

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

1

2



Habilitación

Auditoría

Acreditación

Sistema de
Información para
la Calidad

***Lineamientos para la
implementación de la
Política de Seguridad
del Paciente***

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente

Autor

Ministerio de la Protección Social

Diseño e Impresión

Buenos y Creativos

PBX:2101859

Carrera 26 No. 63A - 32 Piso 3

Bogotá D.C., Noviembre de 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se mantenga la integridad del texto y se cite la fuente.

Interventor: Maritza Roa

Dirección General de Calidad y Servicios

Ministerio de la Protección Social

Esta edición ha sido posible gracias a los recursos del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio de Salud.



DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO

Viceministro técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA

Viceministro de Salud y Bienestar

KATERINE BERMUDEZ ALARCON

Viceministra de Relaciones Laborales (E)

ROSA MARÍA LABORDE CALDERÓN

Secretaria General

MARCELA GIRALDO SUÁREZ

Directora General de Calidad de Servicios

Contenido

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA.....	11
III. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	13
IV. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES BÁSICAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	15
V. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	19
El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso	19
Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos	20
Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso....	22
VI. ACCIONES INSTITUCIONALES QUE PROPENDEN POR ESTABLECER LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	23
Política Institucional de Seguridad del Paciente.....	23
Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos	24
Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos	24
Metodologías para el análisis de los eventos adversos	25
Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente.....	25
Protocolos para el Manejo del Paciente	26
VII.ACCIONES INTER-INSTITUCIONALES QUE PROPENDEN POR ESTABLECER LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	27
Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	27

Los entes externos de vigilancia y control.....	28
El Reporte Extraintitucional	28
VIII. EL MANEJO DEL ENTORNO LEGAL.....	31
IX.LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	33
ESTRATEGIA 1: ESTRATEGIA EDUCATIVA	33
ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES.....	33
ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES	34
ESTRATEGIA 4: ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN.....	34
ESTRATEGIA 5: ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SOGC	34
ANEXOS	
ANEXO 1: CONTENIDOS RECOMENDADOS EN LA FORMACIÓN DE MULTIPLICADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	35
ANEXO 2: CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ATENCIÓN EN SALUD INSEGURA QUE PUEDEN CAUSAR EVENTOS ADVERSOS	37
ANEXO 3: ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	43

I. Introducción

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

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de transplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

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 Nightingale, 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 mas 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 necesario 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.

II. Los principios orientadores de la política

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

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

1. ***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.
2. ***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
3. ***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.
4. ***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.

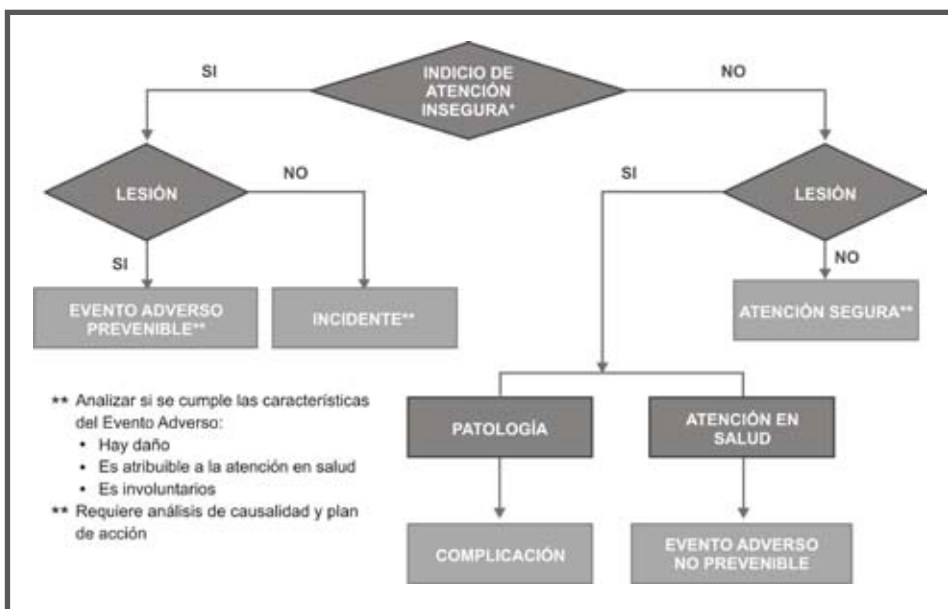
5. **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. **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.

III. Objetivos de la política de seguridad del paciente

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. 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.
4. 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.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

IV. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente

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



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.

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 lo 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

V. Caracterización del problema

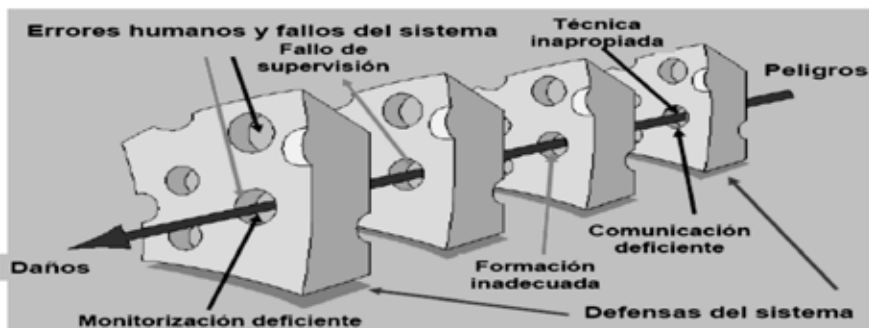
El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es 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 se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

El siguiente gráfico ilustra este modelo.

MODELO EXPLICATIVO



Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos

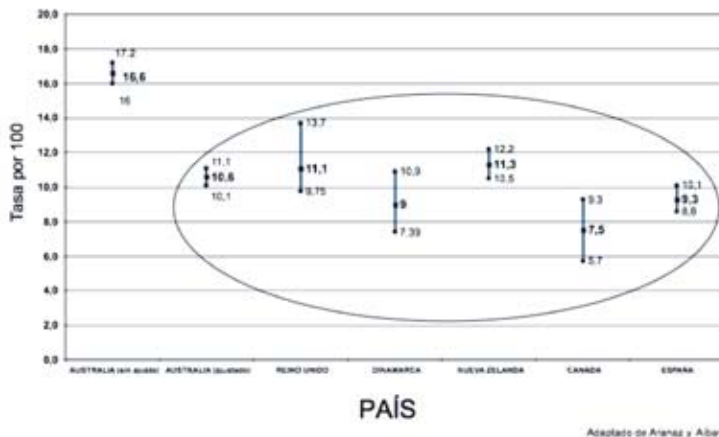
La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública.

Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio australiano) como nos lo muestra el siguiente gráfico:

ESTUDIOS INTERNACIONALES DE INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS



En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras instituciones. No obstante en el caso de la prevalencia aun hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto iberoamericano IBEAS.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

1. Infección nosocomial
2. Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos
3. Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
4. Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Igualmente deben considerarse con particular atención los procesos orientados a crear barreras de seguridad y procedimientos seguros en la atención del binomio madre-hijo.

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada

Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

VI. Acciones institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente

Una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, y mediante la implementación de herramientas prácticas. A continuación se hace un breve recuento de algunos de las herramientas prácticas comunes a los principales programas de seguridad del paciente en el mundo:

Política Institucional de Seguridad del Paciente

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas.

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos

Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.

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 extrainstitucionales.

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 sus denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos

Metodologías para el análisis de los eventos adversos

Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.

Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Metodologías para este propósito son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros (AMFE).

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.

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 cuando.
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 reconocimiento, 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

VII. Acciones inter-institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente

La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

En el caso de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio es claro que a su interior deben tener en cuenta la política de seguridad del paciente en el diseño de sus propios procesos. En esta medida el sistema de administración de riesgos de que trata la resolución 1740 de 2008 se constituye en una valiosa herramienta para la institucionalización de la política, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores.

Igualmente, en su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que antes que favorecer el mejoramiento, puedan incentivar el ocultamiento como:

- Las glosas indiscriminadas de situaciones calificadas unilateralmente como evento adverso sin un previo análisis con el prestador, o análisis de la recurrencia o de la existencia de programas efectivos de seguridad del paciente.

- Establecer procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de los eventos adversos, por parte del prestador

Los entes externos de vigilancia y control

Los organismos de vigilancia y control son las instancias a quienes corresponde realizar el seguimiento a las situaciones de carácter particular que sean de su conocimiento, algunas de las cuales pueden estar relacionadas con incidentes o eventos adversos:

- Es importante entender que dado el modelo explicativo de la ocurrencia de la atención insegura, a esta pueden contribuir múltiples factores, solamente algunos de los cuales son atribuibles a un individuo específico, y por lo tanto, en la ejecución de sus procesos debe tenerse en cuenta este tema, evitando el señalamiento prematuro de culpables sin una sólida base probatoria resultante de una evaluación de la situación específica.
- Debe tomarse en consideración igualmente, la ejecución de las acciones correctivas y preventivas adoptadas por la institución o el individuo frente a los mismos hechos.

El Reporte Extrainstitucional

En la búsqueda para mejorar la seguridad de los pacientes, las experiencias nacionales más avanzadas han propuesto la creación de un sistema de reporte extrainstitucional del evento adverso y su manejo para que de las fallas de unos sirvan a todos los actores del sistema como aprendizaje cuando los mismos errores ocurren repetidas veces en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables.

El Sistema de Reporte extrainstitucional es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores. Para el sistema de seguridad institucional, esto puede constituir una oportunidad, al aportar para la generación de acciones extrainstitucionales que potencien los esfuerzos intrainstitucionales.

El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los

procesos, que si no se detienen en un informe individual sino que se proyectan a todo un sistema, se logrará estandarizar, comunicar, analizar, mejorar y en la respuesta se diseminarán las lecciones aprendidas de eventos informados.

El sistema de reporte extrainstitucional podrá generar acciones a través de la concertación de los diferentes actores: Comité de Calidad y Seguridad, o del establecimiento de normas: Unidad Sectorial de Normalización en Salud, o generar alertas normativas: Ministerio del Protección Social – Organismos de Vigilancia y Control del Sistema.

VIII. El manejo del entorno legal

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

1. El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales
2. Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.
3. Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica

IX. Los elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente

La política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios. Esta se operativizará a través de la acción coordinada de líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias; tal como lo muestra la siguiente ilustración:

ESTRATEGIA 1: ESTRATEGIA EDUCATIVA

- ***Línea de Acción 1:*** Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente
- ***Línea de Acción 2:*** Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo
- ***Línea de Acción 3:*** Promoción en la Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente
- ***Línea de acción 4:*** acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad

ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES

- ***Línea de Acción 1:*** Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores
- ***Línea de Acción 2:*** Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)
- ***Línea de Acción 3:*** Promoción del reporte extrainstitucional

ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES

- ***Línea de Acción 1:*** Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud
- ***Línea de acción 2:*** Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente
- ***Línea de acción 3:*** Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Atención en Salud
- ***Línea de Acción 4:*** Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente

ESTRATEGIA 4: ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN

- Línea de acción 1: Plan de medios
- Línea de Acción 1: Promoción de experiencias exitosas
- Línea de Acción 2: Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente

ESTRATEGIA 5: ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SOGC

Anexo 1: contenidos recomendados en la formación de multiplicadores en seguridad del paciente

Módulo I: CONCEPTOS BÁSICOS

- Política de Seguridad del Paciente del SOGC
 - o Planteamiento General
 - Introducción
 - Principios orientadores
 - Objetivos
 - El Manejo del entorno legal
 - o Vídeo Testimonios de Pacientes

- Modelo de Gestión de la Seguridad del Paciente
 - o Terminología
 - o Modelo Explicativo de la ocurrencia del evento adverso
 - o Medición y tipificación en Colombia y el mundo
 - o Acciones y barreras de Seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso
 - o Taller: Elaboración de la política institucional de seguridad del paciente

Módulo II: HERRAMIENTAS DE USO EN PROCESOS REQUERIDOS PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Acciones institucionales e inter-institucionales que propenden por establecer la política de seguridad del paciente o Elementos comunes a los modelos de gestión de la seguridad del paciente

- Herramientas para la detección del evento adverso
 - o Instrumentos de Tamizaje (Cribado)
 - o Metodologías de Trigger-tool
 - o Instrumento de Reporte

Módulo III: HERRAMIENTAS ÚTILES PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA O PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

- Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente
- El estudio IBEAS – Colombia
 - o Antecedentes de los estudios de medición de eventos
 - o Prueba de concordancia
 - o Instrumento de tamizaje (cribado)
 - o Instrumento MRF2
 - o Análisis y enseñanzas de la experiencia IBEAS
 - o Metodología IBEAS en aseguradores
- Taller: Concordancia en la identificación y clasificación del evento adverso

Módulo IV: HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS CAUSAL PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Protocolo de Londres
- Taller: Análisis Proactivo de Riesgos: Modo de Falla (AMFE)
 - Otras alternativas para el Análisis Causal

Módulo V: OTRAS HERRAMIENTAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Rondas de Seguridad, Reuniones Breves, Análisis de caídas, reingresos, etc.
- Experiencias institucionales
- Presentación del programa de seguridad del paciente a directivos y clínicos

Anexo 2: clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos

Adaptación para uso en Colombia, de la clasificación propuesta en la “International Classification for Patient Safety”, 1.0 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S.

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado/ Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada/ cara / sitio

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
- Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Canulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinaria Dren / Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación Incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecto
- Contraindicado
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicación o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco Efectos adversos

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia Incorrecta
- Almacenamiento Incorrecto

Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales

- Paciente equivocado
- Gas / vapor Incorrecto
- Flujo y Concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Fallas de Administración
- Contaminación

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la Tarea
- Sucio / No esteril
- Fallas / Mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado/ eliminado
- Error de uso

Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso
- Problema con el uso de sustancias / Abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios

- Errático / fuga
- Autolesionante / suicida

Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

Tipo 12: Accidentes de pacientes

- Mecanismo (Fuerza) contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión
- Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación

Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados

Anexo 3: encuesta de clima de seguridad del paciente

Categorías	Pregunta en la encuesta	Respuestas
Características demográficas de los encuestados	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución? (primera pregunta)	Hoja de datos demográficos
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? (H1)	
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área? (H2)	
	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución? (H3)	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad (4 ítems)	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes (B1)	Escala de calificación: "Muy en desacuerdo/ en desacuerdo" o "Nunca/ rara vez" (Puntajes 162)
	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (B2)	
	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (B3)	
	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez (B4)	
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo (3 ítems)	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (A6)	"Ni en acuerdo ni en desacuerdo" o "Algunas veces" (Puntaje 3)
	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos (A9)	
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad (A13)	
trabajo en equipo dentro de las áreas (4 ítems)	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan (A11)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	En esta área, la gente se apoya mutuamente (A1)	
	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (A3)	
	En esta área, el personal se trata con respeto (A4)	
Actitud de comunicación abierta (3 ítems)	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente (C2)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (C4)	
	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto (C6)	
Retroalimentación y comunicación sobre el error (3 ítems)	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos (C1)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área (C3)	
	En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer (C5)	

Respuesta no punitiva al error (3 ítems)	El personal siente que sus errores son usados en su contra (A8)	<p>Escala de calificación:</p> <p>“Muy en desacuerdo/ en desacuerdo” o “Nunca/ rara vez” (Puntajes 1 ó 2)</p> <p>“Ni en acuerdo ni en desacuerdo” o “Algunas veces” (Puntaje 3)</p> <p>“De acuerdo/ Muy de acuerdo” o “La mayoría de veces/ siempre” (Puntajes 4 ó 5)</p>
	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema (A12)	
	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (A16)	
Personal (4 ítems)	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo (A2)	
	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente (A5)	
	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente (A7)	
	Frecuentemente, trabajamos en “situación de urgencia” intentando hacer mucho rápidamente (A14)	
Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente (3 ítems)	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (F1)	
	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (F8)	
	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso (F9)	
Trabajo en equipo entre las áreas del hospital (4 ítems)	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí (F2)	
	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente (F4)	
	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución (F6)	
	Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes (F10)	
Transiciones y no intervenciones del hospital (4 ítems)	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra (F3)	
	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno (F5)	
	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución (F7)	
	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes (F11)	
Percepciones generales de la seguridad (4 ítems)	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios (A10)	<p>Escala de calificación:</p> <p>“Muy en desacuerdo/ en desacuerdo” o “Nunca/ rara vez” (Puntajes 1 ó 2)</p> <p>“Ni en acuerdo ni en desacuerdo” o “Algunas veces” (Puntaje 3)</p> <p>“De acuerdo/ Muy de acuerdo” o “La mayoría de veces/ siempre” (Puntajes 4 ó 5)</p>
	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo (A15)	
	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área (A17)	
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir (A18)	
Frecuencia de reporte de eventos (3 ítems)	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (D1)	
	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado? (D2)	
	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado? (D3)	

Número de eventos reportados (1 ítem)	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado? (G8)	Hoja No de eventos reportados / Grado de seguridad
Grado de seguridad del paciente (1 ítem)	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente (E1)	

Sección H	¿Cuál es su cargo en esta institución? (H4)	Hoja datos demográficos
	¿Qué tipo de contrato tiene? (H5)	
	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? (H6)	
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión? (H7)	

Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria

Guía para las Respuestas

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES (1)

ÁREAS O UNIDADES DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES

Unidad o área de trabajo en el hospital de los participantes en la (primera pregunta)

a	Urgencias
b	Hospitalización
c	Consulta Externa
d	Sala de Partos
e	Programa P y P
f	Esterilización
g	Laboratorio
h	Farmacia y suministros
i	Vacunación
j	Transporte de Paciente
k	Otros

Tiempo trabajado en el hospital (años) (H1)

Tiempo trabajado en el hospital (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 10 y mas	%	
No. De respuestas									
%									

Tiempo trabajado en la unidad o área (años) (H2)

Tiempo trabajado en la unidad o área (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	
No. De respuestas									
%									

Tiempo trabajado en el hospital (horas/ semana) (H3)													
Tiempo trabajado en la unidad o área (años)	a		b		c		d		e		f		Total de preguntas respondidas
	Menos de 20 horas	%	De 20 a 39 horas	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	De 80 a 99 horas	%	De 100 horas o más	%	
No. De respuestas													
%													

CARGOS DEL PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA ENCUESTA (H4)	
Cargo	
a	Enfermera profesional
b	Enfermera auxiliar
c	Médico de planta
d	Químico Farmacéutico
e	Auxiliar (Odontología, farmacia, Laboratorio)
f	Bacteriólogo(a)
g	Nutricionista
h	Camillero - Conductor
i	Auxiliar Administrativo
j	Servicios Generales
k	Personal de Dirección y Gerencia
l	Personal de Mantenimiento
m	Otro

Tipo de contrato (H5)							
Tipo de contrato	a		b		c		Total de preguntas respondidas
	Planta de Cargos	%	Cooperativa	%	Prestación de Servicios	%	
No. De respuestas							
%							

Interacción directa con el paciente (H6)					
	Interacción directa (sí)	%	No interacción directa (no)	%	Total de preguntas respondidas
Interacción directa con el paciente					
%					

Tiempo trabajado en su actual profesión (años) (H7)									
Tiempo trabajado su profesion (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	
No. De respuestas									
%									

		a	b	c	d	e	f	
CATEGORIA	PREGUNTAS	Ningún reporte	De 1 a 2 reportes	De 3 a 5 reportes	De 6 a 10 reportes	De 11 a 20 reportes	21 reportes o más	Número de preguntas respondidas
Número de eventos reportados (1 ítem)	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ fallas que ha diligenciado y enviado? (G8)							

		a	b	c	d	e	
CATEGORIA	PREGUNTAS	Exce-lente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo	Total de preguntas respondidas
Grado de seguridad del paciente (1 ítem)	Por favor, asígnele a su área/ unidad de trabajo un grado en general de seguridad del paciente (E1)						



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Carrera 13 No. 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia

Teléfono: 330 5000 Ext.: 1800

Línea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 330 5000 Exts.: 3380 - 3381

Resto del país: 01 8000 910097

Página web.: www.minproteccionsocial.gov.co