1. ***Introducción incluir en Marco legal***

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.

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la

ciencia y el arte médico.

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, incorporando 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 más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación

o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados 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.[[1]](#footnote-1)

MARCO LEGAL

Linamientos para impmenetcioa

de la política d eseguridad del paciente

Resolucion 1441

Resolcuion 2003

Resolución 3100

Paquetes Intruccionales ministerio

1. **Glosario de términos**

***ATENCIÓN EN SALUD:*** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

***INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA*** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

***FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:*** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

***RIESGO:*** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

***EVENTO ADVERSO:*** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

***Evento Adverso Prevenible****:* Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

***Evento adverso No prevenible***: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

***INCIDENTE.*** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

***COMPLICACIÓN:*** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud

sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

***VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.*** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

***BARRERA DE SEGURIDAD.*** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

***SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO.*** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

***ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO.*** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

1. **Principios orientadores de la política de seguridad del paciente[[2]](#footnote-2)**
2. ***Enfoque de atención centrado en el usuario.*** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
3. ***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.
4. ***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.
5. ***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.

1. ***Validez.*** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
2. ***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.
3. ***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.
4. **Política de Seguridad del paciente.** La ips está comprometida con la calidad de la atención del paciente y las normas legales vigentes, especialmente la Resolución 1441 de 2013 por lo tanto incursiona en un programa de Seguridad del Paciente y promueve como política de seguridad la siguiente:





***MARTHA P CASTAÑEDA***

***Representante Legal***

1. **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.
1. **Despliegue de los objetivos de la Política de Seguridad del Paciente**



**7. FICHA TECNICA INDICADOR**

**Nombre Indicador:** *Proporción Vigilancia Eventos adversos*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Proporción Vigilancia Eventos Adversos |
| Justificación | La seguridad del paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones Involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.**(*Caída de camilla,)*** |
| Dominio | Gerencia del Riesgo |

**DEFINICION OPERACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Numerador | No Total de eventos adversos identificados. |
| Denominador | No de eventos adversos detectados y gestionados |
| Factor | 100 |
| Unidad de Medición | Relación Porcentual |
| Formula de Calculo | Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por el factor |

**8. Modelo Conceptual de atención [[3]](#footnote-3)**

****

***9. Metodologías para el análisis de los eventos adversos***

Aunque existen diferentes metodologías para analizar los E.A. como el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros (AMFE). En esta institución se realiza el análisis de la causa –raíz que es una herramienta práctica que permite analizar los eventos adversos con el fin de identificar las potenciales causas que los pudieron haber generado, de forma tal que la institución pueda tomar las medidas correctivas específicas para que no sucedan nuevamente; los eventos adversos se documentan en el Formato digital que se relaciona a continuación; estos son ingresados al indicador de eventos adversos.



A continuación se relaciona el esquema que se utilizara para el análisis de la causa-raíz.



***10. Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos***

La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos.

Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado.

Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extra institucionales.

Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “Trigger Tool” por su denominación en el idioma inglés) de la alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos.

En esta ips el sistema de reporte se realiza de manera intrainstitucional y se refleja mediante el siguiente diagrama.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCIÓN** | **RESPONSABLE** | **REGISTRO** |
| MATERIALIZACION DEL E.A | Diligenciar el E.A en el formato F-PP-02 | Auditora | F-PP-02 |
| Reporte del E.A a la administración | Se verifica la descripción del E.A con medico al que se le presento el E.A.Se establecen posibles causas del E.A y se diligencian en el formato | Auditora | F-PP-02 |
| Ingreso del reporte de E.A al indicador | Se realiza el ingreso de la información al indicador de E.A  | Auditora |  F-PP-02 |
| Establecer plan de acción | Cuando el E.A lo permita se revisaran las causas y se propondrá plan de acción para evitar la repetición del mismo | Auditora-Medico | Indicador de E.A |
| Socialización de plan de acción y seguimiento | Socialización de plan de acción de manera personalizada y seguimiento | Auditora | Indicador de E.A |

**11. Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del**

**Paciente**

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las

 reuniones breves sobre seguridad del paciente.

2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.

3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir

 las acciones de mejoramiento

4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.

5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

**12. Protocolos para el Manejo del Paciente**

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales, extractamos las siguientes recomendaciones:

1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.

2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.

3. Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y acompañarlo.

***Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado***

***hacia:***

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.

2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso

3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el conocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.

4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.

6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA

**13. Conformación del equipo Líder.**

Debido a la mediana complejidad de la institución seha designado como integrantes para actualizar, revisar, implementar el PSDP a las siguientes personas:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Función** |
| Alvaro Sanabria | Encargado de revisar y aprobar el programa de seguridad del paciente |
| Martha Patricia Castañeda | Revisar ,Actualizar y Adecuar el PDSP |
| Martha Patricia Castañeda | Implementar programa de capacitación PDSP |
| Martha Patricia Castañeda | Actualizar mensualmente indicadores de E.A |

**14. Buenas Prácticas para la seguridad del paciente.** El Programa de seguridad del paciente debe contar con actividades que contribuyan a prestar una atención de calidad segura que incluya los procesos institucionales, asistenciales, los profesionales y los pacientes como se evidencia en la tablas a continuación



 



1. Plan de capacitación. Ver cronograma de Capacitación.
2. **Elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente**

Partiendo del 3 objetivo del programa de seguridad del paciente enunciado al principio del documento y que consiste en:

-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.

A continuación se formulan las listas de chequeo que se usaran en la institución realizadas a partir de los paquetes instruccionales emitidos por el Ministerio de Protección Social y que actuaran como elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente

1. Asegurar la correcta identificación del paciente

|  |
| --- |
| **PAQUETE INSTRUCCIONAL “Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en el proceso asistencial”** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acciones seguras a verificar | Cumple | No Cumple |
| 1.Identificación completa y correcta del paciente desde el ingreso |  |  |
| 2.Captura de datos completos de buena calidad |  |  |
| 3.Identificaciond correcta del paciente siempre por sus nombres y documento de identificación |  |  |
| 5.Implementacion de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial |  |  |

1. Prevenir y reducir el riesgo de caídas

|  |
| --- |
| **PAQUETE INSTRUCCIONAL “Prevenir y reducir la frecuencia de caídas”** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acciones seguras a verificar | Cumple | No Cumple |
| 1.Valoracion del riesgo de caída(paciente con limitaciones físicas, movilidad reducida), bajo sedación, etc |  |  |
| 2. Identificar al paciente de alto riesgo de caída (uso de bastón ,silla de ruedas, etc) |  |  |
| 4.Prestar ayuda a los pacientes de silla de ruedas |  |  |
| 5. Uso de señalización adecuada cuando el piso este mojado |  |  |

1. Seguridad en utilización de Medicamentos

|  |
| --- |
| **PAQUETE INSTRUCCIONAL “Seguridad en Utilización de Medicamentos”** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acciones seguras a verificar | Cumple | No Cumple |
| 1.Administracion correcta de medicamentos |  |  |
| 2. Identificación y definición de reacciones adversas a medicamentos |  |  |
| 3. Información completa y correcta del medicamento prescrito |  |  |
| 4.Recomendacion al paciente de adquisición de medicamentos con registro invima |  |  |
| 5.Precricpion completa de medicamento que incluya dosis ,via de administración, frecuencia, duración de tratamiento |  |  |
| 6.Prescricpion de medicamento indicado |  |  |

D. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud

|  |
| --- |
| **PAQUETE INSTRUCCIONAL “** Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acciones seguras a verificar | Cumple | No Cumple |
| 1.Existe adherencia del protocolo de lavado de manos |  |  |
| 2.Existe adherencia del manual de bioseguridad(reuso y no reuso) |  |  |
| 5. Instalaciones adecuadas |  |  |
| 6.Administracion errónea de medicamentos |  |  |

**15. Control de Cambios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha Actualización** | **Motivo del Cambio** | **Reviso** |
| 15-06-2015 | Elaboración del cronograma de capacitación. | Martha Patricia Castañeda V. |
| 03-10-2017 | Revisión y actualización de política de seguridad del paciente | Martha Patricia Castañeda V. |

1. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.2008.Bogota.p.7 [↑](#footnote-ref-1)
2. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.2008.Bogota.p.10 [↑](#footnote-ref-2)
3. Ibid.p.13 [↑](#footnote-ref-3)