

**POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
UBA COOMEVA ENVIGADO**

**ANA CATALINA POSADA GALVIS
LINA MARIA URREGO ARIAS
NORMA LUCIA PEREZ ARROYAVE**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
Medellín
2009**

**POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
UBA COOMEVA ENVIGADO**

**ANA CATALINA POSADA GALVIS
LINA MARIA URREGO ARIAS
NORMA LUCIA PEREZ ARROYAVE**

**Trabajo para optar al titulo de Especialista en
Gerencia de Instituciones Prestadoras de salud**

**Asesor
Doctor Jorge Julián Osorio
Decano Facultad de Medicina Universidad CES.**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
Medellín
2009**

NOTA DE ACEPTACION

PRESIDENTE DEL JURADO

MEDELLIN, SEPTIEMBRE DE 2009

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ANEXOS	x
GLOSARIO	xi
RESUMEN	xiv
INTRODUCCIÓN	16
1. JUSTIFICACIÓN	17
1.1 ENFOQUE	17
1.2 ALCANCE	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	22
4. MARCO INSTITUCIONAL	24
4.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA	24
4.2 MISIÓN	24
4.3 VISIÓN	25
4.4 POLÍTICA	25
4.5 VALORES	25
5. MARCO CONCEPTUAL	27
5.1 EXPLICACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL	27
5.2 CARACTERIZACIÓN DE LA TERMINOLOGIA	28
5.3 MODELO EXPLICATIVO (TEORIA DEL QUESO SUIZO)	29
5.4 CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS.	31
6. METODOLOGIA	34
6.1 CULTURA FRENTE A LA SEGURIDAD	34
6.2 NORMAS TRANSVERSALES DE SEGURIDAD	35

6.3	RONDAS UBA SEGURA:	36
6.4	PROGRAMA VERIFICA POR TU SEGURIDAD.....	39
6.5	PROGRAMA LAVADO DE MANOS	42
6.6	PROGRAMA PREGUNTE POR SU SEGURIDAD:	43
6.7	MECANISMOS DE RETROALIMENTACIÓN AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	44
7	RESULTADOS	55
7.1	SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS	55
7.2	SERVICIO DE ODONTOLOGIA	57
7.3	SERVICION DE CONSULTA GENERAL, P Y P Y ESPECIALIZADA	57
7.4	SERVICIO DE VACUNACION	58
7.5	GENERALES EN VARIOS SERVICIOS	58
	CONCLUSIONES	61
	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	63
	ANEXOS	65

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Factores Contributivos	48
Tabla 2: Obtención y organización de la información	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Indicio de atención segura	1
Figura 2: Teoría del queso suizo.....	29
Figura 3: Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos	1
Figura 4: Pirámide De Heinrich	1
Figura 5: Investigación de accidentes.....	1

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Cronograma implementación política de seguridad del paciente.....	65
Anexo 2 Programa de los correctos.....	66
Anexo 3: Lista de chequeo UBA segura	68
Anexo 4: ENCUESTA PARA LOS EMPLEADOS	78
Anexo 5: ACTO LEGISLATIVO No 18.....	91

GLOSARIO

Riesgo: Probabilidad de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de las personas (paciente y/o trabajador) como en materiales y equipos.

Gestión del riesgo: Conjunto de actividades que se emprenden con el fin de identificar y estimar los riesgos asociados a los dispositivos médicos, recurso humano, instalaciones, historia clínica, registros, procesos prioritarios asistenciales, proceso de referencia y contra referencia, así como el seguimiento a los mismos y los mecanismos que se utilizan para corregir, controlar y prevenir su aparición.

Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial, no por la patología de base, puede ocasionar incapacidad permanente, incapacidad temporal o muerte.

Evento Adverso prevenible: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial **ejecutada con error** durante el diagnóstico, tratamiento, o el cuidado del paciente, no por la patología de base.

Evento adverso no prevenible: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial **ejecutada sin error** durante el diagnóstico, tratamiento, o el cuidado del paciente, no por la patología de base.

Evento centinela: Evento adverso donde esta presente una muerte, o daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente con

anterioridad y que requiere tratamiento permanente o un cambio permanente de estilo de vida.

Casi evento adverso: Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad, o de una intervención oportuna, no se presentó evento adverso.

Error: Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (Error de planeación), o falta en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución) ambos pueden ser causados por acción o por omisión.

Factor de Riesgo: Elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya probabilidad de ocurrencia dependen de la eliminación, y/o control del elemento agresivo, es equivalente a factor contributivo.

Acción Insegura: Acto, omisión, o violación consciente puntual que genera o puede generar un evento adverso.

Barrera de Seguridad: Elemento estructural, metodología, que evite un error o que habiéndose presentado el error, evite el evento adverso, o que habiéndose producido el evento adverso lo mitigue.

Actos riesgosos intencionales: Es cualquier evento que resulta de un evento criminal, un acto no seguro realizado con abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas.

Factores Contributivos: Condiciones que predisponen a que se cometan los errores.

Falla Latente: También denominada falla potencial, riesgo del proceso y hace referencia a las condiciones que predisponen a la ejecución equivocada o riesgosa de un proceso que pone en peligro la atención segura de los usuarios.

Complicación es el resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o su enfermedad.

Atención segura es la intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

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

Indicio de atención insegura es un acontecimiento que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

RESUMEN

Partiendo de la base que actualmente en todas las instituciones de salud es obligatorio tener implementado un programa que cumpla todas las normas exigidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad dentro del cual se exige tener un programa de seguridad del paciente, se realizó este trabajo en el cual inicialmente se analizó en qué forma se llevaba a cabo este proceso en la UBA Coomeva de Envigado, para luego con esta información poder implementarlo y saber según los cambios y programas realizados después de hacerlo, que resultados positivos o negativos se tendrían tanto para los pacientes, como para todos los empleados de la UBA..

La política de seguridad del paciente debió implementarse en su totalidad ya que aunque se realizaban muchos de los procesos, estos no estaban bien documentados dentro de un programa específico.

Según las encuestas realizadas a los empleados y los resultados de algunos ítems de las rondas de seguridad se estableció que no existía una cultura de seguridad al paciente, por lo cual dentro de los programas implementados se trató de crear esta, con resultados muy positivos.

La forma de evaluar el impacto de la implementación de la política de seguridad del paciente fue por medio de las listas de chequeo que se realizaban en cada ronda de seguridad, y según las graficas obtenidas mes a mes se vio un cambio muy positivo en casi todos los aspectos.

INTRODUCCIÓN

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

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

Además es una herramienta que permite la creación de una cultura de seguridad que no solo beneficia a los usuarios y sus familias, sino también al personal vinculado con la institución minimizando los riesgos inherentes a su actuar diario.

1. JUSTIFICACIÓN

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

1.1 ENFOQUE

La política de ATENCION SEGURA tiene un enfoque Preventivo: busca prever, advertir e informar sobre las fallas potenciales en los procesos asistenciales de las diferentes Unidades de Prestación de Servicios, que constituyen factores desencadenantes, para que los procesos conduzcan a resultados adversos que causan daño al usuario.

El enfoque correctivo, es inherente al análisis de caso y su gestión repercute en la mejora del proceso involucrado, así mismo como a la retroalimentación en el equipo de salud.

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

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

1.2 ALCANCE

Inicia con la identificación de los factores críticos que intervienen en la presentación de eventos adversos, su intervención por parte del equipo de salud y seguimiento a la implementación de barreras de seguridad.

Siguiendo con el reporte de eventos adversos, intervención de los mismos y seguimiento al plan de acción establecido en la Unidad de Básica de Atención, con la pertinente aplicación en la cultura de la seguridad de la atención.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los sistemas de prestación de salud son complejos; por lo mismo son de alto riesgo. Se han incorporado tecnologías y técnicas cada vez de mayor complejidad, por lo que en una atención por más sencilla que parezca, pueden concurrir múltiples y variadas situaciones y para obtener un resultado efectivo se requiere que cada proceso que interviene, se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo desarrollando diferentes estudios de incidencia como el de Dinamarca, cuya frecuencia varia entre el 9% hasta el 16.6% en el de Australia. En cuanto a los estudios de prevalencia se destacan el de Quennon y colaboradores, El de Mostaza en España y el de Herrera y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%; otros estudios de gran importancia mundial y que han mostrado el camino hacia el diseño de políticas de seguridad son:

- 1999, Instituto de Medicina: “Errar es humano; construyendo un sistema de salud seguro”. Entre 44,000 y 98,000 americanos mueren anualmente por errores médicos prevenibles. Este ha sido uno de los estudios mas importantes que se han realizado entre sus resultados reporta además: la presencia de un evento adverso por cada 27 a 34 ingresos hospitalarios, muerte por errores asistenciales 1 de cada 343 a 764 ingresos.
- El Estudio ENEAS¹, ha tenido una importante repercusión a nivel mundial, estimó la incidencia de pacientes con Eventos Adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria en un 8,4%. La incidencia de

pacientes con EA relacionados con la asistencia fue de un 9,3%. La densidad de incidencia fue de 1,4 Eventos Adversos por cada 100 días de estancia-paciente. La densidad de incidencia de Eventos Adversos moderados o graves fue de 7,3 Eventos Adversos por cada 1000 días de estancia. El 42,8% de los Eventos Adversos se consideró evitable.

- Reporte del 2000 una organización con memoria”, eventos adversos ocurrían alrededor del 10% de las admisiones hospitalarias, cerca de 850,000 eventos adversos al año. *Fifty-fifth World Health Assembly WHO*.
- 2002: 7.5 % Incidencia de pacientes con Eventos Adversos *Baker*
- 2005: 5.1 % Incidencia de pacientes con Eventos Adversos *Michel P*.
- 2006: 9.3 % Incidencia de pacientes con Eventos Adversos *Aranaz*.

Las anteriores estadísticas evidencian lo crítico de esta situación y han generado preocupación en las autoridades sanitarias en todo el mundo. Por tal motivo, en Colombia una de las actuales prioridades del Ministerio de la Protección Social es lograr que las IPS y las Administradoras de Planes de Beneficios, implementen su política de seguridad de la atención, regulando inicialmente este tema por medio de la Resolución 1446 del 2006 la cual establece como obligatorio para los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la vigilancia de eventos adversos y desde la resolución 1043 de 2006 en el estándar 9, el cual define el seguimiento a los principales riesgos en la prestación de servicios.

Adicionalmente Colombia participa en el proyecto IBEAS, que pretende establecer la prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica y del cual aun no se conocen resultados.

Por lo anterior y por los lineamientos estratégicos de la UBA COOMEVA ENVIGADO, hemos decidido formular la política de seguridad de la atención del usuario.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar la política de seguridad del paciente en una Unidad Básica de Atención de primer nivel: Coomeva Envigado

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Promover la cultura de la seguridad del paciente, con el fin de lograr que esta se perciba en el día a día de los colaboradores de la organización.
- Identificar las fallas inherentes a cada servicio, con el fin de implementar los mecanismos de detección e intervención de estos.
- Implementar el proceso de evaluación, intervención y seguimiento de las fallas latentes y eventos adversos relacionados con los servicios brindados en La UBA COOMEVA ENVIGADO y que afectan la seguridad de la atención de los usuarios.
- Garantizar en los procesos de prestación de servicios, barreras de seguridad adecuadas para el control de las fallas latentes y eventos adversos, que permitan obtener óptimos niveles de seguridad en atención de los usuarios.
- Lograr la notificación del 60% de las fallas detectadas en los servicios y los eventos adversos ocurridos en la organización.

- Gestionar el 60% de las fallas y eventos adversos notificados en la organización, con el fin de aprovechar las oportunidades de mejora que estos aportan, implementando las barreras de seguridad necesarias para contribuir a garantizar la seguridad de la atención de los usuarios.
- Involucrar en forma eficaz al paciente y su familia en la notificación e intervención de las fallas y eventos adversos.
- Disminuir los índices de eventos adversos, con el fin de lograr óptimos niveles de seguridad en atención de los usuarios.

4. MARCO INSTITUCIONAL

4.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA

COOMEVA, consecuente con su Misión corporativa para con el Estado, la sociedad, sus Asociados y familiares, no se mantuvo indiferente al reto planteado por la *Ley 100*. Gracias a COOMEVA y a ese camino abierto construido con 36 años de historia, permite concebir la creación de la EPS.

En la Asamblea Ordinaria de Delegados, celebrada en Rionegro el 04 de marzo de 1995 se autoriza la creación de COOMEVA E.P.S. S.A. con naturaleza de Sociedad Anónima y la participación del capital de COOMEVA como accionista mayoritario. Así, mediante escritura pública 1597 de abril 7 de 1995 nace COOMEVA E.P.S. S.A.

4.2 MISIÓN

Administramos recursos para la promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, con el propósito de mantener nuestra población saludable, agregando valor en la relación con los colaboradores, proveedores, afiliados, Estado y accionistas.

4.3VISIÓN

Líderes reconocidos por mantener afiliados saludables y la excelencia en la prestación de los servicios.

4.4POLÍTICA

Garantizamos y mejoramos continuamente la calidad científica, humana y oportuna de nuestros servicios

4.5VALORES

Solidaridad: Aportamos y potencializamos esfuerzos y recursos para resolver necesidades y retos comunes, la solidaridad es la que nos lleva a unirnos para crecer juntos y a interesarnos con lo que le pasa a los demás, para lograr una mejor calidad de vida, un mundo más justo y el camino hacia la paz.

Honestidad: Somos coherentes con el pensar, decir y actuar, enmarcados dentro de los principios y valores empresariales; es un valor que manifestamos con actitudes correctas, claras, transparentes y éticas.

Servicio: Satisfacemos y superamos las expectativas de quienes esperan una respuesta de la empresa, generando un ambiente de tranquilidad, confianza mutua y fidelidad.

Trabajo en equipo: Somos un grupo de personas que se necesitan entre sí; actuamos comprometidos con un propósito común y somos mutuamente responsables por los resultados.

Cumplimiento de compromisos: Somos conscientes y responsables por el cumplimiento de los resultados esperados; por la satisfacción del afiliado; por el compromiso con el entorno y el desarrollo personal de los colaboradores y de las empresas del grupo.

Confianza: Sentimiento de credibilidad construido y generado por la Organización frente a sus Asociados, clientes y colaboradores. Capacidad para decidir y actuar individualmente o en grupo, sin reserva, dentro de la ética y la moral.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 EXPLICACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL

El modelo conceptual del Programa de Seguridad del Usuario de la UBA COOMEVA ENVIGADO parte de su Direccionamiento Estratégico el cual se articula con la Política de Calidad en donde se promueve la ejecución de procesos seguros. Alineada a esta política, surge la Política de Seguridad del Usuario, que concibe de manera integral una atención segura de los usuarios.

El Programa de Seguridad del Usuario permitirá a la UBA Coomeva Envigado operativizar todos los componentes de la Política. Este programa tendrá tres ejes fundamentales interactuando sinérgicamente: La cultura frente a la Seguridad del Usuario, Procesos Seguros y la Detección Análisis y Mejora.

El Comité de Seguridad en la Prestación de Servicios de Salud será creado como un elemento transversal que lidera y fomenta la cultura de seguridad, analiza la información relacionada con la seguridad del usuario y emite recomendaciones conducentes al mejoramiento continuo de los procesos asistenciales.

La entidad anualmente centra su foco frente a la seguridad hacia los procesos partiendo de los siguientes aspectos que determinan la prioridad institucional: Procesos prioritarios de la empresa, importancia en el volumen de atenciones y frecuencia de ocurrencia de eventos adversos, y el posicionamiento e imagen frente al posible fallo de los procesos. Para el Periodo 2009-2011.

5.2 CARACTERIZACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA

En el gráfico se muestra de manera esquemática el modelo conceptual de la terminología relacionada con el evento adverso

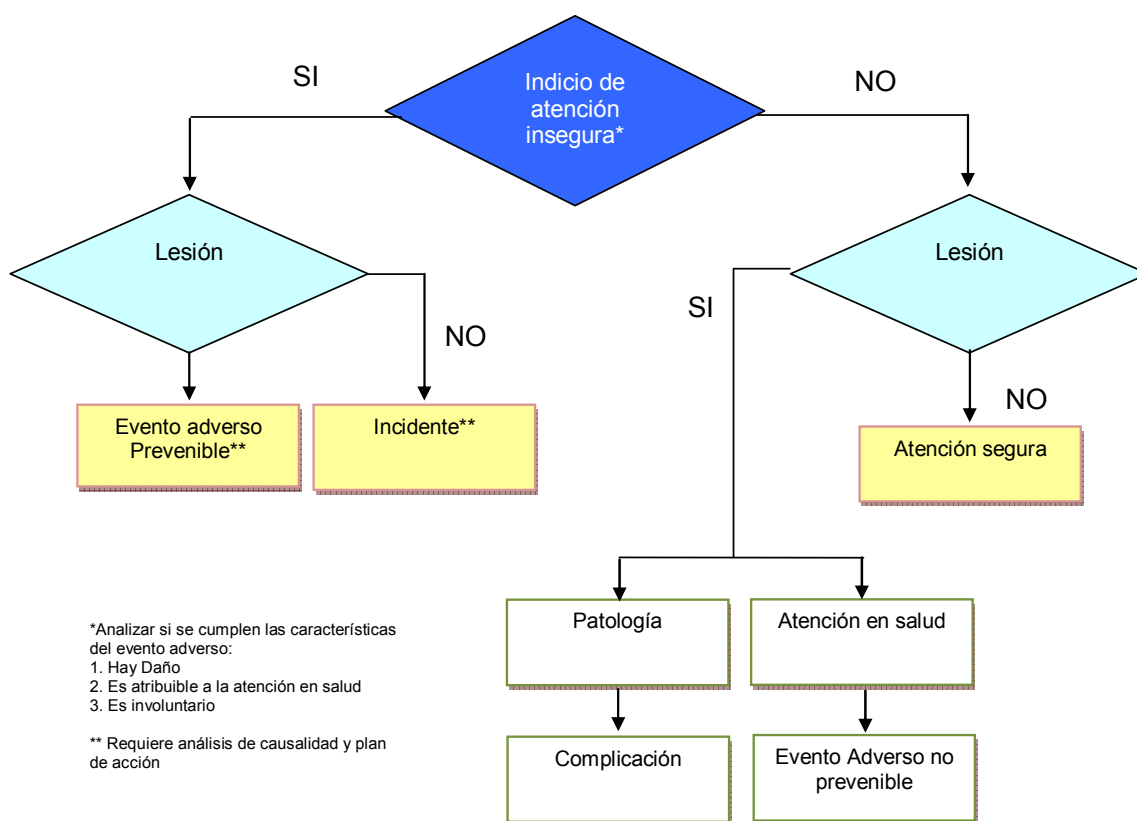


Figura 1: Indicio de atención segura

5.3 MODELO EXPLICATIVO (TEORIA DEL QUESO SUIZO)

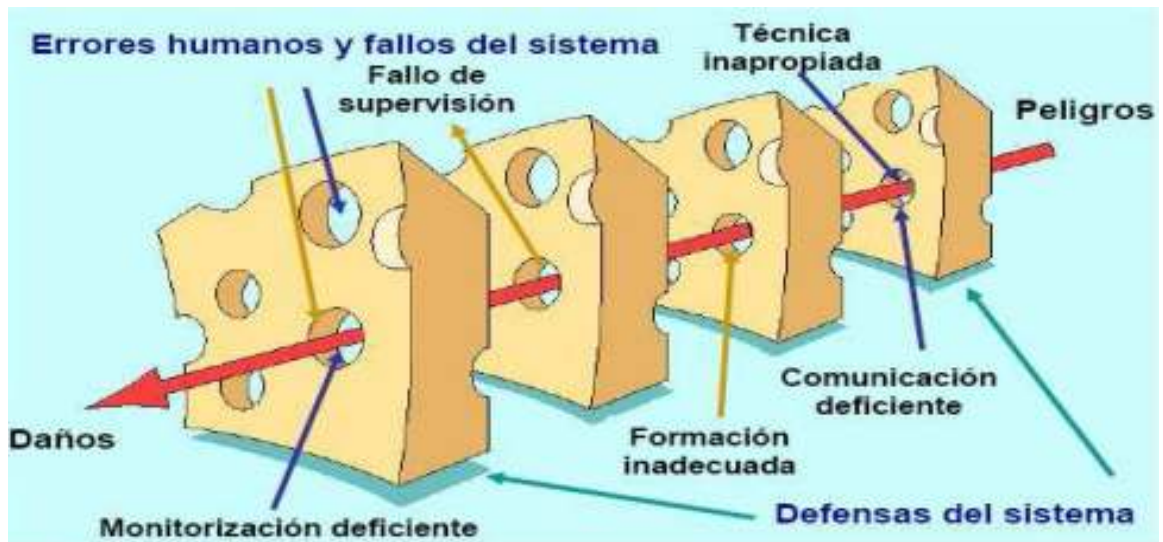


Figura 2: Teoría del queso suizo

El Dr. James Reason planteó el modelo explicativo a través del cual entendemos el evento adverso, este modelo es más conocido como la *Teoría del queso suizo*. Para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente si se produce una falla en uno de los procesos esta puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de efecto dominó.

Los **factores contributivos** son condiciones del entorno que predisponen a la ejecución de acciones inseguras. Es frecuente encontrar después del análisis en profundidad de un problema de seguridad causas relacionadas por ejemplo con la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación de personal, la supervisión o la formación inadecuadas. La Joint Commission propone una clasificación de los factores contributivos que deben formar parte del análisis de cualquier evento adverso:

Factores humanos: Relación profesional-pacientes, turnos, fatiga, capacitación.

Factores del proceso: Análisis de los fallos de los diferentes pasos del proceso.

Equipamiento: Mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.

Factores ambientales: Ruido, espacio, mobiliario, por ejemplo.

Gestión de la información: Comunicación intra y extra equipo.

Liderazgo: Cultura de la organización con respecto a la seguridad.

Supervisión adecuada.

Se conocen como **Acciones inseguras**, aquellas actuaciones u omisiones involuntarias o violaciones conscientes de normas de seguridad de quienes tienen a cargo ejecutar la tarea, también se conocen como fallas activas y pueden ser de tres tipos:

Error en la ejecución: Son errores durante el desarrollo de la acción que se asocian con conductas automáticas, se conocen como DESCUIDOS y OLVIDOS.

Error en la Planeación: Son errores durante la planeación de la acción, se asocia a con falencias en la instrucción o conocimientos técnicos, se conocen como EQUIVOCACIÓN.

Violación cociente de una norma de seguridad: Consiste en un acto temerario que ejerce el prestador de salud, pese al conocimiento de las barreras de seguridad existentes y que están documentadas en guías o protocolos.



Figura 3: Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos

5.4 CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

5.4.1 Eventos adversos graves

“lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la discapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta o la prolongación del tiempo hospitalizado y al incremento de los costos de la no-calidad. Por extensión también aplicamos este

concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arribas mencionadas”

5.4.2 Eventos adversos No graves: (Moderados o leves)

Son aquellos que en el momento de su ocurrencia ocasionan incomodidad y molestias para el paciente pero que no atentan contra su vida, que además permiten la toma de medidas correctivas costo efectivo.

5.4.3 Evento Adverso Potencial o Incidentes

Son aquellas situaciones donde el usuario corrió el riesgo que le pudieran desencadenar un evento adverso pero que no alcanzaron a afectar su integridad física o su estado de salud.

5.4.4 Falla en el procedimiento

Error o falla en la aplicación de un procedimiento, en donde el usuario no presento riesgo.

5.4.5 Evento Adverso Atribuible al Usuario

Son aquellas situaciones donde se presenta un resultado negativo durante el proceso de atención y que son atribuibles en la mayoría de las veces al usuario generalmente por falta de educación, información o cuidado del mismo usuario. A continuación se expone la pirámide de Heinrich en donde se representa la relación inversamente proporcional que exista entre la frecuencia de los eventos adversos y su severidad.



Figura 4: Pirámide De Heinrich

6. METODOLOGIA

EJES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL USUARIO EN LA UBA COOMEVA ENVIGADO

6.1 CULTURA FRENTE A LA SEGURIDAD

Este componente busca el fomento de una cultura organizacional donde la seguridad y el reporte de los eventos adversos sean el eje fundamental y el punto de partida, entendiendo como cultura organizacional el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias.

Como base fundamental se desarrollarán mecanismos que fomenten los hábitos y prácticas seguras en el trabajo diario de cada uno de los colaboradores de la empresa, dando un enfoque educativo, que promulgue el autocontrol, donde se estimule el reporte frente a la ocurrencia de acciones inseguras y eventos adversos bajo un enfoque no punitivo.

Se pretende que cada funcionario dentro de la institución ejecute su rol con base en criterios de seguridad y cuidado, no solo de su integridad física, sino también de la de cada usuario y de las personas que a diario ingresan a la UBA.

Para este fin se exponen algunas normas que se deben tener en cuenta para prevenir la aparición de algún error (acción insegura o evento adverso), las cuales deben de ser socializadas a todos los funcionarios de la UBA.

6.2 NORMAS TRANSVERSALES DE SEGURIDAD

Existen prácticas institucionales comunes a todos los procesos de atención clínica y cuya aplicación rutinaria en el día a día, ayudan a evitar el error.

- **No hacer lo que no se sabe hacer bien**, se debe tratar siempre de conocer lo que se va a realizar o por lo menos pedir ayuda de alguien que tenga mayor pericia.
- **Expresar cualquier duda** por insignificante que sea al compañero más experto antes o durante un procedimiento.
- **Siga las guías de atención** de la organización, tanto para procedimientos médicos como de enfermería.
- Tenga como cultura antes de la aplicación de algún medicamento como antes de la realización de un procedimiento la **verificación de los correctos**.
- Tenga una **comunicación clara**, adecuada y permanente con todo el equipo de salud que esta interviniendo en un momento dado principalmente antes de iniciar y al terminar un procedimiento.
- Trabajar siempre en **equipos interdisciplinarios**.
- Verifique **el entendimiento** del mensaje que se quiere dar por parte del interlocutor, sea este un usuario o un compañero de trabajo.

Dentro del componente se han implementado las siguientes estrategias que ayudaran a fomentar la cultura frente a la seguridad:

6.2.1 Encuesta el personal para diseñar el plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados arrojados por la encuesta

Ver anexo rondas de seguridad por servicio

6.2.2 Capacitación a todo el personal

Ver anexo presentación y registros de difusión

6.2.3 Sensibilización a través de afiches educativos

6.2.4 Socialización de la política

6.3 RONDAS UBA SEGURA:

Esta estrategia es un mecanismo sistemático y continuo de mejoramiento que implica la realización de recorridos por parte del Comité de Seguridad, quienes hacen presencia directa en las áreas asistenciales, de acuerdo con un cronograma preestablecido y una lista de chequeo predeterminada, en donde se interactúa con el personal del servicio, se detectan posibles prácticas no seguras y se concretan compromisos de intervención.

Las rondas de seguridad además de servir para verificar las condiciones de calidad y seguridad, son también una oportunidad para hablar con los pacientes y sus familiares e indagar sobre como ellos han percibido la seguridad y calidad de la atención. Igualmente con los trabajadores con el fin de solicitarles que mencionen lo que consideran ellos se debe implementar para entregar un cuidado medico mas seguro.

6.3.1 PROPOSITO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

1. Fortalecer el compromiso con la seguridad de la atención
2. Fomentar el cambio cultural hacia la atención segura
3. Identificar oportunidades de mejoramiento en cada una de las áreas de prestación de servicios.
4. Establecer líneas de comunicación entre directivos, lideres, personal asistencial y pacientes.
5. Verificar el mejoramiento de las acciones realizadas para mejorar en la seguridad de la atención.
6. Integrar información teórica con respecto a asuntos de seguridad con el día a día.
7. Involucrar a todos los colaboradores en el propósito de construir una organización altamente confiable.

6.3.2 METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

1. Las rondas de seguridad se realizan por parte del Comité de Calidad y Seguridad de la Atención quien establecerá un cronograma para su ejecución, la ronda puede ser realizada directamente por los miembros del comité o por quien ellos deleguen para esta función.

2. Las rondas se realizarán siempre con previo aviso, el personal debe conocer la fecha, hora y el área que se va a visitar
3. Las rondas se realizan dos veces por semana
4. Para cada semana se debe elegir un servicio al terminar el recorrido semanal por todos los servicios se vuelve a reprogramar.
5. La duración de la ronda no debe ser superior a 15 minutos y siempre se debe registrar la información obtenida en la ronda de los empleados y usuarios que participen.
6. Para la ejecución de la ronda tener en cuenta:
 - a. Realizar una corta introducción explicando el propósito de la ronda y su carácter de herramienta para establecer canales de comunicación
 - b. Registrar las impresiones del personal y de los usuarios en caso de que estos participen.
 - c. Exponer el tema específico de la ronda de forma clara y concisa Ej.: Seguridad de la atención, lavado de manos, aplicación de medicamentos, dispensación de medicamentos, Identificación adecuada del usuario, consulta exitosa entre otros.
 - d. Se debe dar opción a los asistentes de manifestar sus inquietudes sobre el tema y registrarlas para análisis posterior.
7. Recomendaciones generales:
 - Garantizar que la información que se está compartiendo no se grabará ni usará de manera punitiva.
 - Explicar que el propósito es generar consciencia acerca de temas de seguridad (equipo y procedimientos) no criticar el desempeño de los individuos.
 - Estimular la participación y tratar de detectar a quienes quieren decir algo pero no se atreven.
 - Utilizar preguntas abiertas si no hay contribuciones espontáneas.

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

Ver Anexo Formato Lista de Chequeo Ronda de Seguridad.

6.4PROGRAMA VERIFICA POR TU SEGURIDAD

Mediante esta estrategia se busca minimizar el riesgo de aparición de eventos adversos prevenibles, dicha estrategia consiste en la **VERIFICACION DEL PACIENTE CORRECTO**, al cual se le debe aplicar un medicamento o realizar algún procedimiento, esta tarea estará a cargo de cada uno de los miembros del equipo de salud.

Para la verificación del paciente correcto, el personal asistencial utiliza doble corroboración para prevenir la confusión frente a homónimos, preguntando el nombre, apellido y fecha de nacimiento al usuario cotejándolo frente a la historia clínica

La institución ha definido los correctos frente a la aplicación de los medicamentos y ejecución de procedimientos.

6.4.1 CORRECTOS EN LA APLICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

1. Medicamento correcto (doble verificación)
2. Fecha de vencimiento vigente
3. Usuario correcto
4. Dosis correcta
5. Vía de administración correcta
6. Hora de administración correcta
7. Registro correcto
8. Instrucciones correctas
9. Indague en forma correcta
10. Normas de bioseguridad correctas

6.4.2 CORRECTOS GENERALES PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

1. Nombre del usuario
2. Tipo de procedimiento
3. Equipos requeridos y adecuados
4. Sitio anatómico de procedimiento correcto
5. Privacidad e información al usuario y su familia.
6. En caso de necesidad consentimiento informado.

6.4.3 CORRECTOS DEL COMPORTAMIENTO

1. Evite hablar con enojo
2. Evite culpar a alguien
3. Siga las guías y protocolos
4. Verifique la identidad del paciente
5. Trabaje en Equipo
6. Consulte cuando tenga duda
7. Mire a su paciente durante la consulta
8. Por favor sonría.

6.4.4 CORRECTOS DE LA CONSULTA

1. Asegúrese de establecer buena comunicación con su medico tratante.
2. Recuerde el lavado de manos al personal de salud que tiene contacto con usted.
3. Manifieste claramente las preocupaciones sobre su estado de salud.
4. Cerciórese de que su medico conozca los medicamentos, vitaminas, o suplementos que usted esta tomando.
5. Informe a su medico acerca de alergias o reacciones adversas a medicamentos.
6. Pregunte a su medico como usted puede colaborarle para obtener un mejor resultado del tratamiento.
7. Pregunte por su enfermedad y aclare sus dudas
8. Cerciórese que ha entendido a cabalidad las instrucciones del medico y sígalas.
9. Verifique los medicamentos que le son entregados en nombre, presentación y cantidad.

6.5 PROGRAMA LAVADO DE MANOS

Este programa está articulado con el primer reto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a la seguridad “UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN SEGURA” orientada a prevenir las infecciones intrahospitalarias, mediante unas medidas sencillas que salvan vidas.

La medida más importante para la prevención y control de las infecciones nosocomiales es la higiene de manos. Esto es así porque la forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre usuarios se produce a través de las manos del personal de salud (transmisión cruzada).

Para evitar la transmisión de microorganismos entre usuarios debe utilizarse de manera adecuada un producto que produzca la eliminación de la “flora transitoria” (microorganismos que se adquieren tras el contacto con un medio contaminado y que contaminan las manos de manera transitoria) es decir, una descontaminación de las manos.

Para el desarrollo de esta estrategia se desarrollan las siguientes actividades:

- Campaña frente al lavado de manos
- Desarrollo de protocolo de lavado de manos y uso adecuado de guantes
- Capacitación del personal frente a la técnica de lavado de manos
- Verificación de la adherencia al lavado de manos
- Dispositivos para el lavado de manos

Ver Documentos de Apoyo Lavado de Manos Clínico y Lavado de Manos Quirúrgico Protocolo Uso Adecuado de Guantes

Ver anexo: Instrumentos de verificación de la adherencia

6.6 PROGRAMA PREGUNTE POR SU SEGURIDAD:

Para la UBA COOMEVA ENVIGADO la cultura de la seguridad no solo debe involucrar al cliente interno, sino también a los usuarios que juegan un papel fundamental en la verificación del cuidado que recibe dentro de la institución, el usuario debe convertirse en un portavoz de su seguridad siendo un miembro activo, informado, vigilante e interesado de su propia atención médica.

Se busca que todos los funcionarios de la UBA inculquen en nuestros usuarios el no temor de preguntarle al médico o a la enfermera sobre su estado de salud, que sea el quien vigile la aplicación correcta de sus medicamentos y procedimientos.

Para el desarrollo de esta estrategia se desarrollan las siguientes actividades:

- Campaña que busca incentivar a que el usuario pregunte, volviéndose parte activa de su atención y su seguridad.
- Cartilla “La UBA me acompaña en mi tratamiento”

Ver Documento de Apoyo para Usuarios sobre cuidado en casa

6.7 MECANISMOS DE RETROALIMENTACIÓN AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO

Esta estrategia tiene como objetivo comunicar oportuna y proactivamente al cliente interno las lecciones aprendidas frente a los eventos adversos reportados. Frente al cliente externo busca desarrollar mecanismos de comunicación que permitan informarle al paciente de una manera veraz, clara y precisa la ocurrencia de incidentes durante su atención.

Para el desarrollo de esta estrategia se desarrollan las siguientes actividades:

- Reuniones del Grupo de Calidad
- Llamadas a los usuarios a través del proceso de atención al usuario y manejo de ATENTOS
- Seguimiento a través de Planes de Mejoramiento

6.8 DETECCIÓN, ANÁLISIS, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS

La detección, análisis, intervención y seguimiento de eventos adversos, que orienta la política de ATENCION SEGURA de COOMEVA sector salud involucra:

- Proceso para la detección de eventos adversos
- Metodología para análisis de eventos adversos

Para desarrollarlos se integran los siguientes componentes:

Creación cultura del reporte: La generación del reporte por parte de todo el personal asistencial y administrativo que detecte un evento que cause daño al paciente o que aun sin causarle daño ponga en riesgo la atención de los usuarios, teniendo en cuenta que la filosofía del proceso encierra los siguientes puntos: no es punitivo, no busca señalar personas, el error es del proceso, el animo es a mejorar.

Gestión de eventos adversos: Una vez se realiza el reporte del evento adverso el comité seguridad de la atención realiza el análisis de caso, estableciendo origen, causas, factores contributivos, acciones inseguras y efecto del evento e inicia las acciones correctivas necesarias a implementar, garantizando que el evento no ocurra nuevamente.

Programa de Tecno vigilancia: Se adoptan las normas que ha establecido para este subprograma la dirección nacional de salud pública.

Programa de Fármaco Vigilancia: Se adoptan las normas que ha establecido para este subprograma la dirección nacional de salud pública.

Plan de Mejoramiento: Cada evento adverso detectado, propuestas manifestadas en las rondas de seguridad y la identificación de fallas latentes resultado del análisis de los procesos asistenciales debe generar un plan de mejoramiento que implica reinducción y difusión a los dueños del proceso

Acción insegura: Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Características

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso.

Ejemplos:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.

Contexto clínico: Condición clínica del usuario en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva) Esta es la información crucial para entender las circunstancias en que ocurrió la falla.

Factor contributivo: Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones
- Ausencia de protocolos
- Falta de conocimiento o experiencia
- Mala comunicación entre miembros del equipo asistencial
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.
- Durante el análisis de un incidente cada uno de los elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales.

- La primera actividad del proceso de análisis es identificar las acciones inseguras en que incurrieron ejecutar la tarea. **Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso.**
- La segunda actividad corresponde al análisis del contexto institucional general y las circunstancias en las que cometieron los errores, conocidos como factores contributivos. Estas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con la carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuada; supervisión o instrucciones deficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de una organización; sistemas de comunicación ineficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e infraestructura.
- Se debe tener en cuenta que adicional a los factores contributivos existe la condición de salud del usuario como lo son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas, y problemas psicológicos que pueden interferir en una adecuada prestación del servicio. Otros factores como disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden afectar directamente la atención, así como también directrices gerenciales, el contexto económico, normativo y relaciones con entidades externas. Ver tabla Factores contributivos.

Tabla 1: Factores Contributivos

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
USUARIO	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE GUÍAS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA LA TOMA DE DECISIONES
EQUIPO DE TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (CONSISTENCIA, CONGRUENCIA)
AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; TURNOS; DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL: CLIMA LABORAL: AMBIENTE FÍSICO (LUZ, ESPACIO, RUIDO)
ORGANIZACIÓN	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO FACTORES EXTERNOS

Entiéndase como fallas activas, acciones u omisiones, que ocurren durante la atención de los usuarios, las cuales se deben a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y rara vez desviaciones deliberadas de practicas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una acción insegura

6.8.1 INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)

El modelo a utilizar por la UBA COOMEVA ENVIGADO en la investigación y análisis de los incidentes clínicos, es aplicable tanto para incidentes menores, como en eventos adversos graves y no difiere si lo ejecuta una persona o un equipo de expertos. La duración de la investigación depende de la decisión del equipo y de la gravedad del caso.



Figura 5: Investigación de accidentes

- **Identificación y decisión de investigar**

El proceso de investigación parte efectivamente de la identificación previa del incidente, por lo tanto es indispensable haber creado dentro de la institución un ambiente propicio que promueva la cultura del reporte, en donde **no se sanciona el error si no el ocultamiento**. De acuerdo a la gravedad del incidente se toma la decisión de iniciar o no con el proceso.

- **Selección del equipo investigador**

El equipo debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos. Un equipo debe quedar conformado por:

- Un experto en investigación y análisis de incidentes clínicos
- Punto de vista externo
- Autoridad administrativa (Director, Jefe de Enfermería, etc.).
- Autoridad clínica (Médico Especialista)
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente no involucrado directamente

- **Obtención y organización de información**

Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Incluyen como mínimo:

- Historia Clínica completa
- Guías relacionadas con el incidente
- Declaraciones y observaciones inmediatas

- Entrevistas con los involucrados
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados)
- Otros aspectos relevantes índice de rotación del personal y disponibilidad de personal.

Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de como esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.

Para la recolección de información es de gran utilidad las entrevistas personales con los involucrados. El objetivo de la entrevista es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y conclusiones lo más cercanas a la realidad. A continuación se presenta un cuadro en donde se describen las actividades a seguir durante una entrevista.

Tabla 2: Obtención y organización de la información

LUGAR	○ Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. ○ El entrevistado puede estar acompañado de quien desee.
EXPLIQUE EL PROPOSITO	○ Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. ○ Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor ○ Garantice que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
ESTABLEZCA LA CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE	○ Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. ○ Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. ○ Compare esta información con secuencia general que se conoce hasta el momento.
IDENTIFIQUE LAS ACCIONES INSEGURAS	○ Explique al entrevistado el término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al que se investiga. ○ Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. ○ Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Se debe tener en cuenta que en la práctica diaria es algún grado de variación.
IDENTIFIQUE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS	○ Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. ○ Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la asistencial.
CIERRE	○ Permita al entrevistado hacer todas las preguntas que tenga. Duración de la entrevista: 20 a 30 minutos.

- **Precise la cronología del incidente**

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto con la historia clínica, son elementos suficientes para establecer qué, cómo y cuando ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Para este fin se tienen algunas de las siguientes metodologías:

- Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender como sucedieron los hechos y cual fue el papel y las dificultades enfrentadas.
- Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían ser ocurridos de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos y compararla con la que verdaderamente cuando se presentó el incidente.

- **Identifique las acciones inseguras**

Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como punto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas – por acción o por omisión -

en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de la atención. Se deben excluir afirmaciones como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente” dado que estas corresponden a factores contributivos.

- **Identifique los factores contributivos**

Del listado de acciones inseguras se analizan una a una las acciones más importantes, dado que cada una tiene sus propios factores contributivos.

7 RESULTADOS

7.1 SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS

En una de las rondas no se encontraron jabones bactericidas, toallas desechables y otros artículos de higiene personal.

Solamente durante una ronda de la segunda quincena evaluada se encontró que la historia clínica no en estaba completa y bien diligenciada.

Durante la segunda quincena se encontraron insumos sin la fecha de vencimiento correcta.

En una de las rondas no se encontraron los guardianes fijos y en la posición correcta para que se visualizara adecuadamente la ranura.

La respuesta al problema del mal estado de algunas sillas y a la prohibición de fumar en lugares donde se almacenan productos químicos fue inmediata lográndose solucionar para la segunda ronda que se realizo.

Se presento durante dos rondas consecutivas persistencia del problema relacionado con la realización de un inventario del almacén de productos para controlar el stock de reactivos y su envejecimiento, lo cual logro corregirse con un adecuado plan de acción.

No existía una adecuada capacitación del personal en cuanto al tema de manejo de extintores y de protección para incendios, pero después de la primera ronda esto fue solucionado adecuadamente.

Se colocaron termo higrómetros en los almacenes donde existen insumos y dispositivos médicos con lo cual se logro garantizar un almacenamiento adecuado.

Durante dos rondas persistió la ausencia de limpieza y desinfección del electrocardiógrafo entre paciente y paciente, lo cual se mejoro con la capacitación al personal de enfermería en el manejo de líquidos desinfectantes, y se creo un instructivo de limpieza de electrocardiógrafo, y manejo de equipos en general socializándolo al personal.

Se encontró una inconsistencia en cuanto a la verificación sobre la existencia e implementación de un código azul en la UBA, ya que esta establecido pero en la auditoria que se le realizó al personal se observo que no esta debidamente implementado y socializado, por eso se encuentra que en las primeras rondas se cumple y durante la ultima ronda no se cumple.

A pesar de que existen y están disponibles en la UBA los protocolos para procedimientos menores, se tuvo que recordar esto a los empleados porque durante la primera ronda este ítem no se cumplió.

Se debió reforzar la información sobre la prohibición de fumar, comer o beber en el lugar de trabajo ya que algunos empleados respondieron que no lo cumplían durante el interrogatorio de las dos primeras rondas.

7.2SERVICIO DE ODONTOLOGIA

En una de las rondas se observo que las bases de los tomacorrientes donde se conectan los aparatos no tenían toma de tierra, ni tenían dispositivos diferenciales como medida de protección.

Durante dos rondas en el mes de abril se encontró que no se realizaba adecuadamente la limpieza del eyector, cavitron, piezas de mano y unidades odontológicas pero con el plan de acción realizado posteriormente se logro mejorar este proceso.

El personal de odontología tuvo una comprensión inmediata sobre el riesgo que implica no tener todos los recipientes que contienen mercurio bien cerrado ya que durante la primera ronda se observo que esto no se cumplía.

El personal de odontología no realizaba adecuadamente el manejo de los guardianes colocando en gran riesgo su salud ya que no descartaban las agujas directamente sino que las reinsertaban en el capuchón.

7.3SERVICION DE CONSULTA GENERAL, P Y P Y ESPECIALIZADA

En una de las rondas de la segunda quincena evaluada se encontró que no se realizaba la verificación necesaria de la información sobre manipulación y almacenaje de productos antes de utilizarlos.

Aunque en la UBA existen los protocolos de atención en una de las rondas los empleados negaron conocerlas.

No siempre se limpian y desinfectan los locales una vez al día utilizando desinfectantes adecuados.

7.4SERVICIO DE VACUNACION

En este servicio se encontró en una de las rondas que no se evidenciaban los biológicos abiertos con la fecha de apertura.

Después de la campaña sobre lavado de manos se logro a partir de la primera ronda que en estos servicios mejorara este proceso, disminuyendo así los riesgos inherentes a no practicar esta medida.

Después de implementar el programa verifica por tu seguridad, más concretamente los correctos de la consulta, se logro el cumplimiento del ítem sobre las recomendaciones a la madre posterior a la vacunación.

7.5GENERALES EN VARIOS SERVICIOS

Durante el primer mes se encontró que los usuarios no tenían información sobre sus derechos y deberes, esto se corrigió para el segundo mes después de implementada la política de seguridad en la atención. Igualmente se encontró que

durante el primer mes el personal asistencial no tenía precaución de indagar y registrar las alergias previas de los pacientes. Una vez iniciadas las rondas de seguridad donde se culturizo al personal esta variable comenzó a mejorar

En el proceso de verificación de los 10 correctos de medicamentos, se observó una dificultad ya que durante las tres primeras rondas no se logró corregir esto, por lo cual hubo que ser más enfáticos en la importancia de este tema dentro de la política de seguridad del paciente.

A pesar de que en las primeras rondas no hubo problemas relacionados con el estado de las camillas y la limpieza, orden y dotación de insumos de los consultorios, en la segunda quincena evaluada estos ítems no se cumplieron en una de las rondas.

Una de las medidas más importantes para lograr una atención segura y que debería cumplirse en todas las rondas, no se cumplió en una de las rondas de la segunda quincena evaluada, y es la de revisión del carro de paros y mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

Al inicio de las rondas se encontró que el personal no utilizaba adecuadamente los medios de protección según su trabajo, incluidas mascarillas faciales y guantes, pero que con el plan de acción adecuado esto se corrigió para la segunda ronda

Después de la implementación del programa lavado de manos este ítem que no se cumplió en la primera ronda, se cumplió en todas las posteriores.

Después de la capacitación sobre acciones inseguras se logró que todos los empleados utilizaran siempre guantes para atender a cada paciente.

Durante las dos primeras rondas se encontró que no todos los pacientes tenían historia clínica.

Se debió reforzar la información sobre normas de bioseguridad en todos los servicios a pesar de que ya se había dado ya que en dos rondas los empleados respondieron que no la habían recibido.

Se capacito nuevamente al personal en el plan de manejo de residuos hospitalarios existente en la UBA, con lo cual se logro crear una cultura adecuada en el personal para la segunda ronda.

Se logro evidenciar que no todo el personal de la UBA es idóneo, bien entrenado y conoce las guías de manejo, y además no todos cumplen con las normas de asepsia establecidas.

En varios de los servicios durante las primeras rondas no se encontraron contenedores especiales para cada tipo de residuo.

CONCLUSIONES

En el estudio que se realizó sobre el proceso de seguridad del paciente en la UBA Coomeva Envigado con la utilización de las encuestas, se encontró que no existía una política de seguridad del paciente y que los empleados tanto asistenciales como administrativos no tenían una cultura de seguridad.

La evaluación, intervención, y seguimiento de las fallas relacionadas con el proceso de seguridad tanto del paciente y su familia como de los colaboradores de la UBA se realizó mediante las rondas de seguridad implementadas como parte de la política de seguridad, y con estas se logró establecer claramente cuáles eran los puntos críticos en cada uno de los servicios: procedimientos, odontología, consulta médica, vacunación, promoción y prevención; que no se cumplían ya fuera parcial o totalmente.

Con la implementación de la política de seguridad del paciente y su estricto cumplimiento por parte de los empleados de la UBA y de los usuarios se logró aumentar la notificación de eventos adversos con su respectivo seguimiento e intervenciones oportunas.

Mediante la capacitación e implementación de los diferentes programas que constituyen la política de seguridad del paciente: programa verifica por tu seguridad, rondas de seguridad, programa lavado de manos, programa pregunta por tu seguridad; se logró crear una cultura de seguridad acorde con las necesidades de la UBA, por parte de los empleados, de los pacientes y sus familias.

Se encontró que la falta de cumplimiento de algunos de los ítems evaluados en las listas de chequeo se debía a falta de capacitación, ya que después de establecida la política de seguridad, estos no se cumplieron por varias rondas consecutivas hasta que se realizó la socialización adecuada a todo el personal.

Se pudo comprobar la aplicación inmediata en el cumplimiento de algunos ítems en respuesta a los planes de acción desarrollados después de cada una de las rondas con cambios muy significativos en el campo asistencial, administrativo, y de estructura física.

Con análisis realizado después de cada una de las rondas de seguridad se crearon e implementaron mecanismos de detección oportuna de fallas relacionadas con la seguridad del paciente que contribuyeron a prevenir en gran número la ocurrencia de efectos adversos

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 2006 y anexo técnico, mayo 8. 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 salud. Bogotá .El Ministerio de la Protección Social, 2006.

1. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución número 2679 de 2007, agosto 3. Por la cual se conforma el comité sectorial de calidad y seguridad de la atención en salud. . Bogotá .El Ministerio de la Protección Social, 2007.

2. Colombia, Superintendencia Nacional de Salud. Circular 030 de 2006, mayo 19. por la cual se dan instrucciones en materia de indicadores de calidad. Bogotá. La Superintendencia Nacional de Salud, 2006

3. Colombia, Ministerio de Salud. Decreto numero 2309 de 2002, octubre 15. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en salud. Bogotá. El Ministerio de Salud, 2002.

4. Informe Errar es humano, perdonar es divino. Revista Medicina General de la SEMG 2003; volumen numero 50: pag 74 ,75.

5. Informe del Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. Sitio en internet disponible en <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS>.

6. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio IBEAS: Prevalencia de eventos adversos en Hospitales de Latinoamérica. Protocolo de estudio en Colombia. Bogotá Ministerio de Protección Social.

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma implementación política de seguridad del paciente

CRONOGRAMA IMPLEMENTACION POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE																						
EMPRESA: UBA COOMEVA ENVIGADO																						
Objetivo General:																						
No.	Meses	P vs E	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	Actividades Semanas																					
1	Formulación del proyecto y adopción de la política de seguridad del paciente	P	X	X	X	X	X	X	X	X												
		E																				
2	Encuesta a empleados, análisis de resultados y diseño del plan de mejoramiento basado en los resultados	P									X	X	X	X								
		E																				
3	Capacitación a todo el personal de la UBA	P										X	X	X	X	X	X	X	X			
		E																				
4	Sensibilización y socialización de la política en toda la UBA	P														X	X	X	X			
		E																				
5	Rondas UBA Segura	P										X	X	X	X	X	X	X	X			
		E																				

Anexo 2 Programa De Correctos

5 CORRECTOS DE PROCEDIMIENTOS

1. Paciente Correcto.
2. Procedimiento Correcto.
3. Sitio De Procedimiento Correcto.
4. Momento Correcto.
5. Plan de acción en caso de falla o error



Cooameva
EPS

"SOMOS SU OPCION EN SALUD"



SEGURIDAD DEL PACIENTE



10 CORRECTOS DE MEDICAMENTOS

1. Medicamento correcto (doble verificación)
2. Fecha de vencimiento vigente.
3. Usuario correcto.
4. Dosis correcta.
5. Vía de administración correcta.
6. Hora correcta
7. Registro correcto
8. Instrucciones correctas
9. Indague en forma correcta
10. Normas de bioseguridad correctas



Cooameva
EPS

"SOMOS SU OPCION EN SALUD"



SEGURIDAD DEL PACIENTE



CORRECTOS DEL COMPORTAMIENTO

- Evite hablar con enojo
- Evite culpar a alguien
- Siga las guías y protocolos
- Verifique la identidad del paciente
- Trabaje en Equipo
- Consulte cuando tenga duda
- Mire a su paciente durante la consulta
- Por favor sonría.



SEGURIDAD DEL PACIENTE

"SOMOS SU OPCION EN SALUD"



LAVADO DE MANOS CLINICO

- SUBIR MANGAS DE LA ROPA Y RETIRAR JOYAS
- MOJAR LAS MANOS Y MUÑECAS
- APLICAR +/- 5 ML DE JABON
- CUBRIR TODAS LAS SUPERFICIES DE LAS MANOS, ARTICULACIONES SOBRE LOS DEDOS, UNAS, LLEGANDO HASTA 10 CMS POR DEBAJO DEL PLIEGUE DE LA MUÑECA
- FROTAR AMBAS MANOS Y MUÑECAS DURANTE 3 MINUTOS
- ESTREGUE ENERGICAMENTE PALMA CON PALMA Y DORSO CON DORSO
- CONTINUE CON CADA DEDO EN FORMA CIRCULAR
- FROTE LOS ESPACIOS INTERDIGITALES
- ENJUAGAR CON ABUNDANTE AGUA MANTENIENDO LOS BRAZOS HACIA ARRIBA FAVORECIENDO EL ESCURRIMIENTO HACIA LOS CODOS PARA NO RECONTAMINAR
- SECAR CON SERVILETA DE PAPEL
- CERRAR LA LLAVE CON LA MISMA TOALLA CON LA QUE SE SECO Y DESCARTELA



SEGURIDAD DEL PACIENTE

"SOMOS SU OPCION EN SALUD"

Anexo 3: Lista de chequeo UBA segura

LISTA DE CHEQUEO SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS	
El usuario _____ posee información de derechos y deberes.	
La historia clínica posee antecedentes de alergias previas.	
La accesibilidad del paciente por las áreas de circulación es segura (Pisos secos, baldosas fijas y no cables)	
Todos los usuarios tienen historia clínica.	
La historia clínica está completa y bien diligenciada.	
La formula medica posee la cantidad y la posología correcta.	
El insumo evaluado contiene la fecha de vencimiento correcta.	
Las camillas se encuentran en buen estado.	
El consultorio se encuentra ordenado y limpio.	
El equipo de salud encargado del usuario cumple con las normas de asepsia (lavado de manos) y de bioseguridad (Guardianes y Canecas) establecidas educando al funcionario, paciente y a su familia.	
El carro de paro es revisado (existencias y fechas de vencimiento) y se realiza el mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	
El personal de salud cumple con los 10 correctos de medicamentos.	
El Consentimiento informado se diligencia para los casos que lo ameriten.	
El personal de salud está en óptimas condiciones de salud para prestar el servicio.	
El Personal de salud es idóneo y cuenta con el entrenamiento y conocimiento de las guías existentes.	
Después de un procedimiento se dan las respectivas recomendaciones en casa al usuario y familia (entrega de volantes), explicación de comprensión de la formula médica y revisión médica y retiro de puntos (si aplica).	
El médico tratante explica al usuario y a su familia el tratamiento.	
El usuario se encuentra asesorado sobre el cuidado de las pertenencias y objetos de valor (custodia).	
Las sillas se encuentran en buen estado.	
Los techos se encuentran en buen estado.	
Las papeleras se encuentran en buen estado.	
Las instalaciones eléctricas se encuentran en buen estado.	
Las instalaciones de agua se encuentran en buen estado.	

La dotación de insumos en consultorios es adecuada.
¿Están perfectamente identificados y correctamente señalizados todos los productos peligrosos (Hipoclorito, Cidex, etc.)?
¿Existe la prohibición expresa de fumar en zonas donde se almacenan o manejan productos químicos?
¿Los cilindros de Oxígeno o con gases medicinales se llenan siempre con los productos indicados en la etiqueta?
¿Se desecha siempre el contenido de recipientes que no están etiquetados?
¿El estado de conservación de la instalación eléctrica (conductores, enchufes, etc.), es bueno?
¿Las bases tomacorrientes (enchufes), donde se conectan los aparatos tienen toma de tierra?
¿El número de bases tomacorrientes existentes es suficiente para cada puesto de trabajo de forma que no haya que utilizar alargaderas ó extensiones?
¿El almacén de productos tiene la salida bien iluminada, no presenta caminos sin salida y se halla adecuadamente ventilado y señalizado?
¿Los recipientes grandes que contienen productos químicos se guardan en el suelo o a poca altura.
¿Se realiza inventario del almacén de productos para controlar el stock de reactivos y su envejecimiento?
¿Existe una persona que se encarga del mantenimiento de las condiciones de seguridad del almacén de productos?
¿El personal está formado en medios de protección contra incendios?
¿Conoce el funcionamiento, tipos y usos de los distintos tipos de extintores?
¿Dispone de los medios de protección personal adecuados al grado de riesgo de su trabajo?
¿Se utilizan máscaras faciales o gafas protectoras cuando existe peligro de salpicaduras de productos químicos o proyección de partículas
¿Existe un sitio concreto para situar los cilindros de Oxígeno o con gases medicinales de repuesto?
¿Están fijos los cilindros de Oxígeno o con gases medicinales a una pared o estructura sólida por medio de una cadena o a un soporte para evitar su caída?
¿Las personas conocen el grado de los contaminantes biológicos que “están o pueden estar” presentes en el lugar de trabajo?
¿Se etiquetan convenientemente las muestras potencialmente contaminadas?
¿Se dispone de jabones bactericidas, toallas desechables y otros artículos de higiene personal?
¿Está establecido y se cumple un programa de gestión de todos los residuos generales y específico con respecto a la basura común?
¿Dispone de contenedores especiales donde almacenar los residuos generados?
¿Se limpian y desinfectan los locales de trabajo al menos una vez al día, utilizando los desinfectantes adecuados?
¿La ventilación en los locales es la adecuada, mantiene una buena renovación del aire?
¿El electrocardiograma se encuentra en condiciones de limpieza?

Son claras las instrucciones para operar los equipos?
¿El glucómetro se encuentra en buenas condiciones?
Se recibió entrenamiento para manejar los equipos nuevos
¿Están en buen estado los equipos de sutura y pequeña cirugía? Verificar uno de ellos
Se tiene establecido e implementado un código azul?
Están disponibles y son claros los protocolos para procedimientos menores que se practican en la unidad?
Se prioriza el riesgo?
Conoce la ruta por la cual se hace la disposición final de los desechos de los consultorios?
Ha recibido capacitación en normas de bioseguridad?
Usan guantes cuando se realizan curaciones de heridas frescas o infectadas, o cuando se realizan procedimientos invasivos, siempre que sean necesarios para mantener medidas de asepsia?
Las agujas se descartarán directamente en el guardián sin reinsertarse en el capuchón? En el mismo recipiente se descartan hojas de bisturí ?
Coloca el mango de bisturí con hoja sobre la mesa de mayo de transición? no lo entregue en la mano?
No se da ni un solo paso con el elemento corto punzante contaminado en la mano?
Coloca sobre la mesa de mayo la aguja de sutura montada en el porta – aguja?
Los guardianes están fijos y permite la visualización de todas las ranuras de él?
El Material de curaciones (gasas, torundas) usado, se deposita en bolsa de plástico roja que se cerrará adecuadamente previo a su incineración directa o envío como residuo hospitalario?
Utiliza un par de guantes por paciente y los deséchelos en el recipiente de material contaminado?.
¿Esta prohibido beber, comer o fumar en la zona de trabajo? Lo cumple?
Todo paciente es examinado y asistido con guantes?
Mantiene actualizado su esquema de vacunación contra el riesgo de Hepatitis B?
En el lavado de manos antes de atender un paciente lo hace durante aproximadamente quince segundos? Si las manos están muy sucias se requiere de más tiempo.

LISTA DE CHEQUEO SERVICIO DE ODONTOLOGIA	
El usuario posee información de derechos y deberes.	
La historia clínica posee antecedentes de alergias previas.	
La accesibilidad del paciente por las áreas de circulación es segura (Pisos secos, baldosas fijas y no cables)	
Todos los usuarios tienen historia clínica.	
La formula medica posee la cantidad y la posología correcta.	
El insumo evaluado contiene la fecha de vencimiento correcta.	
Las unidades odontológicas se encuentran en buen estado.	
El consultorio se encuentra ordenado y limpio.	
Verificar que el equipo encargado del usuario cumple con las normas de asepsia (lavado de manos) y de bioseguridad (Guardianes y Canecas) establecidas educando al funcionario, paciente y su familia.	
El Consentimiento informado se diligencia para los casos que lo ameriten	
La historia clínica esta completa y bien diligenciada	
El personal de salud esté en óptimas condiciones de salud para prestar el servicio.	
El Personal sea idóneo y cuenta con el entrenamiento y conocimiento de las guías existentes	
El odontólogo tratante da las recomendaciones al usuario y del manejo en casa (entrega de volantes, explicación de comprensión de la formula medica, revisión medica y retiro de puntos si aplica.)	
El usuario se encuentra asesorado sobre el cuidado de las pertenencias y objetos de valor. (custodia)	
Las sillas se encuentran en buen estado.	
Los techos se encuentran en buen estado.	
Las papeleras se encuentran en buen estado con su respectiva rotulación.	
Se encuentran en mal estado las limas de endodoncia.	
La limpieza de piezas de mano, eyector, cavitron, unidades odontológicas se realiza adecuadamente.	
Verificar si recuenta en RX Con puerta plomada	
Las instalaciones eléctricas se encuentran en buen estado.	
Las instalaciones de agua se encuentran en buen estado.	
La dotación de insumos en consultorios es adecuada.	
¿Están perfectamente identificados y correctamente señalizados todos los productos peligrosos (Hipoclorito, Cidex, etc.)?	

¿Existe la prohibición expresa de fumar?
¿Se desecha siempre el contenido de recipientes que no están etiquetados?.
¿El estado de conservación de la instalación eléctrica (conductores, enchufes, etc.), es bueno?
¿Las bases tomacorrientes (enchufes), donde se conectan los aparatos tienen toma de tierra?
¿Cuentan con dispositivos diferenciales como medida de protección?
¿El número de bases tomacorrientes existentes es suficiente para cada puesto de trabajo de forma que no haya que utilizar alargaderas ó extensiones?
¿Las bases de los enchufes para campanas de extracción de humos se hallan colocadas fuera de las mismas?
¿El almacén de productos tiene la salida bien iluminada, no presenta caminos sin salida y se halla adecuadamente ventilado y señalizado?
¿Los recipientes grandes que contienen productos químicos se guardan en el suelo o a poca altura?
¿Todos los recipientes que contienen mercurio se hallan bien cerrados?
¿Se realiza inventario del almacén de productos para controlar el stock de reactivos y su envejecimiento?.
¿Existe una persona que se encarga del mantenimiento de las condiciones de seguridad del almacén de productos?
¿Existen extintores adecuados para los diferentes tipos de fuego?
¿Dispone de los medios de protección personal adecuados al grado de riesgo de su trabajo?
¿Se utilizan máscaras faciales o gafas protectoras cuando existe peligro de salpicaduras de productos químicos o proyección de partículas
¿Se utilizan siempre guantes protectores cuando se trasvasan productos químicos peligrosos o se manejan sustancias nocivas?
¿Las personas conocen el grado de los contaminantes biológicos que “están o pueden estar” presentes en el lugar de trabajo?
¿Se etiquetan convenientemente las muestras potencialmente contaminadas?
¿Se dispone de jabones bactericidas, toallas desechables y otros artículos de higiene personal?
¿Está establecido y se cumple un programa de gestión de todos los residuos generales y específico con respecto a la basura común?
¿Dispone de contenedores especiales donde almacenar los residuos generados?
¿Se limpian y desinfectan los locales de trabajo al menos una vez al día, utilizando los desinfectantes adecuados?
¿Cuenta la institución con un botiquín de primeros auxilios para el personal?

Cuando algo no funciona bien, usted sigue el protocolo respectivo.
Existe un protocolo en caso de que se presente la reanimación de un paciente.
Se prioriza el riesgo.
Conoce la ruta por la cual se hace la disposición final de los desechos de los consultorios?
Ha recibido capacitación en normas de bioseguridad?
Usan Guantes cuando se realizan procedimientos invasivos, siempre que sean necesarios para mantener medidas de asepsia?
Las agujas se descartarán directamente en el guardián sin reinsertarse en el capuchón? En el mismo recipiente se descartan hojas de bisturí ?
No se da ni un solo paso con el elemento corto punzante contaminado en la mano?
Los guardianes están fijos y permite la visualización de todas las ranuras de éstos?
El Material (gasas, torundas) usado, se deposita en bolsa de plástico roja que se cerrará adecuadamente previo a su incineración directa o envío como residuo hospitalario?
Utiliza un par de guantes por paciente y los desechan en el recipiente de material contaminado?.
Todo paciente es examinado y asistido con guantes?
Mantiene actualizado su esquema de vacunación contra el riesgo de Hepatitis B?
En el lavado de manos antes de atender un paciente lo hace durante aproximadamente quince segundos? Si las manos están muy sucias se requiere de más tiempo.

LISTA DE CHEQUEO SERVICIO DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA Y CONSULTA DE P Y P
El usuario posee la información de derechos y deberes.
La historia clínica posee antecedentes de alergias.
La accesibilidad del paciente por áreas de circulación sea segura (Pisos secos, baldosas fijas y no cables)
Todos los usuarios tienen historia Clínica.
La formula medica posee la cantidad y la posología correcta
Los insumos y dispositivos médicos evaluados contiene la fecha de vencimiento correcta
Las camillas se encuentran en buen estado.
Los consultorios se encuentran ordenados y limpios.
El equipo de salud encargado del usuario cumple con las normas de asepsia (lavado de manos) y de bioseguridad (Canecas) establecidas educando al funcionario, paciente y su familia.

El personal de salud cumple con los 10 correctos de medicamentos.
El Consentimiento informado se diligencia para los casos que lo ameriten
La historia clínica este completa y bien diligenciada
El personal de salud está en óptimas condiciones de salud para prestar el servicio.
El Personal de Salud sea idóneo y cuenta con el entrenamiento y conocimiento de las guías existentes
Después de un procedimiento se dan las respectivas recomendaciones en casa al usuario y familia (entrega de volantes), explicación de comprensión de la formula médica y revisión médica
El médico tratante explica al usuario y a su familia el tratamiento
El usuario se encuentra asesorado sobre los cuidados de las pertenencias y objetos de valor (custodia)
Las sillas se encuentran en buen estado
Los techos se encuentran en buen estado
Las papeleras se encuentran en buen estado y con la rotulación respectiva.
Las instalaciones eléctricas se encuentran en buen estado.
Las instalaciones de agua se encuentran en buen estado
La dotación de insumos en consultorios es adecuada.
¿Se lee la información sobre manipulación y almacenaje de productos antes de proceder a su utilización?
¿Las bases tomacorrientes (enchufes), donde se conectan los aparatos tienen toma de tierra?
¿Conoce el funcionamiento, tipos y usos de los distintos tipos de extintores?
¿Dispone de los medios de protección personal adecuados al grado de riesgo de su trabajo?
¿Las personas conocen el grado de los contaminantes biológicos que “están o pueden estar” presentes en el lugar de trabajo?
¿Se etiquetan convenientemente las muestras potencialmente contaminadas?
¿Se dispone de jabones bactericidas, toallas desechables y otros artículos de higiene personal?
¿Está establecido y se cumple un programa de gestión de todos los residuos generales y específico con respecto a la basura común?
¿Se limpian y desinfectan los locales de trabajo al menos una vez al día, utilizando los desinfectantes adecuados?
¿La ventilación en los locales es la adecuada, mantiene una buena renovación del aire?
Cuando algo no funciona bien sigue usted algún protocolo.
Se prioriza el riesgo
Conoce usted los protocolos de atención?

Ha recibido capacitación en normas de bioseguridad?
Utiliza un par de guantes por paciente y los desecha en el recipiente de material contaminado?.
Todo paciente examinado y asistido con guantes?
Mantiene actualizado su esquema de vacunación contra el riesgo de Hepatitis B?
En el lavado de manos antes de atender un paciente lo hace durante aproximadamente quince segundos? Si las manos están muy sucias se requiere de más tiempo.

LISTA DE CHEQUEO SERVICIO DE VACUNACION
El usuario posee información de derechos y deberes.
La historia individual de vacunación posee antecedentes de alergias previas.
La accesibilidad del paciente por áreas de circulación sea segura (Pisos secos, baldosas fijas y no cables)
El insumo evaluado contiene las fechas de vencimiento correctos
Las camillas se encuentran en buen estado.
El consultorio se encuentra ordenado y limpio.
El equipo de salud encargado del usuario cumple con las normas de asepsia (lavado de manos) y de bioseguridad (Guardianes y Canecas) establecidas educando al funcionario, paciente y su familia.
El kardex automático se verifica frente a kardex manual y existencias en nevera
El personal de salud cumple con los 10 correctos de medicamentos.
Los biológicos empleados para cada usuario sean los adecuados para la edad (verificar conservación de los mismos y cadena de frío)
El Consentimiento informado se diligencia para los casos que lo ameriten
El diligenciamiento de registros se realiza de manera adecuada
El personal de salud está en óptimas condiciones de salud para prestar el servicio.
El Personal de Salud es idóneo y cuenta con el entrenamiento y conocimiento de las guías existentes
Después de la vacunación se dan las respectivas recomendaciones en casa a la madre (entrega de volantes
El usuario se encuentra asesorado sobre los cuidados de las pertenencias y objetos de valor (custodia)
Las sillas se encuentran en buen estado.
Los techos se encuentran en buen estado
Las papeleras se encuentran en buen estado y con la rotulación respectiva.

La toma de temperatura, calibración del termómetro y mantenimiento de la nevera se realiza adecuadamente.
La orden del servicio se verifica correctamente.
Las instalaciones eléctricas se encuentran en buen estado.
Las instalaciones de agua se encuentran en buen estado.
¿Se desecha siempre el contenido de recipientes que no están etiquetados?.
¿El estado de conservación de la instalación eléctrica (conductores, enchufes, etc.), es bueno?
¿Las bases tomacorrientes (enchufes), donde se conectan los aparatos tienen toma de tierra?
El acceso de los termos y pilas es adecuado.
¿Conoce el funcionamiento, tipos y usos de los distintos tipos de extintores?
¿Las personas conocen el grado de los contaminantes biológicos que “están o pueden estar” presentes en el lugar de trabajo?
¿Se etiquetan convenientemente las muestras potencialmente contaminadas?
¿Se dispone de jabones bactericidas, toallas desechables y otros artículos de higiene personal?
¿Está establecido y se cumple un programa de gestión de todos los residuos generales y específico con respecto a la basura común?
¿Dispone de contenedores especiales donde almacenar los residuos generados?
¿Se limpian y desinfectan los locales de trabajo al menos una vez al día, utilizando los desinfectantes adecuados?
¿La ventilación en los locales es la adecuada, mantiene una buena renovación del aire?
Se evidencia biológicos abiertos con la fecha de la apertura
Cuando algo no funciona bien, usted sigue el protocolo respectivo.
Están disponibles y son claros los protocolos para vacunación?
Se prioriza el riesgo?
Ha recibido capacitación en normas de bioseguridad?
Las agujas se descartarán directamente en el guardián sin reinsertarse en el capuchón? En el mismo recipiente se descartan hojas de bisturí?
Los guardianes están fijos y permite la visualización de todas las ranuras de él?
¿Esta prohibido beber, comer o fumar en la zona de trabajo? Lo cumple?
Mantiene actualizado su esquema de vacunación contra el riesgo de Hepatitis B?
En el lavado de manos antes de atender un paciente lo hace durante aproximadamente quince segundos? Si las manos están muy sucias se requiere de más tiempo.

Este es el formato que se utilizo para las rondas de seguridad, el archivo adjunto muestra las encuestas con los resultados obtenidos.



LISTA_MODIFICADA
.xls

Anexo 4: ENCUESTA PARA LOS EMPLEADOS

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Área a la que pertenece: _____

1. El personal se apoya mutuamente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de
- f. acuerdo

6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.
- a. Muy en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Indiferente
 - d. De acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.
- a. Muy en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Indiferente
 - d. De acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.
- a. Muy en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Indiferente
 - d. De acuerdo
 - e. Muy de acuerdo

10. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

11. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) Indiferente
- d) De acuerdo
- e) Muy de acuerdo

12. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

13.Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

14. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

15.Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

16.En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

17.Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

18.Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

20. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

21. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

22. La dirección de la UBA facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

23. Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

24. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

25.El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

26.La dirección de la UBA muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

27.La dirección de la UBA sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

28. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

- a. Muy en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. De acuerdo
- e. Muy de acuerdo

29. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

30. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la Atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.

- a. NUNCA CASI
- b. NUNCA
- c. A VECES
- d. CASI SIEMPRE
- e. SIEMPRE

31. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

32. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

33. En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

34. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

35. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

36. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

37. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. CASI SIEMPRE
- d. SIEMPRE

38. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad. **MÍNIMA 0 MÁXIMA 10**

SEGURIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

39. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?
.....incidentes

40. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.

- a. NUNCA**
- b. A VECES**
- c. CASI SIEMPRE**
- d. SIEMPRE**

Anexo 5: ACTO LEGISLATIVO No 18

Por el cual se adopta la política de seguridad en la atención en la UBA Coomeva Envigado

Para la UBA ENVIGADO, la seguridad del usuario es un factor de vital importancia por ello, demuestra su compromiso implementando esta política, con el fin de ofrecer y garantizar servicios de salud seguros, introyectando la **CULTURA DE LA SEGURIDAD** en cada uno de los procesos y en el personal de la institución. Estamos convencidos que para mejorar la seguridad de los usuarios se precisa la implantación de 5 acciones en salud que incluyen:

1. Competencia del personal adecuadas
2. Infraestructura física apropiadas y limpias implementando las 5 S
3. Gestión del riesgo
4. Plan de emergencia
5. Educación para el usuario

Para cumplir todo lo anterior:

- Nuestro personal medico se esfuerza por entregar la mas alta calidad en la atención al usuario, siendo un elemento esencial su seguridad
- Nuestro personal asistencial con su conocimiento, procura durante la atención al usuarios prever los riesgos y evitarlos
- Nos aseguramos de que el usuario siempre sea considerado cuando se tome una decisión medica frente a su estado de salud
- Generamos cultura no punitiva para informar sobre los errores en salud que se centre en la prevención y corrección de las fallas del sistema y no en la culpabilidad de la persona o de la organización

- Efectuamos una gestión adecuada de riesgos, dotados de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se producen, aprendiendo de ellos y aplicando soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia
- Protegemos rigurosamente la privacidad y confidencialidad del usuario. Toda la información relacionada con la seguridad del usuario es compartida con todas las partes pertinentes.
- Estimulamos la creación de modelos eficaces para promover la seguridad del usuario, a través de la educación medica y desarrollo profesional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE DADO EN ENVIGADO A LOS 18 DIAS DEL MES DE FEBRERO DE 2009

ADRIANA SERRANO R
DIRECTORA
UBA ENVIGADO