

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE
SEGUNDO NIVEL DE APARTADO - ANTIOQUIA**

INVESTIGADORAS:

LAURA VELANDIA RODRIGUEZ

LEANIS HERRERA ARGEL

YANITZA TARAZONA

ASESOR:

MD. FERNANDO ACOSTA RODRIGUEZ

**LINEA DE INVESTIGACION: AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD
GRUPO OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA**

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 51

APARTADO

2011

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE
SEGUNDO NIVEL DE APARTADO - ANTIOQUIA**

INVESTIGADORES:

LAURA VELANDIA RODRIGUEZ

LEANIS HERRERA ARGEL

YANITZA TARAZONA

ASESOR:

MD. FERNANDO ACOSTA RODRIGUEZ

AUDITOR EN SALUD

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 51

APARTADO

2011

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	10
FORMULACION DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
PREGUNTA DE INVESTIGACION	13
INTRODUCCION	14
MARCO TEORICO	15
2. OBJETIVOS	21
2.1. OBJETIVO GENERAL	21
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
3. DISEÑO METODOLOGICO	22
3.1. ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION	23
3.2. TIPO DE ESTUDIO	23
3.3. POBLACION DE REFERENCIA	23
3.4. VARIABLES PRELIMINARES	23

4.	PRESENTACION DE LA IPS DE SEGUNDO NIVEL	24
4.1.	RESEÑA HISTORICA	24
4.2.	VISION	24
4.3.	MISION	24
4.4.	PRINCIPIOS INSTITUCIONALES	24
4.5.	VALORES INSTITUCIONALES	25
4.6.	POLITICA DE CALIDAD DE LA IPS	25
5.	RESULTADOS	26
5.1.	PRACTICAS SEGURAS	27
5.1.1.	PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS	27
5.1.1.1.	Programa de Seguridad del Paciente	27
5.1.1.1.1.	Política Institucional de Seguridad del Paciente	27
5.1.1.1.2.	Promoción de la cultura de seguridad	28
5.1.1.1.3.	Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo	28

5.1.1.1.3.1.	Reporte	29
5.1.1.1.3.2.	Análisis y gestión	29
5.1.1.2.	Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad de los procesos a su cargo	29
5.1.1.3.	Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador	29
5.1.1.3.1.	Procedimientos de referencia de pacientes	29
5.1.1.3.2.	Análisis, medición y planes de mejoramiento de los tiempos de espera relacionados con la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes	30
5.1.1.4.	Estandarización de procesos de atención	30
5.1.1.4.1.	Desarrollar y adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia	30
5.1.1.4.2.	Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares	30
5.1.1.4.3.	Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la	

	seguridad de los pacientes	30
5.1.1.5.	Evaluar la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos	31
5.1.1.6.	La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente	31
5.1.1.7.	Utilización y/o desarrollo de software para disminuir el riesgo en la prestación del servicio	31
5.1.1.8.	Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud	31
5.1.2.	PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS	32
5.1.2.1.	Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud	32
5.1.2.2.	Mejorar la seguridad en la utilización del medicamento	32
5.1.2.2.1.	Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención	32
5.1.2.3.	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	33
5.1.2.3.1.	Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente	33

5.1.2.3.2.	Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente	33
5.1.2.4.	Prevenir las complicaciones anestésicas	33
5.1.2.5.	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	33
5.1.2.6.	Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnosticas	34
5.1.2.6.1.	Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnosticas	34
5.1.2.6.2.	Prevención de aspectos relacionados con los riesgos relacionados con la sedación de pacientes para la realización de procedimientos	34
5.1.3.	INCENTIVAR PRACTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACION DE LOS PROFESIONALES	35
5.1.3.1.	Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	35
5.1.3.2.	Prevenir el cansancio en el personal de salud	35

5.1.3.3.	Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado	35
5.1.4.	INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y A SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD	36
5.1.4.1.	Ilustrar al paciente en el auto cuidado de su seguridad	36
5.1.4.2.	Facilitar las acciones colaborativas de sus pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención	36
6.	METODOLOGIA DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	37
6.1.	POLITICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	38
6.1.1.	PROMOCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	39
6.1.1.1.	Reporte	41
6.1.1.2.	Análisis y gestión de eventos adversos	41
6.1.2.	Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad	42
6.1.3.	Desarrollar guías de práctica clínica basadas en la Evidencia	42

6.1.4.	Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos Adversos	42
6.2.	PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS	45
6.2.1.	Detectar, prevenir, y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud	45
6.3.	INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD, ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL CUIDADO DE SU SEGURIDAD	46
	CONCLUSIONES	47
	BIBLIOGRAFIA	48

RESUMEN

En este trabajo se diseñó un programa de seguridad del paciente para una IPS de segundo nivel en Apartadó, mediante un análisis de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, que ha establecido la institución y su grado de implementación, teniendo en cuenta los Lineamientos del Ministerio de la Protección Social y la Norma Técnica Sectorial de Seguridad del Paciente.

La finalidad de este programa de seguridad del paciente es crear una cultura organizacional para el manejo y gestión de los eventos adversos, prevención de riesgos y así un ambiente institucional enmarcados en un entorno seguro, que conlleve al mejoramiento continuo, servicios con calidad y así obtener mayores beneficios para los pacientes con el mínimo riesgo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Los avances en tecnología han creado un sistema de salud complejo, donde no se concibe una intervención clínica sin el concepto de riesgo. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es evitar los eventos adversos durante la atención. La calidad en salud no depende de un atributo único del servicio; por el contrario, depende de muchos, entre los cuales se destacan la efectividad, la seguridad y la eficiencia. Es evidente que el buen resultado de cualquier intervención en salud depende de la disposición y de la idoneidad de las personas que tienen a su cargo planearla y ejecutarla. En este contexto la seguridad del paciente es obviamente de máxima importancia.

En los últimos años las instituciones y los profesionales han mostrado una genuina preocupación por disminuir errores y eventos adversos durante la atención en salud. Así mismo, los actores del SGSSS están abordando estrategias de reporte y mecanismos de análisis de eventos adversos.

JUSTIFICACIÓN

Más allá de cada fundamento teórico planteado, se considera que lo que realmente debe motivar al sector de la salud y por consiguiente a ésta institución, es la verdadera cultura y política de seguridad del paciente, que hace parte del proceso, desde el momento en que el paciente ingresa hasta que es remitido o dado de alta. Para estos aspectos la norma establece fundamentos, pero son las instituciones y sus directivos los que deben garantizar procesos institucionales y asistenciales seguros, un recurso humano idóneo e involucrar a pacientes y allegados en su seguridad.

Por consiguiente, se hace indispensable diseñar el programa de seguridad del paciente en la IPS, basados en la información disponible, en la normatividad y en los procesos establecidos en la institución, para que se apropie de conceptos y elementos de tipo técnico necesarios para la atención adecuada y segura del paciente por parte del equipo de trabajo de la IPS, con la certeza de que dicho diseño le permitirá disponer de una herramienta de trabajo útil para el desarrollo de sus responsabilidades frente a los usuarios, asegurando, además, un ambiente propicio, con identificación de factores de riesgo, que trae consigo la gestión y disminución de los eventos adversos, permitiendo así tener prácticas seguras que incrementen su efectividad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El diseño de un programa de seguridad del paciente en una IPS de segundo nivel impacta en el manejo y gestión de los eventos adversos?

INTRODUCCION

El concepto de seguridad del paciente se manifiesta como la reacción mundial y la búsqueda constante de las instituciones del sector salud para prevenir y controlar el aumento que se ha desbordado en los últimos años con relación al tema. La Organización Mundial de la Salud, como principal órgano rector de este componente, ha encendido las alarmas y ha señalado una serie de parámetros con el fin de que todos los países adopten medidas y puedan impactar de forma acertada en la reducción de muertes, que en algunos países son consecuencia de los errores médicos y eventos adversos derivados de la atención en salud.

Se estima que en gran parte de los países del continente Europeo y Americano uno de cada 10 pacientes sufre un evento adverso mientras está hospitalizado¹, es por ello que Colombia ha venido fortaleciendo a través del Ministerio de la Protección Social y su política de calidad con el decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad donde se plantean los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, consistente en un conjunto de acciones y estrategias sencillas para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Este trabajo se enfocó en el diseño de un programa de seguridad del paciente para una IPS de segundo nivel en Apartadó, con el propósito de optimizar la prestación del servicio y promover el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales para una atención con calidad. Se establecieron los avances de la IPS en seguridad del paciente y su nivel de implementación, se determinaron los elementos faltantes con respecto a los Lineamientos del Ministerio de la Protección Social y la Norma Técnica Sectorial de Seguridad del Paciente y se planteó un Programa de Seguridad del Paciente acorde con el direccionamiento estratégico de dicha IPS.

1. MARCO TEÓRICO

La prestación de servicios de salud se ha orientado hacia una atención de calidad, con un mínimo riesgo, que cumpla con las necesidades y expectativas del paciente, que impacten de manera positiva en la atención. Debido a esto, la salud se ha convertido en un sistema complejo, incorporando tecnologías y técnicas muy elaboradas, que hacen indispensable identificar, captar, analizar, intervenir y prevenir lesiones en los usuarios causadas durante el proceso de atención; dándole así, confiabilidad a todas las actuaciones médicas, estas estrategias se han denominado seguridad del paciente.

En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un evento adverso (EA). Es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia en salud que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos adversos son inevitables a pesar del esfuerzo de los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, aplicando determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes.²

Cuando se habla de un programa de seguridad del paciente, se está haciendo referencia al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden prevenir, controlar o trasladar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias³

La realidad es que los errores médicos y otros efectos adversos de la atención de salud son factores que inciden en forma significativa en la carga mundial de enfermedad y muerte. Un estudio realizado en 1999 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos determinó que los errores médicos en este país ocasionan unas 98.000 defunciones al año —cifra superior a la de decesos causados por el cáncer de mama, los accidentes automovilísticos o el sida. Por otra parte, varios estudios de Gran Bretaña indican que uno de cada 10 pacientes sufre un efecto adverso mientras está hospitalizado. En Nueva Zelanda y Canadá las cifras son similares, mientras que en Australia, la tasa es del 16,6%.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo

médico y la tecnología⁵ y en el 2004 se lanza la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a fin de ayudar a reducir los daños relacionados durante la atención sanitaria e intentar asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo, se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos. Esta Alianza Mundial, tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar el mejoramiento de la seguridad del paciente en todo el mundo y favorecer la colaboración multinacional y la adopción de medidas que reafirmen la importancia de la seguridad del paciente a nivel global. Las investigaciones confirman que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos y ningún país puede asegurar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente, porque para esto se deben establecer sistemas de atención adecuadamente creados, que permitan reducir al mínimo los riesgos a que están expuestos los pacientes e implica cambiar las condiciones de los prestadores de servicios de salud, de los equipos, de las organizaciones y en conjunto, de los sistemas de atención de salud con funcionarios competentes, serios y preocupados por la seguridad del paciente, que cuenten con el apoyo necesario de los estados para prestar una asistencia segura.⁶⁻⁸

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, La cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007. El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. En el estudio se señalan cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos.⁹

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir errores, estos se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros. Las soluciones guardan relación con los siguientes conceptos: medicamentos de aspecto o nombre parecidos; identificación de pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes; realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto; control de las soluciones concentradas de electrolitos; asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; usar una sola vez los dispositivos de inyección; y mejorar la higiene de las manos para prevenir

las infecciones asociadas a la atención de salud. Básicamente estas soluciones tienen por objeto ayudar a reformular la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes. Estas soluciones ofrecen a los Estados Miembros de la OMS un nuevo e importante recurso para ayudar a sus hospitales a evitar muertes y lesiones prevenibles.¹⁰

En la misma línea, el Comité Europeo de Sanidad en su 56.^a reunión celebrada en 2004 realizó recomendaciones a los gobiernos de los Estados Miembros, entre las que tenemos: asegurar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, elaborar un marco político en materia de seguridad de paciente, un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, promover la investigación sobre seguridad del paciente, entre otras.¹

La agencia nacional de seguridad del paciente ha creado los siete pasos para la seguridad del paciente y en su orden son: desarrollar una cultura de seguridad, liderar y apoyar a su personal, integrar su actividad en gestión del riesgo, promover la notificación, involucrar y comunicar con pacientes y público, aprender y compartir lecciones de seguridad e Implantar soluciones para prevenir el daño¹¹

El modelo de gestión de seguridad del paciente, desarrollado por el Centro de Gestión Hospitalaria en el 2008, se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad. Estos dos elementos son mutuamente dependientes y deben darse de manera continua y paralela en el tiempo y apalancarse mutuamente. No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente. Y una cultura de seguridad no tiene ningún efecto si no cuenta con procesos hacia los cuales dirigir los esfuerzos.¹²

Otra iniciativa a destacar es la creación del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios por la Comunidad de Madrid. Fue creado mediante el Decreto 134/2004 de 9 de septiembre como órgano consultivo y de asesoramiento en materia de riesgos sanitarios y prevención de los mismos¹³

En la literatura se identifican 8 estudios que representan el análisis de los registros de un total de 74.485 pacientes. La incidencia global promedio de incidentes intrahospitalarios fue 9.2%, 43.5% de ellos prevenibles, 56.3% fueron leves, y 7.4% letales. La mayoría fueron eventos quirúrgicos (39.6%) y relacionados con medicamentos (15.1%)¹⁴. Uno de los estudios fue el proyecto llamado IBEAS, dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud, donde el principal objetivo era conocer la prevalencia

de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, con un resultado de un 10,5%. Este ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina, para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios¹⁵

Similar a este, en España se realizó un Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la Hospitalización ENEAS el cual contó con 24 hospitales y una muestra de 5624 pacientes de los cuales fueron detectados 1.063 pacientes con Eventos adversos y de ellos el 49.4% estaban ligados a la asistencia sanitaria. También arrojó que la incidencia fue mayor en los hospitales pequeños, ocupó un lugar intermedio la de los hospitales grandes y resultó menor en los medianos. A su vez, fue más elevada en los servicios médicos que en los quirúrgicos.¹⁶

Otro estudio realizado en España, sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud, APEAS, contó con 48 Centros de Atención Primaria pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas de España, escogiendo a todos los pacientes que consulten, por cualquier causa con los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud seleccionados. En el periodo de estudio, 96.047 pacientes asistieron a una consulta de Atención Primaria, la prevalencia de pacientes con algún EA es de 10,11% y Un 6,7% de los pacientes acumuló más de un EA.¹⁷

En las instituciones es importante tener un sistema de notificación de eventos adversos, como estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito de salud, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes, son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.¹⁸

La identificación de eventos adversos en la institución tiene varios propósitos. En general, busca mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de estos eventos adversos y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de eventos adversos evitables. En este marco general también se busca identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente, identificar los eventos adversos de mayor trascendencia, estimar la prevalencia y la incidencia de los asociados a la atención.¹⁹ Para analizar los eventos adversos existen métodos como son El protocolo de Londres que es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos, el protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. De acuerdo con

este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas, durante el análisis de un incidente, cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales.²⁰

En Colombia, el ministerio de Protección Social está impulsando la política de seguridad del paciente liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, consistente en un conjunto de acciones y estrategias sencillas para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Son herramientas prácticas para la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud

Por lo tanto, a nivel nacional, la Seguridad del Paciente es una prioridad y existe una decisión concreta por parte del Gobierno, que incluye a prestadores y aseguradores, para desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. Implementada mediante la adopción de la Norma Técnica Sectorial de Prácticas Seguras donde se establece el programa de seguridad del paciente, cuyo propósito es precisamente, prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten dicha seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para que las instituciones de salud colombianas cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, sean seguras y competitivas internacionalmente.²¹

La importancia que tiene la seguridad del paciente para las instituciones prestadoras de servicios ha permitido considerar que no solo deben ser elementos normativos como los expuestos en el Decreto 1011 de 2006, sino que debe ser política institucional de quienes realicen procesos asistenciales.²²

El ministerio de la protección social ha regulado de forma muy clara cada uno de los lineamientos y protocolos establecidos para tal fin, sin embargo, existen obstáculos que no permiten alcanzar el 100% de la seguridad del paciente en materia de eventos adversos, por aspectos como la deficiente capacidad instalada de las instituciones prestadoras, falta de capacitación del recurso humano que realiza la operabilidad y funcionalidad, ausencia de un programa de prácticas

seguras en las instituciones de la región y la no aplicación del marco jurídico con relación a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar el programa de seguridad del paciente para una IPS de segundo nivel en Apartadó, con el propósito de optimizar la prestación del servicio de salud y promover el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales para una atención con calidad.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los avances en seguridad del paciente que tiene la institución y su nivel de implementación.
- Revisar los componentes mínimos de un programa de seguridad del paciente articulados a los Lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
- Identificar en el direccionamiento estratégico de la IPS aquellos aspectos que se relaciona con la seguridad del paciente.
- Determinar los elementos de seguridad del paciente faltantes en la IPS con respecto a los Lineamientos del Ministerio de la Protección Social y la Norma Técnica Sectorial de Seguridad del Paciente.
- Diseñar un Programa de Seguridad del Paciente acorde con el direccionamiento estratégico de dicha IPS.

3. DISEÑO METODOLOGICO

Se diseñó el programa de seguridad del paciente en una IPS de segundo nivel de la siguiente manera:

Se establecieron los avances en seguridad del paciente con que cuenta la institución y se tuvo en cuenta su nivel de implementación. Se revisaron los Lineamientos y la normatividad vigente sobre Seguridad del Paciente para luego, identificar en el direccionamiento estratégico de la IPS lo relacionado con el tema, determinando así, la importancia de la seguridad del paciente para la institución. Con base en la Norma Técnica Sectorial, Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” se observaron los elementos faltantes en la institución. Finalmente, se planteó una metodología del Programa de Seguridad del Paciente adecuado para la IPS en estudio.

Se concertó una reunión inicial con el grupo directivo de la IPS; el gerente, médico especialista, enfermera jefe y el asesor de calidad donde se expuso los objetivos y alcance de la investigación y por parte de la institución se expusieron las expectativas que tienen con el estudio.

Por consenso se eligió la investigadora por parte del grupo de estudio, para la recolección de datos e información necesaria y se escogió la secretaria para realizar las actas. Se definió que las fechas de las reuniones mensuales, se realizarían el último viernes de cada mes, para verificar los avances de la investigación.

En la primera etapa se realizó una verificación documental y una observación directa de los procesos prioritarios asistenciales, en donde se tomaron en cuenta los estándares del sistema único de habilitación de capacidad tecnológica y científica, que comprende: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud, se observó también el manejo de Historia Clínica y avances en la IPS de indicadores y del Sistema de Información de la Calidad, programa de capacitaciones y programa de seguridad ocupacional. Indicadores de oportunidad, de tiempos de espera, los avances en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Para alcanzar los objetivos propuestos, se llevó a cabo un estudio de carácter **descriptivo cualitativo**. Este tipo de metodología permite delimitar criterios en relación al tema tratado. Para determinar y precisar datos se realizó la descripción de los hechos observados para comprenderlos e interpretarlos en el contexto en el que se producen.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Estudio **descriptivo**. Este proyecto busca crear un modelo del programa de seguridad del paciente donde se propuso una metodología de implementación del Programa de Seguridad del Paciente de acuerdo con el direccionamiento estratégico de una IPS de segundo nivel.

3.3. POBLACIÓN DE REFERENCIA

Se tomó como población de referencia las IPS de segundo nivel de la zona de Urabá.

3.4. VARIABLES PRELIMINARES

- Número de eventos adversos que se reportan en la IPS
- Número de eventos adversos que se reporten y gestionen
- Número de capacitaciones en seguridad del paciente al personal de la IPS
- Número de incidentes y número de complicaciones que se han presentado en la IPS
- Número de procedimientos que se realizan en la IPS mensualmente
- Número de personas que laboran en la IPS y tienen conocimientos sobre los Lineamientos del Ministerio de la Protección Social y la Norma Técnica Sectorial de Seguridad del Paciente.
- Frecuencia de presentación de eventos adversos
- Evaluación de la incidencia o prevalencia de eventos adversos.

4. PRESENTACION DE LA IPS DE SEGUNDO NIVEL

4.1. RESEÑA HISTORICA

Esta IPS es el resultado de cinco años de experiencia en la zona de Urabá a través de los cuales se ha evidenciado el deseo de la comunidad urabaense de poder resolver sin traslado a otros centros de referencia ubicados en Medellín o en Montería a segundo nivel, problemas derivados de enfermedades gastrointestinales y medicina interna, es por ello que se ha planeado, organizando y cristalizado la idea de una IPS que resuelva estos problemas de segundo nivel con alto contenido tecnológico y gran compromiso social enmarcado en todas sus etapas en ciclos de mejoramiento continuo.

4.2. VISION

En el 2015 será una institución reconocida por la calidad en los servicios prestados, los cuales serán certificados mediante la acreditación; garantizando así confiabilidad y seguridad a todos nuestros usuarios en la zona de Urabá con amplia proyección nacional.

4.3. MISION

Es una institución prestadora de servicios de salud especializada en medicina interna, gastroenterología y endoscopia de vías digestivas caracterizada por la calidad en sus procesos, basados en responsabilidad, ética, alto nivel científico y con un gran sentido humano hacia nuestros clientes.

4.4. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Respeto: Propiciamos el reconocimiento de intereses y sentimientos. La autonomía y autodeterminación como la base de todas las relaciones con las partes interesadas.

Honestidad: Actuamos con coherencia y sinceridad con el fin de hacer relaciones fuertes con los usuarios de la IPS.

Responsabilidad: Cumplimos con los compromisos adquiridos, es prioridad y exigencia para nosotros.

Servicio: la Unidad de Endoscopias Digestivas de la IPS, garantiza de manera permanente la disponibilidad del especialista de Gastroenterología y de Medicina Interna para ofrecer solución a los requerimientos de nuestros usuarios con óptimos estándares de calidad.

4.5. VALORES INSTITUCIONALES

La cultura organizacional está orientada por valores corporativos que enmarcan el direccionamiento de ésta IPS:

Liderazgo:

Se permite que los empleados se sientan seguros en la IPS. Somos líderes en el sector y se apoya tanto al cliente interno como externo para maximizar su potencial.

Trabajo en Equipo:

Se cuenta con un equipo exitoso, en búsqueda constante de mejor rendimiento de cada uno de los colaboradores.

Se valora el aporte brindado por cada miembro de equipo. Se trabaja de forma integral y comprometida para alcanzar metas en común.

Comunicación constante:

Se entiende al interlocutor: compañeros, clientes o proveedores para sincronizar intereses y necesidades. Se desarrolla una relación basada en confianza, respeto e integridad.

Excelencia:

Se desarrollan soluciones innovadoras, con tecnología y servicios, fortaleciendo permanentemente el mejoramiento continuo para garantizar una atención segura. El conjunto de prácticas asistenciales promueven en los funcionarios la atención centrada en el usuario, como la razón de ser de la IPS, y donde la seguridad en la atención es el deber ser.

4.6. POLITICA DE CALIDAD DE LA IPS

La Política de Calidad de la IPS, se fundamenta en su filosofía organizacional, enmarcada en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad definido por el Gobierno Nacional en el Decreto 1011 de 2006, basado en las características de oportunidad, continuidad, el mejoramiento continuo, y la atención centrada en satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios, en los diferentes procesos de atención, para generar beneficios en salud a la comunidad.

5. RESULTADOS

EVALUACION DEL NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS DE SEGUNDO NIVEL

Para establecer los avances en seguridad del paciente que tiene la institución y su nivel de implementación, identificar en el direccionamiento estratégico de la IPS lo relacionado con la seguridad del paciente y determinar los elementos faltantes en la IPS, con respecto a los Lineamientos del Ministerio de la Protección Social, se tomo como base la Norma Técnica Sectorial, Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”²¹ que incluye cuatro grupos de recomendaciones, clasificadas así:

5.1. PRACTICAS SEGURAS

5.1.1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

5.1.2. OBTENER PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

5.1.3. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y A SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD

5.1.4. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

5.1. PRACTICAS SEGURAS

5.1.1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

5.1.1.1. Programa de Seguridad del Paciente:

Las diferentes actividades dentro del proceso de atención en salud pueden generar eventos adversos que afectan la seguridad del paciente, por lo tanto, toda IPS debe tener un sistema de análisis y gestión de dichos eventos adversos, denominado Programa de Seguridad del Paciente.

HALLAZGO 1. No se ha implementado un programa de seguridad del paciente como tal que proporcione una adecuada identificación, reporte y gestión de eventos adversos, aunque se observaron directrices y procedimientos dentro de la institución enfocados a la seguridad del paciente, no se observó un proceso articulado. No hay evidencias de evaluación y mejoramiento al respecto.

El programa de seguridad del paciente contempla los siguientes elementos:

5.1.1.1.1. Política institucional de Seguridad del Paciente.

Se debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.

HALLAZGO 2. En el direccionamiento estratégico de la institución, están enunciadas pautas concretas para la seguridad del paciente, donde están integradas la política institucional a las prácticas seguras, con un enfoque preventivo hacia el manejo y control de eventos adversos.

- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.

HALLAZGO 3. Se determinó que es una prioridad para la institución la seguridad del paciente mediante la planeación de la estructura física adecuada para la realización de los procedimientos, lo que permite una atención segura, donde se dispone de áreas apropiadas para cada momento de la atención:

Sala de espera cómoda donde permanentemente se pasan videos informáticos relativos a los procedimientos que allí se realizan.

Sala de procedimientos con equipos de última generación, máquina de anestesia, desfibrilador y monitor de signos vitales de alta tecnología.

Sala de recuperación que dispone de succionador, monitor y oxígeno.

- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución:

HALLAZGO 4. Según lo evidenciado en el diagnóstico la capacitación del personal en cuanto al tema es esporádica, no está presente en todas las áreas, pero se está pasando de un enfoque reactivo a uno preventivo cuando se presenta el evento adverso, no se evidencia un proceso de evaluación y mejoramiento, hay datos desarticulados.

- Promover un entorno no punitivo:

HALLAZGO 5. Se observaron eventos adversos reportados y gestionados en la IPS; con un enfoque organizado y motivado desde la gerencia de la IPS, lo que hace alcanzable dicho propósito.

5.1.1.1.2 Promoción de la cultura de seguridad:

HALLAZGO 6. Se observaron evidencias de implantación parcial de la cultura de seguridad, en soportes de capacitaciones de video institucional, conocimientos en la seguridad de los procesos asistenciales y en la importancia de reporte de los incidentes y de los eventos adversos pero no hay un sistema de medición al respecto.

5.1.1.1.3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo:

Toda IPS debe encontrar mecanismos que identifiquen los eventos adversos, indispensables para la gestión de la seguridad del paciente en la institución:

HALLAZGO 7. Se observó organización en el reporte, donde se tienen identificados los eventos adversos más frecuentes de la prestación del servicio:

- Procedimientos cancelados por factores atribuibles a la IPS.
- Ingreso no programado a UCI, luego de procedimientos que implican administración de anestesia.
- Caídas de su propia altura intrainstitucional, de la camilla en procedimientos o en recuperación.
- Flebitis en sitios de venopunción

- Sangrado derivado del procedimiento
- Perforación derivada del procedimiento
- Infección derivada del procedimiento
- Rotura esplénica
- Apendicitis, pancreatitis, hematoma y absceso retroperitoneal
- Complicaciones medicamentosas

5.1.1.1.3.1 Reporte:

HALLAZGO 8. Se halló en todas las áreas un proceso en etapas iniciales, con cierta sistematicidad, implantado en el cliente interno, con resultados incipientes en su aplicación con seguimiento a través de indicadores que miden su desempeño con resultados recientes que no permiten tomar decisiones con base en la información.

5.1.1.1.3.2. Análisis y gestión:

HALLAZGO 9. Se identificó un enfoque inicial que logra el análisis y gestión del evento adverso, se observaron falencias en la medición de los datos para las diferentes áreas y no hay monitorización realizada por la dirección aunque hay tendencia al mejoramiento del proceso con prácticas independientes de comparación.

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

HALLAZGO 10. Se observó un enfoque reactivo, no se halló un ciclo de evaluación y mejoramiento en las capacitaciones al personal aunque se despliega a todas las áreas. No existen indicadores.

5.1.1.3 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador

5.1.1.3.1. Procedimientos de referencia de pacientes:

HALLAZGO 11. El proceso se encontró organizado, integrado con otras instituciones, en todas las áreas, con enfoque proactivo y preventivo, con planes de mejoramiento y ciclos de evaluación, ampliamente implementado, desarrollado y seguro.

5.1.1.3.2. Análisis, medición y planes de mejoramiento de los tiempos de espera relacionados con la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes:

HALLAZGO 12. El análisis, la medición y los planes de mejoramiento de los tiempos de espera se observaron en etapa de implementación, enfocados al cliente interno, alcanzando tiempos de espera apropiados. Los planes de mejoramiento están basados en la medición inicial y en la monitorización de dichos tiempos de espera. Según lo evidenciado en la fase de diagnóstico institucional.

5.1.1.3.3 Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS.

HALLAZGO 13. Aunque en la IPS no se hace entrega de medicamentos, se evidenció el seguimiento de manera sistemática a la oportunidad en la entrega de éstos, a la adhesión terapéutica, a sus interacciones y efectos, se están documentando en las historias clínicas de los usuarios.

5.1.1.4. Estandarización de procedimientos de atención.

5.1.1.4.1. Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:

HALLAZGO 14. Se encontraron guías desarrolladas y adoptadas a partir de las guías de la sociedad de gastroenterología y se utilizan guías de enfermería. Se aplican organizadamente de acuerdo al momento de la atención. No se hallaron evidencias de evaluación de guías mediante instrumentos.

5.1.1.4.2. Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares:

HALLAZGO 15. Se encontró en las guías de la institución, explícitamente expresado los procedimientos específicos de cada profesional.

5.1.1.4.3. Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:

HALLAZGO 16. Las diferentes áreas están dotadas de acuerdo a los listados institucionales de medicamentos, insumos y dispositivos requeridos para la atención de los usuarios, se realiza monitoreo semanal de su disponibilidad, lo que permite tomar decisiones pertinentes en el área administrativa.

5.1.1.5. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos:

HALLAZGO 17. Se encontró una evaluación sistemática de la frecuencia de eventos adversos, información válida para la evaluación y para la implementación de planes de mejoramiento. La estancia en la que se realiza la evaluación es el comité de calidad, programado de manera mensual y en los casos que se presenta un evento adverso grave se convoca de manera inmediata, se delega al coordinador de calidad para levantar los planes de mejoramiento y realizar su respectiva evaluación y seguimiento.

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

HALLAZGO 18. Parcialmente implementado, en vigilancia de aspectos básicos del reporte y gestión de eventos adversos y la gestión en educación.

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

HALLAZGO 19. Se utiliza historia clínica digital con captura de imágenes e impresión de alta definición láser, reduce la frecuencia de los errores en la atención porque alerta ante un procedimiento inseguro o ante una sospecha de evento adverso.

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

HALLAZGO 20. Se observó un ambiente físico estratégicamente localizada, cerca a la ESE Hospital Antonio Roldan y a IPSs de segundo nivel. Es una estructura nueva, diseñada para el tipo de atención que presta, con servicios públicos completos, con planta eléctrica y conexión a la ESE, tanques de reserva de agua, que provee por 48 horas después de suspendido el servicio.

El equipamiento tecnológico, biomédico y administrativo cuenta con ambientes para: sala de procedimientos con equipos de última generación, máquina de anestesia, desfibrilador y monitor de signos vitales de alta tecnología, la sala de recuperación dispone de succionador, monitor y oxígeno, recientemente adquiridos nuevos, de acuerdo con las necesidades de la institución.

Tiene un sistema de tecnología de vigilancia implementado con cronogramas de mantenimiento preventivo, clasificación de riesgos de los dispositivos biomédicos, capacitaciones realizadas del tema, planes de contingencia y sistema de reporte y análisis de datos.

5.1.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

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

HALLAZGO 21. Se observaron directrices claras en cuanto a higiene de manos, se supervisa al personal en el lavado higiénico de las manos. Tiene procesos estandarizados, pero no se verifican mediante lista de chequeo las medidas de prevención de Infecciones asociadas a la atención salud.

Se prepara a los pacientes y a sus familias desde el día anterior al procedimiento para la prevención de la infección asociada a la atención en salud. Se observó que se involucra a todo el personal de salud en la implementación de las medidas para la prevención de infección asepsia y antisepsia de la piel.

Se halló un plan de gestión integral de residuos hospitalarios (PGIRHS) implementado completamente.

Se tienen identificadas las áreas de alto, medio y bajo riesgo para realizar el lavado y desinfección pertinentes.

El manejo de aire se realiza mediante ventilación con aire acondicionado. La circulación de personas es restringida en todas las áreas, los acompañantes deben permanecer en sala de espera, si no es menor de edad o discapacitado.

5.1.2.2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:

HALLAZGO 22. Se observaron actividades para prevenir o evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, como: la selección, la administración, la monitorización de su efecto, la identificación de medicamentos de alto riesgo, el control del proceso de almacenamiento de los medicamentos que incluía el protocolo de gestión del riesgo, de la cadena de frío y la custodia a los medicamentos de control especial. Se encontró información de fármaco vigilancia.

5.1.2.2.1. Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención:

HALLAZGO 23. Se determinó que el personal asistencial confirma los medicamentos que le son formulados al paciente dentro o fuera de la institución mediante procesos documentados que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe habitualmente en cualquier servicio de salud.

No se hallaron listas de chequeo para la identificación de alergias, se realiza el control mediante alertas de la historia clínica electrónica.

5.1.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas:

HALLAZGO 24. Se verifico en la historias clínicas la información concerniente de los pacientes como antecedentes de caídas, si esta funcionalmente afectado, si tiene la necesidad de ir frecuentemente al baño, si su movilidad esta disminuida o si el paciente está bajo sedación.

5.1.2.3.1. Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente:

HALLAZGO 25. Se hallaron protocolos para la atención de pacientes que tienen mayor riesgo por su condición, así: pacientes que presenten compromiso neurológico o agitación por otra causa que no les permita atender órdenes, pacientes bajo el efecto de medicamentos sedantes, pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.

5.1.2.3.2 Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:

HALLAZGO 26. Dentro del mejoramiento de los procesos que generan riesgos en la atención se evidenciaron acciones específicas para reducir: el riesgo de caídas como la presencia de superficies y de bandas antideslizantes en el piso. Se encontraron baños diseñados para discapacitados, camillas con barandas, iluminación adecuada, los pasillos y las áreas de circulación están planeados para todo tipo de pacientes.

5.1.2.4. Prevenir las complicaciones anestésicas:

HALLAZGO 27. Se hallo una lista de chequeo apropiada para el procedimiento de aplicación de anestesia que se realiza en la IPS, donde se advierten posibles complicaciones anestésicas ya sean prevenibles o no prevenibles.

5.1.2.5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales:

HALLAZGO 28. La identificación se realiza en el ingreso de todo paciente. Los datos se corroboran verbalmente y se diligencian electrónicamente.

5.1.2.6. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:

HALLAZGO 29. Todas las imágenes diagnósticas tienen identificación del paciente y órgano objeto del estudio. Las imágenes son captadas directamente por los endoscopios y son exportadas a la historia clínica del paciente que debe estar abierta en el momento del procedimiento.

5.1.2.6.1. Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas:

HALLAZGO 30. Se halló protocolo documentado que impide desaciertos en el momento de la lectura e interpretación de imágenes diagnósticas.

5.1.2.6.2. Prevención de aspectos relacionados con los riesgos asociados con la sedación de pacientes para la realización de procedimientos:

HALLAZGO 31. Se halló protocolo y registros documentados para la prevención de riesgos asociados a la sedación del paciente donde se integra la información científicamente comprobada al respecto, los medicamentos aprobados para este procedimiento específicamente, la dosificación adecuada según el tipo de paciente y el suministro de los mismos.

5.1.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

5.1.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes:

HALLAZGO 32. Se encontraron soportes documentados donde se evidencian actividades educativas para el mejoramiento de la comunicación entre el personal asistencial y los acompañantes e incluso para los cuidados en casa.

5.1.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud:

HALLAZGO 33. Se evidenciaron agendas para consultas y procedimientos para los profesionales acordes con la proporción entre pacientes y personal de salud y la asignación apropiada de horas laborales. Los directivos de la IPS crearon espacios y tiempos de descanso que sus empleados disfrutaran diariamente.

5.1.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado:

HALLAZGO 34. Se encontró diligenciamiento del consentimiento informado en todos los usuarios, asegurando la comunicación del profesional con el paciente, se comprueba que se anexa a la historia clínica y se verifica el entendimiento y la aprobación por parte del paciente.

5.1.4. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y A SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD

5.1.4.1 Ilustrar al paciente en el auto cuidado de su seguridad:

HALLAZGO 35. Se encontró que el personal asistencial informa al usuario en cuanto al conocimiento de su problema principal o la enfermedad que presenta, el tratamiento que debe seguir, los beneficios y los riesgos que tiene, la importancia de la identificación, la conveniencia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido, la utilidad de la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamentos, la conveniencia del consentimiento informado, saber que es un evento adverso y la comunicación que debe haber en caso de ocurrencia del evento adverso. Se evidencia que se encuentra parcialmente documentado en la historia clínica.

5.1.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:

HALLAZGO 36. Se evidencio que se informa y se entrega folleto informativo con instrucciones precisas sobre las precauciones previas al examen y recomendaciones por escrito después de los procedimientos.

6. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En marzo del año 2002 La Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una resolución en 55ª Asamblea Mundial, en favor de la Seguridad del Paciente y en octubre de 2004, lanzo la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

Esta alianza se propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención en salud, a través del mejoramiento de los establecimientos de salud y de las prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de seguridad del paciente.¹⁰

Lo anterior debe motivar a ésta IPS para que en el año 2011, implemente el Programa de Seguridad del Paciente diseñado, con el objetivo de trabajar para reducir el riesgo en la prestación de los servicios, involucrando a todo su personal, a los pacientes, la familia y la comunidad en general.

Para lograr este propósito se diseñaran estrategias que involucren aspectos científicos, técnicos y humanos, donde el reporte y la gestión de los eventos adversos sea una herramienta para el mejoramiento continuo.

Se recomienda comenzar con una serie de actividades como punto de partida para que la metodología propuesta sea viable:

La primera actividad es el análisis de la calidad de la atención en salud. Luego, se deben identificar y cuantificar los eventos adversos. Posteriormente, se determinan una serie de causas que ocasionaron dichos eventos.

La segunda actividad es la focalización del problema, es decir, la identificación precisa del problema que se va a abordar.

Como tercera actividad, la identificación de problemas en procesos de especial importancia institucional.²⁰

La secuencia aconsejada de implementación del diseño propuesto en este trabajo se sintetiza en cuatro grandes pasos, que son las recomendaciones del IHI y del NHS. Estos cuatro pasos son:

1. Planeación y preparación institucional.

Que incluye la decisión de la gerencia, definición de expectativas, roles, asignación de recursos, socialización y sensibilización.

2. Priorización y definición del foco.

Se establecen las prioridades institucionales, los procesos principales, se selecciona el proceso a intervenir, se entrena el equipo de salud y se selecciona el indicador.

3. Análisis y medición.

Se realiza la medición inicial para hallar la línea de base y se definen las metas.

4. Intervención.

Se diseña el plan de mejoramiento, se compara con el estándar, se realiza reentrenamiento al personal y se socializa. Se deben desarrollar acciones para involucrar al paciente y su familia.²⁰

Para la aplicación integral por parte de la IPS, del programa de seguridad del paciente, es básico construir una cultura organizacional que garantice la estabilidad a largo plazo, determinada por el direccionamiento estratégico y la ejecución diaria de los procesos organizacionales, para lo cual se hacen las siguientes recomendaciones:

6.1. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La seguridad del paciente debe ser una prioridad estratégica de la IPS. La prevención de eventos adversos debe ser transversal a todas las actividades de la institución. El trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, el desarrollo del liderazgo en la institución y la creación de redes internas de colaboración son fundamentales para movilizar todos los recursos institucionales para el programa de seguridad del paciente. Además, las políticas sobre seguridad del paciente requieren estrategias en el sistema de información institucional, en los procesos de tecnología, en la adquisición y entrega de insumos y en la gestión del talento humano de la IPS.

La recomendación principal para la formulación de la política de seguridad del paciente en esta IPS, es su construcción colectiva, con el propósito de lograr un mayor compromiso en su implementación.

Se debe constituir un comité de seguridad del paciente conformado mediante acto administrativo, por un grupo interdisciplinario: el gerente, el gastroenterólogo, la enfermera jefe, una auxiliar de enfermería, la administradora y el asesor de calidad como coordinador. La función principal de este comité será elaborar el Programa de Seguridad del Paciente, buscando el cumplimiento de cinco grandes objetivos que son:

- Fortalecer un mecanismo de registro de seguimiento de eventos adversos
- Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuesta de planes de mejoramiento.
- Desarrollar mecanismos que faciliten el aprendizaje colectivo para prevención y manejo de los eventos adversos
- Adaptar, difundir e implementar las buenas prácticas de atención para la seguridad del paciente
- Lograr la participación de los usuarios en el programa.

Cada integrante del comité cuenta con actividades específicas que deben ser evaluadas mensualmente.

6.1.1. PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

En este proceso, los trabajadores de la institución no deben temer al reporte de las fallas y por lo tanto, del auto-reporte de los incidentes y eventos adversos. La estrategia es un clima organizacional pedagógico, sin buscar culpables para castigar, con una comunicación interpersonal adecuada, con un concepto uniforme de la importancia de la seguridad del paciente, con la convicción de la de que las medidas preventivas son efectivas y que conducen al aprendizaje organizacional.

Se sugiere la aplicación de la **Encuesta de clima de seguridad** del Ministerio de la Protección Social debido a que los factores que determinan la cultura de seguridad del paciente en una institución se deben conocer, caracterizar y cuantificar, para evaluar el impacto de este proceso. La encuesta favorece la creación de un ambiente ideal donde se entiendan los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

El ambiente que se vive al interior de la IPS debe ser de una cultura que está a favor de:

- La reflexión organizacional sobre temas de seguridad del paciente: Las rondas de seguridad y las reuniones breves para el análisis las acciones que se establecidas para mantener la seguridad del paciente.
- El carácter no punitivo ante el reporte de eventos adversos e incidentes: En la IPS se debe motivar al personal para que reporte de manera oportuna los eventos adversos y los incidentes que se presenten en la jornada laboral, igualmente se hace manifiesta la desaprobación por ocultar un evento adverso, ya que esta impide las acciones de mejora.

- La información y análisis de lo ocurrido con el paciente y la familia cuando sea pertinente.
- Se debe crear una comunicación de las directivas con el personal de la institución acerca de los avances y resultados del programa de seguridad del paciente por medio de diferentes medios como intranet, carteleras o correo electrónico.

6.1.1.1. Actividades a desarrollar para generar cultura de seguridad del paciente.

6.1.1.1.1. Acciones preventivas

Evaluar el conocimiento que tienen los funcionarios tanto asistenciales como administrativos acerca del programa de seguridad del paciente y la normatividad que el Ministerio de la protección Social ha establecido sobre el tema, mediante cuestionario que debe aplicar el asesor de calidad cuyo resultado será tabulado y cada 3 meses se volverá a aplicar dicho instrumento para monitorizar la apropiación de los conocimientos sobre seguridad del paciente.

Capacitación a los funcionarios de temas relacionados con:

- Seguridad del paciente
- Deberes y derechos de los pacientes
- Los correctos de seguridad en la administración y dispensación de medicamentos
- Los correctos de seguridad en la atención en general
- Protocolo de lavado de manos
- Protocolo para la clasificación del riesgo de caída del paciente.
- Manual de bioseguridad
- Manejo de la historia clínica
- Identificación de las barreras de seguridad
- Como evitar flebitis en los sitios de venopunción
- Efectos adversos de los medicamentos
- Sistema de reporte y gestión de eventos adversos – aplicativo del Ministerio de la Protección Social
- Uso adecuado de equipos biomédicos

Estas actividades se realizaran a través de talleres, actividades lúdicas que lleven al desarrollo de destrezas para el lavado de manos, la utilización de los correctos de seguridad en la dispensación y administración de medicamentos, y representaciones en pro de mejorar la seguridad de los pacientes que acuden a la institución, programados semanalmente y cuya evaluación de impacto será

monitorizada mensualmente mediante indicadores como porcentaje de infecciones derivadas de los procedimientos diagnósticos, porcentaje de flebitis en los sitios de venopunción, porcentaje de eventos adversos relacionados con los medicamentos y con el uso de medicamentos así como porcentaje de eventos adversos relacionados con los dispositivos médicos.

6.1.1.2. Reporte

Se sugiere adoptar un sistema institucional de reporte de eventos adversos, un software, donde todo el personal de la IPS identifique y comprenda las causas y qué se reporta, a quien se reporta, cómo se reporta, a través de qué medios, cuando se reporta, como 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 y cómo se estimula el reporte en la institución.

6.1.1.3. Análisis y gestión de eventos adversos:

Luego de identificado el evento adverso, se debe clasificar para tomar las medidas necesarias:

Si es grave se convoca a reunión extraordinaria en donde se realiza el análisis causal en el comité de seguridad del paciente, coordinado por el asesor de calidad con el fin de realizar el plan de mejoramiento pertinente.

Si es leve se notifica y se espera al comité que se debe realizar mensualmente para su respectivo análisis.

La clasificación de los eventos adversos para el programa de seguridad del paciente permitirá unificar el reporte médico y asistencial, hacer el análisis y la gestión a favor del paciente, a través del aplicativo del ministerio de la protección social para el reporte y gestión de eventos adversos.

Se debe precisar el manejo dado, el establecimiento de barreras de seguridad, el rediseño de procesos inseguros y las acciones de mejoramiento por parte de la institución.

El protocolo de Londres es la metodología propuesta, porque es utilizada en el proceso de investigación, análisis y de elaboración de recomendaciones, es decir, con el resultado de su aplicación se establecerán barreras de seguridad, reestructuración de procesos inseguros y planes de mejoramiento.

La etapa de análisis y gestión termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

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

Se debe orientar hacia el riesgo que genera cada uno de los trabajadores en el proceso de atención en salud de la IPS, para la seguridad del paciente. Se sugiere dar un enfoque aplicado a los procesos propios de la IPS, de tal forma que los contenidos de las capacitaciones al personal sean claros y específicos. Se aconseja la creación de indicadores de eficacia como porcentaje de capacitaciones programadas y capacitaciones realizadas.

6.1.3. Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:

Se recomienda que las guías de práctica clínica sean estandarizadas, de acuerdo con los momentos de atención, con evaluación previa a su adopción mediante herramientas como el instrumento AGREE. Se deben incluir las guías de procedimientos de enfermería porque intervienen en la atención específica de la IPS. Y es conveniente realizar evaluación de la adherencia del personal a las guías implementadas.

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

El reporte de eventos adversos genera pautas para su análisis y gestión, cuya frecuencia y perfil, se basan en la incidencia y prevalencia, para lo que se recomienda la utilización de la metodología IBEAS.

En la institución, lo realiza el comité de seguridad del paciente que debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, mediante indicadores cuya ficha técnica se describe a continuación:

ASPECTOS GENERALES:

Nombre del Indicador	Proporción de vigilancia de Eventos adversos.
Código	MED001
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles. Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>
Dominio	3. Seguridad del Paciente

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados
Denominador	Número total de eventos adversos detectados
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la Información	IPS	IPS
Fuente primaria	Software gestión clínica	Software gestión clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de	Continua	

generación de la información	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral
Vigilancia y control	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud

ANALISIS

AJUSTE POR RIESGO	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de Muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador		
Bibliografía	Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

Otros indicadores a tener en cuenta:

Las IPS deben demostrar su eficiencia por medio de indicadores, se recomiendan los siguientes:

- Indicadores que evalúen impacto en caídas

- Porcentaje de procesos prioritarios con evaluación de riesgo
- Percepción de la seguridad en la IPS (Encuesta)

6.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

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

Tiene procesos estandarizados, pero se recomienda verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, dando prioridad a la infección de mayor probabilidad de aparición en la IPS, absceso peritoneal.

Es indispensable tener una copia del carné de vacunación de todo el personal de la IPS, para los riesgos prevenibles por este medio, de acuerdo a los riesgos de institución y de la región de Urabá.

Se recomienda la utilización en la atención de los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

6.2.2. Identificación de alergias en los pacientes.

La institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.

6.3. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y A SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD, ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTO CUIDADO DE SU SEGURIDAD

Se deben crear evidencias físicas de que el personal asistencial está entrenado para instruir al paciente en cuanto a las actividades de promover el auto cuidado del paciente y sus familias.

6.3.1. Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:

Se sugiere la aplicación de las acciones promovidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa "Pacientes por la Seguridad del Paciente".

CONCLUSIONES

El éxito de un programa de seguridad del paciente en una IPS es atribuible a factores como la plataforma estratégica, la cultura organizacional, el planteamiento de la gestión de calidad, la prevención de riesgos y su capacidad para aprender de los errores.

Hay condiciones del ambiente de una institución de salud que predisponen a la ejecución de acciones inseguras, es posible encontrar después del análisis de un evento adverso causas relacionadas con fallas o factores atribuibles a la comunicación, la ergonomía, la fatiga en los funcionarios, la dotación, la ausencia de personal idóneo y a equipos biomédicos.

Las actividades para crear, transformar y mantener la cultura de la seguridad del paciente demandan creatividad y constancia en cada uno de los procesos de prestación de servicios de salud.

La seguridad del paciente se fortalece a través de acciones generadas a partir de una política de seguridad definida, con procesos claros e implementados adecuadamente, mediante estrategias como el comité de seguridad, las rondas de seguridad, las barreras de seguridad, el análisis causal y de la cultura del reporte y análisis de eventos adversos.

No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente, es decir, la atención se garantiza en un entorno donde los procesos sean evaluados constantemente y se realice el mejoramiento continuo cuya finalidad principal es impactar positivamente en el estado de salud de los pacientes.

El diseño de un programa de seguridad del paciente es un referente conceptual y metodológico para implementar organizadamente en una institución de salud, donde se articulan conceptos, políticas, estrategias y herramientas, que favorecen la reducción de los riesgos y mejoran los resultados de la atención en salud en el paciente porque brindan un entorno seguro, siempre que se mantenga una cultura de seguridad.

El personal de una institución de salud debe entender el compromiso que tiene con el sistema de reporte de eventos adversos debido a los beneficios que conlleva tanto para el paciente como para el servicio, porque sirve para el análisis, la reflexión sobre lo ocurrido y permite elaborar planes de mejoramiento de manera participativa dando sugerencias para el desarrollo del programa de seguridad del paciente y logrando así mayor sentido de pertenencia hacia la IPS.

BIBLIOGRAFIA

1. La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. Blog del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Washington: OMS, Programas y Proyectos. 2007 [consulta el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>
2. Gervas J. Seguridad (en serio). Acta Sanitaria; 2011 Marzo 14; [Internet] Madrid, España [consulta el 20 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/.../desarrollo_noticia.jsp?..
3. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008 [consulta el 14 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf
4. Donalson L. La seguridad del paciente: “No hacer daño”. Perspectivas de Salud - La revista de la Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2005 [consulta el 20 de abril de 2011]; 10 (1). Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero21_last.htm
5. Bañeres J. Los sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Un análisis de situación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2006 [consulta el 20 de abril]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/6_Joaquin_Baneres_ppt.pdf
6. García M. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud [Internet]. España; 2002 [Consulta el 21 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf
7. Por la seguridad del paciente. OPS AHORA, El boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2010 [consulta el 20 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm

8. World Alliance for Patient Safety [Internet]. Washington; 2004 [consulta el 21 de abril de 2011]. Disponible en:
<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
9. Ceriani J. La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” [Internet]. 2009. [consulta el 21 de abril de 2011]; 107(5)385-386. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n5/v107n5a01.pdf>
10. La cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2008 [consulta el 19 de abril]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
11. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004. Disponible en
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/op_sc_sp1.pdf
12. Siete Pasos para la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria. National Patient Safety Agency 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid [consulta el 24 de abril]. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf
13. Luengas S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Centro de gestión hospitalaria, VíaSALUD [Internet]. 2008 [consulta el 24 de abril]; 43, 1-5. Disponible en:
<http://www.cgh.org.co/imagenes/calidadycultura.pdf>
14. Observatorios Regionales de Riesgos Sanitarios. Salud Madrid. [Internet]. Madrid; [Consulta]; 2004. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DFolleto+informativo+ORRS+%282010%29.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271666852056&ssbinary=true>

15. Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. [The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review.](#) Qual Saf Health Care. 2008 [consulta el 24 de 2011]; 17 (3): 216–223. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569153/>
16. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos en Hospitales de Latinoamérica. [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2009 [consulta el 14 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_ibeas.pdf
17. Estudio ENEAS. Estudio Nacional sobre los efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2006 [consulta el 14 de junio de 2010]. Disponible en: [http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43 Estudio ENEAS.pdf](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf)
18. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2008 [consulta el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudioapeas.pdf>
19. Luengas, S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Documentos de trabajo de la Fundación Corona [Internet]. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria; 2009 [consulta el 24 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.cggh.org.co>
20. Herramienta 5: Proceso sugerido para la investigación y análisis de eventos adversos (Protocolo de Londres). [Internet]. Colombia: Ministerio de la Protección social; 2010 [consulta el 24 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/docs/4%20Protocolo%20de%20Londres.pdf
21. Guía técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010 [consulta el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co.../GUÍA%20TÉCNICA%20DE%20BUENAS%20PRÁCTICAS%20EN%20SE%20>