

**IMPLEMENTAR UN MODELO DE CULTURA JUSTA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SANTANDER HUS**

TERESA BRICEÑO PINEDA

Enfermera, Especialista en Alta Gerencia

MARTHA PATRICIA SUAREZ CARVAJAL

Odontóloga

DAISSY CAROLA TOLOZA CANO

Ingeniera Biomédica

Asesor de tesis

CLAUDIA HELENA ARENAS PAJÓN

Médico, Especialista en Gerencia de IPS,

Especialista en Educación Médica, Magister en Administración en salud

UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

BUCARAMANGA

MAYO

2011

**IMPLEMENTAR UN MODELO DE CULTURA JUSTA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SANTANDER HUS**

TERESA BRICEÑO PINEDA

Enfermera, Especialista en Alta Gerencia

MARTHA PATRICIA SUAREZ CARVAJAL

Odontóloga

DAISSY CAROLA TOLOZA CANO

Ingeniera Biomédica

Proyecto de grado presentado como

Requisito para optar al título de

Especialista en Auditoria en Salud

Asesor de tesis

CLAUDIA HELENA ARENAS PAJÓN

Médico, Especialista en Gerencia de IPS,

Especialista en Educación Médica, Magister en Administración en salud

UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

BUCARAMANGA

MAYO

2011

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	11
ABSTRACT	14
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	18
1.3 PREGUNTA(S) DE INVESTIGACIÓN	21
2 MARCO TEÓRICO	22
2.1 MARCO LEGAL	22
2.1.1 Ley 100 de 1993	22
2.1.2. Resolución 1474 de 2002	23
2.1.3 Decreto 2309 de 2002	23
2.1.4 Decreto 1011 de 2006	24
2.1.5 Resolución 1043 de 2006	25
2.1.6 Resolución 1445 de 2006	25
2.1.7 Resolución 1446 de 2006	26
2.2 ANTECEDENTES Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES	27
2.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE	31
2.3.1 Lineamientos para la implementación de la política de seguridad	32
2.3.1.1 Los Principios orientadores de la Política	33
2.3.1.2 Objetivos de la política de seguridad del paciente.	34
2.3.1.3 Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente	35
2.3.2 Los elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad	35
2.4 CULTURA JUSTA	39
2.4.1 Rondas de Seguridad	42
2.4.1.1 Propósito	43
2.4.1.2 ¿Quién debe liderarlas?	43
2.4.1.5 Introducción	44
2.4.1.6 Preguntas	44
2.4.1.7 Cierre	45
2.5.2 Sesiones Breves de Seguridad	45
3 OBJETIVOS	47
3.1 OBJETIVO GENERAL	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4 METODOLOGÍA	48
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	48
4.2 TIPO DE ESTUDIO	48
4.3 POBLACIÓN	48
4.4 DISEÑO MUESTRAL	48
4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	49
4.5.1 Diagrama de variables	49
4.5.2 Tabla de variables	50

4.6	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	54
4.6.1	Fuentes de información	54
4.6.2	Instrumento de recolección de información	54
4.6.3	Proceso de obtención de la Información (qué, quién, cómo, cuándo)	55
4.6.3.	Instructivo Rondas de Seguridad.	56
4.6.3.2	Sesiones breves de seguridad.	59
4.7	PRUEBA PILOTO	59
4.8	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	60
4.9	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	60
5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
6	RESULTADOS	62
6.1	RESULTADOS DE LA LISTA DE CHEQUEO	62
6.2	RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL PERSONAL SANITARIO	64
6.3	RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL PACIENTE	86
6.4	RESULTADOS DE LAS SESIONES BREVES DE SEGURIDAD	88
6.5	FOTOGRAFÍAS	91
7	DISCUSIÓN	95
7.1	LISTA DE CHEQUEO	95
7.2	ENCUESTA DEL PACIENTE	96
7.3	ENCUESTA AL PERSONAL SANITARIO	96
7.4	SESIONES BREVES DE SEGURIDAD	97
8	CONCLUSIONES	99
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
	ANEXOS	103

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Tabla de Variables	50
Tabla 2. Profesión del personal sanitario. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	64
Tabla 3. Características para hacerle más fácil el trabajo a los profesionales. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	66
Tabla 4. Situaciones que podrían hacerse para que no pase nada malo en su trabajo Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	67
Tabla 5. Situaciones que se deberían cambiar en el servicio para mejorar la seguridad el paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	68
Tabla 6. Último Incidente que le causó daño a un paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	70
Tabla 7. Condiciones del servicio que pueden ser causantes del próximo evento adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	71
Tabla 8. Último incidente que prolongó la hospitalización del paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	72
Tabla 9. Situaciones que estuvieron mal el día anterior. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	73
Tabla 10. Contacto inmediato del personal cuando las cosas van mal. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	75
Tabla 11. Situaciones que el personal sanitario haría diferente si pudiera iniciar el día otra vez. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	76
Tabla 12. Fallas que colocan en riesgo la seguridad del paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	77
Tabla 13. Conoce el concepto de Evento Adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	78
Tabla 14. Situaciones que pudieron haber terminado en la lesión de un paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	80
Tabla 15. Eventos Adversos que se han presentado en el año. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	81
Tabla 16. Que hace el personal sanitario cuando detecta un evento adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	82
Tabla 17. Registro del reporte del evento adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	83
Tabla 18. Situaciones que se pudieran cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	84

Tabla 19. Sugerencia de inclusión de preguntas a la encuesta. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	85
Tabla 20. Pacientes que conocen su enfermedad y tratamiento. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	86
Tabla 21. Le practicaron alguna cirugía y firmó el conocimiento informado. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011	87
Tabla 22. Prácticas seguras asociadas al Uso de medicamentos	89
Tabla 23. Prácticas seguras asociadas para evitar caídas de pacientes	89
Tabla 24. Prácticas seguras asociadas a equipos	90
Tabla 25. Prácticas seguras asociadas a dispositivos médicos	90
Tabla 26. Revisión de un procedimiento	90

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Diagrama de Variables	49
Gráfico 2. Profesión del personal encuestado	65
Gráfico 3. Características para hacerle más fácil el trabajo a los profesionales.	66
Gráfico 4. Situaciones que podrían hacerse para que no pase nada malo en su trabajo	67
Gráfico 5. Situaciones que se deberían cambiar en el servicio para mejorar la seguridad el paciente	69
Gráfico 6. Último Incidente que le causó daño a un paciente	70
Gráfico 7. Condiciones del servicio que pueden ser causantes del próximo evento adverso	71
Gráfico 8. Último incidente que prolongó la hospitalización del paciente	73
Gráfico 9. Situaciones que estuvieron mal el día anterior.	74
Gráfico 10. Contacto inmediato del personal cuando las cosas van mal	75
Gráfico 11. Situaciones que el personal sanitario haría diferente si pudiera iniciar el día otra vez	76
Gráfico 12. Fallas que colocan en riesgo la seguridad del paciente	78
Gráfico 13. Conoce el concepto de Evento Adverso	79
Gráfico 14. Situaciones que pudieron haber terminado en la lesión de un paciente	80
Gráfico 15. Eventos Adversos que se han presentado en el año	81
Gráfico 16. Que hace el personal sanitario cuando detecta un evento adverso	82
Gráfico 17. Registro del reporte del evento adverso	83
Gráfico 18. Situaciones que se pudieran cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado	84
Gráfico 19. Sugerencia de inclusión de preguntas a la encuesta	85
Gráfico 20. Pacientes que conocen su enfermedad y tratamiento	87
Gráfico 21. Le practicaron alguna cirugía y firmó el conocimiento informado	88

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente	36
Figura 2. Modelo de Queso Suizo	37
Figura 3. Vigilancia Evento Adverso	38

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

	pág.
Fotografía 1. Clasificación de los medicamentos según paciente	91
Fotografía 2. Carteles alusivos al lavado de manos	91
Fotografía 3. Interruptores y enchufes en buen estado	92
Fotografía 4. Utilización de Bolsas de acuerdo al protocolo de la institución	92
Fotografía 5. Identificación del personal con su respectivo carnet	92
Fotografía 6. Almacenamiento incorrecto de los medicamentos	93
Fotografía 7. Medicamentos sin rótulo	93
Fotografía 8. Señalización del Servicio	93
Fotografía 9. Encuesta a los pacientes	94
Fotografía 10. Personal en Sesiones Breves	94

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A	103
ANEXO B	104
ANEXO C	106
ANEXO D	110
ANEXO E	111
ANEXO F	113

RESUMEN

Título: Implementar un modelo de Cultura Justa de Seguridad del Paciente en el Servicio de Medicina Interna Del Hospital Universitario De Santander Hus

Autores: Teresa Briceño, Martha Patricia Suarez, Daissy Carola Toloza Cano

Palabras claves: Cultura Justa, evento adverso, seguridad, error.

Con este trabajo se implementó las herramientas de Rondas de Seguridad y Sesiones breves de Seguridad en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

La metodología utilizada fue descriptiva de corte transversal donde se tomó como población, 23 profesionales y 23 pacientes que se encontraban en el momento de realizar la ronda de seguridad en el servicio.

Dentro de los resultados se encontró que:

El personal sanitario del servicio de medicina interna no sigue a cabalidad el protocolo establecido por la institución (HUS) sobre el manejo de medicamentos, en cuanto a su almacenamiento y rotulación; ya que se encontraron algunos sin rotulo y en lugares inadecuados. Cabe destacar que los medicamentos se encontraban clasificados según la identidad del paciente.

Se identificó que el hospital universitario en donde se llevó a cabo la investigación le falta reforzar y consolidar una cultura de seguridad del paciente al interior del servicio de medicina interna, ya que el 61% de los encuestados dice no saber los eventos adversos que se han presentado ese año en el servicio.

Existen varios aspectos por mejorar en el servicio que requieren ser trabajados por la institución en el corto tiempo para mejorar la seguridad del paciente; con un 39% se afirma que es necesario mejorar la seguridad en las habitaciones, y en menor proporción incrementar el personal sanitario de planta, mejorar la disponibilidad de insumos y contar con un stock permanente de medicamentos.

Es necesario reforzar el concepto, procedimiento y/o protocolo para el reporte de eventos adversos y la comprensión de su obligatoriedad en el hospital, ya que solamente el 43% lo reporta en el formato institucional, los demás lo hacen de forma verbal y algunos no lo reportan y el 4% de los encuestados dice no saber que un evento adverso.

Conclusiones:

Se evidenció la necesidad de sensibilizar y capacitar al personal sobre los lineamientos institucionales de la política de seguridad del paciente implementada en el HUS y la importancia de la adherencia del servicio de medicina interna al mismo.

El Hospital Universitario de Santander con la implementación de las dos herramientas de rondas de seguridad y sesiones breves de seguridad en el servicio de medicina interna, logrará promover la cultura justa, en donde se reconozca que los errores siempre van a existir porque hacen parte de los riesgos cuando se presta atención en salud y que el sistema de reporte de eventos adversos es un mecanismo que ayuda a los profesionales de la salud a minimizarlos.

En el estudio realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander se puede concluir que las situaciones inseguras que más implican riesgo para los pacientes son las infecciones nosocomiales, la atención no oportuna del paciente, demora en los trámites administrativos y en la autorización de procedimientos por parte de la EPS.

En el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander el compromiso sobre la seguridad de los pacientes deberá empezar desde la gerencia, que trazarán estrategias para sensibilizar a los trabajadores, que comprendan la importancia de medir y evaluar los procesos, porque esa cultura del reporte, medición y evaluación permitirá el mejoramiento continuo de las organizaciones y será el comienzo de un cambio en la cultura de las mismas.

El estudio realizado fue una experiencia muy enriquecedora para nosotras a nivel profesional como personal porque en esta práctica pudimos vivenciar el papel del auditor

en servicios de salud a través de la respuesta asertiva de los profesionales en todo el proceso de la implementación de la herramienta

ABSTRACT

Title: Implementing a patient's security fairness culture model in the Internal Medicine Service of the Hospital Universitario De Santander HUS

Authors: Teresa Briceño, Martha Patricia Suarez, Daissy Carola Toloza Cano

Key words: Fairness Culture, unfavourable event, security, mistake.

With this type of work, tool such as Security rounds as well as Brief Security Sessions were implemented in the Internal Medicine Service of the Hospital Universitario De Santander HUS in order to improve the patient's security culture.

The methodology used was descriptive and cross –sectional, and the population was formed by 23 professionals, and 23 patients present at the time of making the security round in the service.

The results showed that the medical personnel did not follow thoroughly the protocol about medicine use established by the institution (HUS) regarding storage, and labeling. Some of the medicine was found unlabeled and out of place. Also, it is necessary to highlight the fact that the medicine was grouped according to the patient's identity.

It was also noted that the Hospital Universitario where the research was carried out needs to strengthen and consolidate a culture of security of the patient inside the internal medicine service, since 61% of those polled assure not knowing about the unfavorable events occurring during that year in the service.

The institution needs to work rapidly in several aspects to improve patient's security. With a 39% it is stated that rooms' security must be improved, and in a lower proportion that medical personnel must be increased, availability of medical supplies needs to get better, and the hospital must count on a steady stock of medicine.

It is necessary to reinforce the concept, procedure and/or protocol for the report of unfavorable events and the understanding of its obligatory nature in the hospital, since only a 43% reports it in the institutional format, others do it verbally and some others do

not report it at all, besides, 4% of those polled affirm not knowing what an unfavorable event is.

Conclusions

The need of raising awareness and qualifying personnel for the institutional guidelines about the security policy for patients implemented in the HUS, and the importance of the internal medicine service sticking to these became clearly evident.

By implementing both the security rounds, and the brief security sessions The Hospital Universitario de Santander will be able to promote fairness culture. In this way, it will be accepted the nature of mistakes, since they are part of the risks that may arise when dealing with health, as well as the fact that the system of unfavorable events report is a mechanism to help health professionals to minimize these risks.

From the study carried out in the Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander it can be concluded that the dangerous situations with the highest degree of risk for patients are the nosocomial viruses, inopportune attention to patients, delay in administrative procedures, and the authorization of procedures regarding the EPS.

In the Internal Medicine Service of the Hospital Universitario De Santander HUS the compromise about patients' security is to be started from the very manager's office.

A series of strategies will be carried out in order to raise awareness in workers, so that they understand the importance of measuring and evaluating processes, to allow continuous improvement of the organizations and the start of a change in their own culture.

The study was a gratifying experience for us both professionally and personally, since we could go through the actual tasks an auditor in health services has to undergo by means of the assertive answers of all professionals during the whole process of implementing the tool.

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es un tema que ha tomado fuerza en las últimas décadas y actualmente es considerado como un problema grave de salud pública no solo en Colombia sino a nivel mundial, afecta a todos los países desarrollados y en vía de desarrollo. Esta situación se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud¹.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo.²

Colombia en procura de mejorar esta situación, a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) propende por promover la Seguridad del Paciente en los procesos de atención en salud, objetivo que se logra a través de una cultura de seguridad en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud. Según Kizer (1999) este un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basados en creencias y valores compartidos que buscan minimizar el daño al paciente que pueden resultar de los procesos de atención en salud.

El Hospital Universitario de Santander HUS como una institución de tercer nivel y de alta complejidad, cabeza de red en el departamento de Santander, cuenta con 357 camas y una expansión para 200 pacientes para casos de afluencia masiva de heridos, con un

¹ La Alianza Mundial para la Seguridad Del Paciente. Milagros García-Barbero. Directora de la Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios.

² Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea. Barcelona (España). Página 209 a 220.

índice ocupacional del 76%. El área de influencia del hospital, con una población estimada superior a los 2.000.000 de habitantes, es la comprendida en la región centro oriente que abarca los departamentos de Santander, norte de Santander, Arauca, César, Bolívar y Boyacá.

El Hospital interesado en el tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la “cultura del reporte” pero infortunadamente, la negación y el encubrimiento siguen siendo comunes, la conciencia de sistemas es limitada y la capacidad de rediseñarlos es todavía limitada. La institución motivada a generar un cambio ante esta situación y consiente que la seguridad del paciente abarca grandes áreas, se propone a dar el primer paso, en compañía de la oficina de calidad de la institución y con este grupo de trabajo conformado por estudiantes de la especialización en Auditoria en Salud; se trabaja en el tema de Cultura Justa en el servicio de Medicina Interna, con dos herramientas específicas recomendadas por el Institute for Healthcare Improvement (IHI): las sesiones breves de seguridad (una aproximación al término en inglés briefings) y las rondas de seguridad (una aproximación a la expresión patient safety walkrounds).

La cultura justa es un ambiente donde los errores no se personalizan y, en cambio, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable. Así mismo, es un ambiente donde aquel quien reporta un incidente no es culpado ni castigado, sino recompensado; un ambiente donde quien no reporta es castigado, no por el incidente, sino por el ocultamiento; un ambiente donde se habla desprevenidamente de los errores y se aprende de ellos. No se pregunta quién, sino qué³.

En vista que la institución adolece de estas dos herramientas (Rondas de Seguridad y Sesiones breves de seguridad), lo cual genera dificultad en la captación y gestión de los eventos de no seguridad en la atención en salud, como lo ha reportado la oficina de Calidad de esta institución, a través de los siguientes indicadores de “captación y gestión de eventos adversos” por servicios durante el primer semestre del 2010:

³ Fundación Corona; Centro de Gestión Hospitalaria Seguridad del paciente: Un modelo de organización para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Página 106 de 117

Proporción de vigilancia de eventos adversos: 87%

Tasa de infección hospitalaria: 4.82%

Tasa de satisfacción global del usuario: 80.5%

A esto se suma la cultura de no reporte por parte del personal médico por falta de conocimiento y actitudes no positivas que con llevan a una práctica no segura.

Por lo tanto a través de este trabajo se desarrollará un modelo para la implementación de estas dos herramientas como una cultura justa en el servicio de Medicina Interna, con la participación de la alta gerencia en la creación de la cultura de seguridad, dentro de esta institución.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La Organización Mundial de la Salud preocupada por el gran número de muertes originadas por eventos adversos y errores que sufren los pacientes en la atención médica, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002 aprobó la Resolución GAL.18, “Calidad de la atención: seguridad del paciente”⁴, por la que presiona a los Estados Miembros a interesarse e involucrarse en el problema de seguridad del paciente, al incentivar en el diseño de estrategias necesarias para mejorar la seguridad y la calidad de la atención; luego en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada del 17 al 22 de mayo de 2004 en Ginebra – Suiza, se acordó en la organización de la Alianza Internacional para la Seguridad del paciente, la cual se puso en marcha en octubre de 2004 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud y a la cual se unieron la Comisión Europea, el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos y otros organismos⁵.

⁴ Organización Mundial de la Salud, 55ª Asamblea Mundial de la Salud, Calidad de la atención en seguridad del paciente. Resolución GAL.18. 23 de Marzo de 2002.

⁵ Nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Asamblea Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Ginebra Suiza; 17-22 de Mayo 2004.

De igual manera Colombia no ha sido ajena al tema, con la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y con las Política de seguridad del paciente 2008, busca que las Instituciones de Salud prevengan situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para que sean más seguras y competitivas internacionalmente.

Las intervenciones para transformar la cultura de la seguridad, que logren crearla y mantenerla, así como mejorarla en el tiempo, requieren constancia, creatividad y, especialmente, la obligación de que esté presente en la rutina diaria de los procesos de prestación de servicios de salud. Una sola actividad aislada no logra este objetivo. Es necesario combinar múltiples estrategias de liderazgo, información, entrenamiento, difusión de logros, definición de metas concretas en tiempos específicos y asignación de responsabilidades. La transformación incluye comunicaciones regulares y recordatorios mediante reuniones, conferencias, visitas y sesiones de entrenamiento, creación de espacios formales de discusión del tema de seguridad y aprovechamiento de los espacios formales e informales ya existentes⁶.

El desarrollo de este proyecto busca consolidar la Cultura Justa en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Universitario de Santander, que permita identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad de la atención, diseñado con un carácter constructivo, educativo y su implementación se puede ajustar a las condiciones y cultura propia de la institución en el servicio de Medicina Interna.

Este ambiente que cumple con los siguientes parámetros:

- Ambiente en el que los errores no se personalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable.
- Ambiente en el que quien reporta un incidente no es culpado ni castigado. Por el contrario es recompensado.

⁶ Fundación Corona; Centro de Gestión Hospitalaria Seguridad del paciente: Un modelo de organización para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Página 112 de 117

- Ambiente en el que quien no reporta es castigado, no por el incidente sino por el ocultamiento.
- Ambiente en el que se habla desprevenidamente de los errores y se aprende de ellos.
- No se pregunta ¿quién? sino ¿qué?

El componente fundamental es el involucramiento del personal ejecutivo en la cultura de seguridad institucional, así como la toma de conciencia y educación en actividad del personal asistencial, al establecer una interacción directa con el personal y con los pacientes. El desarrollo de este modelo permitirá conocer de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que los pacientes sufran daños durante el tratamiento y la atención.

Con el desarrollo del modelo de Cultura Justa con sus dos herramientas (Rondas de Seguridad y Sesiones breves de seguridad), se quiere que los directivos y profesionales asistenciales del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS, cuenten con una herramienta que permita incrementar la seguridad de la atención en salud, que se pueda lograr:

- Hacer explícito el compromiso del nivel directivo y definir el tema de seguridad como una prioridad institucional.
- Sensibilizar a la institución en los conceptos y definiciones.
- Promover la cultura de seguridad.

Las Rondas de Seguridad están orientadas a incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes.

Los expertos están de acuerdo en que las rondas de seguridad son la herramienta más efectiva, por un lado, para que los líderes de la organización demuestren que su preocupación por la seguridad de los pacientes es auténtica y que el objetivo de brindar atención segura a las personas es verdaderamente una prioridad estratégica; por el otro,

para involucrar a todos los colaboradores en el propósito de construir una organización altamente confiable⁷.

Las sesiones breves de Seguridad buscan generar espacios en los que se comparte información relacionada con la seguridad del paciente en el día a día de la institución, para contribuir a la reducción del riesgo de situaciones adversas por fallas activas durante la prestación del servicio, crear cultura de seguridad y mejorar la calidad de la atención en salud.

Por lo tanto, el Hospital Universitario de Santander como institución importante en el Departamento de Santander necesita de la construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere conciencia de que las cosas pueden ir mal, en la que los trabajadores reconozcan sus errores, los informen y aprendan de ellos, en la que la institución funcione como un todo y de manera armónica, y en la que el personal de salud adopte prácticas seguras, para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos.

1.3 PREGUNTA(S) DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo implementar el modelo de cultura justa al aplicar las herramientas de Rondas de Seguridad y Sesiones Breves en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS?

⁷ Fundación Corona; Centro de Gestión Hospitalaria Seguridad del paciente: Un modelo de organización para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Página 112 de 117

2 MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO LEGAL

A continuación se presentan en orden cronológico las leyes más importantes relacionadas con aspectos de seguridad del paciente en Colombia:

2.1.1 Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. con el siguiente preámbulo: “La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”⁸

Esta ley se basa en un modelo de cobertura universal, por principios la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. La cual se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente, que otorga al individuo la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud, y de escoger la calidad y costos, en vez de ser éste un sujeto pasivo de recepción de servicios.

⁸ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

2.1.2. Resolución 1474 de 2002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación⁹.

Se define Acreditación en Salud como un proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

A través de ésta evaluación se reconoce públicamente a una institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de servicios de salud, (EPS, ARS), Entidad de Medicina prepagada (EPM) o Entidad Adaptada, el cumplimiento de requisitos superiores de calidad , previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación. El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas¹⁰.

2.1.3 Decreto 2309 de 2002

Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las disposiciones del decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud,

⁹ Ministerio de Salud. Resolución 1474 de 2002. Ministerio de la protección social. <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf>

¹⁰ Claudia Archila Marquez, María Coelli Podio. Tesis: La seguridad del paciente en la prestación del servicio de salud. Universidad Industrial de Santander. 2008. Pág. 27 de 125.

las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.¹¹.

Por este decreto se reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró, al acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención. De igual manera, la atención en salud juega un papel preponderante en la evaluación de la calidad al señalar el índice de eventos adversos como el indicador de mayor influencia en la seguridad del paciente.

2.1.4 Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los componentes del SOGS son:

- El Sistema único de Habilitación
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- El Sistema Único de Acreditación
- El Sistema de Información para la Calidad

Este decreto indica que las IPS deben implementar procesos de auditoría, con criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad. Los modelos que se apliquen deben tener en cuenta niveles de autocontrol, auditoría interna y externa.¹²

¹¹ Presidente de la república de Colombia. Decreto 2309 de 2002. <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo11663DocumentNo7851.pdf>

¹² Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo16614DocumentNo5136.PDF>

2.1.5 Resolución 1043 de 2006

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.¹³

Esta resolución indica que los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir para su entrada y permanencia en el Sistema único de Habilitación con capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico-administrativa.

De igual manera, se adoptan como estándares de habilitación el "Manual Único de Estándares y Verificación" como Anexo Técnico número 1 y como guía de procedimientos de habilitación el "Manual Único de Procedimientos de Habilitación" como Anexo Técnico número 2

Anexo Técnico 1: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención.

- Anexo Técnico.2: Manual Único de Procedimientos de Habilitación. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

2.1.6 Resolución 1445 de 2006

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora. y se adoptan manuales de estándares de acreditación que se encuentran contenidos en el Anexo Técnico 1.

¹³ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>

Anexo Técnico 1 manual de estándares de acreditación para las Entidades administradoras de planes de beneficios (entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas y empresas de medicina prepagada): El manual de estándares de acreditación para EPS, ARS, y empresas de medicina prepagada, como su nombre lo indica, presenta los lineamientos instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones. Se constituye este manual en pieza fundamental para las instituciones que pretendan adelantar procesos de mejoramiento continuo de calidad, a los evaluadores del proceso y los profesionales en salud en general¹⁴.

2.1.7 Resolución 1446 de 2006

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud¹⁵.

La resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

¹⁴ Ministerio de la protección Social. Resolución 1445 de 2006. <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15325&IDCompany=11>

¹⁵ Ministerio de la protección social. Resolución 1446 de 2006. <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15504&IDCompany=11>

Esta resolución contiene un anexo técnico, en donde, se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2.2 ANTECEDENTES Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Hace más de 15 años el New England Journal of Medicine publicó los resultados de un estudio diseñado con el propósito de conocer la incidencia y la naturaleza de eventos adversos ocurridos a pacientes hospitalizados en los Estados Unidos de América¹⁶. Los autores, basados en la revisión de 30 mil historias clínicas escogidas al azar, encontraron que hay “una cantidad importante de lesiones infringidas a pacientes por la atención médica, y muchas de estas lesiones son el resultado de atención sub estándar”, y concluyen al decir que “la reducción de estos eventos requerirá identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”¹⁷.

Varios años después, en 1999, la comunidad mundial se enteró de que en solo los Estados Unidos ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes anuales como consecuencia de “errores médicos”. En efecto, ese año el Instituto de Medicina publicó el reporte *Error es Humano*¹⁸, con esta increíble información, la cual sirvió, entre otras cosas, para despertar el interés por la calidad de los servicios de salud, tanto en ese país como en el resto del mundo.

Los errores, no solo en salud, ocurren por mala o equivocada planeación o por mala o equivocada ejecución de un plan correcto, así como Reason define el error como “falla en

¹⁶ Brennan TA, Leape LL, Laird MN, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370-376.

¹⁷ Leape LL, Brennan TA, Laird MN, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324(6):377-384

¹⁸ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health care system*. Washington DC: National Academies Press; 1999.

completar una acción como estaba planeada o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo, sin la intervención de un evento imprevisible”.

La enorme y progresiva complejidad inherente a los procesos de atención en salud hace que los esfuerzos individuales de personas bien intencionadas y adecuadamente adiestradas sean insuficientes para prevenir los errores y sus consecuencias: los eventos adversos. Hoy se sabe que aproximadamente el 80 % de los errores clínico asistenciales son causados por fallas de los sistemas¹⁹. Los errores clínico asistenciales incluyen diagnósticos equivocados o demorados, tratamientos innecesarios o equivocados, fallas en la administración de medicamentos, demoras en informes de resultados, mala comunicación durante las transferencias o transiciones de atención, fallas de identificación y cuidado post operatorio inadecuado, para solo mencionar algunos de los más frecuentes. Cualquiera de los errores anteriores puede o no causar un evento adverso.

Conceptualmente es importante diferenciar entre un error y un evento adverso. El error, es la falla en la planeación o en la ejecución de una conducta, y puede o no causar un evento adverso. También es posible que el error ocurra pero se detecte a tiempo, antes de causar un evento adverso. El evento adverso es la lesión o daño no intencional, causado por la intervención asistencial, no por la patología de base, y puede ocurrir como resultado de un error por comisión o de un error por omisión.

La clasificación de los errores de acuerdo con el mecanismo que los origina es útil para el diseño de estrategias para evitarlos. Un tipo de error es el error por comisión, es decir, por acción. Consiste en hacer algo que no debía hacerse. Este tipo de error, en ausencia de estrés y de presiones de tiempo, se presenta con una frecuencia de 3 veces por cada 1000 oportunidades. El segundo tipo de error, el error por omisión, es decir, aquel que se presenta porque algo que debía hacerse no se hizo, ocurre con una frecuencia de 1 vez por cada 100 oportunidades, cuando no hay recordatorios²⁰.

Los errores y los eventos adversos tienen efectos devastadores en pacientes, familias y prestadores. Cada día es más evidente que sin el compromiso decidido de la alta

¹⁹ Leonard M, Frankel A, Simmonds T, Vega K. Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions. Chicago, Illinois: Health Administration Press; 2004.

²⁰ Nolan T. System changes to improve patient safety. British Medical Journal. 2000. Pag 32 -33

dirección institucional es poco menos que imposible lograr los cambios que se requieren para mejorar la seguridad de los pacientes. La clave del éxito está en centrar su trabajo en diseñar sistemas que apoyen la calidad y la seguridad, con ello, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes, se contribuye a transformar el sistema de salud.

Como concepto, la seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producto de la consecuencia de la atención en salud recibida²¹.

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los eventos adversos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%. A las consecuencias directas en la asistencia se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y el dolor de la afectación de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses²². Esta información ha conducido a la comunidad científica a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y su repercusión en la vida de los pacientes.

En este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó como iniciativa lanzar la

²¹ Vincent C. Patient Safety. London: ChurchillLivingstone, 200

²² National Quality Forum

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Dentro de las acciones que propone esta Alianza se encuentran²³:

- «Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada «Una Atención limpia es atención más segura».
- «Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las «mejores prácticas».
- «Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores para su prevención».
- «Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza».

Algunos países han desarrollado ya estrategias para intervenir sobre este problema, al proponer planes y medidas legislativas en la materia. Se han asumido también los retos en investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores, que faciliten la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar los efectos adversos evitables en la práctica de la atención sanitaria.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Desde el 2004, el Ministerio de la Protección Social²⁴ tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores (como se le llamó en ese momento); se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones.

²³ Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [En línea] http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm Consulta: 14/04/2011.

²⁴ Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la protección social. Página 7 de 221.

- En ese mismo año, con la colaboración de ICONTEC, ente acreditador en salud, se estableció como prerrequisito necesario para aplicar a la acreditación en salud, que la institución demostrara que desarrollaba procesos de vigilancia de los eventos en mención.
- Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución 1446 de 2006.

2.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias²⁵.

La Política de Seguridad del Paciente, expedida en junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones; los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, permite identificar las barreras que podrían desarrollarse

²⁵ Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social. http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose²⁶.

La seguridad del paciente exige una atención y actuaciones permanentes a varios niveles²⁷:

- A nivel institucional, implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud (hospitales, centros de salud, residencias para personas mayores y discapacitadas) deben diseñarse y organizarse para reducir los potenciales riesgos durante la atención de los pacientes.
- En el plano profesional, supone un diseño con cuidado de procesos y procedimientos con base en la evidencia científica, aunado de una mejora continua de los mismos, con el único objetivo de reducir la probabilidad de que ocurran Eventos Adversos.

Por último, a nivel político y social, Esta acorde con las iniciativas mundiales que se están dando en este tema.

2.3.1 Lineamientos para la implementación de la política de seguridad²⁸

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

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, al obtener amplio reconocimiento por parte de los ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba

²⁶ La seguridad del paciente y la atención segura. Observatorio de la calidad. Ministerio de la Protección Social. Página 9 de 41.

²⁷ La seguridad del paciente y la atención segura. Observatorio de la calidad. Ministerio de la Protección Social. Página 10 de 41.

²⁸ Seguridad del paciente. Observatorio de la calidad de la atención en salud. http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

de ello son los niveles que se alcanzaron en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas de investigación científica, entre muchos otros.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, al incorporar tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, que impactan negativamente en el paciente y que pueden generar, en ocasiones, eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores que se involucran en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

2.3.1.1 Los Principios orientadores de la Política. Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente

alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados que se obtuvieron en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

2.3.1.2 Objetivos de la política de seguridad del paciente.

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

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

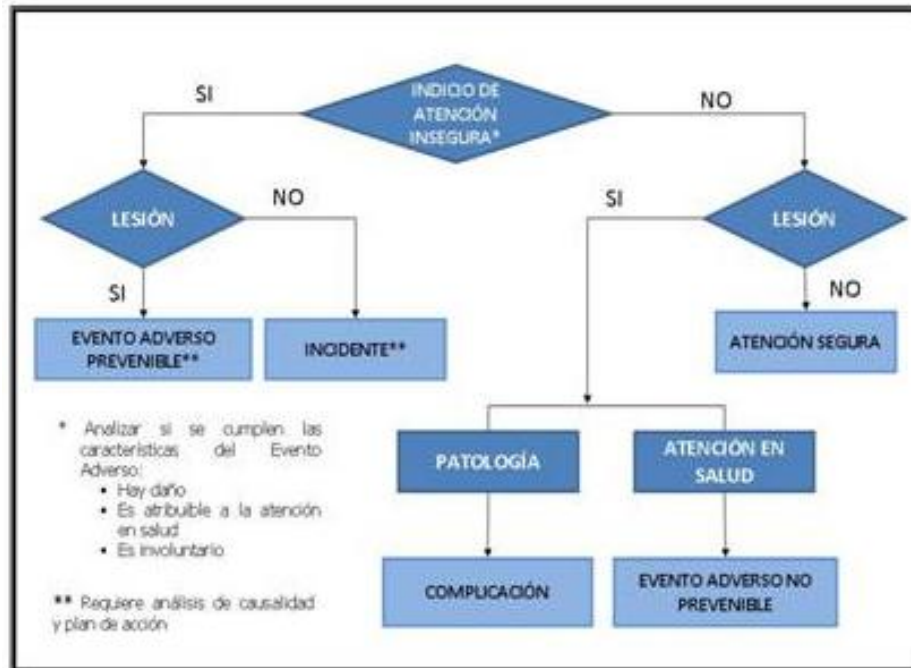
2.3.1.3 Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente. La Figura 1 muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

2.3.2 Los elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad²⁹

La seguridad del paciente es crucial definirla como una prioridad estratégica, que incluya como mínimo los siguientes elementos:

²⁹ Francisco Raúl Restrepo P. Consultor Dirección General de Calidad de Servicios. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 2007

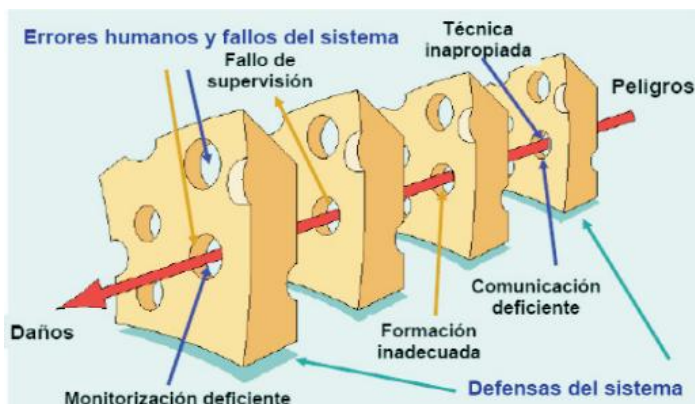
Figura 1. Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente



- Primero tener una mirada eminentemente técnica: Requiere abordar el tema desde el método científico para sustentar conceptos, modelos y herramientas que permitan entender los factores humanos y organizacionales que contribuyen a la ocurrencia de errores y eventos adversos e intervenirlos.
- El modelo explicativo para comprender el concepto de Evento adverso: el Dr. James Reason planteó el modelo que más se utiliza en estos momentos, llamado el modelo del Queso Suizo (Ver Figura 2). En este modelo, el punto es que entre los peligros y el daño se encuentren las deficiencias, las fallas que puedan presentarse en los diferentes procesos de la atención. Para que esos peligros lleguen a ser daño, se necesita que los diferentes problemas, las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas concurren en producirlo; significa que cuando trabajamos el tema de seguridad del paciente a partir de la búsqueda de eventos adversos, se debe buscar a partir de aquellos errores humanos, o de aquellos fallos del sistema, cuáles son esas fallas en los procesos que se alinean para permitir que el daño se dé, para poder

llenar así el sistema de múltiples barreras de seguridad, lo que llamamos sistemas redundantes de seguridad que impidan que el daño se dé, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del Queso Suizo.

Figura 2. Modelo de Queso Suizo



Fuente: Reproducido del material presentado por CAIBAR y JM ADAMZ en el Curso de Seguridad del Paciente.

En la Figura 3 se muestra, mediante una caricatura, el para qué se hace vigilancia de Eventos Adversos dentro de una Política de Seguridad del Paciente.

Si se mira la señora que está en uno de los dibujos, ella suelta una matera cuando se apoya en el descansabrazos de una manera inadvertida; era el primer piso y no ocurrió nada, si vuelve a hacer eso desde el tercer piso, cae la matera, mucho ruido pero no pasa nada; en el tercer ejemplo la matera cae sobre el señor que en ese momento cruza la calle.

¡Ese es el Evento Adverso! Pero lo que se busca a partir del análisis de ese evento adverso es ese error que la señora cometió en tres ocasiones y que en una de ellas alcanzó a producir daño. Esa es la finalidad por la cual se hace vigilancia de eventos adversos en el contexto de una Estrategia de Seguridad del Paciente.

Figura 3. Vigilancia Evento Adverso



Fuente: Reproducido del material presentado por CAIBAR y JM ADAMZ en el Curso de Seguridad del Paciente.

- El tercer elemento es la respuesta organizacional no punitiva ante la presencia de eventos adversos o errores; que promueva la búsqueda activa de estos sin temor a las posibles represalias y castigos, ambiente que Reason denomina cultura justa. Por el contrario un entorno punitivo promueve el ocultamiento y no facilita el análisis, por lo tanto, no se podrán identificar cuáles son las barreras de seguridad que deben implementarse. Por el contrario un entorno punitivo promueve el ocultamiento y no facilita el análisis, por lo tanto, no se podrán identificar cuáles son las barreras de seguridad que deben implementarse.
- Cuarto tema del abordaje conceptual de la Seguridad del Paciente: involucrar al paciente y su familia. Desde que el paciente llega a la Institución hay que educarlo, hay que darle elementos para que pregunte por sus posibles riesgos, para que identifique esos posibles factores que pudieran alertarlo y para que lo comunique e igualmente cuando ya la Institución tiene una cultura de seguridad del paciente aprenderá a volverse experta en no ignorar esas alertas que los pacientes generan, es decir, involucrar en forma activa al paciente y su familia como una barrera de seguridad.
- El quinto elemento de la conceptualización: es promover una cultura de Seguridad en la Institución acompañada del despliegue de herramientas prácticas. La cultura de

Seguridad debe venir desde la misma alta dirección, desde los mensajes que la alta dirección genera. Se debe crear la cultura de hablar de esto, las rondas de seguridad del paciente, las reuniones que hablan de los temas de seguridad del paciente, los reportes intrainstitucionales voluntarios, la voluntad de cooperar con los reportes extrainstitucionales voluntarios y también el tema de la confidencialidad. Confidencialidad tanto en términos de la protección de la intimidad del paciente como también de la protección de la confidencialidad de esos análisis que se hacen al interior de la Institución. En resumen una cultura de seguridad es el compartir una serie de valores y principios para promover un entorno seguro en la atención del paciente, que incluye el concepto de cultura justa.

- El sexto elemento es entender que lo importante es definir y mantener un foco claro sobre el cual se evidencien los resultados. Si se desarrolla una política y una estrategia de seguridad del paciente es para obtener resultados, se identifica el foco de riesgos de cara al paciente, analizarlo, intervenirlo y lograr resultados; que el paciente salga beneficiado, que la Institución le ofrezca ese entorno seguro.

2.4 CULTURA JUSTA

En una cultura de la seguridad hay conciencia de que todo el accionar puede ir mal. La organización es capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar. La interacción entre los colaboradores de la organización es abierta e imparcial (justa) para compartir información abiertamente y para tratar al profesional en presencia de errores o eventos adversos (esto es crítico tanto para paciente como para quien lo cuida o trata).

Se basa en un enfoque sistémico: la atención no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema donde trabaja. Abordar qué estuvo mal en el sistema ayuda a aprender lecciones y a prevenir su recurrencia. Está presente cuando se atiende a un paciente, fija objetivos, desempeña procedimientos/procesos, compra productos, rediseña; afecta la misión, la visión, los valores y los objetivos de la organización³⁰.

³⁰ Seguridad del paciente. Gestión Hospitalaria y Fundación Corona. 2009. Pág. 110 de 117

Con el propósito de mejorar la seguridad del paciente y de transformar a las instituciones de salud en organizaciones altamente confiables, el IHI (Institute for Healthcare Improvement) ha propuesto, basado en su experiencia, una secuencia de acciones dirigidas principalmente a la atención de pacientes con patologías agudas. Sin embargo, casi todos los conceptos son aplicables a otras circunstancias y a todos los niveles de complejidad de atención.

Dentro de esta secuencia de acciones, la primera se refiere al cambio cultural como una imperiosa necesidad de definir la seguridad del paciente como prioridad estratégica y de sentar las bases para desarrollar una cultura que le de soporte, lo cual, sin duda, requiere liderazgo.

Sin una cultura que soporte la seguridad todas las acciones que se emprendan van a ser infructuosas y la organización jamás logrará posicionarse como altamente confiable. En la mayoría de las instituciones de salud el error se oculta. Este solo aparece cuando hay pesquisa o, peor aún, cuando su consecuencia es un evento adverso catastrófico, de inmediato se busca un culpable y luego se castiga de manera “ejemplar”. Esta secuencia, junto a falta de trabajo en equipo y a mala comunicación, genera una cultura que favorece el error y el daño a los pacientes. James Reason, psicólogo inglés dedicado al estudio del error humano, define la cultura que soporta la seguridad del paciente como aquella que promueve y facilita la discusión de los errores de manera que se pueda aprender de ellos³¹.

A esta cultura la denomina “just culture”, o en su traducción como cultura justa. Esta cultura propicia entornos seguros y no es nada diferente a un ambiente en el que quien reporta un error o evento adverso lejos de ser culpado y castigado, es recompensado. Un ambiente en el que quien no reporta es castigado, no por el error sino por el ocultamiento. Un ambiente en el que se habla de los errores desprevenidamente y se aprende de ellos.

Para promover esta cultura justa hay que comenzar por cambiar la pregunta usual ¿quién cometió el error? por una nueva ¿qué ocurrió? De esta manera los errores se

³¹ Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Hampshire, England: Ashgate Publishing Limited; 1997

despersonalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable.

Entre los beneficios de una cultura justa están el impacto positivo en el funcionamiento de la organización; la transición desde el análisis de fallos a la mejora continua (dado que la perfección no es posible); el que el personal está informado sobre qué puede ir mal y qué ha ido mal, a cambio de rumores y temores; la disminución de la recurrencia y gravedad como consecuencia del aprendizaje; la reducción del daño y de los impactos negativos en el paciente por la prevención y la comunicación; el descenso del estrés, la culpabilidad y la falta de confianza del personal al ocurrir menos eventos adversos; la reducción de los tiempos de espera, debido a menos retorno de pacientes ligados a errores, y la disminución de costos por extratratamiento, por recursos requeridos para gestionar quejas y reclamaciones y por costos sociales y financieros (pagos por incapacidades)³².

La cultura justa, respecto a la seguridad del paciente, debe ser parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar, de hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos; así mismo, debe ser abierta entre pacientes, personal y público cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas. También debe ser imparcial en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso³³.

El IHI recomienda de manera específica dos herramientas para promover la cultura justa. La primera, son las “rondas de seguridad”. En ellas un directivo alto de la organización (director, gerente, director médico, jefe de servicio, jefe de enfermería, etc) realiza una vez por semana, el mismo día y a la misma hora en lo posible, las 52 semanas del año, una ronda en la cual únicamente se discuten temas de seguridad. Representan una excelente oportunidad para demostrar el compromiso de los líderes organizacionales con la seguridad del paciente. En ellas se habla de fallas, errores y eventos adversos que han ocurrido o que estuvieron a punto de ocurrir durante la semana. Se analizan sus causas y

³² National Health Service (NHS).

³³ Recio Segoviano M. La seguridad del paciente en siete pasos. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2005.

se discuten las soluciones. Finalmente se adoptan medidas correctivas que se implementan y a las cuales se les hace seguimiento³⁴.

Esta herramienta ha probado ser muy útil para facilitar el reporte y la discusión de los errores, en la medida en que se hace evidente que no se buscan culpables, que no se sanciona a las personas y que efectivamente se genera mejoramiento de los procesos clínicos asistenciales. La segunda, complementaria a la anterior, son las “sesiones breves de seguridad o cápsulas de seguridad”. Son reuniones con frecuencia variable entre 2 al día y 2 o 3 semanales, de máximo 5 minutos de duración, en las que grupos asistenciales acompañados de su líder hablan de un tema de seguridad del paciente. Una buena oportunidad para esta actividad son los momentos previos a un procedimiento para asegurar que todos los elementos están disponibles y en su lugar.³⁵

2.4.1 Rondas de Seguridad³⁶

Los expertos están de acuerdo en que las rondas de seguridad son la herramienta más efectiva, por un lado, para que los líderes de la organización demuestren que su preocupación por la seguridad de los pacientes es auténtica y que el objetivo de brindar atención segura a las personas es verdaderamente una prioridad estratégica; por el otro, para involucrar a todos los colaboradores en el propósito de construir una organización altamente confiable.

Independientemente del estado de desarrollo en que se encuentre la institución, las rondas de seguridad son una excelente oportunidad para demostrar que el compromiso organizacional con la generación de una cultura de seguridad es muy serio. Por este motivo, es fundamental que su implementación esté precedida de una comprensión exacta del deber que adquieren quienes van a liderarlas y de una planeación cuidadosa que permita obtener y medir sus resultados.

³⁴ Clínica Colsanitas. Paciente Seguro. Rondas de Seguridad.
<http://200.47.156.201/pacienteseguro/documentos.php?id=31&go=3>

³⁵ Clínica Colsanitas. Paciente Seguro. Sesiones Breves de Seguridad
<http://200.47.156.201/pacienteseguro/documentos.php?id=32&go=3>

³⁶ Seguridad del paciente. Gestión Hospitalaria y Fundación Corona. 2009. Pág. 113 de 117

2.4.1.1 Propósito. Es esencial que los líderes organizacionales comprendan claramente que los objetivos de las rondas son:

- Demostrar compromiso con la seguridad.
- Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad.
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
- Establecer líneas de comunicación acerca de la seguridad entre líderes, ejecutivos y personal asistencial.
- Comprobar los mejoramientos de la seguridad de los pacientes.

2.4.1.2 ¿Quién debe liderarlas? Dado que se trata de promover un cambio cultural y de demostrar el compromiso de la alta dirección con un objetivo estratégico prioritario, son los líderes senior, como director general, director ejecutivo, gerente general, director científico, director médico y jefe de enfermería, quienes tienen que asumir la responsabilidad indelegable de conducirlos.

2.4.1.3 Frecuencia y duración. Las rondas de seguridad se deben realizar una vez por semana y deben durar una hora. No es aconsejable hacerlas con una frecuencia mayor, ni más prolongadas. Es recomendable evitar las cancelaciones y ser muy estricto en cuanto día de la semana, hora del día y tiempo de duración, para demostrar que se trata de una actividad prioritaria y facilitar la programación de las agendas.

2.4.1.4 Formato. Reunión de un alto directivo con entre tres y ocho colaboradores, en las áreas donde se atienden los pacientes: corredores de los pisos, sala de urgencias, salas de cirugía, unidades de cuidado intensivo, laboratorio clínico, departamento de radiología, etc. Se recomienda sesionar siempre en el mismo lugar y que los asistentes sean siempre los mismos. Una posibilidad es diseñar las reuniones de forma tal que a ellas asistan personas que tienen todas las mismas funciones, por ejemplo, sólo cirujanos o sólo radiólogos. Pero es igualmente válido hacerlo para que asistan personas con funciones diferentes dentro de una misma unidad asistencial, por ejemplo, cirujano, anestesiólogo, instrumentadora, enfermera, residente, etc.

2.4.1.5 Introducción. La implementación de las rondas de seguridad en una institución genera curiosidad y, no pocas veces, desconfianza. Por eso es necesario iniciarlas con la explicación muy bien el objetivo que persiguen, su enfoque en la seguridad de los pacientes y, de manera importantísima, su carácter no punitivo y confidencial. Afirmaciones como las siguientes son útiles, siempre y cuando se pronuncien con convencimiento y haya decisión irrevocable de convertirlas en realidad:

- Estamos empeñados en tener una organización con comunicación abierta, libre de inculpaciones, porque de esta manera podemos hacer el trabajo de todos más fácil y generar un entorno seguro para ustedes y sus pacientes.
- Estamos enfocados en mejorar el sistema, no en castigar a las personas.
- Las discusiones que vamos a tener son confidenciales. Su propósito es mejorar la seguridad de los pacientes. Lo que hablemos no saldrá del grupo.

2.4.1.6 Preguntas. Para romper el hielo y facilitar la conversación acerca de errores y eventos adversos es aconsejable abordar el problema de manera sutil, sin intimidar a las personas, y, en cambio, generarles confianza. Es muy poco probable que en la primera sesión haya colaboradores dispuestos a relatar errores o eventos adversos en los que ellos o sus compañeros presentes estuvieron involucrados.

Una estrategia efectiva consiste en lanzar preguntas de la manera más desprevenida posible, que faciliten comenzar a hablar de situaciones inseguras que han ocurrido recientemente. Los siguientes son ejemplos de este tipo de interrogantes:

- ¿Alguien recuerda alguna circunstancia que haya causado la prolongación de la estancia de un paciente en los últimos días?
- ¿Ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente?
- ¿Alguien recuerda alguna circunstancia reciente en la cual un paciente haya resultado lesionado?
- ¿Qué condiciones pueden facilitar 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?

2.4.1.7 Cierre. Es crucial que las personas que participaron en la actividad sepan que los temas que se discutieron van a producir mejoramientos en la seguridad de los pacientes. Se no ser así, pueden sentir que sus aportes son inútiles, y su presencia, una pérdida de tiempo. Frases como las siguientes pueden contribuir a este objetivo:

- Vamos a trabajar para mejorar con la información que hemos obtenido hoy.
- Por favor, cuénteles a dos personas cercanas los conceptos que hemos discutido hoy.

2.5.2 Sesiones Breves de Seguridad³⁷

Las sesiones breves de seguridad se constituyen en una herramienta que ha probado ser útil para generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, para fomentar ambientes en los que se comparte información sin temor a represalias y para integrar información teórica con respecto a asuntos de seguridad con el día a día de la institución. Con el tiempo, las sesiones breves de seguridad contribuyen a crear cultura de seguridad, reducen el riesgo de cometer errores medicamentosos y mejoran la calidad de la atención.

Contrario a lo que ocurre con las rondas de seguridad, los líderes senior no participan directamente en estas sesiones breves, pero lo hacen de manera indirecta mediante la delegación de su autoridad en otros miembros del personal asistencial para que las realicen. Las organizaciones que han implementado rondas de seguridad junto o simultáneamente con sesiones breves de seguridad han sido más exitosas que aquellas que han utilizado una sola de estas herramientas.

Las sesiones breves de seguridad se llevan a cabo en las unidades asistenciales: pisos, unidades de cuidado intensivo, farmacia, laboratorio, radiología, etc. Consisten en reunir el personal del servicio durante cinco minutos, entre tres veces por semana y dos veces diarias (principio y final de turno), para discutir cualquier tema relacionado con la seguridad, entre ellos condiciones inseguras en cuanto al uso de medicamentos, caídas, equipos e instrumentos. Pueden también utilizarse antes de comenzar procedimientos

³⁷ Seguridad del paciente. Gestión Hospitalaria y Fundación Corona. 2009. Pág. 111 de 117

menores, como punción lumbar, transfusión de sangre o la misma iniciación de una venoclisis, para garantizar que el protocolo es claro y conocido por todos, y que están todos los elementos necesarios en el momento y lugar que se requiere.

El personal debe entender que el propósito de esta actividad es generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos ni, mucho menos, detectar fallas para sancionarlos. Debe garantizarse que la información que se comparte no se grabará ni usará de manera punitiva. Igualmente, debe estimularse la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas. Quien las conduce debe tratar de detectar a aquellas personas que quieren decir algo, pero no se atreven. Es crucial que se implementen cambios basados en las sesiones breves de seguridad, con el fin de que los asistentes se convenzan de su utilidad.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar las herramientas de Rondas de Seguridad y Sesiones breves de Seguridad en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS para mejorar la cultura de seguridad del paciente

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar situaciones inseguras que impliquen riesgo para el paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander.

Fomentar el reporte del error y de Eventos Adversos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander.

Socializar con el personal sanitario del Servicio de Medicina Interna del HUS sobre seguridad del paciente con temas relacionados con prácticas seguras asociadas al uso de medicamentos, caídas de pacientes, equipos, dispositivos médicos y procedimientos.

4 METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio que se realizó es cuantitativo de tipo descriptivo, porque se trabaja en la recolección de información al utilizar las herramientas de Rondas de Seguridad y sesiones breves de seguridad en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander, para implementar un modelo de Cultura Justa.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio pertenece al tipo de investigación Descriptiva de corte Transversal, ya que se analizó la situación del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander sobre la promoción de la Cultura Justa.

4.3 POBLACIÓN

La población del estudio la conforman 23 profesionales correspondientes al personal sanitario y 23 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS. Población que se encontraban en el servicio al momento de realizar la ronda de seguridad.

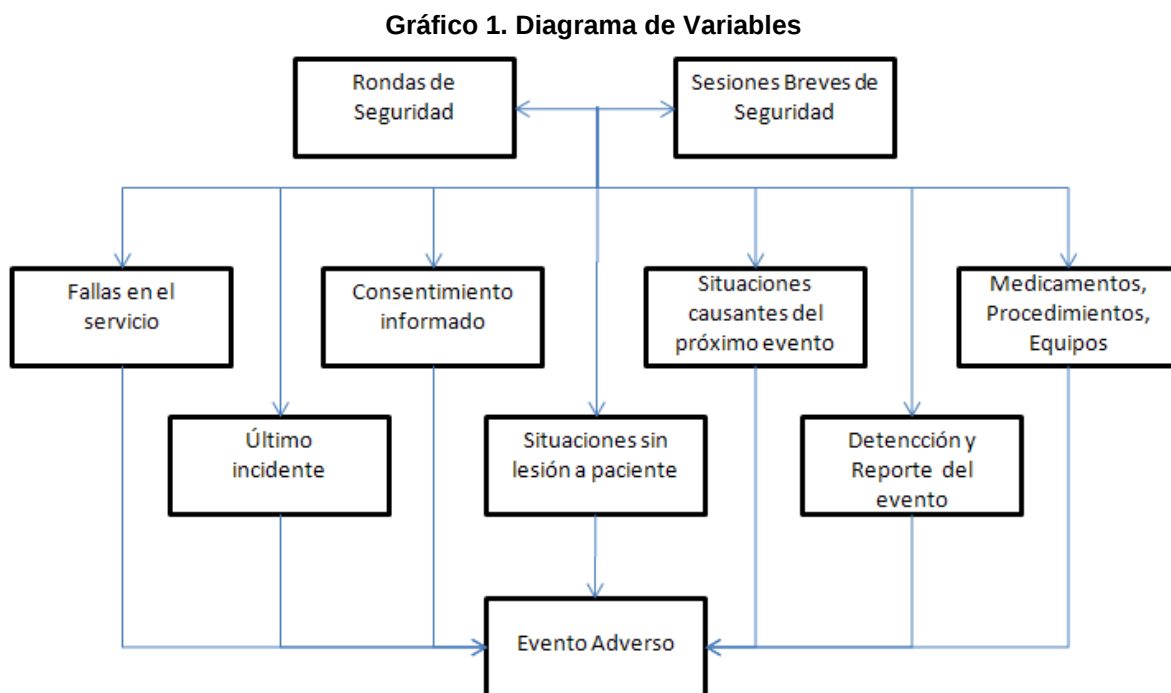
4.4 DISEÑO MUESTRAL

Información suministrada en forma voluntaria por el personal sanitario y pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander al realizar las rondas de seguridad y sesiones breves de seguridad.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables que se tomaron en cuenta en el trabajo de investigación se basaron en los objetivos, con a la información suministrada por las Rondas de Seguridad y Sesiones Breves de Seguridad, cuya finalidad es fortalecer la política de seguridad del paciente de la institución (HUS); al utilizar la cultura justa para crear una atmósfera de confianza en donde los errores no se personalizan y en cambio, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen fallas de los sistemas y se construye una organización confiable. A continuación se presente el diagrama y tabla de variables.

4.5.1 Diagrama de variables



4.5.2 Tabla de variables

Tabla 1. Tabla de Variables

Nombre de la Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Código
Conoce su enfermedad	El paciente está informado sobre su enfermedad	Cualitativa	Nominal	Si No
Conoce su tratamiento	El paciente está informado sobre su tratamiento	Cualitativa	Nominal	Si No
Conoce el tipo de cirugía	El paciente conoce la cirugía que le van a practicar	Cualitativa	Nominal	Si No
Firmó consentimiento informado	El paciente recibió explicaciones para el consentimiento informado	Cualitativa	Nominal	Si No
Profesión	Indica la profesión del personal sanitario	Cualitativa	Nominal	Médico General Médico Interno Médico Residente Enfermera Auditor Enfermería
Cambio en el servicio	Situación que se pudiera cambiar en el servicio para mejorar la seguridad del paciente	Cualitativa	Nominal	a. Mejorar la seguridad en las habitaciones b. Incrementar el personal sanitario de planta c. Mejorar la disponibilidad de insumos d. Trabajar en equipo con enfermería e. Stock permanente de medicamentos f. Menor solicitud de protocolos g. Horarios estrictos en los turnos h. Estandarizar procesos i. Implementar una Unidad de Cardiología j. Capacitación en Bioseguridad

Nombre de la Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Código
Último incidente	Último incidente que le causo daño a un paciente	Cualitativa	Nominal	a. Ningún incidente b. Caída de paciente de la camilla c. Atención no oportuna d. La no prescripción de un medicamento e. Errores en procedimientos médicos f. Administración equivocada del medicamento g. La no autorización del procedimiento por parte de la EPS h. Falta de comunicación de las dependencias i. Insuficiencia de medicamentos
Situaciones causantes del próximo evento adverso	Teniendo en cuenta las condiciones del servicio, que cree que será causante del próximo evento adverso	Cualitativa	Nominal	a. No responde b. Falta de medicamentos c. Falta de Seguridad en los balcones d. Falta de comunicación entre enfermería y médicos e. Mal estado de las camillas f. Infecciones g. Equipos descalibrados h. Falta de equipos médicos i. Utilizar el mismo vaso de agua para todos los pacientes
A quien reporta	Cuando las cosas van mal, a quien contacta	Cualitativa	Nominal	a. Residente de Turno b. Jefe Inmediato c. Enfermera Jefe d. Subgerencia médica e. No sabe

Nombre de la Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Código
Fallas en el servicio	Fallas que coloquen en riesgo la seguridad del paciente	Cualitativa	Nominal	a. No Responde b. Falta de Seguridad en las Habitaciones c. Demora de procesos en farmacia e. Equipos dañados f. Conflictos interpersonales g. Ninguna Falla h. Demora en los exámenes de laboratorio i. Equipos descalibrados j. Falta de medicamentos k. Falta de Equipos médicos l. Muebles y enseres en mal estado
Situación sin lesión a paciente	Se han presentado situaciones que pudieron haber terminado en lesión de un paciente	Cualitativa	Nominal	Si No
Cuales Situaciones	Situaciones que pudieron haber terminado en lesión de un paciente	Cualitativa	Nominal	a. Utilización del mismo vaso para todos los pacientes b. Poca vigilancia de reclusos c. Estancias Prolongadas Inmovilización inadecuada del paciente d. Caída del paciente de la camilla
Eventos adversos del año	Eventos adversos que se han presentado este año en el servicio	Cualitativa	Nominal	a. Suministro inadecuado de medicamentos b. Suicidio c. Caídas d. Flebitis e. Ninguno f. No Sabe

Nombre de la Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Código
Detección del Evento Adverso	Que hace cuando se detecta un evento adverso	Cualitativa	Nominal	a. Lo Reporta al Jefe Inmediato b. Retroalimenta la información con todo el personal c. Busca la forma de corregirlo
Reporte de Evento Adverso	Cómo se realiza el reporte del evento adverso	Cualitativa	Nominal	a. Reporte escrito en el formato institucional b. No sabe c. Reporte Verbal al jefe inmediato d. El reporte lo realiza enfermería e. No hace reporte
Uso de medicamentos	Practicas seguras asociadas al Uso de medicamentos	Cualitativa	Nominal	a. Pastillas sin rótulo. b. Pastillas que se dejan destapadas una vez utilizada la mitad. c. Antibiótico que ha sido utilizado se deja al ambiente sin refrigerar. d. Al reconstituir un medicamento, el sobrante este se deja al ambiente.
Caídas de pacientes	Practicas seguras asociadas para evitar Caídas de pacientes	Cualitativa	Nominal	a. Camas con las barandas dañadas. b. Camas que no tienen frenos. c. Los familiares bajan las barandas y nos suben nuevamente
Equipos	Practicas seguras asociadas a equipos	Cualitativa	Nominal	a. Falta de equipos para el total de camas disponibles. b. Equipos dañados
Dispositivos médicos	Practicas seguras asociadas a dispositivos médicos	Cualitativa	Nominal	a. Desorden en el almacenamiento de los dispositivos médicos. b. El mal almacenamiento de las mangueras corrugadas para administrar oxígeno a los pacientes.

Nombre de la Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Código
Procedimiento	Revisión de un procedimiento	Cualitativa	Nominal	1. No disponibilidad de un medicamento para pacientes de régimen no contributivo 2. Falta de comunicación con farmacia para agilizar la entrega de medicamentos.

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información fueron dos: la primera de tipo observacional en donde se registra lo observado en la lista de chequeo; y la segunda es de tipo primaria mediante una encuesta diligenciada directamente por el personal sanitario y encuesta dirigida al paciente, de entrega inmediata, en el Servicio de Medicina Interna del HUS, en la hora y día pactado en el cronograma de actividades, con consentimiento informado.

4.6.1 Fuentes de información

La fuente de información que se tuvo en cuenta para llevar a cabo la presente investigación fue observación directa, encuesta con el personal sanitario y el paciente.

4.6.2 Instrumento de recolección de información

El instrumento se diseñó por los investigadores, con la información brindada por el Ministerio de la Protección Social en su sitio web (http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/herra_seguridad.aspx).

Para cada una de las herramientas a aplicar en el servicio de Medicina Interna en el Hospital Universitario de Santander se realizaron formatos individuales que son:

Lista de Chequeo del Servicio (Anexo C)

Formato Registro de las sesiones breves de seguridad (Anexo E).

Formato Registro de Rondas de Seguridad (Anexo C).

4.6.3 Proceso de obtención de la Información (qué, quién, cómo, cuándo)

Para implementar las dos herramientas (rondas de seguridad y sesiones breves de seguridad) que promuevan la cultura justa, inicialmente se realizó una reunión con el comité de alta gerencia con el fin de explicar los objetivos y alcances del proyecto de investigación, con su posterior aprobación y compromiso de ellos para la ejecución.

Como segunda medida, se realizaron dos instructivos para cada herramienta (rondas de seguridad y sesiones breves de seguridad), los cuales fueron evaluados y aprobados por el comité de alta gerencia y la oficina de calidad del Hospital Universitario de Santander (HUS).

Se realiza un cronograma (Anexo F) de actividades en donde se estipulan las visitas al Piso 6 y Piso 7, que corresponde al Servicio de Medicina Interna del HUS, para la implementación de la Ronda de Seguridad y Sesiones Breves de Seguridad; de igual manera en el cronograma quedan estipuladas las fechas en que se deben realizar las demás rondas por parte de la institución como seguimiento a la misma. Es necesario aclarar que este seguimiento no forma parte de la presente investigación.

Una vez aprobado este cronograma, se da inicio a este. Primero se realizó una sensibilización al personal sobre el tema de cultura justa para fomentar el reporte del error y de Eventos Adversos. Una vez lograda la sensibilización se aplica el formato de Rondas de Seguridad y Sesiones Breves de forma voluntaria al personal sanitario y pacientes que se encuentren a la hora programada para la visita.

Con la información recolectada se procede a hacer el respectivo análisis de los datos acotados en las encuestas y en la lista de chequeo.

Los investigadores analizan la información y hacen la respectiva entrega de resultados y recomendaciones al comité de alta gerencia y a la oficina de Calidad del HUS.

4.6.3. Instructivo Rondas de Seguridad. Es un documento en donde se demarca la finalidad, los objetivos y el procedimiento para la realización de las Rondas de Seguridad. De igual manera se encuentra la lista de chequeo con los ítems a examinar en las rondas.

Para la realización de este documento se tomaron varias fuentes de información de quienes presentaban experiencia en el tema, entre ellas están:

- Dr. Astolfo Franco, Líder de Seguridad del Paciente Centro Médico IMBANACO, en su artículo “Otros instrumentos utilizados por algunas Instituciones nacionales e internacionales para la promoción de la Seguridad del Paciente. Herramienta 6: rondas de seguridad”
- Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud de Perú. Realizado por la Dirección General de Salud de las personas.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Seguridad del paciente. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud. Ministerio de la Protección de Colombia.

El siguiente es el procedimiento que se realizó para implementar las Rondas de Seguridad. En el Anexo C se encuentra el formato de Rondas de Seguridad y en Anexo D el formato de acta de compromiso.

Procedimiento

A continuación se describen los pasos que se siguieron para la implementación de las Rondas de Seguridad en el Hospital:

1° Formación del equipo de las Rondas de Seguridad

La dirección del Hospital designó formalmente a los integrantes del equipo que realizará las Rondas de Seguridad, siendo el Gerente el Dr. Germán Javier Daza Vargas el responsable del equipo. Dicho equipo estará conformado de la siguiente manera:

- Subgerente Servicios Médicos: Rafael Castellanos Buenos.
- Jefe de la Oficina de Calidad: Dr. Teresa Briceño
- Responsable de Epidemiología: Fernando Mantilla
- Subgerente Servicios de Enfermería: Roció Rey Gómez
- Enfermera auditoria de calidad: Mildred Mejía
- Jefe de Farmacia: Manuel Jiménez
- Jefe Departamento Gestión Ambiental: Ing. Elga Johanna Camacho

2° Planificación de las Rondas de seguridad.

El responsable del equipo de las Rondas de Seguridad convoca a reuniones de trabajo a todos los integrantes del equipo para la elaboración de un Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad, el cual debe contener los siguientes puntos:

- Elaboración de un cronograma de Rondas de Seguridad (Anexo F), en el que se debe detallar por mes la fecha y hora en que se efectuara la Rondas de Seguridad; se debe tener en cuenta la factibilidad de todos los miembros y sin especificar el servicio a visitar, el cual se identificara el mismo día. Las Rondas de Seguridad deben realizarse inicialmente con una periodicidad quincenal. Posteriormente de acuerdo a la disminución de las observaciones podrá irse a una periodicidad mensual.
- La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad por departamento, servicio o proceso dependerá de la matriz de priorización o criterios establecidos por el equipo responsable de las Rondas de Seguridad.
- Elaboración de la lista de chequeo para la realización de la ronda (Anexo C).
- Elaboración de un informe sobre los resultados de las Rondas de Seguridad.

3° Aprobación del Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad

El plan deberá ser aprobado por la Gerencia del Hospital.

4° Ejecución del Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad

Posterior a la aprobación del Plan, la Dirección del Hospital comunicó por escrito al Servicio de Medicina Interna sobre realización de las Rondas de seguridad, para conocimiento e involucramiento.

- Horario: Las Rondas de seguridad se realizan en horario diferente a la visita médica.
- Duración: La Ronda de seguridad tiene una duración máxima de una hora.
- Metodología:
 - a. Participación de todos los miembros del equipo, quienes deben mantener un código de conducta.
 - b. La metodología de la visita es fundamentalmente de observación, revisión documentaria y encuesta.
 - c. Las observaciones de la Ronda de Seguridad están centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención del paciente.
 - d. La entrevista al personal de salud y al paciente se deben consignar en la lista de chequeo.
 - e. Al finalizar la ronda se realiza el acta donde se consignan las observaciones y compromisos para el levantamiento de algunas de las observaciones a corto plazo.

5° Acciones posteriores a la ejecución de las Rondas de seguridad.

- a. Se informa a la Gerencia, se adjunta el Acta y Listas de chequeo, y se envía copia al Servicio de Medicina Interna para el cumplimiento de las recomendaciones.
- b. Se hacer una felicitación escrita al personal de salud que realiza buenas prácticas sanitarias y en cuyos resultados producto de la ronda de seguridad sean satisfactorios.
- c. El equipo de ronda de seguridad designa a un miembro del equipo para el seguimiento respectivo.
- d. Cada problema identificado sirve de insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora Continua que garantiza el compromiso institucional y su sostenibilidad.

Responsabilidades

- El equipo de ronda de seguridad del paciente se encarga de la implementación del presente procedimiento.
- La Oficina de Calidad del Hospital es el responsable de la asesoría técnica en la ejecución del presente instructivo.
- Las Direcciones Ejecutivas del Hospitales son los responsables de la aplicación del presente instructivo, así como de las recomendaciones o compromisos asumidos en las Rondas de Seguridad.
- El monitoreo del cumplimiento de los compromisos está a cargo del equipo de la ronda de seguridad, el cual se organizara para este fin.

4.6.3.2 Sesiones breves de seguridad. Es un documento en donde se demarca la finalidad, los objetivos y el procedimiento para la realización de las Sesiones Breves de Seguridad. De igual manera se encuentra el formato para la realización de la sesión.

Para la realización de este documento se tomaron varias fuentes de información de quienes presentaban experiencia en el tema, algunas de ellas son:

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Seguridad del paciente. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud. Ministerio de la Protección de Colombia.
- Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud de Perú. Realizado por la Dirección General de Salud de las personas.

El formato de las Sesiones Breves de Seguridad se encuentra en el Anexo E.

4.7 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en 10 profesionales sanitarios que trabajan en el HUS, ajenos al servicio de Medicina Interna, con la encuesta previamente estructurada. Esto se realizó

para prevenir sesgos en la información y medir el instrumento de recolección. Con el desarrollo de esta actividad se realizaron ajustes al instrumento final.

4.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

El control del sesgo de información se realizó de dos maneras: en el instrumento, con la realización de la prueba piloto y en los encuestados, al sensibilizar al personal sanitario acerca de la importancia de su colaboración para realizar la investigación y que la obtención de datos que serán útiles para mejorar la calidad del servicio en miras a la seguridad del paciente. Como las preguntas de la encuesta son de tipo abierta se indicó a los profesionales que respondieran un solo ítem para cada una.

El control del sesgo de selección se hizo de manera voluntaria a los profesionales y pacientes que se encontraban en ese momento en el servicio de Medicina Interna del HUS.

4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007 para el procesamiento de los datos obtenidos y realización de las tablas y gráficas.

Como es un estudio descriptivo, la encuesta diligenciada al personal sanitario como a los pacientes, fueron tabuladas en frecuencias absolutas (Valor exacto) y relativas (Valor porcentual), para cada una de las variables, citadas en la tabla 4.5.2 Tabla de Variables.

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente trabajo la recolección de información se hace por observación directa y aplicación de una encuesta al personal sanitario y al paciente, por lo cual de ninguna manera se expone la integridad física de los sujetos, según en el artículo 11, literal a de la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud que establece:

“a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental respectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión histórica de las clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”

De igual manera, las encuestas se realizaron con previo consentimiento informado verbal y se omitió la identificación de las personas que colaboraron con la información.

6 RESULTADOS

De un total de 46 encuestas realizadas (23 profesionales sanitarios y 23 a pacientes), verificación de una lista de chequeo y 5 sesiones breves de seguridad se presentan los resultados tabulados, divididos en cuatro grupos como se muestran a continuación:

- Resultados de la Lista de chequeo
- Resultados de la Encuesta del personal sanitario
- Resultados de la Encuesta del paciente
- Resultados de las Sesiones Breves de Seguridad

6.1 RESULTADOS DE LA LISTA DE CHEQUEO

Para el cotejo de la lista de chequeo en el Servicio de Medicina Interna del HUS, se convocó a los profesionales pertinentes que trabajan en la institución, quienes realizaron la verificación de cada uno de los ítems. Entre los profesionales se encuentran el Químico - farmacéutico, la Ingeniera Ambiental, la Ingeniería Biomédica y la Jefe de Calidad.

La respuesta a cada ítem de la lista de chequeo se presenta con las opciones: Si – No – A veces, con sus respectivas observaciones. A continuación se muestran los resultados:

El servicio de Medicina Interna del HUS “sí” cumple con las siguientes características:

- Los medicamentos están clasificados según la identidad del paciente (Ver Fotografía 1. Clasificación de los medicamentos según paciente).
- Existen mensajes que promocionan el lavado de manos entre los visitantes del servicio (Ver Fotografía 2. Carteles alusivos al lavado de manos).
- El servicio cuenta con actas del lavado de manos, antes y después de cada procedimiento.
- Los interruptores y enchufes se encuentran en buen estado y protegidos (Ver Fotografía 3. Interruptores y enchufes en buen estado).

- Se utilizan bolsas rojas para material de peligro (Ver Fotografía 4.Utilización de Bolsas de acuerdo al protocolo de la institución).
- Se utilizan bolsas verdes para residuos comunes (Ver Fotografía 4.Utilización de Bolsas de acuerdo al protocolo de la institución).
- Todo el personal lleva los elementos de identificación (Ver Fotografía 5.Identificación del personal con su respectivo carnet).
- Las camas poseen rótulos con la identificación del paciente.

El servicio de Medicina Interna del HUS “a veces” cumple con las siguientes características:

- El almacenamiento de medicamentos no cumple con el protocolo establecido por la institución. Observación: Algunos medicamentos se encontraban almacenados de forma correcta (Ver Fotografía 6.Almacenamiento incorrecto de los medicamentos).
- Los medicamentos no se encuentran adecuadamente rotulados de acuerdo al protocolo existente (Ver Fotografía 7.Medicamentos sin rótulo). Observación: Se encontraron medicamentos que no presentaban rótulo.
- Algunos dispositivos se encontraban dañados, los cuales no han sido reportados.
- La señalización de las rutas de evacuación hasta zona de seguridad externa no es la más adecuada.
- La señalización de las vías de circulación y cruces no es la más adecuada (Ver Fotografía 8.Señalización del Servicio).

El servicio de Medicina Interna del HUS “no” cumple con las siguientes características:

- No existe alarma contra – incendio

Los resultados anteriormente obtenidos fueron listados con sus respectivas fotografías en el informe entregado a Gerencia.

6.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL PERSONAL SANITARIO

La población encuestada, fueron 23 profesionales que trabajan en el Servicio de Medicina Interna del HUS los cuales encontraban en su jornada laboral ese día. A continuación se presentan los resultados.

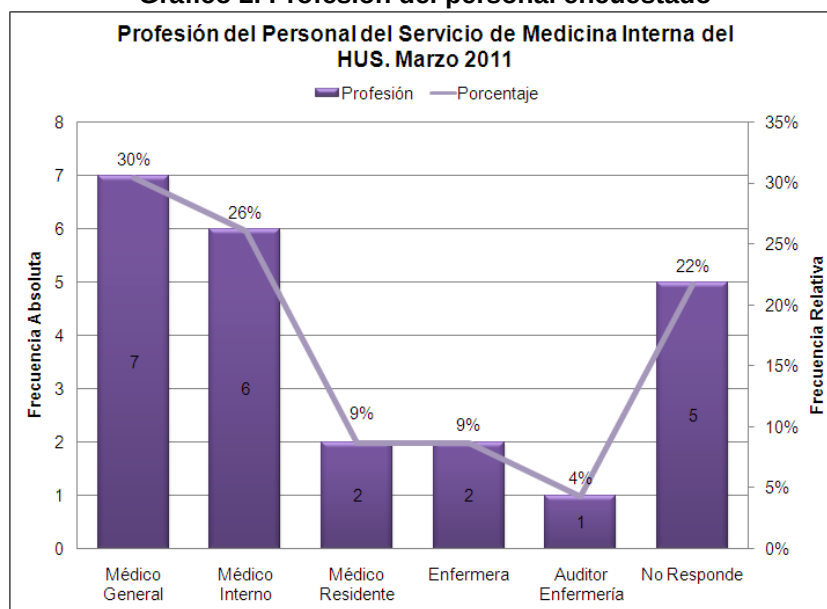
Con relación a la profesión de los encuestados, se encontró que las mayores proporciones son Médico General con 30% (7) y Médico Interno con 26% (6); el resto de porcentajes pertenecen a Médico Residente, Enfermera, Auditor de Enfermería y algunos que no respondieron la pregunta. (Ver Tabla 2 y Gráfico 2)

Tabla 2. Profesión del personal sanitario. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta
Médico General	7	30%
Médico Interno	6	26%
Médico Residente	2	9%
Enfermera	2	9%
Auditor Enfermería	1	4%
No Responde	5	22%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 2. Profesión del personal encuestado



Fuente: Tabla 2

Con relación a la pregunta: ¿Qué podemos hacer nosotros para hacerle más fácil su trabajo?, tres características comparten el mismo porcentaje del 17% (4) las cuales son: Agilidad en los procesos, Sistematizar la información y Mejorar comunicación con compañeros de trabajo. De igual manera dentro de las respuestas se encuentran (Ver Tabla 3 y Gráfico 3):

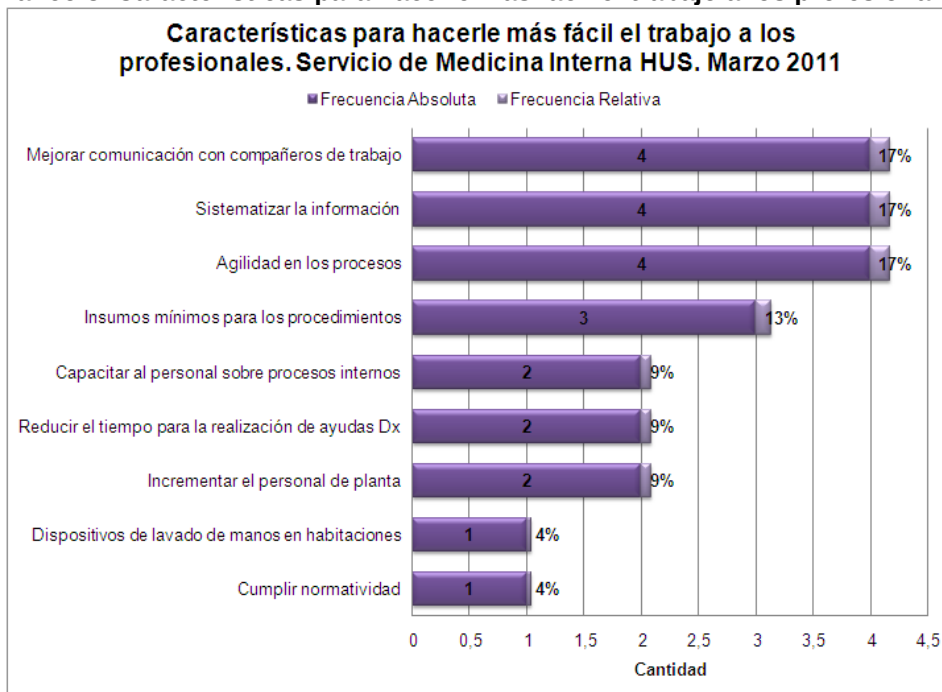
- Insumos mínimos para los procedimientos: 13%
- Incrementar el personal de planta: 9%
- Reducir el tiempo para la realización de ayudas Dx: 9%
- Capacitar al personal sobre procesos internos: 9%
- Cumplir normatividad: 4%
- Dispositivos de lavado de manos en habitaciones: 4%

Tabla 3. Características para hacerle más fácil el trabajo a los profesionales. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Agilidad en los procesos	4	17%
Sistematizar la información	4	17%
Mejorar comunicación con compañeros de trabajo	4	17%
Insumos mínimos para los procedimientos	3	13%
Incrementar el personal de planta	2	9%
Reducir el tiempo para la realización de ayudas Dx	2	9%
Capacitar al personal sobre procesos internos	2	9%
Cumplir normatividad	1	4%
Dispositivos de lavado de manos en habitaciones	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 3. Características para hacerle más fácil el trabajo a los profesionales.



Fuente: Tabla 3

Con relación a la pregunta ¿Qué piensa usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?, el 26% (6) de los profesionales consideran que si se cumplen los protocolos de seguridad las cosas marcharían mejor en su trabajo; el 22% (5) piensan que

con la estandarización de procesos; el 17% (4) dice que capacitando al Personal; el 13% (3) opina que articulando todas las dependencias de la institución. Y en la menor proporción con un 4% (1) se acotó que socializar los errores y/o eventos adversos, Sistematizar Información y en último caso Tener Fe. (Ver Tala 4 y Gráfico 4)

Tabla 4. Situaciones que podrían hacerse para que no pase nada malo en su trabajo Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Cumplir Protocolos de Seguridad	6	26%
Estandarización de Procesos	5	22%
Trabajar en equipo	4	17%
Capacitación del Personal	3	13%
Articulación con todas las dependencias	2	9%
Tener Fe	1	4%
Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Socializar los errores y/o eventos adversos	1	4%
Sistematizar Información	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 4. Situaciones que podrían hacerse para que no pase nada malo en su trabajo



Fuente: Tabla 4

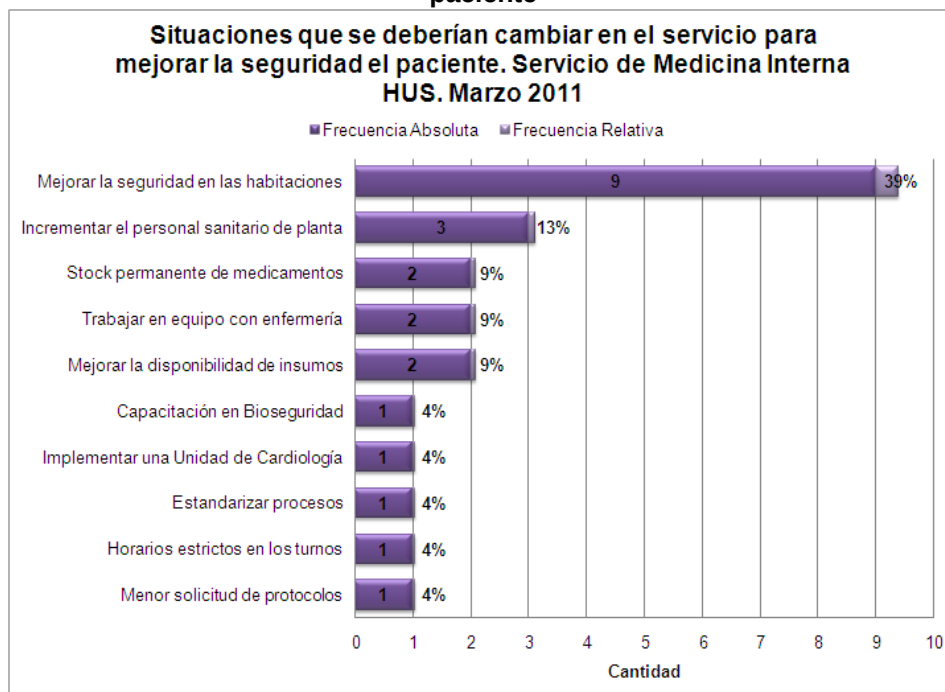
Con relación a la pregunta ¿Si usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente que debería ser?:, la mayor proporción de los profesionales con un 39% (9) respondió que se debería mejorar la seguridad de las habitaciones. De igual manera convendría incrementar el personal sanitario de planta según el 13% (3) de los encuestados. Con un porcentaje igual al 9% (2) se debería mejorar la disponibilidad de insumos, trabajar en equipo con enfermería y contar con un stock permanente de medicamentos. Algunas situaciones que se presentaron de forma individual correspondiente a un 4% son disminuir la solicitud de protocolos, comprometer al personal a cumplir con los horarios de manera estricta en los turnos, lograr la estandarización de procesos, implementar una Unidad de Cardiología y capacitar a todo el personal en el tema de Bioseguridad. (Ver Tabla 5 y Gráfico 5)

Tabla 5. Situaciones que se deberían cambiar en el servicio para mejorar la seguridad el paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mejorar la seguridad en las habitaciones	9	39%
Incrementar el personal sanitario de planta	3	13%
Mejorar la disponibilidad de insumos	2	9%
Trabajar en equipo con enfermería	2	9%
Stock permanente de medicamentos	2	9%
Menor solicitud de protocolos	1	4%
Horarios estrictos en los turnos	1	4%
Estandarizar procesos	1	4%
Implementar una Unidad de Cardiología	1	4%
Capacitación en Bioseguridad	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 5. Situaciones que se deberían cambiar en el servicio para mejorar la seguridad el paciente



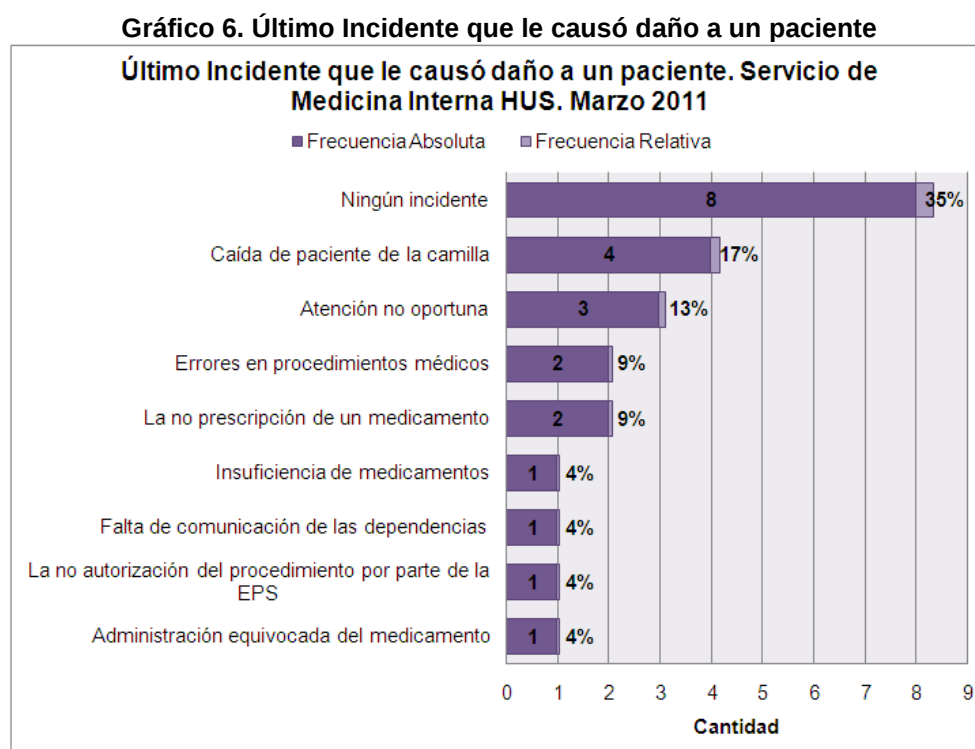
Fuente: Tabla 5

Con relación a la pregunta ¿Cuál fue el último incidente que usted observó y que le causó daño a un paciente?, el 35% (8) respondió que no ha observado ningún incidente en su trabajo; a diferencia del 17% (4) quienes aseguran que el último incidente que le causó daño a un paciente fue la caída de este de la camilla. Entre otros incidentes, se encuentra con un 13% (3) la atención no oportuna del personal sanitario al paciente; el 9% (2) aseguran que el motivo fue la no prescripción de medicamento y los errores en el procedimiento médico. El 4% (1) asegura que los incidentes que causaron daño al paciente fueron la administración equivocada del medicamento, la no autorización del procedimiento por parte de la EPS, falta de comunicación de las dependencias e insuficiencia de medicamentos en el servicio. (Ver Tabla 6 y Gráfico 6)

Tabla 6. Último Incidente que le causó daño a un paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Ningún incidente	8	35%
Caída de paciente de la camilla	4	17%
Atención no oportuna	3	13%
La no prescripción de un medicamento	2	9%
Errores en procedimientos médicos	2	9%
Administración equivocada del medicamento	1	4%
La no autorización del procedimiento por parte de la EPS	1	4%
Falta de comunicación de las dependencias	1	4%
Insuficiencia de medicamentos	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta



Fuente: Tabla 6

Con relación a la pregunta ¿Qué cree usted teniendo en cuenta las condiciones de su servicio, será causantes del próximo evento adverso?, el 35% (8) de los encuestados no respondió esta pregunta; el 22% (5) indica que la falta de medicamentos; con un

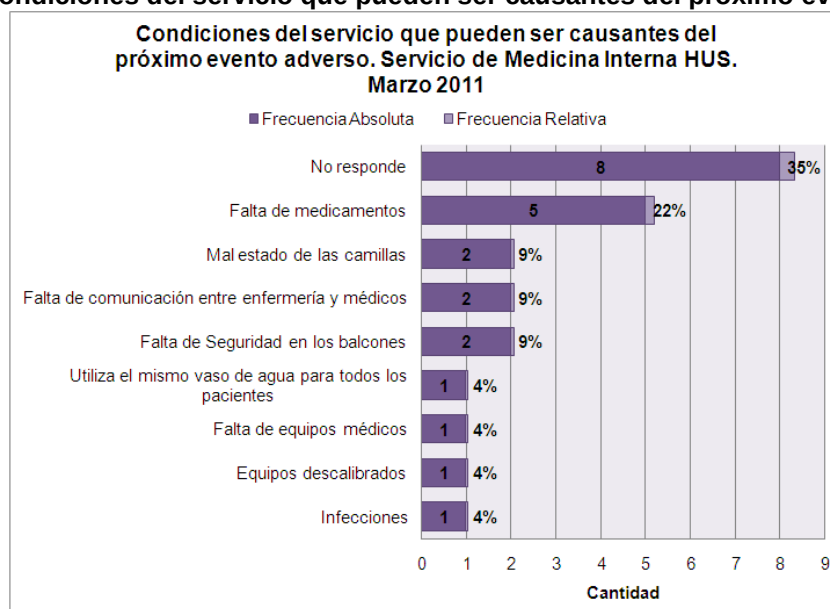
porcentaje del 9% (2) aseguran que la falta de seguridad en los balcones, la poca comunicación entre enfermería y médicos y el mal estado de las camillas. Con un 4% (1) respondieron que las infecciones, los equipos descalibrados, la falta de equipos médicos y la utilización del mismo vaso de agua para la administración de los medicamento a todos los pacientes. (Ver Tabla 7 y Gráfico 7)

Tabla 7. Condiciones del servicio que pueden ser causantes del próximo evento adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No responde	8	35%
Falta de medicamentos	5	22%
Falta de Seguridad en los balcones	2	9%
Falta de comunicación entre enfermería y médicos	2	9%
Mal estado de las camillas	2	9%
Infecciones	1	4%
Equipos descalibrados	1	4%
Falta de equipos médicos	1	4%
Utiliza el mismo vaso de agua para todos los pacientes	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 7. Condiciones del servicio que pueden ser causantes del próximo evento adverso



Fuente: Tabla 7

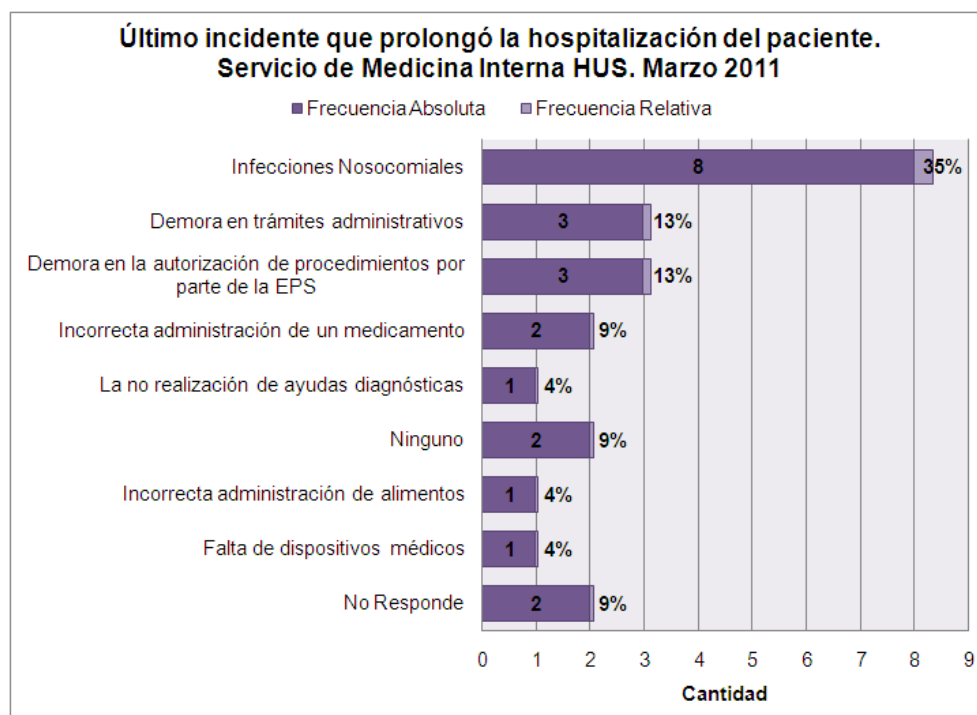
Con relación a la pregunta ¿Cuál fue el último incidente que prolongó la hospitalización de un paciente?, el 35% (8) respondió que las infecciones nosocomiales prolongaron la hospitalización; el 13% (3) indicó que la espera en la autorización de procedimientos por parte de la EPS como de los trámites administrativos internos; el 9% (2) dice que la incorrecta administración de un medicamento, en esta misma proporción profesionales indicaron que no se ha presentado ningún incidente; el 9% (2) no respondió la pregunta y con un porcentaje de 4% (1) los encuestados cotejaron que la no realización de ayudas diagnósticas, la falta de dispositivos médicos y la incorrecta administración de alimentos. (Ver Tabla 8 y Gráfico 8)

Tabla 8. Último incidente que prolongó la hospitalización del paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Infecciones Nosocomiales	8	35%
Demora en la autorización de procedimientos por parte de la EPS	3	13%
Demora en trámites administrativos	3	13%
Ninguno	2	9%
No Responde	2	9%
Incorrecta administración de un medicamento	2	9%
La no realización de ayudas diagnósticas	1	4%
Falta de dispositivos médicos	1	4%
Incorrecta administración de alimentos	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 8. Último incidente que prolongó la hospitalización del paciente



Fuente: Tabla 8

Con relación a la pregunta ¿Qué estuvo mal ayer?, el 39% (9) respondió que el día anterior no tuvo nada malo, el 17% (4) no respondieron la pregunta. El 9% (2) indicó que el día anterior no se administraron los medicamentos de forma correcta a los pacientes, no se tiene una comunicación fluida con los compañeros de trabajo y no se realizó monitoreo continuo a los pacientes. El 4% (1) contestaron que se realizó mala praxis en la asepsia, el tiempo de espera prolongado en la entrega de laboratorios, falta del equipo de reanimación y la utilización del mismo vaso para la administración de medicamentos a los pacientes. (Ver Tabla 9 y Gráfico 9)

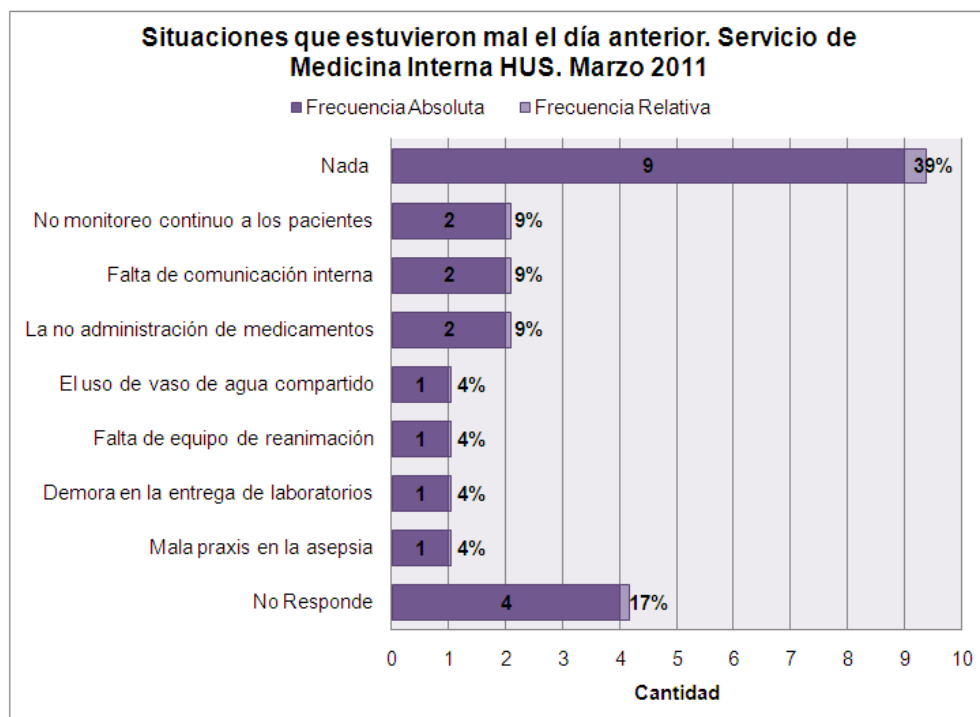
Tabla 9. Situaciones que estuvieron mal el día anterior. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Nada	9	39%
No Responde	4	17%
La no administración de medicamentos	2	9%

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Falta de comunicación interna	2	9%
No monitoreo continuo a los pacientes	2	9%
Mala praxis en la asepsia	1	4%
Demora en la entrega de laboratorios	1	4%
Falta de equipo de reanimación	1	4%
El uso de vaso de agua compartido	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 9. Situaciones que estuvieron mal el día anterior.



Fuente: Tabla 9

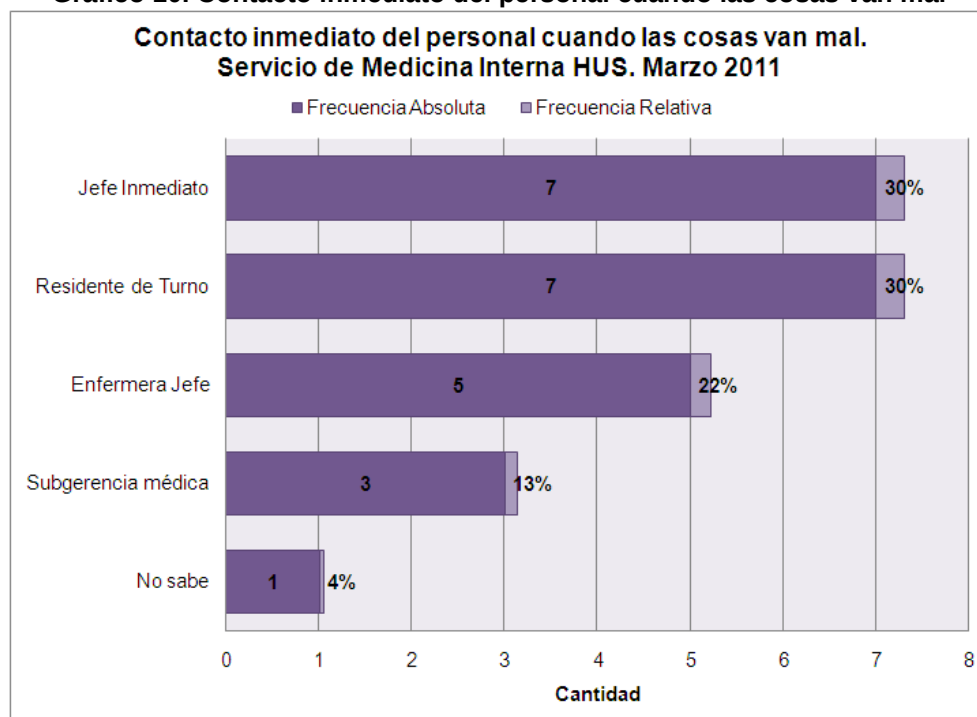
Con relación a la pregunta ¿Cuándo las cosas van mal, a quien contacta usted?, el 30% (7) respondió que al Residente de turno o al jefe inmediato; el 22% (5) contacta a la enfermera jefe; el 13% (1) a la subgerencia médica y el 4% (1) no sabe a quién debe contactar. (Ver Tabla 10 y Gráfico 10)

Tabla 10. Contacto inmediato del personal cuando las cosas van mal. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Contacto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Residente de Turno	7	30%
Jefe Inmediato	7	30%
Enfermera Jefe	5	22%
Subgerencia médica	3	13%
No sabe	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 10. Contacto inmediato del personal cuando las cosas van mal



Fuente: Tabla 10

Con relación a la pregunta ¿Si usted pudiera iniciar este día otra vez, que haría diferente?, el 48% (11) respondieron que no haría nada diferente; el 13% (3) indica que llegaría a tiempo al trabajo y en un proporción del 4% (1) mejoraría el lavado de manos, asignaría mejor las tareas a los trabajadores de su dependencia, al llegar preguntaría sobre los eventos adversos ocurridos en el turno anterior, al recibir el turno haría un

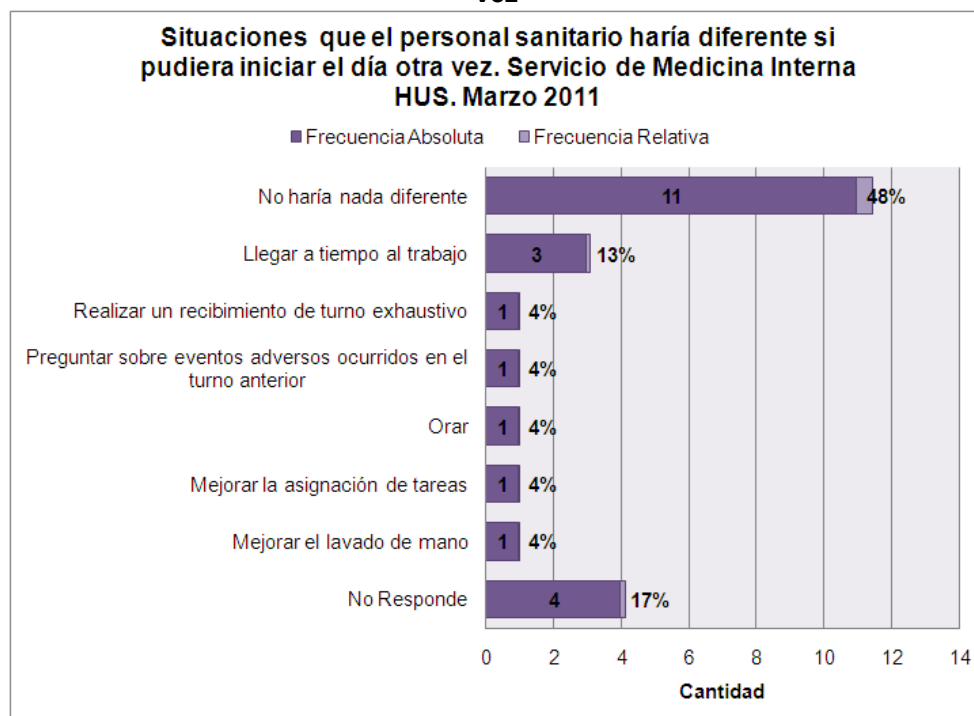
recibimiento exhaustivo de este, y en el último de los casos orar. (Ver Tabla 11 y Gráfico 11)

Tabla 11. Situaciones que el personal sanitario haría diferente si pudiera iniciar el día otra vez.
Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No haría nada diferente	11	48%
Llegar a tiempo al trabajo	3	13%
Mejorar el lavado de mano	1	4%
Mejorar la asignación de tareas	1	4%
Orar	1	4%
Preguntar sobre eventos adversos ocurridos en el turno anterior	1	4%
Realizar un recibimiento de turno exhaustivo	1	4%
No Responde	4	17%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 11. Situaciones que el personal sanitario haría diferente si pudiera iniciar el día otra vez



Fuente: Tabla 11

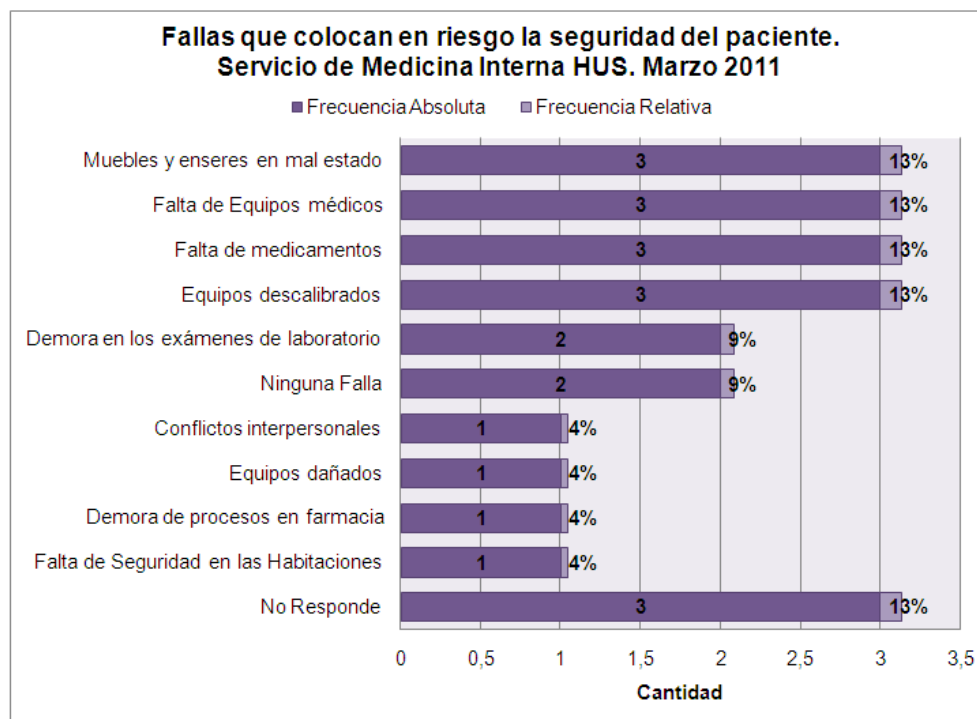
Con relación a la pregunta ¿Hay alguna falla (equipos, procedimientos, recursos humanos) que coloque en riesgo la seguridad del paciente?, el 13% (3) respondieron que la falta de equipos médicos, la cantidad de equipos descalibrados, la falta de medicamento, los muebles y enseres en mal estado. Con un 9% (2) dicen que la demora en los exámenes de laboratorio y que no se ha presentado ninguna falla. El 4% (1) toma como fallas los equipos dañados, la falta de seguridad en las habitaciones, la demora de procesos en farmacia y los conflictos interpersonales. El 13% (3) no respondió la pregunta planteada. (Ver Tabla 12 y Gráfico 12)

Tabla 12. Fallas que colocan en riesgo la seguridad del paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Falta de Equipos médicos	3	13%
Equipos descalibrados	3	13%
Falta de medicamentos	3	13%
Muebles y enseres en mal estado	3	13%
Ninguna Falla	2	9%
Demora en los exámenes de laboratorio	2	9%
Equipos dañados	1	4%
Falta de Seguridad en las Habitaciones	1	4%
Demora de procesos en farmacia	1	4%
Conflictos interpersonales	1	4%
No Responde	3	13%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 12. Fallas que colocan en riesgo la seguridad del paciente



Fuente: Tabla 12

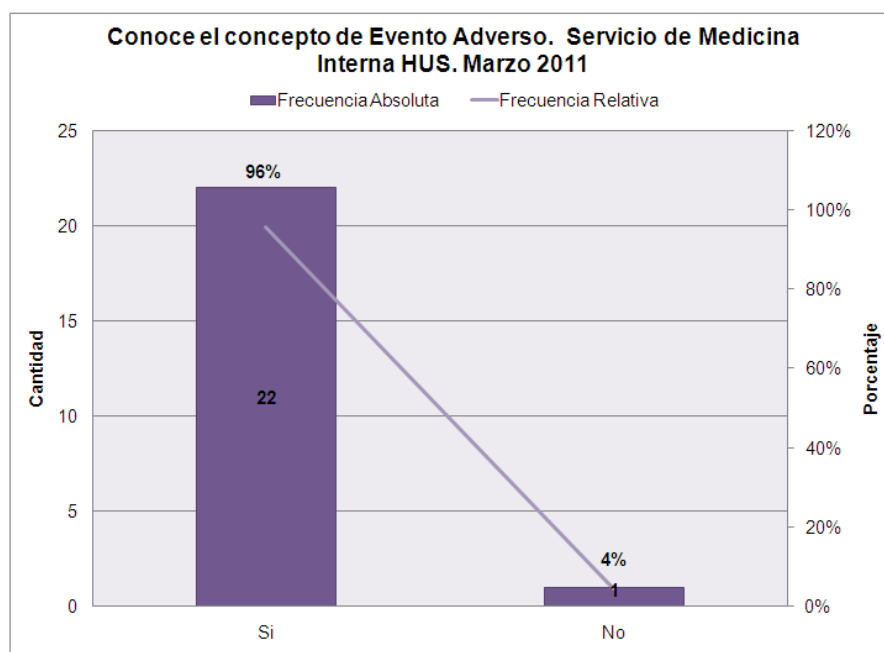
Con relación a la pregunta ¿Recuerda que es un evento adverso?, el 96% (22) de los profesionales conoce el concepto de evento adverso. El 4% (1) indica que no lo recuerda. (Ver Tabla 13 y Gráfico 13)

Tabla 13. Conoce el concepto de Evento Adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	22	96%
No	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 13. Conoce el concepto de Evento Adverso



Fuente: Tabla 13

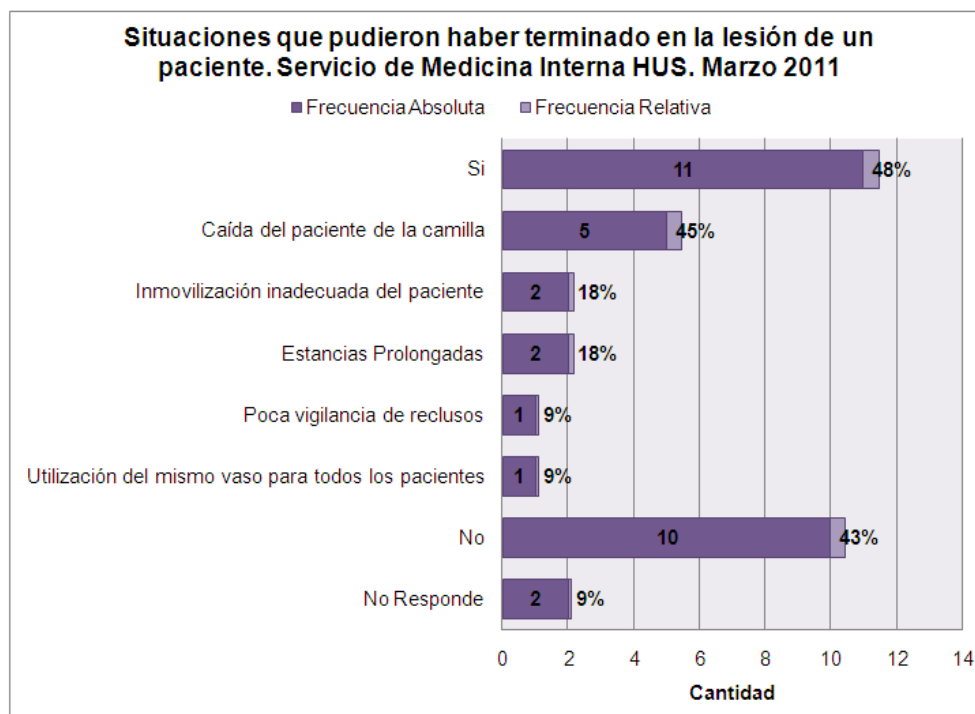
Con relación a la pregunta ¿Ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente?, el 48% (11) indica que se han presentado situaciones que pudieron haber terminado con una lesión del paciente entre las cuales se encuentran: con 45% (5) la caída del paciente de la camilla; el 18% (2) la inmovilización inadecuada del paciente y las estancias prolongadas; el 9% (1) la utilización del mismo vaso para todos los pacientes y la poca vigilancia de reclusos. A la pregunta el 43% (10) respondió que no se ha presentado ninguna situación y el 9% (2) no la respondió. (Ver Tabla 14 y Gráfico 14)

Tabla 14. Situaciones que pudieron haber terminado en la lesión de un paciente. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica			Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si			11	48%
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa		
Caída del paciente de la camilla	5	45%		
Inmovilización inadecuada del paciente	2	18%		
Estancias Prolongadas	2	18%		
Utilización del mismo vaso para todos los pacientes	1	9%		
Poca vigilancia de reclusos	1	9%		
Total Opción SI	11	100%		
No			10	43%
No Responde			2	9%
Total			23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 14. Situaciones que pudieron haber terminado en la lesión de un paciente



Fuente: Tabla 14

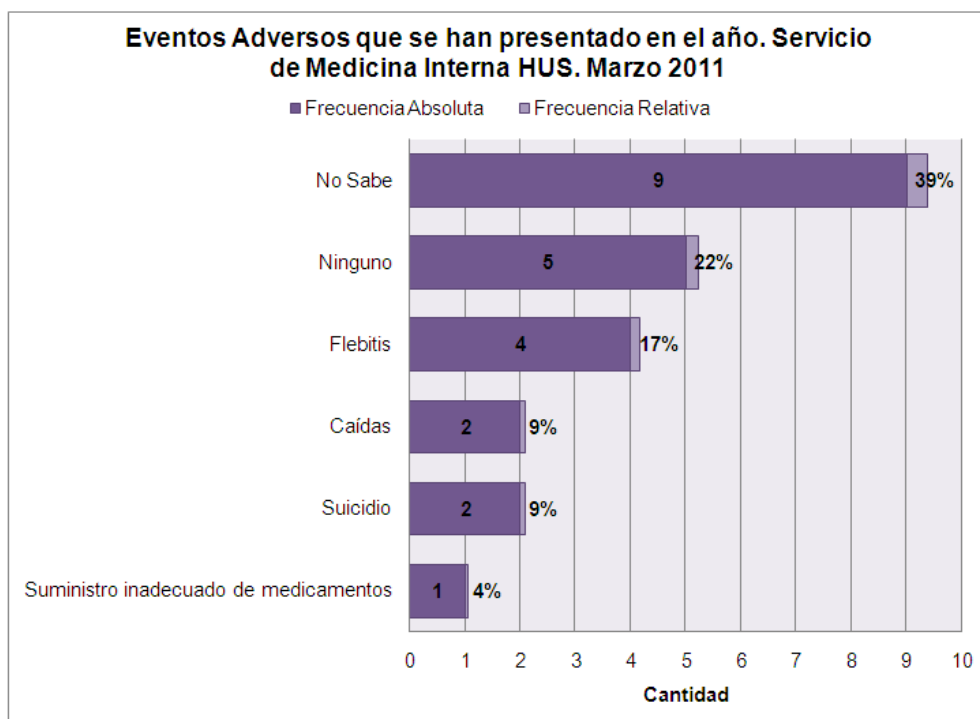
Con relación a la pregunta ¿Cuáles eventos adversos se han presentado este año en su servicio?, el 39% (9) de los profesionales respondió que no sabe que eventos adversos se han presentado en su servicio; el 22% (5) asegura que no se ha presentado ninguno; el 17% (4) indica que la flebitis, el 9% (2) el suicidio con las caídas y el 4% (1) acota que el suministro inadecuado de los medicamentos. (Ver Tabla 15 y Gráfico 15)

Tabla 15. Eventos Adversos que se han presentado en el año. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No Sabe	9	39%
Ninguno	5	22%
Flebitis	4	17%
Suicidio	2	9%
Caídas	2	9%
Suministro inadecuado de medicamentos	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 15. Eventos Adversos que se han presentado en el año



Fuente: Tabla 15

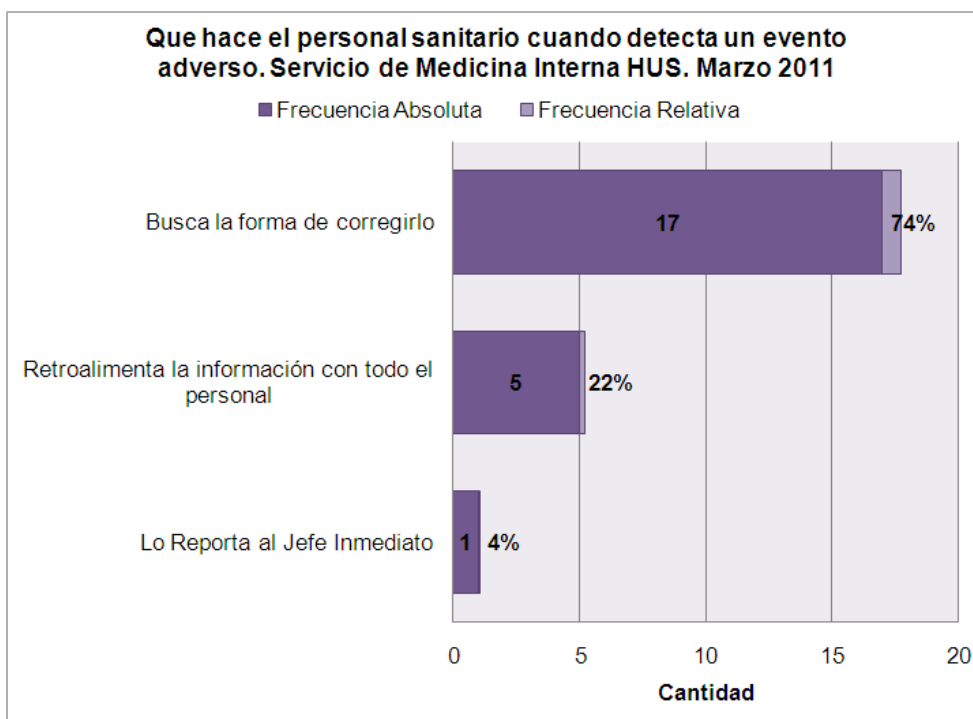
Con relación a la pregunta ¿Qué hace usted cuando lo detecta?, el 74% (17) de los profesionales dice que lo reporta a su jefe inmediato, el 22% (5) una vez detectado retroalimenta la información con todo el personal y el 4% (1) busca la forma de corregirlo. (Ver Tabla 16 y Gráfico 16)

Tabla 16. Que hace el personal sanitario cuando detecta un evento adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Lo Reporta al Jefe Inmediato	17	74%
Retroalimenta la información con todo el personal	5	22%
Busca la forma de corregirlo	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 16. Que hace el personal sanitario cuando detecta un evento adverso



Fuente: Tabla 16

Con relación a la pregunta ¿Cómo realiza el reporte del evento?, el 43% (10) realiza el reporte escrito en el formato institucional, el 30% (7) no sabe cómo realizar el reporte, el

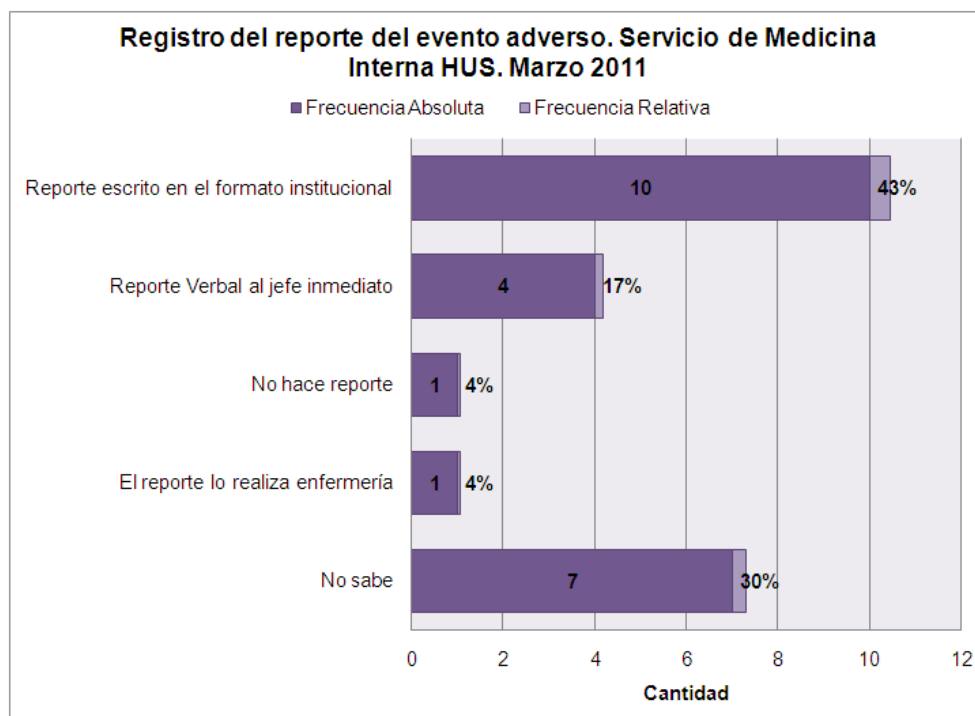
17% (4) lo reporta de forma verbal al jefe inmediato y el 4% (1) lo reporta a enfermería y en esta misma proporción no hace el reporte. (Ver Tabla 17 y Gráfico 17)

Tabla 17. Registro del reporte del evento adverso. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Reporte escrito en el formato institucional	10	43%
No sabe	7	30%
Reporte Verbal al jefe inmediato	4	17%
El reporte lo realiza enfermería	1	4%
No hace reporte	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 17. Registro del reporte del evento adverso



Fuente: Tabla 17

Con relación a la pregunta ¿Qué pudiéramos cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado?, el 35% (8) de los encuestados reportó que la institución debe implementar medidas de seguridad; el 13% (3) de los profesionales nos dice que se

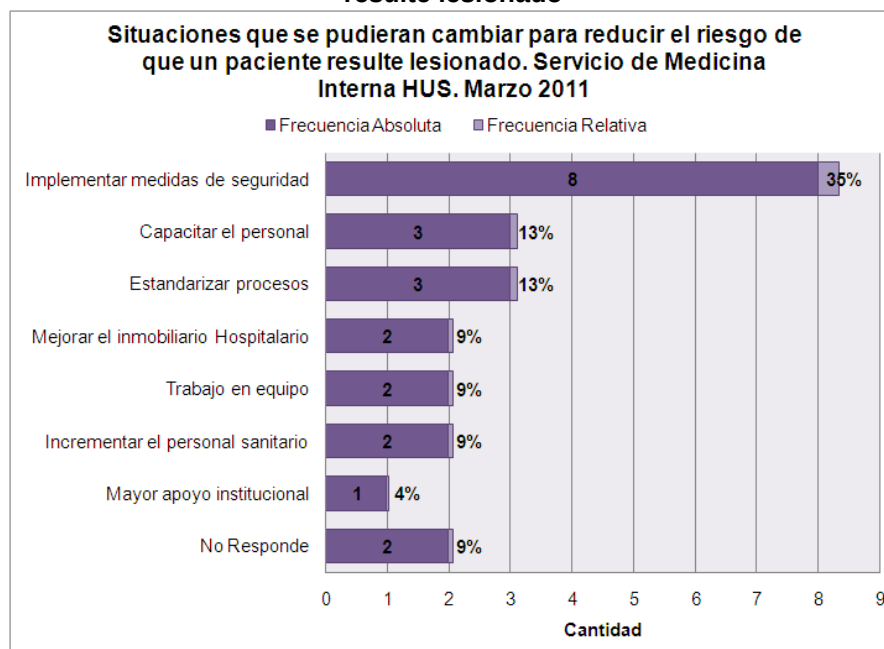
deben estandarizar los procesos y capacitar al personal; el 9% (2) no respondió la pregunta, con un igual porcentaje se aconseja incrementar el personal sanitario, se debe trabajar en equipo y mejorar el inmobiliario hospitalario; 3el 4% (1) indica que se debe tener mayor apoyo institucional. (Ver Tabla 18 y Gráfico 18)

Tabla 18. Situaciones que se pudieran cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Características	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Implementar medidas de seguridad	8	35%
Estandarizar procesos	3	13%
Capacitar el personal	3	13%
Incrementar el personal sanitario	2	9%
No Responde	2	9%
Trabajo en equipo	2	9%
Mejorar el inmobiliario Hospitalario	2	9%
Mayor apoyo institucional	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 18. Situaciones que se pudieran cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado



Fuente: Tabla 18

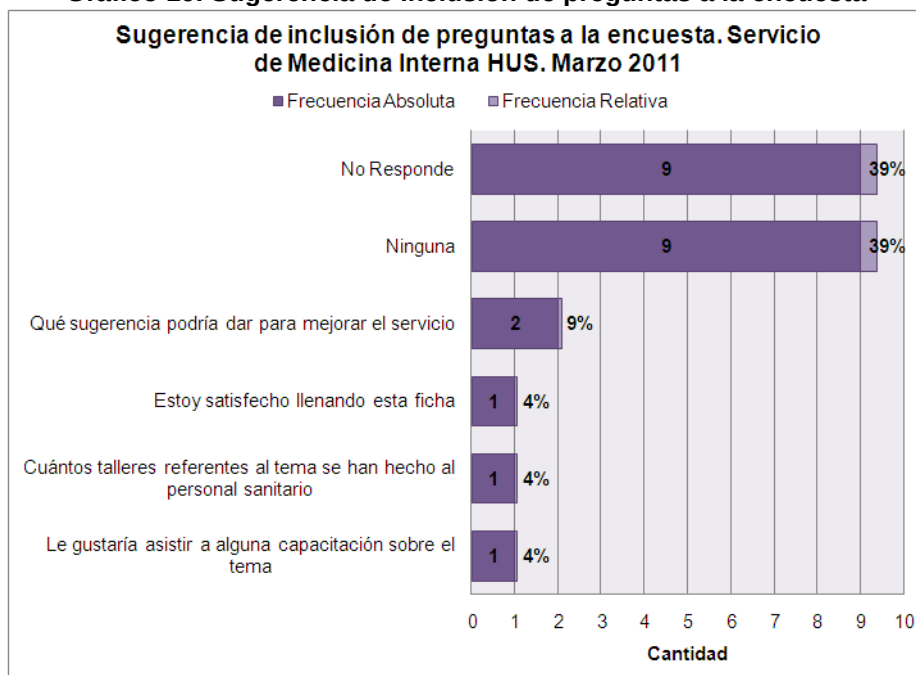
Con relación a la pregunta ¿Qué pregunta debí haberle hecho yo y no la hice?, el 39% (9) no respondió la pregunta y en el mismo porcentaje dice que ninguna; el 9% (2) preguntar qué sugerencias podría dar para mejorar el servicio y con un 4% (1) los profesionales escribieron las siguientes preguntas: le gustaría asistir a alguna capacitación sobre el tema, cuántos talleres referentes al tema se han hecho al personal sanitario y si estoy satisfecho llenando esta ficha. (Ver Tabla 19 y Gráfico 19)

Tabla 19. Sugerencia de inclusión de preguntas a la encuesta. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

Característica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No Responde	9	39%
Ninguna	9	39%
Qué sugerencia podría dar para mejorar el servicio	2	9%
Le gustaría asistir a alguna capacitación sobre el tema	1	4%
Cuántos talleres referentes al tema se han hecho al personal sanitario	1	4%
Estoy satisfecho llenando esta ficha	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 19. Sugerencia de inclusión de preguntas a la encuesta



Fuente: Tabla 19

6.3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL PACIENTE

La población encuestada, fueron 23 pacientes que se encontraban hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del HUS el día que se realizó la Ronda de Seguridad. En la Fotografía 9 se observa la realización de la encuesta con un paciente. Se resalta que fue esta fue tomada con previo consentimiento de la paciente. A continuación se presentan los resultados.

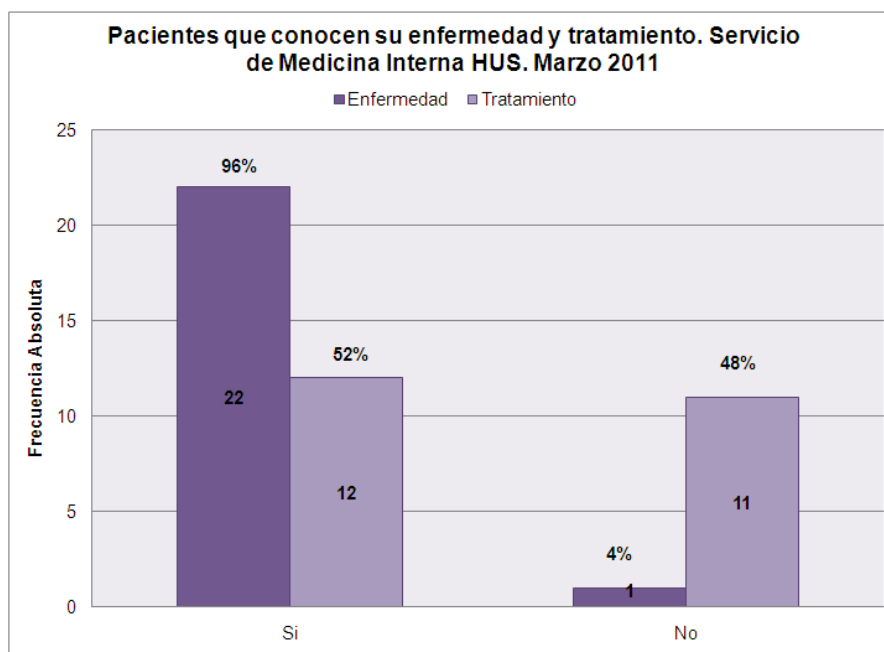
El 96% (22) de los pacientes tienen conocimiento de la enfermedad que se le ha diagnosticado. De esta población el 52% (12) conocen de igual manera el tratamiento que se le está llevando a cabo (Ver Tabla 20 y Gráfico 20). Con estos datos se puede concluir que el personal sanitario le ha explicado a los pacientes y/o familiares sobre la enfermedad que presentan; aunque no tienen claro el tratamiento que se le está llevando a cabo.

Tabla 20. Pacientes que conocen su enfermedad y tratamiento. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

	Conoce Enfermedad		Conoce el Tratamiento	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	22	96%	12	52%
No	1	4%	11	48%
Total	23	100%	23	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 20. Pacientes que conocen su enfermedad y tratamiento



Fuente: Tabla 20

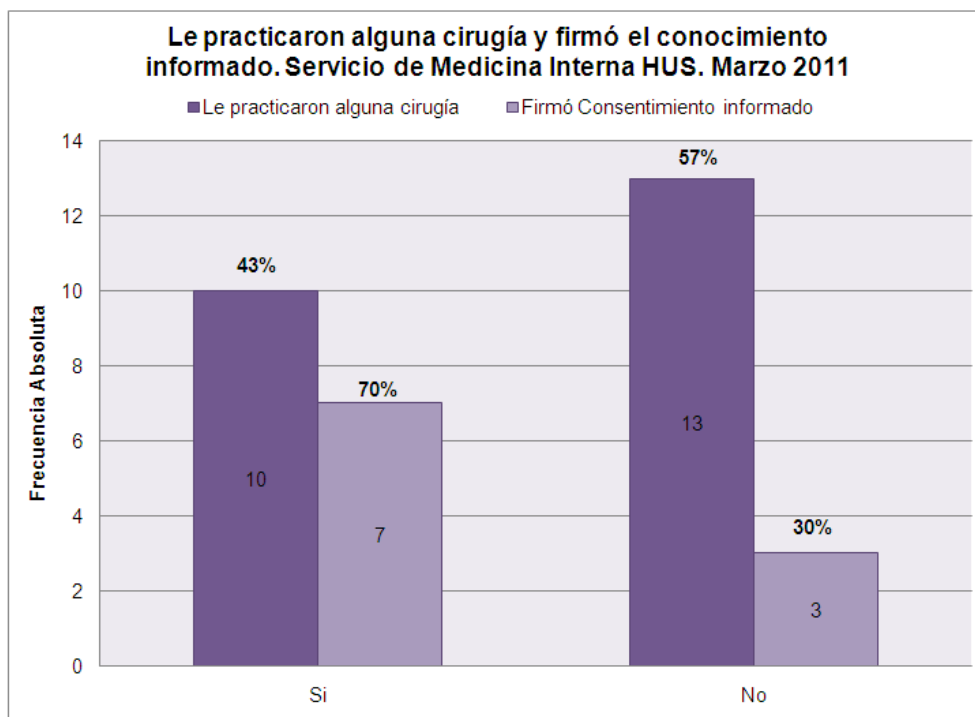
Al 43% (10) de los pacientes encuestados le habían practicado una intervención quirúrgica. De este porcentaje el 70% (7) de ellos afirma que le explicaron los riesgos inherentes de la intervención y firmaron un formato, el 30% (3) restante no tiene conocimiento sobre esta información. (Ver Tabla 21 y Gráfico 21)

Tabla 21. Le practicaron alguna cirugía y firmó el conocimiento informado. Servicio de Medicina Interna HUS. Marzo 2011

	Le practicaron alguna cirugía		Firmó Consentimiento informado	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	10	43%	7	70%
No	13	57%	3	30%
Total	23	100%	10	100%

Fuente: Resultados de encuesta

Gráfico 21. Le practicaron alguna cirugía y firmó el conocimiento informado



Fuente: Tabla 21

6.4 RESULTADOS DE LAS SESIONES BREVES DE SEGURIDAD

Las sesiones breves de seguridad se realizaron en 5 ocasiones, al iniciar el turno, en presencia de la Jefe de Calidad del Hospital, la Jefe de Enfermería como Líder y las auxiliares como participantes. El objetivo es socializar en cada sesión un tema diferente, entre los cuales están:

- Prácticas seguras asociadas al Uso de medicamentos.
- Prácticas seguras asociadas para evitar caídas de pacientes.
- Prácticas seguras asociadas a equipos.
- Prácticas seguras asociadas a dispositivos médicos.
- Revisión de un procedimiento.

En cada tema tratado se socializará tres ítems:

- Condiciones inseguras que genera riesgo en el paciente.

- Factores que contribuyen a la condición insegura.
- Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de evento adverso en el paciente.

En las Tablas 22 a 26 se presentan los resultados.

Tabla 22. Prácticas seguras asociadas al Uso de medicamentos

Tema Tratado	Prácticas seguras asociadas al Uso de medicamentos
Condiciones inseguras que genera riesgo en el paciente	1. Pastillas sin rótulo. 2. Pastillas que se dejan destapadas una vez utilizada la mitad. 3. Antibiótico que ha sido utilizado se deja al ambiente sin refrigerar. 4. Al reconstituir un medicamento, el sobrante este se deja al ambiente.
Factores que contribuyen a la condición insegura	1. Factor de Tarea y tecnología: No utilización de protocolos de administración y almacenamiento de medicamentos. 2. Factor de equipo de Trabajo: No existe supervisión de farmacia.
Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de evento adverso en el paciente	1. Capacitación a las auxiliares de enfermería sobre administración y almacenamiento de medicamentos. 2. Cronograma de seguimiento a cumplir por parte de enfermera coordinadora de calidad y el Químico – Farmacéutico.

Tabla 23. Prácticas seguras asociadas para evitar caídas de pacientes

Tema Tratado	Prácticas seguras asociadas para evitar caídas de pacientes
Condiciones inseguras que genera riesgo en el paciente	1. Camas con las barandas dañadas. 2. Camas que no tienen frenos. 3. Los familiares bajan las barandas y nos suben nuevamente
Factores que contribuyen a la condición insegura	1. Factor de Ambiente: Falla en la no disponibilidad y el mantenimiento permanente del inmobiliario. 2. Factor de Paciente: Falta de comunicación con la familia para la prevención de caídas.
Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de evento adverso en el paciente	1. Solicitar reposición de camas que se encuentren totalmente deterioradas. 2. Cumplimiento del mantenimiento preventivo y correctivo del inmobiliario. 3. Dar instrucciones a la familia para evitar la caída del paciente.

Tabla 24. Prácticas seguras asociadas a equipos

Tema Tratado	Prácticas seguras asociadas a equipos
Condiciones inseguras que genera riesgo en el paciente	1. Falta de equipos para el total de camas disponibles. 2. Equipos dañados
Factores que contribuyen a la condición insegura	1. Factor de organización y gerencia: Distribución de los equipos de acuerdo a las necesidades de los equipos 2. Factor de ambiente: Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.
Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de evento adverso en el paciente	1. Realizar requerimiento para evaluar la necesidad de los equipos. 2. Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.

Tabla 25. Prácticas seguras asociadas a dispositivos médicos

Tema Tratado	Prácticas seguras asociadas a dispositivos médicos
Condiciones inseguras que genera riesgo en el paciente	1. Desorden en el almacenamiento de los dispositivos médicos. 2. El mal almacenamiento de las mangueras corrugadas para administrar oxígeno a los pacientes.
Factores que contribuyen a la condición insegura	1. Factor de tarea y tecnología: No seguimiento al protocolo de almacenamiento. 2. Factor equipo de trabajo: Estructura del equipo y falta de supervisión de las jefes de piso.
Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de evento adverso en el paciente	1. Se solicitará a farmacia la dispensación de la manguera en empaque individual. 2. La enfermera jefe debe estar revisando el almacenamiento de los dispositivos médicos.

Tabla 26. Revisión de un procedimiento

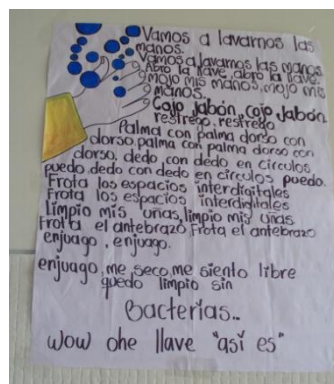
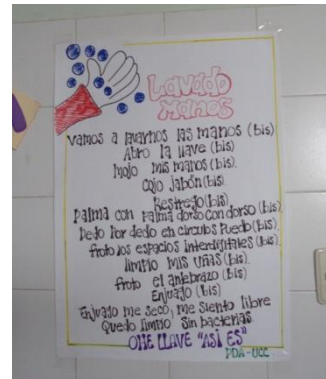
Tema Tratado	Revisión de un procedimiento
Condiciones inseguras que genera riesgo en el paciente	1. No disponibilidad de un medicamento para pacientes de régimen no contributivo 2. Falta de comunicación con farmacia para agilizar la entrega de medicamentos.
Factores que contribuyen a la condición insegura	Factor de Tarea y tecnología: No hay claridad en el protocolo que se debe realizar para el pedido de medicamentos como para la solicitud de medicamentos no POS.
Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de evento adverso en el paciente	1. Revisión por parte del Químico - Farmacéutico del proceso de solicitud de medicamentos con los regentes de farmacia.

6.5 FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1. Clasificación de los medicamentos según paciente



Fotografía 2. Carteles alusivos al lavado de manos



Fotografía 3. Interruptores y enchufes en buen estado



Fotografía 4. Utilización de Bolsas de acuerdo al protocolo de la institución



Fotografía 5. Identificación del personal con su respectivo carnet



Fotografía 6. Almacenamiento incorrecto de los medicamentos



Fotografía 7. Medicamentos sin rótulo



Fotografía 8. Señalización del Servicio



Fotografía 9. Encuesta a los pacientes



Fotografía 10. Personal en Sesiones Breves



7 DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan las discusiones acorde a los resultados obtenidos al aplicar las herramientas de la Ronda de Seguridad y Sesiones Breves de Seguridad. Motivo por el cual se dividió en cuatro partes (Lista de Chequeo, Encuesta al personal sanitario, Encuesta del paciente y Sesiones Breves de Seguridad) de igual manera como se presentaron los resultados en el capítulo anterior.

7.1 LISTA DE CHEQUEO

Con los resultados obtenidos de la verificación de la lista de chequeo se puede discutir que:

Se identificó que el personal sanitario del servicio de medicina interna no sigue a cabalidad el protocolo establecido por la institución (HUS) sobre el manejo de medicamentos, en cuanto a su almacenamiento y rotulación; ya que se encontraron algunos sin rotulo y en lugares inadecuados. Cabe destacar que los medicamentos se encontraban clasificados según la identidad del paciente.

El servicio promueve la prevención y control de las infecciones intrahospitalaria con información gráfica alusiva al lavado de manos tanto para el personal que trabaja allí como para los visitantes.

En el servicio se pudo identificar que:

- Todo el personal sanitario tenía su identificación
- El buen uso de las bolsas verdes para residuos comunes y las rojas para material de peligro, por parte del personal sanitario.
- El buen estado de interruptores y enchufes.

7.2 ENCUESTA DEL PACIENTE

Con los resultados obtenidos de la encuesta realizada al paciente se puede discutir que:

El médico cumple con su deber de informar al paciente, sobre el estado de su salud, ya que el 96% de ellos afirman saber la enfermedad que padecen; pero cabe destacar que el 52% de ellos desconoce el tratamiento que se les está aplicando; esto muestra una falencia en el suministro de la información ya sea porque el personal sanitario (médicos y/o enfermeras) no les han explicado el tratamiento que debe seguir o que el lenguaje utilizado no es el ideal para que el paciente comprenda la información.

Se puede afirmar que el médico respeta uno de los derechos de los pacientes, al informándole acerca de los riesgos y probabilidades de resultados adversos de su intervención quirúrgica para que éste, decida de manera libre y razonada, sobre su propio cuerpo; ya que el 70% de los pacientes dicen haber firmado el consentimiento informado, el restante informa la no recordación sobre el tema.

7.3 ENCUESTA AL PERSONAL SANITARIO

Con los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los trabajadores se puede discutir que:

Se puede identificar que el hospital universitario en donde se llevó a cabo la investigación le falta reforzar y consolidar una cultura de seguridad del paciente al interior del servicio de medicina interna, ya que el 61% de los encuestados dice no saber los eventos adversos que se han presentado ese año en el servicio.

Existen varios aspectos por mejorar en el servicio que requieren ser trabajados por la institución en el corto tiempo para mejorar la seguridad del paciente; con un 39% se afirma que es necesario mejorar la seguridad en las habitaciones, y en menor proporción

incrementar el personal sanitario de planta, mejorar la disponibilidad de insumos y contar con un stock permanente de medicamentos.

El 78% del personal sanitario encuestado percibe que el servicio cuenta con fallas que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, entre ellas están: el mal estado del inmobiliario, la falta de equipos médico como de medicamentos y la demora en los exámenes de laboratorio como en los procesos de farmacia.

Se evidencia gran necesidad de mejoramiento del manejo de la comunicación ya que se precisa la necesidad de verificar que todos sean informados de los eventos adversos y/o errores; el 22% de los profesionales dice no tener conocimiento sobre los eventos presentados en el servicio ese año. De igual manera se debe informar de los cambios implementados a partir de las discusiones de los reportes, y se requiere mejorar la comunicación de los subalternos con los jefes y viceversa para que no esté marcada por temores mutuos y pueda generarse realmente un trabajo en equipo.

Es necesario reforzar el concepto, procedimiento y/o protocolo para el reporte de eventos adversos y la comprensión de su obligatoriedad en el hospital, ya que solamente el 43% lo reporta en el formato institucional, los demás lo hacen de forma verbal y algunos no lo reportan y el 4% de los encuestados dice no saber que un evento adverso.

Los encuestados consideran que hay situaciones que podrían hacerse para que disminuyan en gran medida incidentes en su trabajo como lo son el cumplimiento de los protocolos, la estandarización de los procesos, el trabajo en equipo y la capacitación del personal.

7.4 SESIONES BREVES DE SEGURIDAD

Se encontró que el personal de enfermería no sigue los protocolos del uso de medicamentos como para los dispositivos médicos porque se presentan falencias en cuanto a su utilización y almacenamiento; situación que evidencia de igual manera que la Institución no las ha capacitado y no realiza seguimiento para su cumplimiento.

La institución debe hacer cumplimiento al mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos como de las camas de los pacientes, ya que algunas cuentan con barandas en mal estado y con los frenos dañados, situación se puede acarrear un evento adverso en el servicio.

De igual manera se evidenció que el personal del servicio no tiene claridad en el llenado de los formatos de protocolo para la solicitud de medicamentos a farmacia como para solicitarlos en el caso que no se encuentren incluidos en el POS.

8 CONCLUSIONES

Se evidenció la necesidad de sensibilizar y capacitar al personal sobre los lineamientos institucionales de la política de seguridad del paciente implementada en el HUS y la importancia de la adherencia del servicio de medicina interna al mismo.

El Hospital Universitario de Santander con la implementación de las dos herramientas de rondas de seguridad y sesiones breves de seguridad en el servicio de medicina interna, logrará promover la cultura justa, en donde se reconozca que los errores siempre van a existir porque hacen parte de los riesgos cuando se presta atención en salud y que el sistema de reporte de eventos adversos es un mecanismo que ayuda a los profesionales de la salud a minimizarlos.

En el estudio realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander se puede concluir que las situaciones inseguras que más implican riesgo para los pacientes son las infecciones nosocomiales, la atención no oportuna del paciente, demora en los trámites administrativos y en la autorización de procedimientos por parte de la EPS.

En el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander el compromiso sobre la seguridad de los pacientes deberá empezar desde la gerencia, que trazarán estrategias para sensibilizar a los trabajadores, que comprendan la importancia de medir y evaluar los procesos, porque esa cultura del reporte, medición y evaluación permitirá el mejoramiento continuo de las organizaciones y será el comienzo de un cambio en la cultura de las mismas.

El estudio realizado fue una experiencia muy enriquecedora para nosotras a nivel profesional como personal porque en esta práctica pudimos vivenciar el papel del auditor en servicios de salud a través de la respuesta asertiva de los profesionales en todo el proceso de la implementación de la herramienta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaya, S. L. (18 de Abril de 2011). *Publicaciones en Salud: Fundación Corona* . Recuperado el 22 de Abril de 2011, de Fundación Corona : http://www.fundacioncorona.org.co/espanol/publicaciones/salud_3.htm

Claudia Marcela Archila Marquez, M. C. (20 de Febrero de 2008). La seguridad del paciente en la prestación del servicio de Salud. Bucaramanga, Santander, Colombia.

Colsanitas, C. (1 de Mayo de 2011). *Paciente Seguro*. Recuperado el 1 de Mayo de 2011, de Servicios Integrales de Salud: <http://200.47.156.201/pacienteseguro/documentos.php?id=31&go=3>

Franco, A. (03 de Marzo de 2011). *Herramientas de Seguridad*. Recuperado el 30 de Marzo de 2011, de Sitio Web del Ministerio de la Protección Social: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite10/rondas%20seguridad.pdf>

J., R. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Hampshire, England: Ashgate Publishing Company.

Kohn LT, C. J. (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health*. Washington D.C.: National Academies Press.

Kohn LT, C. J. (1999). *To err is human: building a safer health care system*. Washington DC: National Academies Press.

Leonard M, F. A. (2004). *Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions*. Chicago, Illinois: Health Administration Press.

M., R. S. (30 de Abril de 2011). *Plan de Calidad: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Recuperado el 2 de Mayo de 2011, de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf>

Médicas, F. M. (16 de Febrero de 2010). *Artículos: fundacionmhm*. Recuperado el 2 de Marzo de 2011, de Sitio Web fundacionmhm: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

P., F. R. (10 de Abril de 2011). *Observatorio de la Calidad*. Recuperado el 14 de Abril de 2011, de Ministerio de la Protección Social: http://201.234.78.38/ocs/public/her_calidad/ver_herramientas.aspx?herramienta_id=78

Salud, O. M. (14 de Abril de 2011). *BINASSS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social Caja Costarricense de Seguro Social*. Recuperado el 20 de Marzo de 2011, de Sitio Web BINASSS: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

Secretaria del Senado, R. d. (18 de Abril de 2011). *Documentos y Estructura temática: Secretaria del Senado, República de Colombia*. Recuperado el 20 de Abril de 2011, de Sitio Web Secretaria del Senado, República de Colombia: <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/arbol/1000.html>

Social, M. d. (3 de Mayo de 2011). *Centro de la Seguridad del Paciente*. Recuperado el 5 de Mayo de 2011, de Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

Social, M. d. (03 de Marzo de 2011). *Herramientas de Seguridad*. Recuperado el 1 de Abril de 2011, de Sitio Web Ministerio de la Protección Social: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite10/REGISTRO%20DE%20LAS%20SESIONES%20BREVES%20DE%20SEGURIDAD.pdf>

Social, M. d. (05 de Febrero de 2011). *Observatorio de la Calidad*. Recuperado el 11 de Abril de 2011, de Ministerio de la Protección Social: <http://ocsav.info/paquetes/GENERALIDADES.pdf>

Social, M. d. (10 de Abril de 2011). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 10 de Abril de 2011, de Sitio Web de la Organización Panamericana de la Salud:

http://new.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=257&Itemid=99999999

T., N. (2000). System changes to improve patient safety. *British Medical Journal* , 32-33.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUCTIVO RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Definición

Practica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, al cuidar en todo momento de guardar una actitud educativa. Se habla de situaciones inseguras que han ocurrido recientemente que busca mejorar el sistema, no castigar a las personas.

Finalidad

Involucrar a decisores institucionales en la implementación de prácticas seguras al reducir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander.

Objetivo General

Comunicar, conocer y analizar los eventos adversos o casi eventos adversos que fueron identificados, para definir planes de mejora, orientados a minimizar las causas (Acciones inseguras, Factores Contributivos) que ocasionaron su ocurrencia, buscan mejorar el sistema, no castigar a las personas.

ANEXO B

INSTRUCTIVO SESIONES BREVES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Objetivo

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

Alcance

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

Frecuencia

Se realiza dos veces al día (principio y final del turno), tres veces/semana, durante cinco minutos.

Útil para

- Generar conciencia acerca de asuntos de seguridad
- Fomentar ambientes en los que se comparte información sin temor a represalias
- Integrar información teórica con respecto a asuntos de seguridad con el día a día de la institución

Participantes

Contrario a lo que ocurre con las rondas de seguridad, los líderes de la institución no participan directamente en éstas, pero lo hacen de manera indirecta al delegar su autoridad en otros miembros del personal asistencial.

Sitio de realización

Se llevan a cabo en las unidades asistenciales, para este caso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander.

Propósito

El personal debe entender que el propósito de esta actividad es generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos, ni mucho menos detectar fallas para imponer sanciones. Debe garantizarse que la información que se comparte no se grabará ni se usará de manera punitiva. Debe igualmente estimularse la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas.

ANEXO C

FORMATO RONDA DE SEGURIDAD

RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

FECHA: Día_____ Mes_____ Año_____ Hora_____

PARTICIPANTES EN LA RONDA

Nombre	Cargo

LISTA DE CHEQUEO

Características	SI	No	A veces	Observaciones
¿El almacenamiento de medicamentos cumple con el protocolo establecido en la Institución?				
¿Los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados de acuerdo al protocolo existente?				
¿Los medicamentos están clasificados según la identidad del paciente?				
¿Existen mensajes que promuevan el lavado de manos entre los visitantes de los servicios hospitalarios?				
¿Cuentan con un registro, lista de chequeo u actas del lavado de manos antes y después de cada procedimiento?				
¿Están señalizadas las vías de circulación y cruces?				
¿Están señalizadas las rutas de evacuación hasta zona de seguridad externa?				
¿Existe alarma contra-incendios?				
¿Los interruptores y enchufes se encuentran en buen estado y protegidos?				
¿Uso de Bolsas rojas para material de peligro?				
¿Uso de bolsas verdes para residuos comunes?				
¿Algún dispositivo se encuentra dañado, y fue reportado?				
¿Todo el personal de salud lleva elementos de identificación?				
¿Los pacientes llevan algún medio de identificación?				

RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

FECHA: Día_____ Mes_____ Año_____ Hora_____

Profesión: _____

ENCUESTA AL PERSONAL SANITARIO

Característica	Respuesta
¿Qué podemos hacer nosotros para hacerle más fácil su trabajo?	
¿Qué piensa usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?	
¿Si usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente que debería ser?	
¿Cuál fue el último incidente que usted observó y que le causo daño a un paciente?	
¿Qué cree usted teniendo en cuenta las condiciones de su servicio, será causantes del próximo evento adverso?	
¿Cuál fue el último incidente que prolongó la hospitalización de un paciente?	
¿Qué estuvo mal ayer?	
¿Cuándo las cosas van mal, a quien contacta usted?	

Característica	Respuesta
¿Si usted pudiera iniciar este día otra vez, que haría diferente?	
¿Hay alguna falla (equipos, procedimientos, recursos humanos) que coloque en riesgo la seguridad del paciente?	
¿Recuerda que es un evento adverso?	
¿Ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente?	
¿Cuáles eventos adversos se han presentado este año en su servicio?	
¿Qué hace usted cuando lo detecta?	
¿Cómo realiza el reporte del evento y a quién lo entrega?	
¿Qué pudiéramos cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado?	
¿Qué pregunta debí haberle hecho yo y no la hice?	

RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

FECHA: Día_____ Mes_____ Año_____ Hora_____

ENCUESTA AL PACIENTE

Características	Si	No	No Aplica	Observaciones
¿Usted está informado sobre su enfermedad?				
¿Usted conoce el tratamiento que va a recibir?				
¿Usted conoce la cirugía que le van a practicar?				
¿Usted recibió las explicaciones para el consentimiento informado?				

ANEXO D

ACTA DE COMPROMISO DE LA RONDA DE SEGURIDAD

ACTA DE COMPROMISOS DE RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora de inicio _____ Hora de Terminó _____

EQUIPO

PRÁCTICAS INSEGURAS

COMPROMISOS

Plazo a modificar: _____

Responsable: _____

RECOMENDACIONES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Firma Responsable
Nombre:

Firma Jefe Oficina de Calidad
Nombre:

ANEXO E

FORMATO SESIONES BREVES DE SEGURIDAD

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

ANEXO F

CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD Y SESIONES BREVES DE SEGURIDAD

Actividad/Semana	Marzo					Abril				Mayo			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
Sensibilización del personal Piso 6		07 10:00 a.m.											
Ronda de Seguridad Piso 6			14 10:00 a.m.										
Sesión Breve de Seg. Tema 1		09 07:15 a.m.											
Sesión Breve de Seg. Tema 2			18 07:15 a.m.										
Sensibilización del personal Piso 7				21 10:00 a.m.									
Sesión Breve de Seg. Tema 3				23 07:15 a.m.									
Ronda de Seguridad Piso 7					28 10:00 a.m.								
Sesión Breve de Seg. Tema 4					31 07:15 a.m.								
Sesión Breve de Seg. Tema 5						02 07:15 a.m.							
Realización de Actas de Compromiso							06 02:00 p.m.						
Entrega a alta gerencia de los resultados									29 02:00 p.m.				
Segunda Ronda de Seguridad Piso 6*											13 08:00 a.m.		
Segunda Ronda de Seguridad Piso 7*													27 08:00 a.m.

* Rondas de seguridad que debe realizar solamente la institución.