definidas que se encuentran en el formato: SC-FT- 265 Lista de Chequeo para Rondas de Seguridad, se realiza una corta introducción explicando el propósito de la ronda y su carácter de herramienta para establecer canales de comunicación , registrar las impresiones del personal y de los usuarios en caso de que estos participen, exponer el tema específico de la ronda de forma clara y concisa Ej: Seguridad de la atención, lavado de manos, aplicación de medicamentos, dispensación de medicamentos, Identificación adecuada del usuario, consulta exitosa entre otros.

Se debe dar opción a los asistentes de manifestar sus inquietudes sobre el tema y registrarlas para análisis posterior y al finalizarla r se deben realizar preguntas puntuales que orienten a la detección y reporte de eventos adversos ej: recuerda una circunstancia en los últimos días que haya causado una alteración en la prestación del servicio a un paciente?, ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente ?, recuerda alguna circunstancia reciente en la cual un paciente haya resultado lesionado ?, qué condiciones pueden estar facilitando la producción de lesiones a los pacientes ?, hay algo que yo pueda hacer para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado?, hay alguna falla del sistema que afecte su trabajo de manera sistemática?

2.6.3 Recomendaciones generales: es necesario garantizar que la información que se está compartiendo no se grabará ni usará de manera punitiva, explicar que el propósito es generar consciencia acerca de temas de seguridad (equipo y procedimientos) no criticar el desempeño de los individuos, estimular la participación y detectar a quienes quieren decir algo pero no se atreven, utilizar preguntas abiertas si no hay contribuciones espontáneas, implementar cambios basados en las cápsulas de seguridad.

2.6.4 Formulación de planes de mejoramiento: al finalizar la ronda se debe consolidar la información obtenida, para su análisis en el comité de seguridad de la atención quienes de acuerdo a la información formularan los planes de acción correspondientes cuando el caso lo amerite y a su vez socializaran los resultados del análisis al personal de la unidad, así mismo los logros obtenidos en seguridad de la atención.

CARTILLA LAS AVENTURAS DE CLARITA SEGURA Y LAS BUENAS PRACTICAS DE ATENCION

En el año 2009, con el fin de sensibilizar al personal en la implementación de la Política de Atención Segura en COOMEVA EPS y MP, utilizó el mecanismo de aprendizaje con historietas entregadas cada dos meses, para estudiarla e interiorizarla, que obligaba a la lectura de los documentos institucionales previamente elaborados, teniendo un guía que se llamó Manolo como apoyo a la labor de los colaboradores para el éxito del proyecto

El contenido de la cartilla fue el siguiente:

CAPITULO 1. SEGURAMIENTO. Abril de 2009

CAPITULO 2. REPORTE DE EVENTO ADVERSO. Julio de 2009

CAPITULO 3. CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA. Agosto de 2009

CAPITULO 4. FARMACOVIGILANCIA. Octubre de 2009

CAPITULO 5. RONDAS DE SEGURIDAD. Diciembre de 2009

CAPITULO 6. RESIDUOS HOSPITALARIOS. Febrero de 2010

CAPITULO 7. SEGUIMIENTO A RIESGOS Marzo de 2010

Para evaluar el conocimiento y comprensión, se estableció un concurso con preguntas al final de las historietas y como incentivo se definió un premio al final del módulo ó del año entre quienes enviaron las respuestas a la oficina de comunicaciones de la regional a la que pertenecen los participantes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas por las cuales el personal asistencial y administrativo de las UBA propias de Coomeva Sector Salud - Medellín, no genera el reporte de los Incidentes y Eventos Adversos ocurridos en las sedes, como elemento fundamental en la implementación de la Política de Atención Segura.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el conocimiento y comprensión del personal asistencial y administrativo de la Institución respecto a la política de Atención Segura , con el propósito de identificar si es necesario fortalecerlo para poder transformar la Cultura Corporativa requerida en el cumplimiento de la misión de la organización y la implementación de la Política de Atención Segura, con Metodología propuesta por Coomeva
- Evaluar la percepción del cliente interno sobre las estrategias utilizadas por Coomeva Sector Salud Medellín para incentivar el reporte de los incidentes y eventos adversos ocurridos, con el fin de detectar oportunidades de mejora e implementar acciones orientadas a impulsar esta cultura.
- Evaluar la percepción del personal asistencial y administrativo acerca de si la herramienta definida institucionalmente para el reporte de incidentes y eventos adversos es de fácil aplicación, con el fin de promover su uso en el sistema

de notificación y obtener el insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución.

4 METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Se analizaron las estrategias definidas por la Institución para sensibilizar al cliente interno en la necesidad de transformar la cultura corporativa hacia la seguridad del paciente, buscando implementar la Política de Atención Segura, en la cual uno de los temas que se deben abordar es la del Reporte de Incidentes y Eventos Adversos.

Se midió la percepción del cliente interno sobre las estrategias utilizadas y la interpretación de lo observado, se evaluó una presunta relación causa-efecto. Se analizaron los resultados y se identificaron los factores que están afectando la implementación de este elemento básico dentro de la política de Atención Segura.

A partir del análisis se detectó la necesidad de realizar una intervención en búsqueda del mejoramiento de esta cultura para fortalecer la seguridad del paciente.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio analítico-observacional, en el cual el investigador observó, midió y analizó si existía una relación causa efecto que explicara el fenómeno que se está presentado en Coomeva con la cultura de reporte de los incidentes y eventos adversos por parte del personal

4.3 POBLACIÓN

La población de referencia para la observación, medición y análisis planteado, estuvo representada personal Asistencial Administrativo de la UBA de Occidente de Medellín. Es importante aclarar que un número importante del personal Asistencial hace también actividades Administrativas, por tal motivo se tomó como un todo.

4.4 VARIABLES

Los aspectos específicos que se investigaron a través de las técnicas y herramientas utilizadas para obtener la información.

4.5 CATEGORÍAS

VARIABLE	DESCRIPCION	TIPO DE VARIABLE
Cultura corporativa	<p>Conjunto de valores y hábitos que poseen las personas de la Institución, los cuales complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con la organización para afrontar los retos que se le presentan, en el cumplimiento de la misión de la organización y en este caso de la implementación de la Política de Atención Segura</p> <p>Se evalúa la enseñanza, la interacción</p>	Cualitativa

	<p>con el personal y el reforzamiento de conocimientos y la delegación de responsabilidades operativas asignado tareas específicas para el logro de reporte de los incidentes y eventos adversos</p>	
<p>Percepción del Cliente Interno sobre la estrategia desarrollada para estimular el reporte de incidentes y eventos adversos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cargo en la Institución de quien responde la encuesta) • Horas Laborales: 36 horas y 48 horas. • Tiempo en la Institución: <ul style="list-style-type: none"> - 1a 3 años - a 10 años - 11 en adelante • Conocimiento de la política de seguridad de la atención • Implementación de la política de seguridad • Tipo de tareas que realizan la población encuestada • Expectativas y acciones de quien promueve la seguridad del paciente • Aprendizaje organizacional del mejoramiento continuo • Personal • Apoyo y soporte de la unidad para la seguridad del paciente • Retroalimentación y comunicación sobre el error • Respuesta no punitiva al error • Actitud de comunicación abierta • Trabajo en equipo entre las áreas de 	<p>Cualitativa</p>

	la unidad <ul style="list-style-type: none"> • Transiciones • Reporte • Grado de seguridad 	
Facilidad de aplicación de la herramienta de notificación de incidentes y eventos adversos	Identificar la percepción del cliente interno acerca de si la herramienta es amigable o no	Cualitativa

4.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.6.1 Fuentes de Información

- Fuente de información primaria: Encuesta aplicada a 35 colaboradores de Atención Primaria en Salud que trabajan la Unidad Básica de atención de Occidente, siendo su mayoría Médicos con un porcentaje del 28.57% de los cuales 2 realizan actividades tanto administrativas como asistenciales y 8 solo asistenciales. Los profesionales en odontología que equivalen al 14.28%, 4 realizan solo actividades asistenciales y uno realiza las tanto actividades administrativas como asistenciales. 1 enfermera que equivale al 2.85% realiza actividades administrativas y asistenciales, el 14.28% es del grupo de 5 auxiliares de enfermería las cuales se dedican solo a la realización de tareas administrativas, el 8.57% pertenece al grupo de auxiliares de odontología conformadas 3 de ellas que realizan solo tareas asistenciales, el 5.71% son las higienistas orales de las cuales 1 es administrativa y asistencial y la segunda solo asistencial, el 2.85% representada por 1 psicóloga quien realiza actividades mixtas, otro 2.85%

quien es dado por una sola coordinadora administrativa, el 5.71% son 2 ejecutivos de atención integral, el 2.85% pertenece a un auxiliar administrativo de Unidad, el 2.85 de una auxiliar de archivo, el 5.71% de 2 auxiliares de recepción y por ultimo un director que equivale al 2.85% de la población encuestada.

El objetivo fue conocer la percepción del cliente interno sobre la estrategia desarrollada para estimular el reporte de incidentes y eventos adversos y la facilidad de aplicación de la herramienta del sistema de notificación de éstos.

- Fuente de información secundaria: Se utilizaron varias fuentes de Información entre ellas están: la Política de Seguridad de Coomeva E.P.S. que se encuentra en el sistema de información de Gestión Integrada llamado Daruma (servidor de Coomeva E.P.S), donde solo el colaboradores de la empresa tienen acceso a esta plataforma, por lo cual los formatos descritos en la política de seguridad hacen parte de material confidencial de la organización y no serán anexados como respaldo a este trabajo de investigación.

Se recurrió a los archivos de la Unidad Básica de Atención de Occidente, que son custodiados y alimentados por el Médico Líder de Calidad, donde se verificaron el número de reportes realizados durante los años 2011 y hasta Mayo del 2012.

Otra fuente de información fue adquirida de los informes enviados a la Auditora de Prestación de Servicios de Coomeva E.P.S. por parte de la Dirección de la UBA Occidente.

Se obtuvo material didáctico llamado "Clarita Segura", como única estrategia difundida por Coomeva E.P.S. para el conocimiento de la Política de Seguridad a los colaboradores, la cual fue iniciada en abril del año 2009 y finalizada en marzo del 2010, donde se pretendió desplegar dicha información de forma global, sencilla y amena.

Otra información fue extraída de material bibliográfico relacionado con la cultura de seguridad del paciente.

4.6.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A través de la encuesta se determinó conocer la percepción del Cliente Interno de las siguientes dimensiones o categorías:

- Conocimiento de la política de seguridad de la atención: se plantean 5 preguntas, donde se considera la comprensión de la política de atención del personal asistencial y administrativo: Conoce usted la Política de Seguridad de Coomeva EPS?, En el Ingreso a Coomeva EPS le fue presentada la Política de Seguridad de durante la inducción o en la reinducción?, Durante el tiempo que lleva trabajando en Coomeva EPS, se le ha presentado las cartillas de Clarita Segura?, Dentro de los comités que tiene las Unidades de Atención Básica conoce la existencia del Comité de Seguridad de la Atención?, Tiene claro cuáles son las funciones del Comité de Seguridad de la Atención de la UBA?.
- Implementación de la Política de Seguridad: con esta única pregunta, se evalúa el compromiso de los líderes con la difusión de la política de atención: El Director o el Líder del Comité de Seguridad de la Atención incluye en el cronograma de Capacitaciones de la UBA el tema de la Política de Seguridad de Coomeva EPS?

- Expectativas y acciones de quien promueve la seguridad del paciente: Esta categoría se quiere evaluar, que tan motivador y receptivos son los líderes de la política: Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes?, Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes?
- Aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo: Este ítem pretende medir la efectividad de las acciones con los reportes realizados: Participo activamente para mejorar la seguridad del paciente?, El reporte de Incidentes o Eventos adversos que hago de los errores ha llevado a cambios positivos en mi atención al usuario?, Participa directa o indirectamente en las Rondas de Seguridad diseñadas por el comité de Seguridad de la Atención?, Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad?
- Actitud de comunicación abierta: Con esta categoría se pretende indagar la libre expresión del personal y su motivación para dar aportes constructivos: El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente?
- Retroalimentación y comunicación sobre el error: Esta categoría es de gran importancia en la medición de cultura, debido a que la retroalimentación es base fundamental en todas las estrategias, principalmente si se trata en la seguridad del paciente: Se ha retroalimentado al personal de la UBA de las Barreras de Seguridad que han salido de las rondas de seguridad, Incidentes y Eventos Adversos reportados?, Se le informa a la personal que reportó el Incidente o el Evento Adverso sobre el análisis del caso y los planes de acción que estos conlleva?, Estamos informados sobre los Incidentes o Acciones Inseguras que se cometen en esta Unidad?

- Respuesta no punitiva al error: El castigo es la preocupación mayor de todas las personas, se decide medir, porque parte del conocimiento de la política es saber que no es punitiva, lo que se busca es crear conciencia para evitar nuevos eventos: El personal siente que sus errores son usados en su contra?, Cuando se informa de un incidente o de un evento adverso, se siente está siendo denunciada la persona y no el problema?.
- Personal: Se incluyó esta pregunta porque es bueno saber si el personal es suficiente para cumplir esta labor, ya que esta puede ser unas de las causas del no reporte: Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo?
- Apoyo y soporte de la Unidad para la seguridad del paciente: El ambiente laboral no favorable, disminuye la motivación del reporte: La Dirección de la Unidad propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente?
- Trabajo en equipo entre las áreas de la unidad: La interrelación entre áreas hace los procesos fluyan en una misma dirección: Las áreas de esta unidad están bien coordinadas entre sí?
- Transiciones: No solo es importante medir el conocimiento de la estrategia de clarita segura, sino que es de gran importancia saber si la estrategia es amigable y si es efectiva: Considera que la estrategia de las Cartillas de Clarita Segura fueron Amigables?, Considera que la metodología de las Cartillas de Clarita Segura fueron las más indicadas para el despliegue de la Política de Seguridad de Coomeva EPS?, Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir?
- Reportes: En esta categoría de reporte, se encuentra la pregunta que va definir si la hubo una adecuada implementación, difusión e interiorización de la política y si hay realmente cultura del reporte: Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?, Existe una motivación para el reporte de

Incidente o Eventos Adversos?, Existe un direccionamiento o un proceso para notificación de los Incidentes o Eventos Adversos?, Cuántos reportes de eventos adversos o incidentes ha diligenciado y enviado en el último mes? (Evaluación de desempeño).

- Grado de seguridad del paciente: este mide la percepción del personal administrativo y asistencial con relación a la seguridad que se tiene en el área de trabajo en la que se encuentra: Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente?

Terminada su elaboración bajo la asesoría de la Auditora de Prestación de Servicios de Coomeva E.P.S, regional Noroccidente y información de los documentos brindados por la Asesora del Proyecto, fue enviada al Director y Médico Líder de Calidad de la Unidad Básica de Atención de Belén, con el fin de analizar y recibir retroalimentación para la mejora, teniendo en cuenta que en esta Unidad son líderes en el reporte de Incidentes y Eventos Adversos hace a Nivel Nacional; también se contó con el acompañamiento de la Directora y el Médico Líder de Calidad de la Unidad de Medicina Prepagada de Sao Pablo, debido a que la Directora de esta unidad fue la Líder en la regional del despliegue de la estrategia de %Clarita Segura+.

Cada una de las sugerencias fueron consideradas, cambiadas y aplicadas para la construcción de la encuesta final.

Instrumento de recolección de información: Ver Anexo 1. (10)(11)

4.6.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para evaluar la estrategia utilizada en la transformación de la Cultura Corporativa hacia la seguridad del paciente con énfasis en el reporte de incidentes y eventos adversos como insumo para analizarla en la atención y mejorarla, se reviso la forma como se enseñó, se realizó la interacción constante con el personal, se asignaron responsabilidades y se hizo seguimiento a su cumplimiento y retroalimentación. Se reviso el material de la Cartilla Clarita Segura y se evaluó su contenido en términos de objetivo de cada capítulo, estrategia utilizada, terminología utilizada

La evaluación de la percepción del cliente interno sobre las estrategias utilizadas por Coomeva Sector Salud Medellín para incentivar el reporte de los incidentes y eventos adversos ocurridos, con el fin de detectar oportunidades de mejora e implementar acciones orientadas a impulsar esta cultura, se hizo a través de la aplicación de la encuesta y el análisis a sus resultados.

Esta encuesta también permitió evaluar la percepción del personal asistencial y administrativo acerca de si la herramienta definida institucionalmente para el reporte de incidentes y eventos adversos es de fácil aplicación, con el fin de promover su uso en el sistema de notificación y obtener el insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución

4.6.4 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Para este control se encargó a un colaborador de confianza, con instrucciones claras de entrega personalizada, ubicando al encuestado en su respectivo puesto de trabajo, con el fin de garantizar un espacio tranquilo, que posibilitara respuestas individuales, objetivas y sinceras. Una vez diligenciada la encuesta se verificaba el diligenciamiento completo de cada una de las preguntas; Al ser anónima la encuesta se descarta la posibilidad de punidad o castigo y se aumenta la libre expresión, conllevando a un buen nivel de confiabilidad y validez suficiente para el análisis.

4.6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con base en la Resolución 8430 de 1993, (9) esta investigación es considerada sin riesgo, porque la fuente de información no está relacionada con historias clínicas de pacientes, sino que se realiza a través de revisión de las estrategias institucionales y la percepción del cliente interno.

4.6.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La técnica utilizada en este proyecto fue la sistematización individual de las encuestas, que permitió consolidar por categorías y variables la información de los colaboradores encuestados, además de la interpretación de los respectivos diagramas de la información cuantitativa.

Ver Anexo 2, Tabulación de resultados de la encuesta.

5. RESULTADOS

RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA UTILIZADA EN LA TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA CORPORATIVA

Esta estrategia requiere personal comprometido que participe activamente de la administración en todos los niveles (Director, Equipo Gestión del Cambio, Jefes de Servicios), liderazgo, trabajo en Equipo e involucrar al mayor número de personas con el perfil requerido, para que el cambio tenga éxito y la organización eleve su nivel de eficiencia y productividad en el trabajo.

La metodología utilizada en la forma de llevar a cabo el cambio implicó:

- La formulación de la política de Atención Segura,: Consideraciones conceptuales y filosóficas: Definición, visión, enfoque, alcance, responsable, definición de términos.
- Principios de la política atención segura: Acciones centradas en el usuario, trabajo en equipo, integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, multicausalidad, confidencialidad.
- Estrategias: Alianza con el paciente y su familia, alianza con el profesional de la Salud, desarrollar la cultura de la seguridad del paciente.
- Consideraciones metodológicas de la política de atención segura en Coomeva Sector Salud: Prevenir la ocurrencia de eventos adversos, detección, análisis, intervención y seguimiento de eventos adversos, componentes para desarrollarlos, comité de seguridad de la atención, indicadores de gestión, plan de mejoramiento, aprendizaje organizacional.

- Seguimiento a riesgo en la prestación de servicios Coomeva Sector Salud: Identificación del riesgo, indicadores, análisis de riesgo (indicadores), elaboración de planes de control.
- La documentación del procedimiento para el reporte de incidentes y eventos adversos y del material didáctico %Cartilla Clarita Segura
- La realización de talleres, seminarios, entrega de volantes, charlas en grupos primarios, fueron algunas de las metodologías implementadas para el cambio de la creación de cultura.
- La interacción constante a través de la comunicación con el personal y el reforzamiento de los conocimientos aprendidos previamente, interacción continua y supervisada para contar con el personal apropiado, utilizando el espacio de las reuniones mensuales en los grupos primarios.
- Se asignó al personal la tarea de prestación del servicio en forma segura, reporte de incidentes y eventos adversos, comunicando, capacitando sobre lo que se debía hacer, pero no se tuvo evaluaciones que verifique el conocimiento del proceso del reporte ni se realizó retroalimentación.

RESULTADO Y DISCUSION DEL ANALISIS DEL CONTENIDO DE LA CARTILLA AVENTURAS DE CLARITA SEGURA Y LAS BUENAS PRACTICAS DE ATENCION

Capitulo 1. Seguramiento. Abril de 2009

Objetivo: sensibilización implementación política de atención segura en Coomeva EPS y MP.

Estrategia: aprender con historietas-cartilla cada dos meses, para estudiarla e interiorizarla, donde se utiliza a Manolo como el conector y apoyo a la labor de los colaboradores para el éxito del proyecto; realizar concurso en cada cartilla con la formulación de tres preguntas al final, teniendo como incentivo un premio al final del módulo ó del año. Se participa enviando las presupuestas a la oficina de comunicaciones de la regional a la que pertenece.

Términos enunciados en la cartilla: ciclo de atención, riesgos a los que se enfrentan diariamente los profesionales de la salud, riesgos que corren los usuarios si los profesionales no desarrollamos buenas prácticas de atención, resultado efectivo: para que sea efectivo se requiere que cada proceso se realice de forma adecuada y coordinada con los demás que intervienen, errores médicos, prevenibles, política de atención segura.

En la cartilla 1 se utilizan términos como ciclo de atención, riesgos, resultado efectivo, evento adverso, política de atención segura, buenas prácticas de atención, resultado efectivo, y no se evidencia explicación de éstos en la cartilla, para homologar conceptos. Se utilizaron espacios como grupos primarios, reunión de líderes, comité de seguridad de la atención para sensibilizar al personal y homologar esta taxonomía. Los eventos adversos que se pueden presentar se clasifican en los siguientes tipos eventos trazadores:

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud, Tipo 2: Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales, Tipo 3: Relacionados con falla en los registros clínicos, Tipo 4 : Infección ocasionada por la atención en salud, Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales, Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados, Tipo

7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos, Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales, Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos, Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente, Tipo 11: Caída de pacientes, Tipo 12: Accidentes de pacientes, Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico, Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional, Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología.

Capítulo 2. Reporte de evento adverso. Julio de 2009

Objetivo: estimular el reporte de caso

Estrategia: autoaprendizaje leyendo los Documentos UBA-DC-013,014, y evaluación nivel de conocimiento y comprensión de las lecturas de los documentos.

Términos enunciados en la cartilla: Formato SS-FT-061 establecido para el reporte, reporte de caso que tiene la sospecha de ser evento adverso, igual en el caso de indicio de atención insegura, caso de evento adverso son concluido por el comité, comité de seguridad de la atención es a quién se entrega el reporte del caso en conjunto al director de la unidad o al líder del comité de seguridad de la atención, evento adverso identificado como el daño ocasionado al paciente por la prestación del servicio, no por la patología de base, incidente es cuando no alcanza a producir daño al paciente. También se deben reportar para que podamos implementar acciones de mejora.

Observaciones: en la cartilla 2 apenas se toca el significado del término evento adverso y en la cartilla 1 se había preguntado sobre eventos adversos que pueden ocurrir.; se utilizan términos como reporte, comité de seguridad de la

atención, incidente, acción de mejora, barrera de seguridad, acción insegura y no se evidencia definición.

Se explica qué pasa con los reportes que son llevados al comité, este lo analiza y retroalimenta según los hallazgos para que posteriormente se implemente las acciones de mejora en los casos que sea necesario. En el año 2009 se contaba con la plataforma documental del 9000.doc, actualmente se cuenta con un sistema de información de gestión integrada llamada Daruma, donde se tiene toda la información necesaria para dicho fin. Todos los colaboradores de la empresa tienen fácil acceso a la información, por medio de una clave personal de acceso, teniendo la posibilidad de consultar los documentos señalados en la cartilla. Esta información es creada y brindada por el dirección nacional de seguridad de la atención, ubicados en Santiago de Calí (Valle).

La diferencia y la semejanza entre un evento adverso y un incidente no se pueden responder leyendo solamente la cartilla, se adquiere el concepto claro solo con la lectura de los documentos que se encuentran en la plataforma documental. Lo mismo pasa con el término de barrera de seguridad. Se observa una falencia con relación a la retroalimentación.

Capítulo 3. Calidad de la historia clínica. Agosto de 2009 (no se cumplió con lo informado en la primera cartilla en recibir la cartilla cada dos meses).

Objetivo: hacer énfasis en la importancia de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica como documento legal y para el seguimiento de los pacientes.

Estrategia: a través de la historieta, demostrar la importancia de un correcto diligenciamiento de la historia clínica como herramienta para el análisis de casos

Términos enunciados en la cartilla: se enfatiza nuevamente los términos barrera de seguridad y acción insegura, aunque no se explica su significado.

Observaciones: Aunque en las preguntas 2 y 3 hacen referencia a dos términos: barrera de seguridad y acción inseguras, no se evidencia la explicación de estos en las cartillas previas, pero como parte de la estrategia es el autoaprendizaje, se espera que los colaboradores tengan el conocimiento luego de acceder a la lectura de los documentos, que se encuentran en la plataforma documental.

Capitulo 4. Farmacovigilancia. Octubre de 2009

Objetivo: farmacovigilancia como mecanismo para detectar, reportar, gestionar incidentes, problemas de seguridad y eventos adversos relacionados con medicamentos

Estrategia: a través de la historieta, demostrar la importancia de un correcto diligenciamiento de la historia clínica como herramienta para el análisis de casos autoaprendizaje.

Términos enunciados en la cartilla: se utilizan términos como incidente y evento adverso y aunque se explicó en qué se diferenciaban aún no se evidencia qué los hace semejantes y por qué ocurre en unos incidentes y en otros evento adversos, se utiliza nuevamente el término acción insegura y no se ha explicado en la cartilla, se utiliza el termino riesgo y aun no se ha explicado en la cartilla, se utiliza el término comité de farmacovigilancia y no se explica.

Observaciones: no se evidencia retroalimentación sobre las respuestas a las preguntas hechas en las cartillas 1, 2, 3, no hay claridad entre evento adverso y RAM. En la plataforma documental del 9000.doc, ahora sistema de gestión integrada (Daruma) se encuentra los documentos de copia restringida, en donde

se explica el significado de los términos. En el caso del mes de octubre, se pregunta sobre identificación de factores contributivos para la ocurrencia de un evento adverso o incidente, términos que no están definidos, no obstante en la política de seguridad, se hace mención al Protocolo de Londres.

Capítulo 5. Rondas de seguridad. Diciembre de 2009

Objetivo: demostrar la importancia de las rondas de seguridad para identificar el cumplimiento de estándares de seguridad en la atención en los servicios visitados, y a partir de los problemas detectados analizar las causas y establecer acciones de mejoramiento.

Estrategia: a través de la historieta dar a conocer la herramienta rondas de seguridad como mecanismo para fomentar la cultura de seguridad, a través de las caricaturas de la historieta identificar de quien es la responsabilidad de realizar las rondas de seguridad

Términos enunciados en la cartilla: se utilizan términos como barrera de seguridad pero aun no ha sido explicado en las cartillas anteriores.

Observaciones: no se evidencia retroalimentación sobre las respuestas a las preguntas hechas en las cartillas 1, 2, 3 y 4; en la definición de rondas de seguridad hace falta explicar que es una visita planificada, del personal directivo, para establecer interacción directa con el personal de salud del servicio visitado y con los pacientes, con una actitud educativa y no punitiva, y demostrar su compromiso con la seguridad del paciente.

Capítulo 6. Residuos hospitalarios. Febrero de 2010

Objetivo: sensibilizar con relación a la gestión adecuada de los residuos hospitalarios siguiendo el programa establecido en Coomeva como mecanismo para minimizar los riesgos del personal y de los pacientes de adquirir infecciones y mejorar la seguridad en la atención en salud y evaluar el nivel de conocimiento del personal sobre este tema.

Estrategia: a través de la ronda de seguridad identificar con la participación de los colaboradores las oportunidades de mejora en la gestión de residuos hospitalarios en los consultorios.

Identificar el nivel de conocimiento de los colaboradores sobre gestión de residuos hospitalarios.

Términos enunciados en la cartilla: gestión de residuos hospitalarios riesgo.

Observaciones: no se evidencia retroalimentación sobre las respuestas a las preguntas hechas en las cartillas 1, 2, 3, 4 y 5.

Capítulo 7. Seguimiento a riesgos marzo de 2010

Objetivo: sensibilizar sobre la importancia del seguimiento a riesgos como acción preventiva para disminuir la ocurrencia de eventos adversos, siguiendo el enfoque preventivo que tiene la política de seguridad de la atención

Estrategia: a través de la historieta explicar el enfoque de seguimiento a riesgos y a través del autoaprendizaje conocer la metodología del AMEF.

Términos enunciados en la cartilla: riesgo, seguimiento a riesgos.

Observaciones: no se evidencia retroalimentación sobre las respuestas a las preguntas hechas en las cartillas 1 a la 6. El personal de la institución tiene claro el ingreso a la plataforma documental donde se encuentra los documentos UBA-DC-013, 014, la política de seguridad y la metodología AMEF. Es bueno recalcar que en la cartilla 7 se dio la definición de riesgo, el cual fue utilizado desde la cartilla 1.

RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE INTERNO SOBRE LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR COOMEVA SECTOR SALUD MEDELLÍN PARA INCENTIVAR EL REPORTE DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.

Se muestra el análisis desarrollado basado en las categorías elegidas, priorizando los datos más relevantes.

GRÁFICA N°1. CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN.



Esta categoría está distribuida en 5 preguntas, de las cuales el dato más significativo muestra que la totalidad de la población conoce las cartillas de %Clarita Segura+, observando que el 94% de los encuestados tienen conocimiento de la política de seguridad y tan solo un 6% desconoce esta categoría. Con la pregunta ¿Conoce usted la Política de Seguridad de Coomeva EPS? El 94.28% de los encuestados respondieron que conocen la política de seguridad de Coomeva EPS, solo el 5.71% respondió de forma negativa, lo que significa que la política fue difundida. Con relación a la pregunta ¿En el Ingreso a Coomeva EPS le fue presentada la Política de Seguridad de durante la inducción o en la reinducción? 32 de los 35 encuestados respondieron que si fue presentada, siendo un 91.42%, los 3 restantes respondieron que no fue presentada la política de seguridad. Llama

la atención que al preguntar ¿durante el tiempo que lleva trabajando en Coomeva E.P.S. se le ha presentado las cartillas de clarita segura?, el 100% de los encuestados respondió de forma positiva, esto significa que impactó esta estrategia. En la pregunta ¿Dentro de los comités que tiene las Unidades de Atención Básica conoce la existencia del Comité de Seguridad de la Atención? El 97.14% respondió tener conocimiento del comité de seguridad de la atención, solo 1 persona que representa el 2.85% respondió de forma negativa. Para finalizar la última pregunta de esta categoría indaga ¿Tiene claro cuáles son las funciones del Comité de Seguridad de la Atención de la UBA? Dando como resultado que el 88.57% respondieron de forma afirmativa y el 11.42% de forma negativa.

GRÁFICA N°2. IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD.



En la gráfica anterior se observa que al cuantificar las dos respuestas positivas de siempre y casi siempre se encuentra que el 77% de los encuestados

consideran que el líder de Seguridad en la Atención incluye en las capacitaciones esta temática, denotando sensibilización por parte de este. Delimitando cada respuesta se encuentra que a la pregunta ¿El Director o el Líder del Comité de Seguridad de la Atención incluye en el cronograma de Capacitaciones de la UBA el tema de la Política de Seguridad de Coomeva EPS? 17 personas responden Siempre, equivaliendo a un 48.57%, Casi siempre con un 28.57% representando a 10 personas, Algunas Veces con un 20% correspondiente a 7 personas y Nunca con un 2.85% que es dado por una persona.

GRAFICA N° 3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE QUIEN PROMUEVE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.



En esta categoría se formularon 2 preguntas, de las cuales se obtuvo un 91% de favorabilidad en relación al liderazgo que promueve la seguridad del paciente.

La primera pregunta es ¿Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad

de los pacientes?, respecto a esta se encuentran los siguientes resultados; Siempre 71,42% que equivale a 25 personas, Casi Siempre con un 20% resultante de 7 personas, Algunas Veces con un 8.57% representado en 3 personas. En cuanto a la segunda pregunta ¿Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes?, se evidenció que el ítem Siempre obtuvo un porcentaje del 88.57% equivalente a 31 personas y Casi Siempre un 11.42% constituido por 4 personas

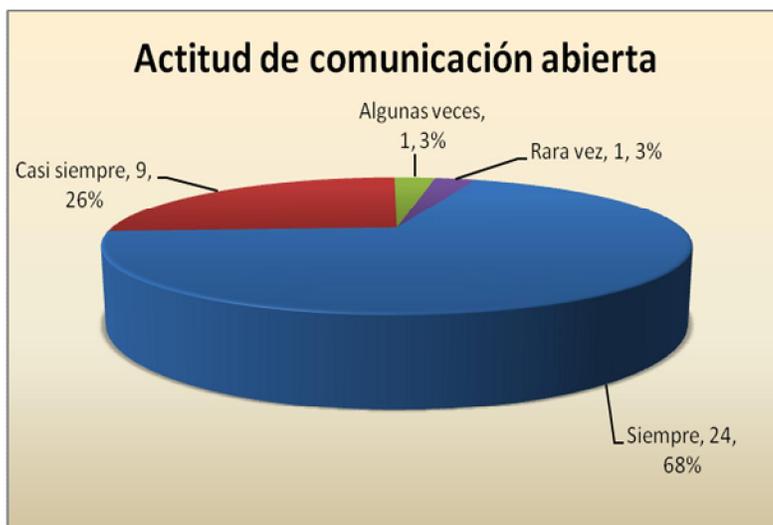
GRÁFICA N°4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL - MEJORAMIENTO CONTINUO.



En la anterior categoría se evidencia como el aprendizaje organizacional va en búsqueda del mejoramiento continuo, donde 27 de los encuestados refieren participar activamente para mejorar la seguridad del paciente y la consciencia que al reportar un incidente o evento adverso se mejora la atención la usuario. Es importante resaltar que solo 8 personas nunca han participado directa o indirectamente de las Rondas de seguridad.

En relación con el primer cuestionamiento ¿Participo activamente para mejorar la seguridad del paciente?, 27 persona responden que Siempre participan, dando como resultado un 77.14% de favorabilidad, 6 personas respondieron Casi Siempre con un 17.14%, 2 personas respondieron Algunas Veces representando el 5.71%. Frente a la pregunta ¿El reporte de Incidentes o Eventos adversos que hago de los errores ha llevado a cambios positivos en mi atención al usuario? Se observa que 24 personas, es decir un 68.57% de los encuestados responden Siempre, 4 personas representando un 11.42% responden Casi Siempre, 5 persona manifiestan Algunas Veces 14.28%, Rara Vez solo un encuestado equivalente al 2.85%, al igual que el ítem Nunca que también arroja un 2.85%. Con la tercera pregunta ¿Participa directa o indirectamente en las Rondas de Seguridad diseñadas por el comité de Seguridad de la Atención?, se halla que un 22.85%, es decir 8 personas responden Siempre, un 31.42% generado por 11 personas señalan Casi Siempre, un 17.14% que se deriva de 6 encuestados responden Alguna Veces y un 5.71% donde 2 personas responden Rara Vez y finalmente 8 personas señalan que Nunca participan en estas Rondas de Seguridad correspondiente al 22.85%. En la pregunta, ¿Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad? Se distinguen los siguientes resultados; Siempre 45.71% que equivale a 16 personas, Casi Siempre con un 42.85% resultante de 15 individuos, Algunas Veces con un 5.71% representado en 2 personas, al igual el ítem Rara Vez con un 5.71 representado del mismo modo en 2 encuestados.

GRÁFICA N°5. ACTITUD DE COMUNICACIÓN ABIERTA.



En la categoría de Actitud de comunicación abierta, se evidencia como el 94% del personal logra expresarse libremente al percibir factores de riesgo en relación al cuidado del paciente. Solo el 3% responden negativamente.

Frente a la afirmación, El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente, se distingue que 24 encuestados responden Siempre, representando 68.57%, Casi Siempre 9 personas equivalente a 25.71%, un 2.85% responden Algunas Veces constituido en una persona, igualmente en el ítem Rara Vez con un 2.85% resultante de una persona.

GRÁFICA N°6. RETROALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE EL ERROR.



En la categoría anterior se evidencia un buen nivel de retroalimentación de la barreras de seguridad, de los incidentes y eventos adversos reportados, representando entre las dos preguntas positivas un 72% de favorabilidad. En la pregunta ¿Se ha retroalimentado al personal de la UBA de las Barreras de Seguridad que han salido de las rondas de seguridad, Incidentes y Eventos Adversos reportados? El 71.42% respondió siempre que representa 25 colaboradores, 7 respondieron casi siempre que representa el 20% y las repuestas algunas veces, rara vez y nunca, obtuvieron cada una un 2.85%, lo que representa una buena retroalimentación con relación a las barreras de seguridad. Con la pregunta ¿Se le informa a la personal que reportó el Incidente o el Evento Adverso sobre el análisis del caso y los planes de acción que estos conlleva? Esta respuesta es variable ya que en siempre representa el 42.85%, casi siempre el 20% junto no algunas veces, rara vez el 5.71% y nunca el 11.42%. La pregunta ¿Estamos informados sobre los Incidentes o Acciones Inseguras que se cometen en esta Unidad? 10 de los 35 encuestados respondieron siempre que corresponde

al 28.57%, casi siempre al 37.14%, algunas veces el 22.85% y rara vez y nunca cada uno con un 5.71%, lo que representa una tendencia a la retroalimentación de los incidentes y eventos adversos, ya que aproximadamente un 11% no lo reconoce.

GRÁFICA N°7. RESPUESTA NO PUNITIVA AL ERROR.



En la gráfica N° 7 se evidencia que el 67% de los encuestados tienen claridad sobre el enfoque del reporte de incidentes y eventos adversos, descentrandolo de un carácter punitivo que pueda afectar su nivel de objetividad.

¿El personal siente que sus errores son usados en su contra? El 60% considera que nunca sus errores van a ser usados en su contra, esto representa 21 de los encuestados, el 20% respondieron que rara vez, el 5.71% que algunas veces, el 8.57% de estos que casi siempre y solo un 5.71% considera que siempre será usado en su contra los errores cometido. La pregunta ¿Cuando se informa de un incidente o de un evento adverso, se siente está siendo denunciada la persona y

no el problema? El 74.28% expresa que no se siente denunciado, el 5.71% que rara vez se siente denunciado, algunas veces y casi siempre esta cada uno con el 8.57% y solo el 2.85% se siente denunciado. Esto revela que el personal administrativo y asistencial tiene interiorizado que el reporte no es punitivo.

GRÁFICA N°8. PERSONAL



En cuanto a este resultado no se tiene información representativa debido a la variabilidad de sus respuestas quedando en porcentajes similares en los ítems de casi siempre, siempre y algunas veces.

Frente al enunciado, Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo, 11 persona responden Siempre, dando como resultado un 31.42%, 8 personas respondieron Casi Siempre con un 22.85%, 11 personas indicaron Algunas Veces constituyendo el 31.42%, 3 personas Rara Vez equivalente a un 8.57% y finalmente 2 personas manifestaron Nunca con un 5.71%.

GRÁFICA N°9. APOYO Y SOPORTE DE LA UNIDAD PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.



Con relación al apoyo y soporte se observa que la población encuestada percibe un ambiente laboral propicio para la promoción de la seguridad del paciente contando con un 100% de satisfacción distribuido de la siguiente manera teniendo en cuenta la frase, La Dirección de la Unidad propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente; 25 personas respondieron Siempre representando el 71.41% y Casi Siempre 10 personas conformando un 28.57%.

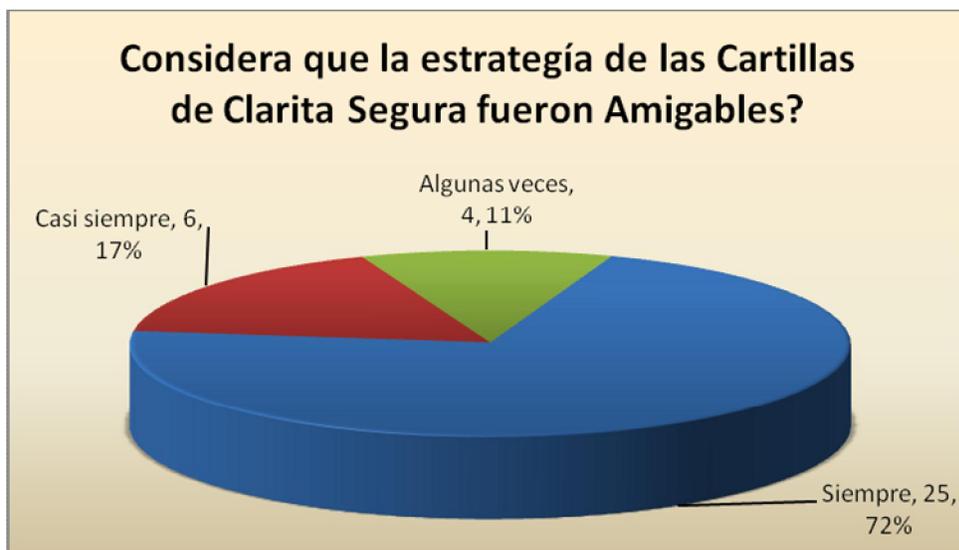
GRÁFICA N°10. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS ÁREAS DE LA UNIDAD.



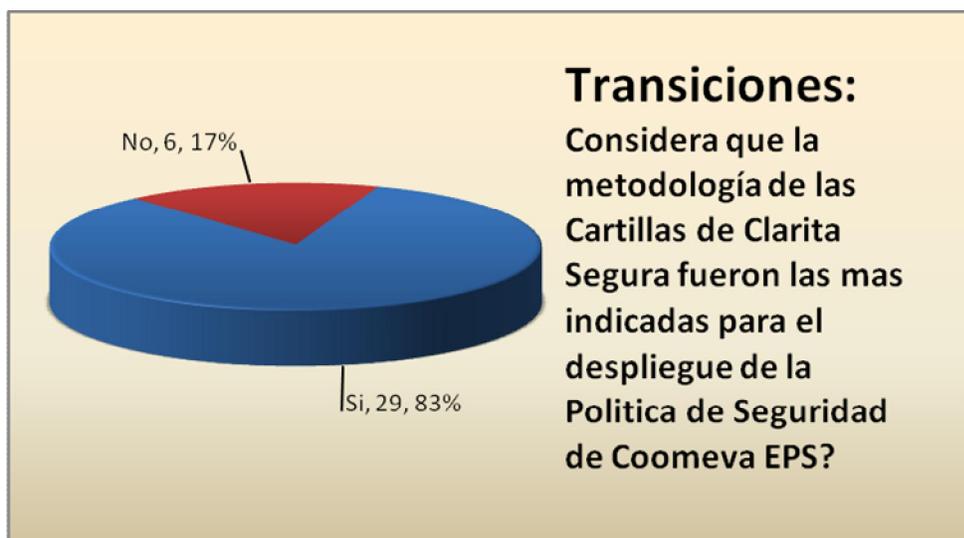
En cuanto al trabajo de equipo se denota que las áreas de la Unidad están bien coordinadas entre sí contando con un 91% de respuestas positivas que dan cuenta de este aspecto como una fortaleza de la unidad.

En relación con la afirmación, Las áreas de esta unidad están bien coordinadas entre sí, 18 encuestados que representan el 51.42% manifestaron que Siempre, Casis siempre 14 persona resultando en un 40% de los individuos y finalmente 3 personas representados en un 8.57% respondieron Algunas Veces.

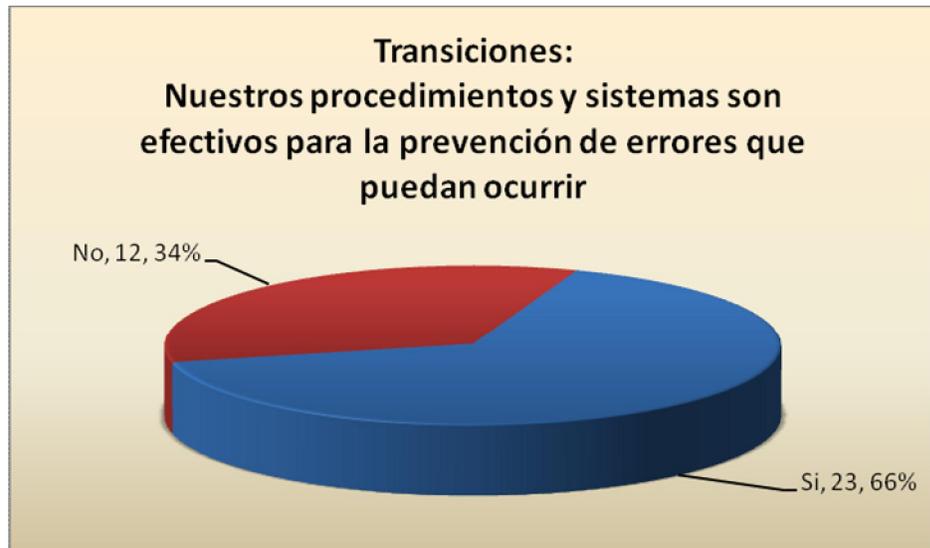
GRÁFICA N°11. TRANSICIONES 1.



GRÁFICA N°12. TRANSICIONES 2.



GRÁFICA N°13. TRANSICIONES 3.



Este analisis se fundamenta en las graficas N° 11, 12,13 que provienen de la categoria *Transiciones* donde resaltan la estrategia de %Clarita Segura+ como amigable e indicada para el despliegue de la política de seguridad de atención, donde se denota efectividad en los procedimientos para prevención de errores que puedan ocurrir.

En esta categoria de tendencia se realizaron 3 preguntas: ¿Considera que la estrategia de las Cartillas de Clarita Segura fueron Amigables? El 71.42% que equivale a 25 de los encustados respondieron siempre, el 17.14% respondieron casi siempre y solo el 11.42% respondió algunas veces, lo que nos lleva a decucir que esta estrategia fua agradable a la mayoría de los colaboradores.

¿Considera que la metodología de las Cartillas de Clarita Segura fueron las mas indicadas para el despliegue de la Política de Seguridad de Coomeva EPS? El 82.85% tuvo una respuesta positiva que equivale a 29 de los colaboradores, solo 6 de los encustados respondieron de forma negativa, el cual equivale al 17.14%, esto refleja hubo aceptación de la estrategia de Clarita Segura. Con la ultima

pregunta de esta categoría ¿Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir? El 65.71% respondieron que si es efectivo los procedimiento y sistemas de prevención, el 34.28% considera lo contrario.

GRÁFICA N°14. REPORTES 1.



Respecto al interrogante anterior se denota que el reporte se elabora en mayor cuantía con un 43% representado en 15 encuestados que respondieron Siempre, siguiendolo con un 28% equivalente a 10 personas con el ítem Casi siempre, un 20% generado por 7 personas respondieron Algunas veces, un 3% que señalan el ítem de Rara vez, siendo un sola persona y finalmente un 6% que responden Nunca dado por dos personas.

GRÁFICA N°15. REPORTES 2.

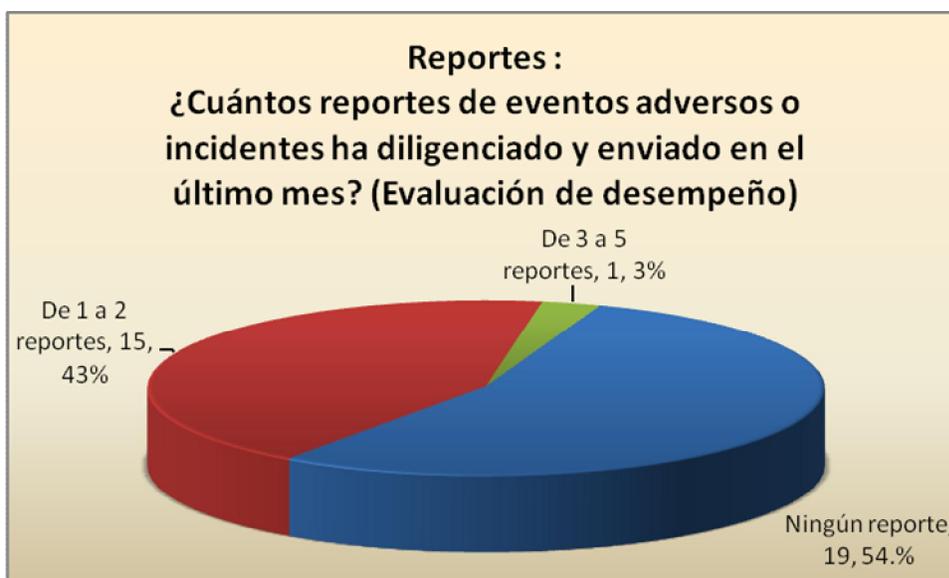


Se evidencia en la gráfica que sí existe motivación para el reporte de incidentes o eventos adversos, ya que un 80% representado en 28 encuestados lo expresan y solo un 20% no percibe que haya una motivación de reporte dado por 7 personas que respondieron negativamente.

GRÁFICA N°16. REPORTES 3.



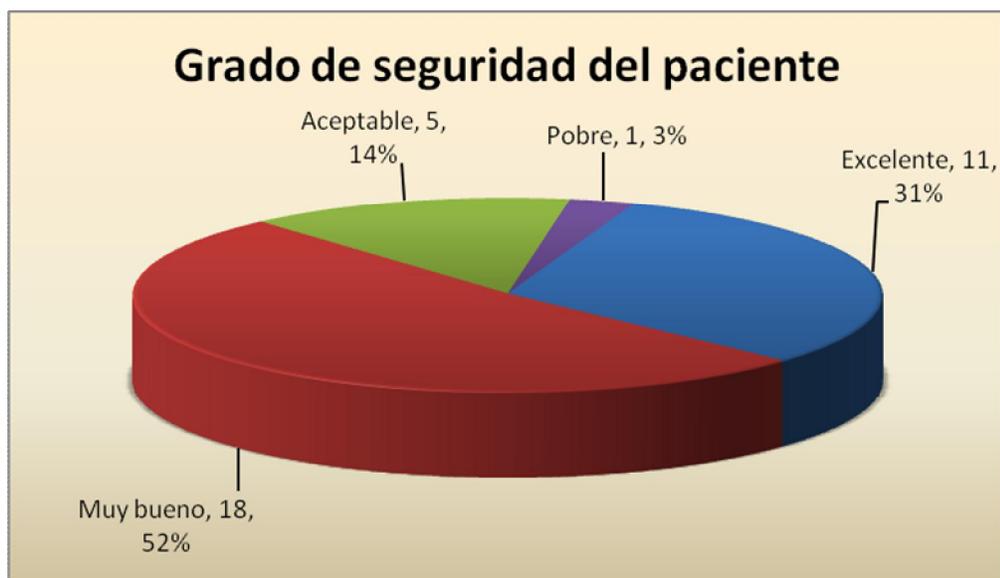
GRÁFICA N°17. REPORTES 4.



Las gráficas 14, 15, 16 y 17 hacen parte de la categoría de *Reportes* que de manera descriptiva se hacen dos preguntas abiertas donde se encuentran las siguientes respuestas de la pregunta ¿existe una motivación para el reporte de incidentes o eventos adversos? Se encuentran que: %evaluación desempeño+, %anchetas al final de año+, %puntuación+, %cumplir con el deber+, %elicitaciones+, %sensibilización desde el comité de seguridad+, %chocolates+, %corrección para que no vuelva a ocurrir+, %anteriormente cuando había el concurso de clarita segura+, %reconocimiento+. Y la segunda pregunta que plantea ¿ existe un direccionamiento o un proceso para la notificación de incidentes o eventos adversos? En esta se encuentran las siguientes enunciados %entregar al coordinador+, %médico líder+, %Evaluación de cada riesgo y análisis+, %formato+, %instruccion+, %reuniones de personal+. Ver Anexo N°1 Formato de Eventos Adversos.

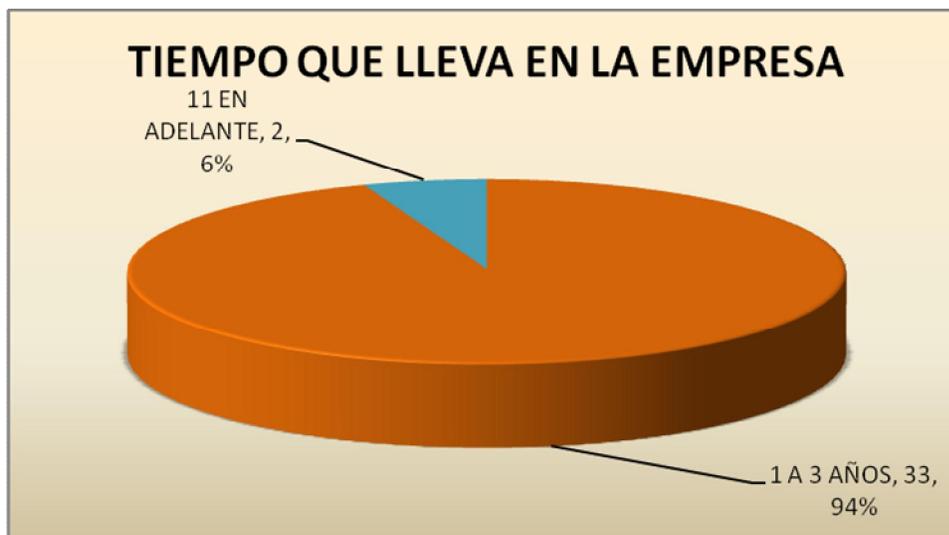
En la gráfica anterior se puede observar que el 53% de los encuestados no realiza reportes de incidentes o eventos adversos, denotando falta de cultura de reporte.

GRÁFICA N°18. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.



En la grafica N° 18, donde se formulo la pregunta ¿Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente? se evidencia que un 83% responden satisfactoriamente, distribuidos entre los items; *muy bueno* y *excelente* de esto se puede interpretar que existe un alto grado de seguridad del paciente en las áreas de trabajo de las personas encuestadas.

GRÁFICA N° 19. TIEMPO QUE LLEVA EN LA EMPRESA.



En cuanto a la permanencia del recurso humano de la Unidad Básica de atención de Occidente se observa que el 94% de las personas que equivale a 33 colaboradores laboran hace 3 años en la organización, y sólo un 6% equivalente a 2 personas se encuentran vinculadas hace más de 11 años.

Con base en la información brindada por el Comité de Seguridad de la Atención de la Unidad Básica de Atención de Occidente, se encontró que durante el año 2011 se tuvo 174 reporte de casos entre incidente y eventos adversos, equivalente un reporte de 14.5 casos por mes, teniendo en cuenta que hay total de 35 colaboradores, el reporte de casos por persona es de 0.41. Este valor refleja que el reporte individual no llega a la mitad por mes, similar a lo evidenciado en los resultados de la encuesta. Ver Anexo N° 4- Listado Casos 2.011.

Por otro lado se encuentra que desde enero del 2012 hasta septiembre del mismo año hay 138 reportes de casos, equivalente a 15.33 por mes. Con estos

resultados se denota la misma tendencia, aunque con un leve aumento, pero se sigue evidenciando el poco reporte. Ver anexo N° 5- Listado Casos 2.012.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO ACERCA DE SI LA HERRAMIENTA DEFINIDA INSTITUCIONALMENTE PARA EL REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS ES DE FÁCIL APLICACIÓN

En la categoría de reporte se realiza la pregunta que mide la herramienta, donde se muestra el siguiente resultado: El 97.14% del personal respondió de forma afirmativa, solo el 2.85% respondió de forma negativa. Al indagar con el Médico Líder de calidad, quien es el encargado del proceso, plantea que la labor principal del personal asistencial y administrativo, se basa en la notificación de los incidentes y eventos adversos, por consiguiente es el líder quien realiza el análisis detallado de cada uno de los casos, haciendo posteriormente la retroalimentación para la mejora.

6. DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigó las causas por las cuales el personal asistencial y administrativo de Coomeva E.P.S sector salud Medellín, no aplica la política de atención segura relacionada con la falta de reporte de incidentes y eventos adversos.

De acuerdo a los resultados encontrados en esta investigación se puede decir que existe conocimiento de los colaboradores en cuanto a la política de seguridad de la atención, lo que muestra aspectos positivos que han permitido la sensibilización por parte de los líderes encargados del personal, sin embargo vale la pena destacar que a pesar del conocimiento de dicha política, se evidencia un precario reporte de incidentes y eventos adversos debido a que aún no se ha generado una cultura que logre darle continuidad a este conocimiento adquirido.

Para ésto se encuentra que:

- Uno de los posibles obstáculos proviene de la falta de compromiso individual que puede ser relacionado con poca relevancia a la prevención de riesgos en la atención segura para el paciente, esta información se vio reflejada en la categoría de Reportes donde el 54% de los colaboradores no han reportado eventos adversos o incidentes en el último mes, por ende, se requiere de la responsabilidad individual que se tiene con el bienestar de la población afiliada y la seguridad de los pacientes, y la responsabilidad organizacional fomentando la filosofía del proceso de Reporte, la cual abarca los siguientes puntos: *no es punitivo, no busca señalar personas, el error es del proceso, el ánimo es a mejorar.*
- Validando la estrategia %Clarita Segura % en cuanto a la facilidad de aplicación por parte del personal asistencial y administrativo, se encontró que este mecanismo no se puede reconocer como el medio más apropiado para implementar la Política de Atención Segura, porque :
 - . El liderazgo es elemento clave en la creación de cultura. Gran parte de la motivación a la implementación depende de cada director y médico líder de Unidad y su responsabilidad de crear cultura a partir de la

sensibilización continua y seguimiento al cumplimiento de los reportes demuestra oportunidades de mejora.

- . La retroalimentación constante es otro factor crítico para la creación de cultura: Se encontró que en la cartilla en forma repetitiva se habla de retroalimentación de cada capítulo y de las preguntas o ejercicios que se realizan para verificar la comprensión del tema y no existe una retroalimentación continua, esperada por parte del personal sobre los resultados.

7. CONCLUSIONES

En conclusión una cultura efectiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud se postula como uno de los elementos fundamentales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y lograr aprender de los errores de forma proactiva, para redefinir los procesos y minimizar los errores para que estos no vuelvan a presentarse.

La adquisición de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la principal de las buenas prácticas o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente y se evidencian oportunidades de mejora en este sentido.

No hay cultura del reporte evidenciado en la gráfica de la categoría *Reportes*.

La retroalimentación muestra oportunidades de mejora en la construcción de la cultura de seguridad

Se destaca positivamente que se tiene un conocimiento claro de la *respuesta no punitiva al error*, generando de este modo confianza en el personal y enfocando este proceso de seguridad en el mejoramiento de la atención en salud.

En la categoría *conocimiento de la política de seguridad de la atención*, se denota que en los procesos de inducción y re-inducción se ha brindado la información suficiente sobre este proceso

Existe conocimiento total del 100% de la población encuestada de la estrategia de *%Clarita segura+* y su operatividad dentro del quehacer de cada uno de los colaboradores.

Hay reconocimiento de la existencia del comité de seguridad en la atención que tiene el personal, ya que un 97.14% de los encuestados lo identifican y

saben la función que cumple dentro del marco de la política de seguridad de atención.

Hay una respuesta satisfactoria en cuanto al aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo

RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta la estabilidad laboral del recurso humano en la organización es posible lograr mayor participación activa de la administración en todos los niveles (Director, Médicos líderes, Coordinadores de área) de tal modo que se logre operativizar la cultura de reporte en el personal asistencial y administrativo de cada unidad.
- Aunque se reconoce la estrategia de %Clarita segura+, se recomienda la evaluación, retroalimentación y replanteamiento de esta, con el fin de reconocer el impacto y las acciones de mejora, en cuanto a los objetivos esperados desde la implementación de la política de la Política de Atención Segura.
- Para futuras investigaciones se recomienda hacer seguimiento a estos mismos factores determinantes de la cultura de reporte por parte de los colaboradores, desde la estrategia de difusión %Clarita Segura+, dado que a medida que se trabaje la cultura se potencializa en los miembros de la organización un conjunto de valores y hábitos, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización y en este caso de la implementación de la Política de Atención Segura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1)(6) Ministerio de la Protección Social (Colombia). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia, Bogotá D.C, 2008

(2) Ministerio de la Protección Social (Colombia). La Seguridad del Paciente y la Atención Segura, Bogotá D.C, 2009

(3) Ministerio de la Protección Social (Colombia). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Edición 2005. Páginas 19-24. Bogotá D.C, 2005

(4) Ministerio de la Protección Social (Colombia). Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico 1. Bogotá D.C, 2006

(5) Ministerio de la Protección Social (Colombia). Resolución 1446 de 2006 Anexo Técnico 1. Bogotá D.C, 2006

(7) Ministerio de Protección Social (Colombia). Guía técnica Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en salud. Bogotá D.C, 2010

(8) Ministerio de la Protección Social (Colombia). Resolución 123 de 2012 Anexo Técnico 1. Bogotá D.C, 2012

(9) Ministerio de la Protección Social (Colombia) Resolución 8430 de 1993. Normas para la Investigación en salud, Bogotá D.C, 1993

(10) Ministerio de Sanidad y Política Social (España). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid (España), 2009.

(11) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España) Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid (España), 2010.

ANEXOS

Anexo 1

Unidad de prestación de servicios: _____ Fecha: _____						
Regional: _____ Cuantas horas a la semana trabaja en la empresa: _____ (horas)						
Cargo: _____ tiempo que lleva en la empresa: _____ (años)						
Realiza tareas Asistenciales _____ o Administrativas _____						
Categorías	Pregunta en la encuesta	Si	No			
Conocimiento de la política de seguridad atención	Conoce usted la Política de Seguridad de Coomeva EPS?					
	En el Ingreso a Coomeva EPS le fue presentada la Política de Seguridad de durante la inducción o en la reinducción?					
	Durante el tiempo que lleva trabajando en Coomeva EPS, se le ha presentado las cartillas de Clarita Segura?					
	Dentro de los comités que tiene las Unidades de Atención Basica conoce la existencia del Comité de Seguridad de la Atención?					
	Tiene claro cuales son las funciones del Comité de Seguridad de la Atención de la UBA?					
Categorías	Pregunta en la encuesta	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Implementación de la Política de Seguridad	El Director o el Líder del Comité de Seguridad de la Atención incluye en el cronograma de Capacitaciones de la UBA el tema de la Política de Seguridad de Coomeva EPS?					
Expectativas y acciones de quien promueve la seguridad del paciente	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes					
	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes					
Aprendizaje organizacional- mejoramiento continuo	Participo activamente para mejorar la seguridad del paciente					
	El reporte de Incidentes o Eventos adversos que hago de los errores ha llevado a cambios positivos en mi atención al usuario?					
	Participa directa o indirectamente en las Rondas de Seguridad diseñadas por el comité de Seguridad de la Atención?					
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad					
Actitud de comunicación abierta	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente					
Retroalimentación y comunicación sobre el error	Se ha retroalimentado al personal de la UBA de las Barreras de Seguridad que han salido de las rondas de seguridad, Incidentes y Eventos Adversos reportados?					
	Se le informa a la persona que reportó el Incidente o el Evento Adverso sobre el análisis del caso y los planes de acción que estos conlleva?					
	Estamos informados sobre los Incidentes o Acciones Inseguras que se cometen en esta Unidad					
Respuesta no punitiva al error	El personal siente que sus errores son usados en su contra					
	Cuando se informa de un incidente o de un evento adverso, se siente está siendo denunciada la persona y no el problema					
Personal	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo					
Apoyo y soporte de la Unidad para la seguridad del paciente	La Dirección de la Unidad propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
Trabajo en equipo entre las áreas de la Unidad	Las áreas de esta unidad están bien coordinadas entre sí					
Transiciones	Considera que la estrategia de las Cartillas de Clarita Segura fueron Amigables?	Si	No			
	Considera que la metodología de las Cartillas de Clarita Segura fueron las mas indicadas para el despliegue de la Política de Seguridad de Coomeva EPS?					
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir					
Reportes	¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?					
	Existe una motivación para el reporte de Incidente o Eventos Adversos?	Si	No	Si la respuesta es Si colocar cual?		
	Existe un direccionamiento o un proceso para notificación de los Incidentes o Eventos Adversos?	Si	No	Si la respuesta es Si colocar cual?		
	¿Cuántos reportes de eventos adversos o incidentes ha diligenciado y enviado en el último mes? (Evaluación de desempeño)	Ningún reporte	De 1 a 2 reportes	De 3 a 5 reportes	De 6 a 10 reportes	De 11 a 20
Grado de seguridad del paciente	Por favor, asigne a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo
INTERACCION DIRECTA CON PACIENTES		SI	NO	NO ESPECIFICA	ALGUNAS VECES	TOTAL
HORAS DE TRABAJO SEMANAL		3 A 24	25 A 40	41 A 51	NO ESPECIFICA	TOTAL
TIEMPO QUE LLEVA EN LA EMPRESA		1 A 3 AÑOS	4 A 10 AÑOS	11 EN ADELANTE	NO ESPECIFICA	TOTAL
OBSERVACIONES						
"Considero importante que se realicen brigada educativas para los pacientes, donde se les haga conciencia del uso de tapabocas, no utilizar el telefono celular en un centro medico, no comer dentro de la unidad (o destapar alimentos donde no es un lugar adecuado para esto), etc."						

Anexo 2

TABULACION						
Categorías	Pregunta en la encuesta	Si	No			
Conocimiento de la política de seguridad atención	Coroce usted la Política de Seguridad de Coomeva EPS?	33	2			
	En el Ingreso a Coomeva EPS le fue presentada la Política de Seguridad de durante la inducción o en la reinducción?	32	3			
	Durante el tiempo que lleva trabajando en Coomeva EPS, se le ha presentado las cartillas de Clarita Segura?	35	0			
	Dentro de los comités que tiene las Unidades de Atención Basica conoce la existencia del Comité de Seguridad de la Atención?	34	1			
	Tiene claro cuales son las funciones del Comité de Seguridad de la Atención de la UBA?	31	4			
TOTAL		165	10			
Categorías	Pregunta en la encuesta	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Implementación de la Política de Seguridad	El Director o el Líder del Comité de Seguridad de la Atención incluye en el cronograma de Capacitaciones de la UBA el tema de la Política de Seguridad de Coomeva EPS?	17	10	7	0	1
Expectativas y acciones de quien promueve la seguridad del paciente	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	25	7	3	0	0
	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	31	4	0	0	0
TOTAL		56	11	3	0	0
Aprendizaje organizacional-mejoramiento continuo	Participo activamente para mejorar la seguridad del paciente	27	6	2	0	0
	El reporte de Incidentes o Eventos adversos que hago de los errores ha llevado a cambios positivos en mi atención al usuario?	24	4	5	1	1
	Participa directa o indirectamente en las Rondas de Seguridad diseñadas por el comité de Seguridad de la Atención?	8	11	6	2	8
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	16	15	2	2	0
TOTAL		75	36	15	5	9
Actitud de comunicación abierta	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	24	9	1	1	0
Retroalimentación y comunicación sobre el error	Se ha retroalimentado al personal de la UBA de las Barreras de Seguridad que han salido de las rondas de seguridad, Incidentes y Eventos Adversos reportados?	25	7	1	1	1
	Se le informa a la personal que reportó el Incidente o el Evento Adverso sobre el analisis del caso y los planes de acción que estos conlleva?	15	7	7	2	4
	Estamos informados sobre los Incidentes o Acciones Inseguras que se cometen en esta Unidad	10	13	8	2	2
TOTAL		50	27	17	5	7
Respuesta no punitiva al error	El personal siente que sus errores son usados en su contra	2	3	2	7	21
	Cuando se informa de un incidente o de un evento adverso, se siente está siendo denunciada la persona y no el problema	1	3	3	2	26
TOTAL		3	6	5	9	47
Personal	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	11	8	11	3	2
Apoyo y soporte de la Unidad para la seguridad del paciente	La Dirección de la Unidad propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	25	10	0	0	0
Trabajo en equipo entre las áreas de la Unidad	Las áreas de esta unidad están bien coordinadas entre sí	18	14	3	0	0
Transiciones	Considera que la estrategia de las Cartillas de Clarita Segura fueron Amigables?	25	6	4	0	0
	Considera que la metodología de las Cartillas de Clarita Segura fueron las mas indicadas para el despliegue de la Política de Seguridad de Coomeva EPS?	29	6			
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	23	12			
TOTAL		52	18			
Reportes	¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?	15	10	7	1	2
	Existe una motivación para el reporte de Incidente o Eventos Adversos?	Si	No	Si la respuesta es Si colocar cual?		
		28	7			
	Existe un direccionamiento o un proceso para notificación de los Incidentes o Eventos Adversos?	Si	No	Si la respuesta es Si colocar cual?		
	34	1				
	¿Cuántos reportes de eventos adversos o incidentes ha diligenciado y enviado en el último mes? (Evaluación de desempeño)	Ningún reporte	De 1 a 2 reportes	De 3 a 5 reportes	De 6 a 10 reportes	De 11 a 20 reportes
		19	15	1	0	0
Grado de seguridad del paciente	Por favor, asigne a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo
		11	18	5	1	0
INTERACCION DIRECTA CON PACIENTES		SI	NO	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
		588	183	143	72	24
HORAS DE TRABAJO SEMANAL		3 A 24	25 A 40	41 A 51	ESPECIFIC A	TOTAL
		0	6	29	0	35
TIEMPO QUE LLEVA EN LA EMPRESA		1 A 3 AÑOS	4 A 10 AÑOS	11 EN ADELANTE	NO ESPECIFIC A	TOTAL
		33	0	2	0	35
OBSERVACIONES						
"Considero importante que se realicen brigada educativas para los pacientes, donde se les haga conciencia del uso de tanabocas, no utilizar el telefono celular en un centro medico, no comer dentro de la unidad (o destapar alimentos donde no es un lugar adecuado para esto), etc."						

Anexo 3



I. Reporte del Evento

IPS		Ciudad		Regional		
				NOROCCIDENTE		
Nombre del Colaborador		Cargo		Identificación		
Código Del Caso	Fecha Del Reporte		Fecha Del Evento		Hora	
	Día	Mes	Año	Día	Mes	
Nombre Del Usuario			Apellidos			
# Identificación			Tipo de documento			
			<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NUJP <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PA			
Edad	Sexo	Embarazada	Diagnóstico de base:			
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
El Evento Se Relaciona Con:			SERVICIO			
<input type="checkbox"/> 1. CON LOS CUIDADOS <input type="checkbox"/> 3. CON INFECCION NOSOCOMIAL <input type="checkbox"/> 4. CON UN PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> 5. CON EL DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> 2. CON LA MEDICACION <input type="checkbox"/> 6. CON DISPOSITIVO MEDICO <input type="checkbox"/> 7. OTRO			<input checked="" type="checkbox"/> 1. CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> 2. ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> 3. TOMA DE MUESTRAS <input type="checkbox"/> 4. FARMACIA <input type="checkbox"/> 5. AREA ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> 6. TRASLADO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 7. ATENCION DOMICILIARIA <input type="checkbox"/> 8. AREA DE DESPACHO (CEM-HC) <input type="checkbox"/> 9. HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 10. PROGRAMAS DE P y P <input type="checkbox"/> 11. URGENCIAS <input type="checkbox"/> 12. VACUNACION <input type="checkbox"/> 13. ODONTOLOGIA <input type="checkbox"/> 14. UCI <input type="checkbox"/> 15. UCIN <input type="checkbox"/> 16. CIRUGIA <input type="checkbox"/> 17. CONSULTA PRIORITARIA <input type="checkbox"/> 18. OTROS			
Tipo De Falla Latente O Riesgo: señale las que corresponden						
<input type="checkbox"/> 1. ERROR EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 5. ERROR EN EL REPORTE DE OTRAS AYUDAS DIAGNOSTICAS <input type="checkbox"/> 9. DEMORA EN LA ATENCION <input type="checkbox"/> 2. ERROR EN LA ASIGNACION DE LA CITA <input type="checkbox"/> 6. ERROR EN LA TOMA DE MUESTRAS <input type="checkbox"/> 10. PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> 3. ERROR DIAGNOSTICO Y/O PLAN TERAPEUTICO <input type="checkbox"/> 7. ERROR EN LA REMISION <input type="checkbox"/> 11. ERROR EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS <input type="checkbox"/> 4. ERROR EN EL REPORTE DE EXÁMENES DE LABORATORIO <input type="checkbox"/> 8. CAIDA <input type="checkbox"/> 12. OTROS						
DESCRIPCIÓN DEL SUCESO						
CONSECUENCIA DEL EVENTO						
<input type="checkbox"/> 1. SIN EMPEORAMIENTO DEL CURSO CLINICO, NI INTERNACION O PROLONGACION DE LA ESTANCIA <input type="checkbox"/> 1. CON EMPEORAMIENTO DEL CURSO CLINICO, INTERNACION O PROLONGACION DE LA ESTANCIA (SIN DAÑO PERMANENTE) <input type="checkbox"/> 5. DAÑO PERMANENTE AL PACIENTE <input type="checkbox"/> 7. MUERTE						
En Caso De Ser Un Evento Relacionado Con MEDICAMENTO, Indique Origen de la Prescripción						
<input type="checkbox"/> IPS BASICA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> AUTOMEDICADO <input type="checkbox"/> OTRO						
Principio Activo	Marca	Forma Farmacéutica	Concentración	Dosis y Frecuencia	Marque X Sospechoso	Numero de Lote
En Caso De Ser Un Evento Relacionado Con DISPOSITIVO MÉDICO, Indique						
<input checked="" type="checkbox"/> NUEVO <input type="checkbox"/> REUTILIZADO						
Fabricante	Distribuidor	Área de funcionamiento	Versión Software	Detalle		
Exámen Físico Posterior Al Evento (mencione los hallazgos mas importantes)						
Se Tomó Alguna Medida En El Momento En Que Se Presento El Caso (describala)						

Anexo 4

[Listado Casos 2.011.xls](#)

Anexo 5

[Listado Casos 2.012.xls](#)