

**EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LAS INTERVENCIONES RELACIONADAS
CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LOS AÑOS 2011 Y 2012 EN
EL HOSPITAL VISTA HERMOSA DE LA RED PÚBLICA DISTRITAL**

**JUAN CARLOS BOCANEGRA
CATALINA JARAMILLO ARBELÁEZ
CARLOS GILBERTO LEYVA RIZZO
MARÍA TERESA QUINTANA PULIDO
ALEXANDRA SOTO RONDÓN**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESPECIALIZACIÓN “GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD”
BOGOTÁ
2013**

**EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LAS INTERVENCIONES RELACIONADAS
CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LOS AÑOS 2011 Y 2012 EN
EL HOSPITAL VISTA HERMOSA DE LA RED PÚBLICA DISTRITAL**

**JUAN CARLOS BOCANEGRA
CATALINA JARAMILLO ARBELÁEZ
CARLOS GILBERTO LEYVA RIZZO
MARÍA TERESA QUINTANA PULIDO
ALEXANDRA SOTO RONDÓN**

**Trabajo de pregrado presentado como requisito para optar el título de
Gerente en Servicios de Salud**

**Profesor
DR. JAIRO REYNALES LONDOÑO
MD MSP**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESPECIALIZACIÓN “GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD”
BOGOTÁ
2013**

Nota de aceptación

Director de Investigación

Jurado 1

Jurado 2

Bogotá D.C., 15 DE FEBRERO DE 2013

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el motor de nuestras vidas y darnos el conocimiento y destreza necesarios para desempeñarnos con éxito en nuestra vida personal y profesional.

A nuestros padres, hermanos y nuestros amigos cercanos por habernos brindado su apoyo, su dedicación y su respaldo para haber alcanzado este importante logro por medio del cual, tendremos la oportunidad de contribuir con el desarrollo de nuestro país.

A nuestro orientador Doctor Jairo Reynales Londoño quien desde un comienzo, creyó en nosotros y nos brindó sus aportes conceptuales y demás orientaciones técnicas para el satisfactorio desarrollo de este trabajo de grado.

A todos y cada uno de los miembros de la Universidad Sergio Arboleda, quienes de alguna forma participaron en nuestro desarrollo profesional, brindándonos sus conocimientos para que nos enriquecieran cada día y llevar a feliz término nuestra especialización.

DEDICATORIA

En primer lugar queremos darle gracias a Dios, quien dirige nuestras vidas, pensamientos y acciones; y nos colmó de la fortaleza necesaria para cumplir una de nuestras metas.

A nuestros padres y hermanos, ya que han depositado su confianza en nosotros y nos han apoyado incondicionalmente, con el propósito de hacernos personas con los valores y los conocimientos necesarios para enriquecernos.

Finalmente, queremos agradecer a aquellas personas de la Universidad Sergio Arboleda, especialmente a mis profesores quienes nos brindaron durante este proceso de formación profesional, su orientación, sus aportes y sus conocimientos los cuales, nos enriquecieron en las diferentes ramas del saber, para ser una gran Ingeniera Civil.

**JUAN CARLOS BOCANEGRA
CATALINA JARAMILLO ARBELÁEZ
CARLOS GILBERTO LEYVA RIZZO
MARÍA TERESA QUINTANA PULIDO
ALEXANDRA SOTO RONDÓN**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	20
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	21
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	21
2. JUSTIFICACIÓN.....	24
3. OBJETIVOS.....	25
4. METODOLOGÍA.....	26
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	26
4.2. POBLACIÓN.....	26
5. MARCO DE REFERENCIA.....	27
5.1. MARCO LEGAL.....	27
5.2. MARCO TEÓRICO.....	32
5.2.1. Seguridad del paciente.....	32
5.2.2. Objetivos de la política de seguridad del paciente según el Ministerio de Salud y Protección Social.....	35
5.2.3. Elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente según el Ministerio de Salud y Protección Social.....	35
5.3. PROYECTO IBEAS.....	39
5.4. HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	42
5.4.1. Protocolo de Londres.....	42
5.4.2. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.....	43
5.5. INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.....	45
5.5.1. Identificación y decisión de investigar.....	46
5.5.2. Selección del equipo investigador.....	46
5.5.3. Obtención y organización de información.....	46
5.5.4. Cronología del incidente.....	47
5.5.5. Identificar las acciones inseguras.....	47
5.5.6. Identifique los factores contributivos.....	47
5.5.7. Recomendaciones y plan de acción.....	48
5.6. BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	48
5.6.1. Procesos asistenciales seguros.....	50
5.6.2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.....	51
5.6.3. Prevención y reducción de la frecuencia de caídas.....	52
5.6.4. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.....	52

5.6.5. Prevenir úlceras por presión.....	52
5.6.6. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos Asistenciales.....	53
5.6.7. Garantizar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.....	53
5.6.8. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.....	54
5.6.9. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.....	54
5.6.10. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.....	54
5.6.11. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.....	55
6. CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL VISTA HERMOSA.....	56
6.1. HISTORIA INSTITUCIONAL.....	60
6.1.1. Misión.....	61
6.1.2. Visión.....	61
6.1.3. Valores institucionales.....	61
6.1.4. Políticas institucionales.....	62
6.2. GESTIÓN INSTITUCIONAL.....	64
6.2.1. Financiera.....	64
6.2.2. Comunicaciones.....	64
6.2.3. Talento humano.....	64
6.2.4. Tecnología biomédica y tecnología de la información y la comunicación (TIC'S).....	64
6.2.5. Mercadeo.....	64
6.2.6. Calidad.....	64
6.2.7. Atención al usuario.....	65
6.3. PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	66
6.3.1. Asociación de usuarios.....	66
6.3.2. Comité de participación comunitaria.....	67
6.3.3. ¿Quiénes hacen parte de los CAPACOS?.....	67
6.3.4. Grupo de niños copaquitos.....	67
6.4. COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA.....	68
6.4.1. Plan de intervenciones colectivas.....	68
6.4.2. Gestión de la salud pública en territorios sociales.....	68
6.4.3. Desarrollo de planes, programas y proyectos en salud pública.....	68
6.4.4. Vigilancia en salud pública.....	69
6.5. PROPUESTA GRUPO DE SEGURIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA...	70
6.5.1. Política en seguridad de paciente Hospital Vista Hermosa.....	71

	Pág.
6.6. FUNCIONES DEL COMITÉ.....	76
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	77
7.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	77
7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	77
7.3. RESULTADOS.....	77
7.3.1. Comportamiento de la política de seguridad del paciente año 2011 y 2012.....	77
7.3.2. Caracterización de eventos ocurridos en los años 2011 y 2012..	80
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	88
9. CONCLUSIONES.....	91
10. RECOMENDACIONES.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXOS.....	97

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Portafolio de servicios del Hospital Vista Hermosa.....	56
Tabla 2. Servicios habilitados.....	57
Tabla 3. Número de eventos por rango de edad 2011.....	81
Tabla 4. Clasificación del evento por rango de edad 2012.....	81

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1.	Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos... 44
Figura 2.	Ruta para investigar y analizar incidentes y eventos adversos clínicos.....46
Figura 3.	Estructura organizacional Hospital Vista Hermosa..... 70
Figura 4.	Atención del evento adverso y los incidentes..... 74

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Clasificación de los eventos 2011.....	78
Gráfica 2. Comportamiento de reporte en el año 2011.....	78
Gráfica 3. Comportamiento de reporte en el 2012.....	79
Gráfica 4. Clasificación del evento de acuerdo al tipo 2012.....	79
Gráfica 5. Clasificación del evento por género 2011.....	80
Gráfica 6. Clasificación del evento por género 2012.....	80
Gráfica 7. Clasificación de eventos por mayor reporte en 2011.....	82
Gráfica 8. Clasificación del evento por referencia del evento 2012.....	83
Gráfica 9. Clasificación del reporte según el área de atención 2011.....	84
Gráfica 10. Clasificación de los eventos según el servicio 2011.....	85
Gráfica 11. Clasificación del evento por área que reporta 2012.....	85
Gráfica 12. Clasificación del evento por servicio 2012.....	86
Gráfica 13. Reporte de eventos por aseguradora 2011.....	87
Gráfica 14. Clasificación del evento por aseguradora.....	87

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Resultados de reportes.....	97
ANEXO B. Instrumento de reporte Proyecto IBEAS.....	108

GLOSARIO

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

ACCIONES COYUNTURALES: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia

ACCIONES PREVENTIVAS: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma

ACCIONES DE SEGUIMIENTO: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

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

CALIDAD EN SALUD: Según Avedis Donabedian la Calidad de la atención se define como "El tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención".

COMPLICACIÓN: Son aquellos resultados adversos de los procedimientos clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas, de la

infraestructura o de los procesos. y cuando son por reacciones idiosincráticas a los medicamentos propias de los pacientes, se deben llamar «reacciones adversas».

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

CONTROL: Es el conjunto de mecanismos que garantizan que los objetivos de la organización se lleven a cabo en forma apropiada. Puede verse en términos de procedimientos, contenido, auditoría y responsabilidad

EFFECTO ADVERSO: Los efectos adversos son síntomas indeseables previstos que pueden presentar los pacientes ante la prescripción de un determinado tratamiento. Los efectos adversos están directamente relacionados con el uso adecuado de los medicamentos, es decir, cuando no se usan correctamente, los efectos no deseados pueden presentarse y llegar a ser peligrosos para el paciente.

ERROR CLÍNICO: No realizar una acción tal como se planeo.

ERROR DE MEDICACIÓN: Un incidente prevenible que se produce en cualquier etapa del sistema de utilización de los medicamentos, y que puede o no causar daño al paciente.

ERROR MÉDICO: Es el cometido por el profesional de la medicina consciente o inconscientemente, causando daños a sus pacientes. Son tres sus modalidades: imprudencia, negligencia y la impericia. El error médico se refiere a los errores que se suceden en los servicios clínicos bien sea de carácter ambulatorio o de hospitalización y da la sensación a quien lo lee, que en el error estuvo comprometido un médico. Sin embargo, considerando que en el error puede estar involucrado cualquier personal asistencial y no sólo médicos, es conveniente llamarle “error clínico” en lugar de error médico. Los errores clínicos involucran entonces tanto a los eventos adversos prevenibles como a los errores sin daño. El análisis retrospectivo de los resultados obtenidos que son adversos a los esperados, permitirá saber si se está ante la presencia de un error, una complicación, una reacción adversa o combinación de ellas.

ERROR ASISTENCIAL: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud

que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción o por omisión.

ESTÁNDAR: Es un valor arbitrario que se asigna como meta deseada para un indicador.

EVENTO ADVERSO: El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) define los eventos adversos prevenibles como “los daños causados al paciente por un procedimiento médico cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención.” Un ejemplo de evento adverso prevenible es el daño causado a un enfermo por la prescripción errónea de una dosis de medicamento. De acuerdo con la definición del IOM, los eventos adversos son incidentes inesperados y no deseados, asociados directamente con la provisión del servicio al paciente y que pueden originar lesiones, discapacidad o muerte del paciente. La resolución 1446 de 2006 en uno de sus anexos técnicos define evento adversos como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos de no-calidad.

EVENTO ADVERSO POTENCIAL: Ocurre cuando un error que pudo haber resultado en daño, es afortunadamente descubierto y corregido antes de que suceda. La literatura anglosajona la denomina “near miss”.

FALLA ACTIVA: Es la que se produce cuando la equivocación la comete directamente el (la) operador (a), que es quien habitualmente recibe la culpa, aunque muchas veces no existe un solo responsable.

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.

FALLA LATENTE: Es aquella falla en el sistema y no en una persona. Se produce por problemas de comunicación, de controles de calidad o de disponibilidad de recursos.

IMPRUDENTE: Es el médico que actúa sin la cautela necesaria. Es aquel cuyos actos o conductas son caracterizados por la intemperividad, precipitud, insensatez o desconsideración

IMPERICIA MÉDICA: Es la falta de observación de las normas por falta de preparación práctica o por falta de conocimientos técnicos.

INCIDENTE: Acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma³⁹. Conocida como “near miss” en la literatura inglesa. Accidente que no produce lesiones ni daños materiales.

INDICADORES: Los indicadores son la principal herramienta con la que los entes de control cuentan para medir la calidad de los servicios de salud. Por lo tanto se deben tener muy claras la definición de indicador y las características o atributos con los que, científicamente está establecido, debe contar para ser realmente útiles. En cuanto a la definición de indicador existen diferentes conceptos entre los cuales es pertinente mencionar: Un indicador es la expresión matemática que cuantifica el estado de la característica o hecho que se quiere controlar. La definición debe ser expresada de la manera más específica posible, evitando incluir las causas y soluciones en la relación. Se debe contemplar solo la característica o hecho que se observará o medirá. Es un filtro o barrera que identifica o dirige los aspectos específicos del desempeño en una organización de salud hacia áreas que requieren un análisis más profundo. La calidad de la atención al paciente es determinada por varios factores que incluyen: accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, privacidad, confidencialidad, participación y adecuación; los indicadores son usados para evaluar uno o más de los factores anteriores.

INDICADOR DE GESTIÓN: Es una medida que se utiliza a través del tiempo para determinar el rendimiento de las funciones o procesos de una organización, o de una de sus áreas o dependencias, Gestión es resultado, Los mejores indicadores de gestión son indicadores de resultado.

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.

MONITOREO: Se refiere al conjunto de acciones, procedimientos y herramientas que permiten conocer el desarrollo y la operación de una organización, y establecer relaciones entre lo programado y lo ejecutado.

NEGLIGENCIA: Se caracteriza por la falta de acción, indolencia, inercia, pasividad. Es la falta de observación de los deberes que las circunstancias exigen. Es un acto de omisión.

NIVEL DE MONITORÍA DEL SISTEMA: Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas, son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1º del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoría de la calidad de la atención en salud en todo el territorio nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

NIVEL DE MONITORÍA EXTERNA: Entre los diversos actores del S.O.G.C.S., se pueden proponer y utilizar en el marco de sus competencias indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia a la resolución 1446, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la calidad contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 del 2006.

NIVEL DE MONITORÍA INTERNA: Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

REACCIÓN ADVERSA: Complicaciones por reacciones idiosincrásicas a los medicamentos propias de los pacientes.

RIESGO: Es la probabilidad de ocurrencia de un Efecto Adverso o factor que aumenta esa probabilidad. Se denomina riesgo a la probabilidad de que un objeto material, sustancia ó fenómeno pueda, potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física.

SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN: La seguridad clínica forma parte integral de la dimensión técnica de la calidad de atención. El Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección Social la define como...”el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basada en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias”, Como consecuencia de lo anterior, es válido pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la “reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud”. Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. Las proporciones alcanzadas de actos inseguros han exhortado al poder decisorio a establecer políticas en relación con la prevención, medición y evaluación de los errores en la práctica de salud.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SISTEMA: Es el conjunto organizado de elementos o de acciones con un objetivo común preestablecido. La expresión "conjunto organizado" implica una serie de requisitos, sin los cuales no podemos hablar de sistema; por ejemplo, la relación entre los elementos y las acciones del sistema tiene que ser conocida o reconocible.

SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Sus acciones se orientan al mejoramiento de los resultados de la atención en salud centrados en el usuario. Para lograr este objetivo el sistema deberá cumplir con las siguientes características: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad (que se definen en el marco legal).

SISTEMA DE INFORMACIÓN: Es el conjunto de personas, recursos físicos, normas, procesos, procedimientos y datos que funcionan articulados y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de los funcionarios para el cumplimiento de las actividades previstas para la operación y desarrollo de la organización. Es importante mencionar que este, tiene en cuenta la comunicación de los datos

RESUMEN

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, la OMS ha reportado que 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de evento adverso durante su atención o estancia hospitalaria, lo cual demostró aumentó en el costo médico de estas atenciones, al generar estancias prolongadas, o secuelas graves con sus respectivos problemas legales.

En Colombia se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), que tiene como objetivo reglamentar las políticas de seguridad del paciente. El SOGC propone una atención de salud con calidad, al garantizar servicios con accesibilidad y equidad, mediante la atención realizada por un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficio y riesgo.

En este sentido se ha adoptado la política de seguridad del paciente, la cual se enmarca en la necesidad considerarla como el conjunto de estructuras, procesos y métodos que dentro de una organización disminuyen la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso. De igual forma se proponen algunos métodos para realizar el seguimiento de los eventos adversos, para caracterizarlos, identificar las causas, proponer las acciones de mejora y proceder a su reevaluación.

Palabras clave:

Seguridad del paciente, evento adverso, problema, salud, costo médico, atención segura, calidad SOGC, acciones de mejora.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Además, presenta cuatro componentes: El Sistema Único de Habilitación; el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC); El Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

En el marco del SOGC se según el Decreto 1011 del 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social define la calidad de la atención de salud como “La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha desarrollado la reglamentación con lo que respecta a calidad en la atención en salud, entre las cuales se incluye el Decreto 2309 de 2002, el 1011 del 2006, las Resoluciones 1043/2006, 1445/2006, 1446/2006 y 123/2012 entre otras, con el ánimo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de salud en Colombia.

Con el presente trabajo, se pretende evaluar el efecto de las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente en una institución de la red pública del distrito capital, para finalmente proponer recomendaciones para dicha institución, y a su vez sirva de modelo para el mejoramiento de otras.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente en la atención en salud, llevadas a cabo en el Hospital Vista Hermosa, han mejorado la calidad de atención?

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dentro de los procesos que enfrenta el ser humano, uno de los más complejos es la atención en salud y por lo tanto el hecho de que se puedan presentar complicaciones es algo preocupante, razón por la cual se debe tener en cuenta e implementar un sistema de seguridad que permita incluir mecanismos que garanticen la seguridad para el paciente y así prevenir los fallos involuntarios que se puedan presentar durante su atención.

El ser humano realiza labores con la ayuda de tecnología para generar actividades o productos que de maneras súbita pueden presentar resultados inesperados ya sea por fallas en la habilidad propia o de manejo de la tecnología. A nivel asistencial existen muchos factores predisponentes para la generación de eventos que tengan consecuencias poco favorables para la salud del paciente.

A diferencia de la industria de la aviación, en las instituciones sanitarias no existe una tradición de sistemas estructurados que permitan la notificación de los errores y los eventos adversos. En este punto, países como EEUU, Canadá, Australia, Reino Unido y otros han establecido como prioridad para incrementar la seguridad en sus sistemas sanitarios, la creación de sistemas de registro y notificación de eventos adversos¹

“Desde tiempos remotos el ser humano ha visto la importancia de estudiar y controlar los riesgos en la atención en salud; en el año 1956 Moser las había llamado “las enfermedades del progreso de la medicina”. En 1964, Schimmel publicó que el 20% de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y evidenció que una de cada cinco era grave. En el año 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EE.UU.), publicó el informe “To err is human: building a safer health system”. Este informe mostró al mundo el número

¹ Joaquim Bañeres, Carola Orrego, Rosa Suñol y Victoria Ureña. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):216-22.

de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizó el carácter sistémico de los errores y planteó estrategias para su prevención. Para el 2005, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) presentó una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el National Quality Forum.

En 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje. En Canadá, en 2003 se creó el Canadian Patient Safety Institute; asimismo, el National Health Service en el Reino Unido establece un organismo específico para la temática, la National Patient Safety Agency. En el 2004, la agencia británica publicó un documento titulado “*7 steps to patient safety*”.²

“En el 2005 se publicó la “Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente”, que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los estados miembros”, sujetos atendidos, y que al menos un 40% de ellos se pudieron evitar³.”

“A nivel mundial se han descrito un alto número de eventos que amenazan y afectan la seguridad del paciente en la atención en salud, a su vez se han formulado políticas y diseñado estrategias con las cuales se puedan prevenir y disminuir las complicaciones en caso de que se manifiesten. Según el estudio latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud, los incidentes y eventos adversos pueden alcanzar un 10% de los sujetos atendidos, y un 40% de ellos se pudieron evitar⁴.”

Entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. En Estados Unidos se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo⁵

² Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud : Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente <http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea8/introduccion.html>

³ Carlos Édgar Rodríguez H. Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y Acreditación en Salud. Revista Normas & Calidad. <http://www.acreditacionensalud.org.co>

⁴ Carlos Édgar Rodríguez H. Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y Acreditación en Salud. Revista Normas & Calidad. <http://www.acreditacionensalud.org.co>

⁵ Ibid

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió en junio de 2008 en la resolución 1740 la Política de Seguridad del Paciente, que tiene inferencia directa sobre los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): Habilitación, PAMEC, Acreditación, Sistema de Información para la Calidad. Además de una guía técnica de buenas prácticas para promover el mejoramiento en la atención

En Colombia se han descrito casos de incidentes y eventos adversos importantes que han causado complicaciones importantes y muertes; así como también, muchos otros nunca fueron reportados; la falta de reporte de incidentes o eventos adversos lleva al desconocimiento de las consecuencias de los errores de la práctica en salud; así mismo, no realizar un adecuado análisis y seguimiento no permite orientar a las causas de dichos incidentes o eventos adversos y por consiguiente no se tienen las medidas necesarias para la prevención y manejo de complicaciones de las mismas .

2. JUSTIFICACIÓN

La medicina en Colombia ha alcanzado altos niveles de reconocimiento debido a su prospero desarrollo, pero desafortunadamente éstos avances pueden ir acompañados de situaciones de riesgo para el paciente. La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.⁶ Siendo esto un problema de salud pública que afecta a los países de cualquier nivel de desarrollo.

El evento adverso se puede presentar en cualquier actividad y se presume como un indicador de mala calidad en salud.

La necesidad de mejorar las condiciones de los pacientes y de los trabajadores de la salud para promover un ejercicio seguro de la profesión médica e incrementar la calidad de la atención en los servicios de salud y la necesidad de mejorar y promover cultura de reporte de eventos adversos justifica el presente estudio.

Según la OMS, la atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año⁷.

⁶ The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

⁷ *Ibíd.*

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente durante el año 2011 y 2012 en el Hospital Vista Hermosa de la red distrital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el comportamiento observado del efecto de las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente durante el año 2011 y 2012 en el Hospital Vista Hermosa.
- Recopilar y describir el número de casos reportados de eventos adversos durante el año 2011 y 2012 en el Hospital Vista Hermosa.
- Caracterizar los eventos adversos por grupos de edad, género, tipo de incidente, áreas que reportan y régimen de salud perteneciente.
- Proponer mecanismos y recomendaciones para que la atención en salud sea más segura en el Hospital Vista Hermosa.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal descriptivo no experimental, se analizó la información suministrada por Hospital Vista Hermosa, del reporte de incidentes y de eventos adversos ocurridos durante o después de la atención prestada, en el año 2011 y 2012.

4.2. POBLACIÓN

La población la conformaron las pacientes que tuvieron algún incidente o evento adverso en el Hospital Vista Hermosa los años 2011 y 2012, teniendo en cuenta que es un hospital de nivel I, que se encuentra ubicado en el sur occidente de Bogotá, en Ciudad Bolívar, con una población de 611.221 habitantes, una de las más grandes del Distrito Capital y con los mayores índices de vulnerabilidad, se registra una la población atendida en el 2011 de 222.927 pacientes y en el 2012 se atendieron 199.489 pacientes

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1. MARCO LEGAL

En 1991, con la intervención de la Asamblea Nacional Constituyente quien aprobó la nueva Constitución Política colombiana, y definió en cuanto a la seguridad social lo siguiente: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia”.

Tomando como base el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991, la salud se presenta como un derecho económico, social y cultural; además, en varias sentencias de la Corte Constitucional, se refiere a la salud como un derecho fundamental e irrenunciable en ninguna circunstancia. Adicionalmente, se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, debido a la conformación de la Ley 100 de 1993, donde se estructura un esquema en el que participan varios actores, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) quienes administran y articulan el sistema, y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de carácter público y privado, con la función de atender a la población en general.

En Colombia se empieza a hablar de manera importante sobre la atención en salud con calidad a partir de la década del 90, especialmente desde que entra en vigencia la Constitución Política de 1991, donde se expresa una preocupación real por la calidad de la atención en salud, quedando consignada en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, y hoy en día reglamentada en el Decreto 1011 de 2006, entre otros.⁸

La Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral; establece una nueva legislación sobre seguridad social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Sistema General de Riesgos Profesionales y en Servicios Sociales Complementarios. Esta ley le dio un cambio al sistema de salud colombiano y destacó, entre otros, el concepto de calidad como factor importante para la prestación del servicio.

⁸ Ministerio de la Protección Social. Calidoscopio 2007;3:3-12

El Decreto 2174 de 1996 define, adopta y organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y formula las características de la calidad en la atención en salud (Universalidad, equidad, oportunidad, seguridad, accesibilidad, racionalidad técnica). Los objetivos del Sistema de Garantía de Calidad incluidos en el artículo 5, hablan de estimular el desarrollo de un sistema de información de calidad, que facilite la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control, y contribuya a una mayor información de los usuarios.

El Decreto 2193 de 2004 establece las condiciones y procedimientos para obtener información periódica y sistemática que permita efectuar seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de lo público y la evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud que permitan medir su impacto en el territorio nacional, estas serán de obligatorio cumplimiento. Actualmente, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se preocupan por responder con esfuerzos económicos y administrativos a la normatividad vigente, específicamente en relación con los procesos de habilitación, como forma de certificar frente a la sociedad que cumple con los requisitos mínimos para dar una atención en salud con calidad y acreditación, lo cual representa frente a la sociedad disponer de los más altos estándares de calidad para ofrecer atención en salud.

Durante el período 1999 - 2001, el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) ejecutó con ayuda del Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation (QUALIMED), el proyecto de evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de Garantía de Calidad para las instituciones de salud en Colombia. Sus aportes fueron de gran trascendencia para desarrollar el Decreto 2309 de 2002 que reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, hoy contemplado en el Decreto 1011 de 2006.

Según el Decreto 2309/02 la calidad de la atención de salud es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, donde se tienen en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

El Decreto 1011 de 2006, indica que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben cumplir con el total de estándares de habilitación, Implementar el

modelo de acreditación como una estrategia para el mejoramiento continuo de los procesos, implementar actividades de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y cumplir con el desarrollo del Sistema de Información para la Calidad con las especificaciones de los indicadores que allí se señalen. Las IPS deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales para realizar una evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, que garantice los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales. Las características que tiene este sistema y por las cuales debe velar para que se cumplan están: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia y la continuidad.

La Resolución 1043 de 2006, con sus anexos técnicos 1 y 2, establece las condiciones que los prestadores de servicios de salud deben cumplir para habilitar sus servicios e implementar el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención. En noveno estándar determina el seguimiento a los riesgos que se deriven de la prestación de servicios de salud, la protección de los riesgos a los cuales están expuestos los usuarios en la prestación de servicios, mediante procesos obligatorios de evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

La Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la calidad y se adoptan Indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, teniendo como talón de Aquiles la oportunidad y los lineamientos para la vigilancia de los eventos adversos.

La Circular 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud dicta instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud, los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención, entre los cuales establece el indicador de vigilancia a eventos adversos.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, contará con las características de accesibilidad y oportunidad al servicio de salud, así como la seguridad, pertinencia y continuidad. Cuenta con cuatro aspectos: el Sistema único de Habilitación; La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud; El Sistema

único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad, siendo funciones del último aspecto el de monitorear y hacer seguimiento a la calidad de los servicios prestados, orientar a la población general para la selección de una Institución Prestadora de Servicios, referenciar sobre la calidad de los servicios y finalmente estimular e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos. (Decreto 1011 de 2006).

Según el SOGCS para el mejoramiento de la calidad en la atención, se deben llevar a cabo tres acciones fundamentales, que incluyen las acciones preventivas o en forma anticipada a la atención de los usuarios para garantizarla la mejor calidad durante la atención. Acciones de seguimiento, como actividades de auditoría y acompañamiento de los procesos prioritarios dentro de la misma organización. Y finalmente acciones coyunturales, como el conjunto de procedimientos de auditoría deben realizar los profesionales y la organización, con el fin de informar la ocurrencia de algún evento adverso, así como su análisis, para facilitar las acciones de prevención, intervención y solución inmediata del mismo.

Según el Decreto 2309/02 anteriormente mencionado, los procesos de auditoría son obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

Este proceso de auditoría implica realizar actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, así como comparar entre la calidad observada y la calidad esperada, para generar medidas tendientes a corregir las desviaciones de los parámetros previamente establecidos.

Debido a la importancia del tema, en Colombia se generó la necesidad de formular políticas que garantizaran la seguridad del paciente, mejorando la calidad de la atención en salud. En este sentido el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 2679 del 3 de agosto del 2007, tiene en cuenta el Decreto 1011 del 2006, para establecer acciones que orienten a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrándose en el usuario y en la prevención de eventos adversos, donde mediante el control de indicadores de calidad, se genera una información de vital importancia para la gestión en las instituciones sobre este tema.

Respecto a las condiciones de capacidad tecnológica y científica, en el Decreto 1011/06 se considera que las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con unos requisitos básicos de estructura y procesos que resulten suficientes para prestar una atención en salud de calidad, y reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios.

La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 de 2006 como “Una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia. Además, tiene la función de articular técnicamente el Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), para que actúen de manera coordinada.

Posteriormente, se establece oficialmente el primer documento nacional que trata sobre una política de seguridad del paciente denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia fue promulgado por el Ministerio de Salud y Protección Social en junio de 2008, luego en el 2009 se crea la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Dicha política promulgada en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), y su objetivo principal fue 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 más seguras y competitivas internacionalmente.⁹

Finalmente, hasta el 4 de marzo de 2010 se aprueba la Guía Técnica (Versión 001) de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, por parte de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de Salud y Protección Social y liderada por la Unidad Sectorial de Normalización. Basándose en los Lineamientos del año 2008 anteriormente desarrollados. El propósito de esta guía fue brindar a las instituciones de salud pública y privada, así como también a profesionales, ciertas recomendaciones técnicas para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

⁹ Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Min. de la Protección Social. Bogotá D.C, Noviembre de 2008.

En la Resolución 123 del 2012, se considera que el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá ajustar periódicamente los estándares del SOGC de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, quienes actualmente elaboraron y expidieron el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, para responder a las exigencias internacionales en cuestiones de calidad en la atención.

5.2. MARCO TEÓRICO

5.2.1. Seguridad del paciente. El ejercicio de la medicina en el pasado solía ser simple, poco efectivo y relativamente seguro, el entorno de la práctica clínica del siglo XXI se ha transformado en complejo y efectivo¹⁰.

Según la OMS el significado de seguridad del paciente “Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención”.

El riesgo es la probabilidad de que se produzca un incidente, a su vez un incidente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente; peligro es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño. El evento adverso es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo algún daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles. El primero hacer referencia a la acción no intencional que se pudo haber evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. El segundo es la acción no deseada, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares. Mientras que una complicación, es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud, a las condiciones propias del paciente o como resultado de una enfermedad.¹¹

¹⁰ Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet 1999;353:1178-81.

¹¹ OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1, Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009.

En América Latina, en 1980, uno de los principales aportes al estudio de la calidad de la atención lo hizo Donabedian,¹² el cual es considerado como el padre de la atención en salud, definiendo la calidad como una propiedad de la atención en salud y a la vez es un juicio frente a ella, donde se podría realizar un control de calidad en la asistencia sanitaria sobre tres pilares básicos que son análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis del resultado.

Posteriormente la seguridad del paciente alcanzó relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Errar es humano".¹³ Este tema es actualmente promovido en la mayoría de los países del mundo por gobiernos, asociaciones médicas y organizaciones relacionadas con los procesos de salud, incluida la Organización Mundial de la Salud, quien desde el año 2004 creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente".¹⁴

Varios estudios realizados alrededor del mundo, presentan diversos análisis para evaluar la incidencia de los eventos adversos, algunos de los más relevantes son los estudios de Nueva York, Utah y Colorado, Australia, Nueva Zelanda, Londres y Dinamarca y él en el mundo de habla hispana se destacan los estudios de incidencia ENEAS y APEAS realizados en España.¹⁵ Por otro lado, en el estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, el cual fue desarrollado en 58 hospitales de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, la prevalencia de los eventos adversos fue de 10.5%.¹⁶

En Colombia y en el mundo en general, el campo de la medicina se ha desarrollado notablemente en los últimos años, particularmente nuestro país ha alcanzado un amplio reconocimiento a nivel nacional e internacional. Sin embargo en la medida que se desarrollan los avances científicos, también se incorporan nuevos riesgos en la atención en salud, sin que necesariamente haya habido una intención de hacer daño por parte de los profesionales de la salud, más bien

¹² Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press; 1980.

¹³ Kohn, Linda T. et al. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Editado por National Academies Press, 2000. ISBN 0309068371, 9780309068376

¹⁴ Ceriani Cernadas, José M. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Editorial. Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 107 N° 5 - Octubre 2009.

¹⁵ Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

¹⁶ Informe Final Estudio IBEAS. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2010 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

ocurre un desconocimiento y falta de prevención de las posibles situaciones que pueden generar eventos adversos.

La tarea de mejorar la calidad en la atención mediante la prevención de eventos adversos no es cuestión fácil, pero tampoco es imposible, prueba de ellos 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.¹⁷

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. Poder establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas. 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.¹⁸ Se observa que solamente en un 1,5% de todos los episodios adversos se produce un informe.¹⁹

Según el observatorio de calidad del Ministerio Salud y de Protección Social, se deben establecer unos principios fundamentales los cuales orienten todas las acciones para mejorar la seguridad del paciente, dentro de las cuales se incluyen tener un enfoque de atención centrado en el usuario; contar con una cultura de seguridad colmada de confidencialidad y confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad; integrar la política de seguridad del paciente con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, así como involucrar las diferentes áreas de las organizaciones y los diferentes actores; implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible; involucrar al paciente y su familia para construir acciones de

¹⁷ Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=1

¹⁸ Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C, 11 Junio de 2008.

¹⁹ O'Neil AC, Petersen LA, Cook EF, Bates DW, Lee TH, Brennan TA. Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events. *Ann Intern Med.* 1993; 119:370-6.

mejora, y finalmente respaldar al profesional de la salud frente a señalamientos injustificados.

En la actualidad existen múltiples referencias para generar el análisis e investigación de incidentes clínicos en las instituciones, uno de ellos es el protocolo de Londres y otro es el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (Versión 1.1) Informe Técnico Definitivo de enero del 2009, este último se implementó en el Hospital Vista Hermosa a partir del 2012 para el seguimiento de los eventos adversos, el cual aborda de una manera más profunda los diferentes riesgos que pueden generar un incidente no deseado.

Esta clasificación es de la siguiente manera: tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud, tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales, tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos, tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud, tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales, tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados, tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos, tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales, tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos, tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente, tipo 11: Caídas de pacientes, tipo 12: Accidentes de pacientes, tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico, tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional, tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología.

Esta clasificación internacional de la OMS permite hacer una categorización de la información sobre seguridad del paciente, por medio de agrupaciones normalizadas mediante conceptos y definiciones acordadas internacionalmente, se ha ideado para facilitar la descripción, comparación medición y seguimiento de los principales factores de riesgo que generan incidentes.

5.2.2. Objetivos de la política de seguridad del paciente según el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Orientar las políticas institucionales así como el diseño de los procesos de atención en salud, para promover una atención en salud más segura, reduciendo la incidencia de incidentes y eventos adversos, mediante la

creación de un entorno seguro de la atención para 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, por medio de metodologías científicamente probadas y la incorporación de medidas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema con el fin de mejorar la calidad en la atención en salud, mediante la obtención de resultados tangibles y medibles. Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento de los factores que pueden influir potencialmente en mejorar la seguridad de los procesos de atención en salud.
- Socializar a la opinión pública y los medios de comunicación sobre los principios de la política de seguridad del paciente.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.
- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

La ocurrencia de un evento adverso, es el resultado de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido su aparición, o es debido a falta de prevención del mismo. Posteriormente es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso, puede ser mediante 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.²⁰

²⁰ Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C, 11 Junio de 2008.

Según el observatorio de calidad de la atención en salud, 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.
- Tareas dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos en cuanto a formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación y dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano como cansancio o fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas con el fin de prevenir las caídas de pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.
- La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como una estrategia para conseguir un entorno seguro y promover una cultura de seguridad.

Además de lo anteriormente mencionado, el Ministerio Salud y Protección Social establece unas pautas muy claras sobre cómo implementar la política de seguridad del paciente, lo que significa abordar temas como la creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos garantizando la confidencialidad de los análisis y teniendo como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad; instauración de estrategias organizacionales como el trabajo en equipo, capacitación, entrenamiento y homologación de conceptos y definiciones claves sobre el tema; integración con otras políticas y procesos institucionales; definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

Sobre los sistemas de reporte es importante que estos sean confidenciales, 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 su denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos. 29

Respecto al manejo del entorno legal, la política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad, tanto las experiencias internacionales como la nacional evidencian claramente que benefician a las instituciones y al profesional de la salud ya que previenen la ocurrencia de eventos adversos y la disminución de los procesos legales ya que con mejores protocolos de manejo del paciente se puede evitar que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.²¹ El Ministerio de Salud y Protección Social recomienda que al interior de la institución se estimule el reporte y se sancione administrativamente y éticamente el no reporte, así como también la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento.

5.2.3. Elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente según el ministerio de salud y protección social:

- Promover una estrategia educativa, como la formación de multiplicadores de la política de seguridad del paciente; formar verificadores de habilitación con enfoque de riesgo; promover en las Universidades la formación y la investigación en Seguridad del Paciente; establecer acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad.
- Promover estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores (reporte intrainstitucional y extrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad).
- Construir un Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud; promover una estrategia de incentivos y socialización de experiencias exitosas; coordinar la acción de los organismos de vigilancia y control con la política de seguridad del paciente y la difusión de Alertas de Seguridad del paciente.

²¹ Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de Salud y Protección Social: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=1

5.3. PROYECTO IBEAS ²²

El proyecto IBEAS ha sido el resultado de la contribución entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, este ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales.

En el proyecto IBEAS han participado 58 centros de 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados

El estudio más importante de seguridad del paciente fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el Harvard Medical Practice Study (HMPS), que estimó una incidencia de EA de 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era principalmente establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no tanto medir la posibilidad de prevención de los mismos. El EA más frecuente fueron las reacciones a los medicamentos (19%), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%).

Así en el Quality in Australian Health Care Study (QAHCS), estudio realizado en 28 hospitales de Sur Australia y de Nueva Gales del Sur, se encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de ellos prevenibles. Las razones que se podrían argumentar para explicar las diferencias obtenidas en las tasas entre los estudios de Nueva York y Australia, que son los estudios con las medidas de frecuencia más dispar (2,9% vs. 16,6%), podrían ser las siguientes: a) diferente definición de EA: en el HMPS el EA sólo se consideraba una vez (se descubriese antes o durante la hospitalización a estudio), mientras que en el QAHC el EA se incluía tantas veces como admisiones produjera durante un año; b) los motivos de los estudios eran diferentes; c) los dos estudios se hicieron según la información registrada en las historias médicas (estudios retrospectivos) pero en periodos de estudio bien distintos y con estilos de práctica clínica también diferentes.

²²Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/autotest.aspx

En el estudio de Vincent, realizado en dos hospitales de Londres, se obtuvo una incidencia de EA del 10,8% en 1.014 pacientes hospitalizados entre 1999 y 2000, siendo prevenibles un 48% de los mismos. La especialidad con más EA fue cirugía general, con un porcentaje de pacientes con EA de 16,2%.

Otros estudios que se podrían destacar son los de Davis realizado en Nueva Zelanda en 1995 y el de Baker en Canadá en 2000, que obtuvieron unas tasas de EA de 12,9% y 7,5%, respectivamente, siendo el servicio de cirugía el responsable de producir la mayoría de EA.

En el ENEAS se estimó la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionadas en otro hospital) en un 8,4%. La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue un 9,3%. La densidad de incidencia fue de 14 EA por cada 1000 días de estancia-paciente. La densidad de incidencia de EA moderados o graves fue de 7,3 EA por cada 1.000 días de estancia. El 42,8% de los EA se consideró evitable. El último estudio prospectivo publicado es el estudio nacional francés. En él se estudiaron 35.234 estancias en 8.754 pacientes en 71 hospitales, encontrándose una densidad de incidencia de 6,6 EA por cada 1.000 estancias, siendo el 35% de ellos evitables. El periodo de seguimiento fue de 7 días, por lo que los pacientes que ya estaban ingresados cuando empezó la recogida de datos presentaron una densidad de incidencia mayor que los que se fueron de alta antes de que finalizara, mostrando así el papel que juega la estancia hospitalaria en la génesis de los EA.

En el estudio IBEAS se analizan todos los pacientes hospitalizados durante una semana (revisando cada cama una sola vez -una estancia para cada paciente-). Se estudia la hospitalización completa al alta de aquellos pacientes que presenten EA (registrándose la duración de la hospitalización de los pacientes sin EA-sólo fecha de ingreso y fecha de alta). Esta estrategia permite estudiar el impacto del EA salvando las particularidades de este diseño.

El estudio se realizó a Hospitales de cinco países de Latinoamérica: México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia.

Todos los pacientes ingresados en el hospital en el momento del estudio (una semana) sea cual sea la causa del ingreso o la especialidad o el servicio (incluyendo niños sanos en programa de protección de menores). Se estimó necesario un tamaño de muestra en torno a 2000 pacientes en cada país para

alcanzar una precisión mínima de un 1,5% con una prevalencia estimada del 10% y unas pérdidas del 5%, aunque no se pretendía realizar inferencia debido a que el muestreo no era aleatorio. Se esperaba encontrar 40 EA por hospital, 200 EA por país y 800 EA para todo el proyecto. Debido a que el objetivo del estudio era dotar a los países de esta metodología antes que hacer inferencia de los resultados obtenidos a la región o al propio país, el muestreo en cada uno de los países fue por oportunidad. La prevalencia global de pacientes con algún EA fue de un 10,5%. La prevalencia de EA fue de 11,85%. Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. Los 5 EA más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los EA identificados.

La incidencia global de pacientes con algún EA fue de un 19,8%. La incidencia de EA fue de 28,9%.

Las variables que explican que un paciente sufra un EA durante la hospitalización son: el servicio donde está ubicado (mayor riesgo en servicios quirúrgicos y UTI), si ha ingresado de forma urgente, el tiempo total de hospitalización y si ha sido expuesto a factores de riesgo extrínseco (vías de entrada) o presenta algún tipo de co-morbilidad.

El 10,3% de los EA tuvo lugar antes de la hospitalización a estudio. Estos suelen ser más graves que los que ocurren durante la hospitalización. Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%, con el uso de la medicación en un 9,87%, con la infección nosocomial en un 35,99%, con algún procedimiento en un 26,75% y con el diagnóstico en un 5,10%. Los 5 EA más frecuentes fueron las úlceras por presión (8,92%), las infecciones de herida quirúrgica (7,96%), las neumonías nosocomiales (6,37%), sepsis o bacteriemia (6,37%) y las flebitis (5,73%), acumulando un total del 35,4% de los EA identificados.

Al igual que en el estudio de prevalencia, es prioritario actuar sobre la infección nosocomial así como sobre EA relacionados con los cuidados. Una metodología de evaluación de la seguridad del paciente eficiente, efectiva y adaptada a las características asistenciales de los hospitales de Latinoamérica contribuirá:

Al conocimiento de la magnitud, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes de los EA. A planificar estrategias de monitorización y vigilancia. A orientar las políticas y priorizar las actividades dirigidas a su prevención.

El desarrollo del estudio IBEAS ha proporcionado oportunidades añadidas de aprendizaje, ha representado un elemento “en sí mismo” de capacitación. Los resultados en términos de datos no son lo más relevante. Lo destacado de este estudio ha sido la inclusión de la seguridad del paciente en la agenda política de los países participantes y de otros países de la región, incluso antes de conocer los resultados.

Lograr una atención sanitaria más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica por un lado, poner en práctica aquellas actuaciones que han demostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias; y por otro, generar, mediante la investigación, nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial⁴⁸. Y éste puede ser, sin duda, el valor añadido del estudio IBEAS.

5.4. HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.4.1. Protocolo de Londres²³. El protocolo de Londres es una herramienta útil para la investigación y análisis de incidentes, eventos adversos, así mismo orienta para realizar recomendaciones para la corrección de los mismos.

El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Ayuda a identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente.
- Guía al conocimiento de la serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso.

²³ Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social: Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK). http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/herra_seguridad.aspx

- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.
- Los métodos son diseñados en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

5.4.2. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos²⁷. Este modelo requiere que las decisiones sean tomadas en los niveles gerenciales de la institución, que estas sean transmitidas hasta los sitios de trabajo donde pueden presentarse incidentes o eventos adversos.

Se deben diseñar barreras para evitar incidentes, eventos adversos y evitar o mitigar sus complicaciones. Las barreras pueden ser de tipo físico (barandas); natural (la distancia); acción humana (listas de verificación); tecnológico (códigos de barras); y control administrativo (entrenamiento y la supervisión).

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.

En la figura 1, se muestra el modelo organizacional de incidentes clínicos, donde la toma de decisiones se da por niveles dependiendo el área donde ocurre el incidente o evento adverso.²⁴

²⁴ observatorio de calidad de atención en salud, Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.



Fuente: Centro de gestión hospitalaria. seguridad del paciente: casos para análisis.

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. Las acciones inseguras tienen dos características: La atención se aparta de los límites de una práctica segura y la desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente. (Ejemplo: No monitorizar, tomar una decisión incorrecta, no buscar ayuda cuando se necesita).

Contexto clínico. Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento 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 el miembros del equipo asistencial, carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente).

5.5. INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Durante el análisis de un incidente y evento adversos se debe estudiar comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones.

La primera actividad del proceso de análisis es la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea, se continúa con la valoración del contexto institucional y las circunstancias en que se evidencian los errores, (factores contributivos).

En los factores contributivos encontramos los del paciente (situación clínica, personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos).

Los factores tecnológicos influyen en que pueden fallar, dar datos errados, lo cual contribuiría a la aparición de errores por toma de decisiones teniendo como base dichos datos.

Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que pueden contribuir a que se cometan errores.

Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos.

Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros.

El proceso de investigación y análisis fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves.

El investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo

extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.

En la figura 2, se puede ver el proceso para la toma de decisiones de acuerdo al incidente o evento adverso ocurrido.

Figura 2. Ruta para investigar y analizar incidentes y eventos adversos clínicos.



Fuente: Centro de gestión hospitalaria. seguridad del paciente: casos para análisis.

5.5.1. Identificación y decisión de investigar. Una vez identificado el incidente o evento adverso la institución debe considerara si inicia o no la investigación. Esta decisión se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente o evento adverso y el aprendizaje organizacional al que este puede guiar.

5.5.2. Selección del equipo investigador. Se debe crear idealmente un equipo de trabajo para la labor de investigar el incidente o evento adverso, debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Un equipo debe contar con: Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos, punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico), autoridad administrativa (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.), , autoridad clínica (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista, etc.), miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente o evento adverso, no involucrado directamente.

5.5.3. Obtención y organización de información. Se debe recolectar información que incluya como mínimo: Historia clínica completa, protocolos,

procedimientos relacionados con el incidente o evento adverso, declaraciones y observaciones inmediatas, entrevistas con los involucrados, evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).

Las observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando orienten a obtener información que contribuya al desarrollo de la investigación, 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 cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron por ejemplo, equipo defectuoso y no están descritas en la historia clínica.

Las observaciones acerca de supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe ser recolectada lo más pronto posible después de ocurrido el incidente. Se deben realizar entrevistas personales a las personas involucradas para obtener mayor información sobre el incidente y evento adverso, se debe identificar las acciones inseguras y los factores contributivos.

5.5.4. Cronología del incidente. Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente o evento adverso, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier incoherencia entre las fuentes. Se puede realizar por medio de la narración del evento adverso o incidente; también se pueden hacer dos diagramas uno con la secuencia de pasos que llevaron a que se presentara el incidente o evento adverso y otro en el que se explique secuencialmente el manejo, al comparar se puede hallar la causa de dicho evento adverso o incidente.

5.5.5. Identificar las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras específicas consideradas como objeto causal.

5.5.6. Identifique los factores contributivos. Se debe identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se han identificado las de acciones inseguras se seleccionan las más importantes, se analizan cada una, y relacionarlas con su propio conjunto de factores contributivos.

5.5.7. Recomendaciones y plan de acción. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura.

El plan de acción debe incluir la siguiente información:

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

Las recomendaciones deben ser congruentes con la complejidad y recursos de la institución, además direccionar a mejoras comprobables. Se debe categorizar las recomendaciones en orden jerárquico de los cargos más altos hasta los más bajos para así estimular la cultura de reporte y participación del personal asistencial y administrativo.

5.6. BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ²⁵

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros.

²⁵ Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de Salud y Protección Social: Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/herra_seguridad.aspx

La gestión inicia por la política institucional de Seguridad del Paciente, la promoción de la cultura de seguridad, sistema de reporte de eventos adversos, el aprendizaje colectivo, y formato o método de reporte.

Se debe brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.

Se debe contar con vigilancia y seguimiento a los procedimientos de referencia de pacientes, procedimientos para la autorización de servicios, análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente, seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS.

Se recomienda la estandarización de procedimientos de atención desarrollando guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Implementar un ambiente físico y tecnología en salud seguros, evaluando las condiciones de localización segura, las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional), las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia, las condiciones ambientales a cada uno de los servicios para disminuir el riesgo de Infección Intrahospitalaria.

Para el recurso tecnológico se debe implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar. Se debe elaborar e implementar un modelo de seguridad de los equipos. Evaluar si satisface la seguridad de los pacientes y analizar los equipos a partir de los reportes de tecno vigilancia.

Las soluciones para la seguridad del paciente sugeridas por la OMS se centran en los siguientes aspectos:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
- Identificación de pacientes.
- Comunicación durante el traspaso de pacientes.
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos.

- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir infecciones.

5.6.1. Procesos asistenciales seguros ²⁶. El Ministerio de Salud y Protección Social, antes llamado “Ministerio de la Protección Social”, elaboró una guía técnica de “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” Versión 1 del 31 de diciembre de 2009, cuyo objetivo fue “Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud”.²⁷

“Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.”²⁸

“Las infecciones a prevenir son: Infecciones de sitio operatorio (ISO), endometritis, de neumonías nosocomiales (en especial la asociada a ventilador), infecciones transmitidas por transfusión (ITT), flebitis (infecciosas, químicas y mecánicas), infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (ej. Catéteres centrales y periféricos) e infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.”

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a desarrollar la promoción de la higiene de manos.”²⁹

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS³⁰:

²⁶ referencia: observatorio de calidad de la atención en salud, paquetes instruccionales: guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.

²⁷ Fuente: observatorio de calidad de la atención en salud.

²⁸ bibliografía: recomendaciones guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. unidad sectorial de normalización

²⁹ bibliografía: recomendaciones guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. unidad sectorial de normalización

³⁰ Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

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

5.6.2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos²⁹. "Las acciones para disminuir los incidentes y eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente."³⁰

Procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son: La participación del químico o farmacéutico en los procesos de dispensación, administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad, asegurar la correcta entrega de los medicamentos, realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos administración de los y dispositivos médicos; definir mecanismos para prevenir errores en la medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea), asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos, implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos; identificar los medicamentos de alto riesgo.³¹

Se debe verificar el estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.³¹

Asegurar que exista protocolo para el proceso almacenamiento de los medicamentos en donde se explique la cadena de frío, se realice custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.³¹

Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia y definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos; especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días

Se debe asegurar que no haya confusión entre alergias provocadas por medicamentos y los efectos secundarios del medicamento. Así mismo crear listas de chequeo que garanticen que se conoce durante la atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.³¹

5.6.3. Prevención y reducción de la frecuencia de caídas³¹. Se debe clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución, en el que se evalúen los antecedentes de caídas, la identificación del paciente, si esta agitado o no, si está o no funcionalmente afectado, la frecuencia con que va al baño, si tiene o no la movilidad disminuida y si se encuentra o no bajo efectos de sedación.

Implementar acciones para evitar caídas como: implementar superficies antideslizantes en el piso, bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas, camillas con barandas, adecuada iluminación y eliminación de obstáculos en los pasillos y áreas de circulación.

5.6.4. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Asegurar que en el momento de realizar un procedimiento quirúrgico se haga plena identificación del paciente, su patología, cirugía y tratamiento a realizar, haciendo énfasis a realizar el procedimiento correcto a la persona correcta en el lugar del cuerpo correcto³¹.

5.6.5. Prevenir úlceras por presión. Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes, la exposición prolongada a una cierta

³¹ bibliografía: recomendaciones guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. unidad sectorial de normalización

cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar puede originar necrosis de la piel y ulceración. Tan sólo dos horas de presión ininterrumpida pueden originar los cambios mencionados, su clasificación va desde el enrojecimiento de la piel a la presencia de lesiones con cavernas y lesiones en el músculo o hueso (estadio IV)³¹.

La prevención de estas se encamina a la identificación de personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación³¹.

La identificación del riesgo de úlceras por presión se debe realiza mediante actividades como son la valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional; se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí a diario³¹.

5.6.6. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente, el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico³¹.

5.6.7. Garantizar la correcta identificación del paciente, las muestras en el laboratorio y ayudas diagnósticas. Es necesario que los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables³¹.

Se deben incluir elementos esenciales para la identificación del paciente en el laboratorio tales como: La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. la comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado y aportar datos básicos de identificación (nombre completo, número de Identificación, fecha de nacimiento entre otros)³¹.

Seguimiento a guías de manejo en el servicio de laboratorio y radiología

5.6.8. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.

La institución debe desarrollar procesos para identificar riesgo, clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente, prevenir suicidios, prevenir agresión física, violación, consumo de cigarrillo y psicoactivos, pérdida de pacientes e Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura)³¹

5.6.9. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo. Se debe garantizar que la atención en salud durante la gestación sea posible mediante el mejoramiento al acceso a los servicios de salud, se realice una correcta valoración del riesgo obstétrico, realizar un manejo adecuado, en el nivel de atención adecuado y así prevenir en cada etapa de la gestación incidentes, eventos adversos y complicaciones, además de contar con el personal tecnicientífico e implementos con los cuales también sea posible afrontar con éxito las complicaciones que se presenten³¹.

Se deben manejar condiciones de asepsia para ofrecer la atención de un parto sin infecciones y seguro por personal idóneo

Se debe contar con un sistema de comunicación y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel.

5.6.10. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Es necesario gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. Se debe definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica, definir acrónimos o abreviaturas que no serán usadas, tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información, promover la comunicación en los cambios de turno y entrega de paciente³¹.

La prevención del cansancio en el personal de Salud debe ser tenida en cuenta ya que se ha identificado como uno de los factores que afectan la seguridad de los pacientes. En la prevención se debe tener en cuenta la proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta el servicio, la asignación de horas de jornada laboral, prevenir las jornadas laborales continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados y propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud³¹.

Otro factor importante es el de promover la cultura del consentimiento informado, garantizando que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente, se debe asegurar su registro en la historia clínica, debe ser entendido y consentido por el paciente e implementar mecanismos para verificar su cumplimiento³¹.

5.6.11. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad. Se debe tener en cuenta que si el paciente conoce su estado de salud y está comprometido con el tratamiento instaurado puede ser el primero que evite la ocurrencia de un incidente o evento adverso. Si un paciente o sus allegados han tenido antecedente de haber presentado un incidente o evento adverso pueden mostrarse proactivos en la prevención de los mismos. Es importante tener en cuenta que se le debe siempre dar al paciente recomendaciones para el autocuidado de su seguridad³¹.

6. CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL VISTA HERMOSA³²

“El Hospital vista hermosa es un Hospital de I Nivel de Atención, dedicado a prestar servicios de atención primaria en salud y de forma complementaria servicios especializados en salud mental y habilitación funcional, se cuenta con 11 centros de atención.”³²

“Está ubicado en el sur occidente de Bogotá en la localidad 19 de Ciudad Bolívar, con una población de 611.221 habitantes, una de las más grandes del Distrito Capital y con los mayores índices de vulnerabilidad.”³²

Cuenta con diferentes servicios como consulta urgencias hospitalización entre otros, descritos en la tabla 1, a su vez para cada centro de atención se describen en la tabla 2 los servicios debidamente habilitados.

Tabla 1. Portafolio de servicios del Hospital Vista Hermosa

PORTAFOLIO DE SERVICIOS	
MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACIÓN ADULTO
ENFERMERÍA	HOSPITALIZACIÓN
OPTOMETRÍA	PEDIATRIA
GINECOLOGÍA	LABORATORIO CLÍNICO
CONSULTA URGENCIAS	RAYOS X
VACUNACIÓN	ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Fuente: Archivo hospital vista hermosa.

³²Base de datos Hospital Vista Hermosa. Oficina de seguridad del paciente

Tabla 2. Servicios habilitados

PUNTO DE ATENCIÓN	SERVICIOS HABILITADOS
<p>Cami vista hermosa (Centro de atención médica inmediata) calle 67 sur 18C – 12 línea única de atención: 7300000 ext. 2500 teléfonos: 5678080 – 5683525</p>	Hospitalización general adultos
	Hospitalización pediátrica
	Ecografías obstétricas
	Enfermería
	Medicina general y PyP
	Optometría
	Urgencias 24 horas
	Sala enfermedades respiratorias agudas
	Vacunación
	Atención de partos 24 horas
	Radiología
	Consulta de promoción y prevención de medicina, enfermería y salud oral Toma de muestras de laboratorio clínico
<p>Cami Jerusalem (Centro de atención médica inmediata) carrera 46c N° 72C-24 sur Línea única de atención: 7300000 ext. 3500 – 3181. Teléfono 7180602</p>	
	Enfermería
	Medicina general
	Urgencias
	Psicología maltrato
	Vacunación
	Sala enfermedades respiratorias agudas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Medicina general
<p>Cami Manuela Beltrán (Centro de atención médica inmediata) carrea 4C N° 69-21 sur Línea única de atención: 7300000 ext. 11500 – 1591 Teléfonos 7180602 – 7181663</p>	
	Enfermería
	Medicina general
	Urgencias 24 horas
	Sala enfermedades respiratorias agudas
	Vacunación
	Psicología Toma de muestras de laboratorio clínico

Fuente: Archivo hospital vista hermosa.

Servicios habilitados (Continuación)

Upa Candelaria La Nueva 24 horas (Unidad primaria atención) carrea 28 N° 63A-04 sur Línea única de atención: 7300000 ext. 1500 -1591 Teléfonos 7152777 – 7151222	Vacunación humana
	Enfermería
	Medicina general
	Sala enfermedades respiratorias agudas
	Urgencias 24 horas
	Hospitalización general adultos
	Hospitalización pediátrica
	Odontología
	Atención de partos 24 horas
	Ecografías obstétricas
Toma de muestras de laboratorio clínico	
UPA Pasquilla (Unidad primaria atención) área rural kilómetro 5 vía Línea única de atención: 7300000 ext. 16500 Teléfono 6392029	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
	Salud oral
UPA Mochuelo alto (Unidad primaria atención) área rural kilómetro 4 vía Pasquilla línea única de atención: 7300000 ext.15500 -15491 Teléfono 2009060	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
	Disponibilidad de atención médica 24 horas de domingo a domingo.
Upa Sierra Morena (Unidad primaria atención) calle 70 sur N° 56-56 Línea única de atención: 7300000 ext. 12181	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación humana
	Odontología
	Oxigenoterapia domiciliaria
	Optometría
Upa Ismael Perdomo (Unidad primaria atención) calle 63 a sur N° 76-03 Línea única de atención: 7300000 ext. 5500 5591teléfono 7754506	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
Upa Potosí (Unidad primaria atención) carrera 42 N°. 77-80 sur Línea única de atención: 7300000 ext. 8500 – 8591	Programa de atención a la mujer y menor maltratado– violencia intrafamiliar
	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
Prevención de la enfermedad y promoción de la salud	

Fuente: Archivo hospital vista hermosa.

Servicios habilitados (Continuación)

Upa Casa de Teja (Unidad primaria atención) calle 75 sur vía mochuelo línea única de atención: 7300000 ext. 10500 Teléfono: 7902204	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
	Prevención de la enfermedad y promoción de la salud
Upa San Francisco (Unidad primaria atención) calle 67 sur N° 20-09 Línea única de atención: 7300000 ext. 6500 – 6591 Teléfono 7154462 – 7167050	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
	Programa de atención a la mujer y menor maltratado– violencia intrafamiliar
UPA Estrella Centro de Salud Mental (Unidad primaria atención) carrera 18F N° 72-45 sur Línea única de atención: 7300000 ext. 7500 Teléfono: 7618063 – 7902319	Hospitalización salud menta 24 horas
	Atención médica especializada en psiquiatría
	Psicología
	Atención domiciliaria paciente crónico
	Urgencias
	Hospital día (atención integral) Programa de atención a la mujer y menor maltratado– violencia intrafamiliar
UPA Limonar Centro de Estimulación Adecuada y Habilitación Funcional (Unidad primaria atención) (Habilitación y rehabilitación funcional a menores de 12 años con discapacidad) Carrera 18C bis N°80 a 41 sur. Línea única de atención: 7300000 ext. 9500 Teléfono: 7661729	Estimulación temprana y preventiva.
	Habilitación funcional y grupal
	Sala de comunicación aumentativa y alternativa
	Programa cuidando a cuidadores Banco de ayudas técnicas
UBA San Isidro Labrador (Unidad básica de atención) calle 76B N ° 60b-42 sur Línea única de atención: 7300000 ext14500 teléfono: 7783603	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
UBA Paraíso (Unidad básica de atención) carrera 27D No 71 - 46 sur. Línea única de atención: 7300000 ext. 4500 teléfono: 7665048	Enfermería
	Medicina general
	Vacunación
	Odontología
	Medicina general
	Prevención de la enfermedad y promoción de la salud
UBA Móvil	Medicina general, Enfermería, Higiene oral
Ruta de la salud	Transporte del centro de salud de i nivel a hospitales de ii y iii nivel de la red sur pacientes prioritarios (gestantes - persona mayor - discapacidad)

Fuente: Archivo hospital vista hermosa.

6.1. HISTORIA INSTITUCIONAL

El Hospital inicia sus labores en la localidad desde 1990, con el nombre de SILOS Vista Hermosa gracias al acuerdo No.20 de 1990 del Concejo Distrital, que crea los Sistemas Locales de Salud; es a partir de 1993 que cambia de éste a Hospital de Primer Nivel de Atención, y un año después se transforma en Empresa Social del Estado, mediante el acuerdo 17 de 1997.³²

Inicia su atención con los CAMI Vista Hermosa, Manuela Beltrán, Jerusalén y con las UPA Casa de Taja, Pasquilla, Mochuelo, San Francisco, Candelaria, Sierra Morena, Perdomo, Potosí, La Estrella y El Limonar.³²

Adicionalmente, como resultado de presiones comunitarias, fueron creadas las UBA de Lucero Medio y Paraíso, contando con ayuda de Organizaciones no Gubernamentales, como Médicos Sin Fronteras y con el apoyo de la administración del Sistema Local de Salud –Silos- Vista Hermosa, siempre con la veeduría y acompañamiento de la Comunidad.³²

Los diferentes centros de atención del Hospital, en su mayoría han sido la esencia o razón de ser de los movimientos comunitarios que hace que estos sean un elemento de identidad en estas comunidades; de estos centros el más antiguo es la UPA Ismael Perdomo fundada en 1969, en las instalaciones de lo que fue un centro de acopio de alimentos suministrados por la ANAPO.³²

La comunidad al ver que Los servicios de una UPA no eran suficientes para sus ³³necesidades de atención en salud y amparados en las reformas del acuerdo 20/1990 presionan para que se creen Los Centros de Atención Medica Inmediata (CAMI); el CAMI Manuela Beltrán entra a funcionar en unas instalaciones concebidas para el funcionamiento de una Estación de Policía y el centro de salud de Vista Hermosa se adapta como CAMI.³²

Las Unidades Básicas de Atención (UBA) fueron creadas como una estrategia de trabajo extramural, sin embargo por el perfil y formación de los profesionales poco a poco las actividades se fueron institucionalizando. En 1994 se creó la UBA San Isidro, gracias a la ayuda de la ONG Cruz Verde y la Junta de Acción Comunal (JAC) del barrio, iniciando labores en su salón comunal.³²

Este proceso permite observar como una gran fortaleza de la localidad, que en su mayoría las instituciones de salud sean el resultado de procesos comunitarios,

mostrando un alto nivel de pertenencia por parte de las comunidades, hacia sus instituciones de salud.³²

6.1.1. Misión. Prestamos servicios de atención primaria en salud y de forma complementaria servicios especializados en salud mental y rehabilitación funcional, contribuyendo de éste modo al fortalecimiento de la calidad de vida de nuestros usuarios y al impacto favorable en el entorno social y ambiental de nuestra localidad.³²

6.1.2. Visión. Al 2015, ser reconocido por su modelo de gestión en salud a nivel distrital, garantizando la prestación de servicios de salud bajo estándares superiores de calidad que impacten favorablemente en la población de la localidad y su entorno social y ambiental.³²

6.1.3. Valores institucionales.

Respeto. El funcionario del Hospital tiene la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, favoreciendo el bien común y la convivencia.³²

Compromiso. El funcionario del Hospital dirige sus acciones al cumplimiento de la misión y visión organizacional, actuando y desempeñándose en coherencia con las expectativas y necesidades de la Institución, usuarios y comunidad.³⁴

Transparencia. El funcionario del Hospital desarrolla sus actividades enmarcadas dentro de los principios éticos, morales y legales, anteponiendo los intereses generales sobre los particulares.

Cumplimiento. El funcionario del Hospital utiliza y aplica las normas técnicas, procesos y guías adoptadas por la organización poniendo al servicio de la institución sus conocimientos y capacidades, incorporando las mejores prácticas a nivel técnico y científico, aprovechando Los recursos con efectividad y ejerciendo autocontrol.

Integración Funcional. El funcionario del Hospital trabaja de manera sinérgica, proactiva y con actitud de cooperación para garantizar el logro de los objetivos; favoreciendo su desempeño individual, institucional y el trabajo en red.

6.1.4. Políticas institucionales³².

Servicio

El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, prestará servicios integrales de salud de acuerdo a su competencia basados en las necesidades del usuario, cumpliendo con estándares de calidad.

- Aportar a la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda.
- Aportar a la reducir la tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años.
- Aportar en la reducción de las muertes perinatales relacionadas con el bajo peso y cuidados durante el embarazo.
- Aportar a la reducción de la tasa de mortalidad en menores de 5 años.
- Aportar a la reducción de la tasa de mortalidad materna.
- Aportar a la reducción de la tasa de mortalidad de menores de un año.
- Aportar a la reducción de la tasa de mortalidad por neumonía.
- Aportar a la reducción de los embarazos en adolescentes entre 10 a 14 años por abuso sexual.
- Aportar a la disminución de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años incrementando el uso de métodos de planificación familiar.
- Aportar a disminuir la prevalencia local de desnutrición global en niños niñas menores de 5 años.
- Aportar a la reducción de la tasa de bajo peso al nacer.
- Aumentar el periodo de lactancia materna exclusiva.

- Aumentar el número de micro territorios intervenidos en la estrategia Salud a su casa en la Localidad de Ciudad Bolívar.
- Aportar a la meta distrital de la estrategia de promoción de entornos saludables.
- Continuar con el fortalecimiento de la estrategia de comunidad saludable en la zona rural e implementar la zona saludable en los barrios de Caracolí, Santa Viviana y Santo Domingo los cuales hacen parte de la estrategia de salud a su casa.
- Fortalecer las instituciones prestadoras de servicios de salud (Instituciones saludables y amigables) de acuerdo a su necesidad en desarrollo de autonomía y transversalidad.
- Incrementar la cobertura del programa salud al colegio.
- Sensibilizar empresas para la inclusión socio laboral en población en condición de discapacidad.
- Contribuir a la identificación de niños y niñas trabajadores para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sector educativo.
- Aportar a la Reducción de la Tasa de Suicidio.
- Diseñar e Implementar un modelo de intervención preventiva y de rehabilitación para jóvenes de 12 a 20 años, que aporte a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en la localidad y salud sexual y reproductiva.
- Mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por encima del 95%, en niños y niñas menores de 1 año.
- Mantener la notificación de eventos de violencia intrafamiliar, violencia de género, maltrato infantil y abuso sexual.

6.2. GESTIÓN INSTITUCIONAL³⁵

El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, implementará y consolidará un sistema integrado de gestión en salud, a partir de la planeación participativa, autocontrol y seguimiento organizacional, definiendo acciones de mejoramiento que garanticen la prestación de servicios de salud bajo estándares superiores de calidad.

6.2.1. Financiera. El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, gestionará integralmente los recursos financieros de la entidad, en pro del equilibrio económico y del fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud del Hospital.

6.2.2. Comunicaciones. El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, implementará un sistema de comunicación institucional, que garantice la información veraz, pertinente y oportuna, para ser difundida a las partes interesadas.

6.2.3. Talento humano. El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, fortalecerá los procesos de selección de personal, bienestar, capacitación institucional, compensación, beneficios y salud ocupacional, a partir de estrategias participativas que permitan el desarrollo de competencias del talento humano.

6.2.4. Tecnología biomédica y tecnología de la información y la comunicación (TIC´S). El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, fortalecerá la capacidad informática y biomédica, adoptando estándares y sistemas de información, en coherencia con las políticas en materia de TIC´S.

6.2.5. Mercadeo. El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, ampliará su mercado, satisfaciendo las necesidades de los clientes y usuarios, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario y la comunicación.

6.2.6. Calidad. Se encuentra sustentada en el compromiso de la institución con los usuarios de la localidad de Ciudad Bolívar y sus servicios, la cual se enmarca en tres ejes principales: promover la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Fomentar la atención integral a partir de las estrategias de prevención y promoción. Prestar de forma complementaria servicios de salud especializados en prevención de consumo de sustancias psicoactivas, salud mental y habilitación funcional.

³⁵ Base de datos Vista Hermosa oficina de seguridad del paciente.

6.2.7. Atención al usuario. El Hospital Vista Hermosa I Nivel Empresa Social del Estado presta atención en forma personalizada y telefónica garantizando, la oportuna canalización y resolución de las peticiones e inquietudes de los usuarios y la comunidad.

Sistema información y atención al usuario (SIAU)³⁶

Orientación e información: Ésta se presta sobre asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

- Portafolios de servicios del Hospital (Ver tabla 1).
- Forma y requisitos de acceso.
- Charlas educativas sobre derechos y deberes en salud, entre otros temas.

Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones: Con este se busca conocer las causas de insatisfacción de los ciudadanos, así como recibir y tramitar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones; que son recepcionadas a través de buzones ubicados en cada uno de los centros de salud, teléfono, personalizada en cada uno de los centros de salud, fax y correo electrónico.

Este sistema articulado al Sistema Distrital de Quejas y Soluciones permite registrar, tramitar controlar y dar respuesta a los requerimientos, también da la posibilidad de realizar planes y acciones de mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Medición del nivel de satisfacción: Se busca conocer necesidades y expectativas de los usuarios para el mejoramiento. Semestralmente estamos realizando encuestas a los usuarios de los servicios con el fin de conocer su percepción sobre la prestación del servicio y así establecer acciones de mejora.

Canales de comunicación:

- Atención Personalizada

³⁶ Base de datos Vista Hermosa oficina de seguridad del paciente.

- Atención telefónica
- Buzones de sugerencias, quejas y reclamos
- Emisión de mensajes por medios masivos de comunicación local: (parabólica, perifoneo Juntas de Acción Comunal, boletines, volantes, plegables, carteleras, reuniones comunitarias, sistema de audio y vídeo, reuniones con los mecanismos de participación social: Asociación de Usuarios en Salud. Comité de Participación Comunitaria (COPACO), Comité de Ética Hospitalaria)

6.3. PARTICIPACIÓN SOCIAL

Es un proceso por el cual los individuos entran a formar parte de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios de salud, control social a proyectos de infraestructura hospitalaria y de promoción y prevención, con base en los principios de solidaridad, equidad y universalidad consagrados en la constitución, principios que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano

Los mecanismos de participación social y comunitaria son medios, instancias y acciones que trabajan en la defensa de los derechos y deberes de los ciudadanos promueven la participación, cuentan con herramientas y garantías constitucionales para exigir al estado el recto cumplimiento y desarrollo de los derechos humanos.

El Decreto 1757/1994 reglamenta las formas de participación en salud, estableciendo diferentes mecanismos entre ellos: la asociación de usuarios en salud y el comité de participación comunitaria “COPACO”.

6.3.1. Asociación de usuarios. “El Hospital cuenta con un grupo de personas quienes conforman la Asociación de Usuarios y que vienen trabajando por los derechos y mejoramiento de la atención de todos los ciudadanos que hacen uso de nuestros servicios de salud.

¿Quiénes hacen parte de la Asociación de Usuarios?

“Todas aquellas personas que han utilizado cualquiera de los servicios del Hospital Vista Hermosa.”³⁰

6.3.2. Comité de participación comunitaria “COPACO”. Es un espacio de concertación entre los representantes de diferentes organizaciones sociales de la localidad y la administración local, orientado hacia el fortalecimiento y dinamización de la participación comunitaria en torno a la promoción y prevención de la salud y los procesos de planeación para el desarrollo local.

6.3.3. ¿Quiénes hacen parte de los COPACOS?³⁷

- El Alcalde Local o su delegado.
- El Gerente del Hospital de I Nivel de la localidad.
- Un (1) representante de cada una de las organizaciones sociales y/o comunitarias de la localidad.
- Las asociaciones de usuarios y gremios de producción.
- El sector educativo y la iglesia.

La participación de la comunidad es muy importante en la toma de decisiones por lo cual se requiere que la comunidad este presente o haga parte de los mecanismos de participación Social en Salud para que entre comunidad e institución se articulen acciones en busca de mejorar las condiciones de vida de los habitantes de la localidad de Ciudad Bolívar.

6.3.4. Grupo de niños copaquitos³⁸. Son niños y niñas de la localidad de Ciudad Bolívar entre los 8 y 15 años de edad, los cuales reciben formación en temas de participación, se encargan de su capacitación el grupo de señoras facilitadoras integrantes del Copaco de Ciudad Bolívar, con el apoyo de la oficina de Participación Social del Hospital Vista Hermosa, quienes orientan y forman a los niños en construcción de ciudadanía en salud.

Los talleres se realizan con una metodología lúdico formativa en temas como valores humanos, comportamiento, derechos y deberes en salud, medio ambiente y participación social.

³⁷ Base de datos Vista Hermosa oficina de seguridad del paciente.

³⁸ Base de dato hospital vista hermosa.

6.4. COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA³²

“Es un mecanismo de Participación Social en Salud, de acuerdo al decreto 1757/94 lo integran funcionarios y representantes de los mecanismos de Participación Social, siendo un espacio de análisis y diseño de estrategias que contribuyan en el mejoramiento de los servicios en salud. El comité realiza acciones de divulgación en deberes y derechos en salud, entre los funcionarios y los usuarios.

6.4.1. Plan de intervenciones colectivas. Este plan de beneficios se desarrolla a través de tres componentes:

6.4.2. Gestión de la salud pública en territorios sociales:

- Gestión Local: definición de planes estratégicos con enfoque promocional de calidad de vida y salud (Gestión y Planeación Local).
- Articulación de la gestión por ciclo vital (subcomité local de infancia, juventud, adulto y adulto mayor).
- Fortalecimiento de espacios organizativos locales (redes de discapacidad, promoción del buen trato y materna infantil, plan local de salud de los trabajadores y mesa de alimentación y nutrición).
- Gestión de la salud pública en microterritorios donde opera Salud a su Hogar.
- Gestión de ámbitos: gestión de la salud pública en ámbitos de la vida cotidiana (familiar, escolar, laboral, comunitario).

6.4.3. Desarrollo de planes, programas y proyectos en salud pública

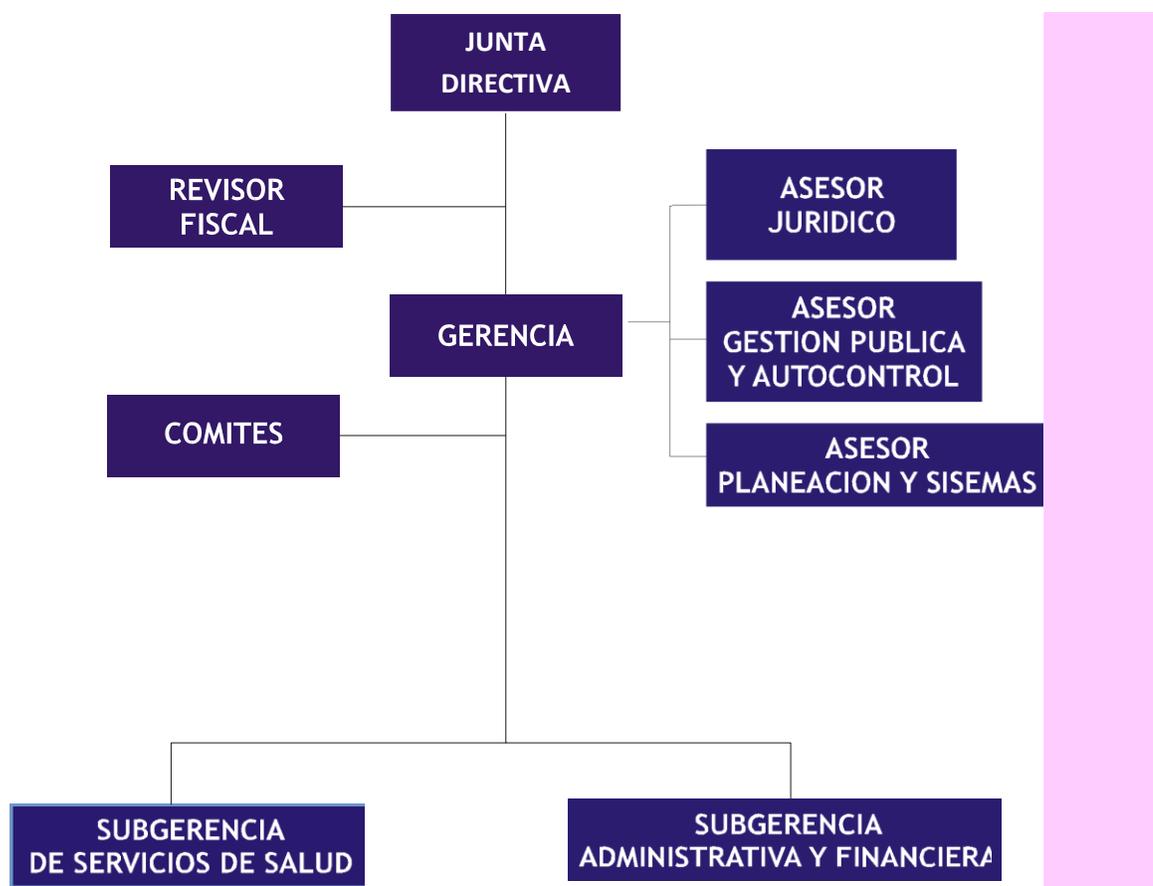
- Asesoría, asistencia técnica y administración de los programas de:
Crecimiento y desarrollo (AIEPI, IAIMI y IAFI) PAI (Vacunación)
Enfermedades transmisibles
Salud Sexual y Reproductiva
Enfermedades Crónicas (Diabetes, Cáncer Cervicouterino e Hipertensión)
Discapacidad

- Acciones para el mejoramiento de Las condiciones de salud
Seguridad Alimentaria
Enfermedades compartidas entre el hombre y los animales Industria y ambiente.

6.4.4. Vigilancia en salud pública

- Gestión de la vigilancia en salud pública.
Sistemas de información SAA, SIVIM, SISVAN, SISVEA
Operación de unidades notificadas en vigilancia
Investigaciones epidemiológicas de campo
- Inspección, vigilancia y control ambiental (IVC)
Seguridad alimentaria (IVC a restaurantes, cafeterías, fruterías, comedores comunitarios, expendios de bebidas alcohólicas, plazas de mercado, expendios minoristas)
- Hábitat y asentamientos humanos (viviendas en riesgo, sectores sin acueducto y sin alcantarillado) Enfermedades compartidas entre el hombre y los animales (recolección canina, esterilización, vacunación antirrábica, control de insectos y roedores)
- Industria y ambiente (IVC a canteras, ferreterías, depósitos de materiales y de pinturas, fábrica de colchones, talleres de mecánica entre otros y proyecto especial centros de estética salas de belleza).
- Saneamiento básico (IVC a acueductos comunitarios, establecimientos educativos, salones de juego apuestas, almacenes oficinas, gimnasios y proyecto especial relleno Sanitario Doña Juana)

Figura.3 Estructura organizacional Hospital Vista Hermosa



Fuente: Archivo hospital vista hermosa.

6.5. PROPUESTA GRUPO DE SEGURIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA

Teniendo en cuenta que los efectos indeseables derivados de la prestación de atención de salud son, en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismo o muerte y en promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte y considerando que el objetivo del programa de seguridad del paciente 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.

El Hospital Vista Hermosa, de acuerdo a lo anterior viene desde el año 2008 trabajando en la construcción de un programa que cumpla con el objetivo ya mencionado, sin embargo este proceso ha sido lento ya que no ha contado con personal exclusivo para su ejecución; el trabajo desarrollado desde enero de 2011 con la oficina asesora de Planeación y Sistemas, específicamente en el área de Calidad, en la referencia de Seguridad del Paciente, permite evidenciar que poner en marcha el programa de Seguridad del Paciente de una manera óptima impactando directamente en la prestación de un servicio de salud de manera segura para el paciente y consolidando lo que plantea la normatividad, los estándares de calidad y entidades como el ICONTEC se plantea como necesidad establecer una oficina de seguridad del paciente con un equipo de trabajo idóneo y comprometido con la organización.

Dentro de este equipo se plantea involucrar al Ingeniero Ambiental y Sanitario ya que, es él quien maneja de manera idónea el tema de entornos saludables para el usuario integrando la gestión ambiental institucional, elemento tan importante dentro del tema de seguridad del paciente, aplicando conceptos de salud ambiental dentro de la institución.

6.5.1. Política en seguridad de paciente Hospital Vista Hermosa. El Hospital Vista Hermosa I Nivel, responde a la atención segura en salud involucrando transversalmente todos sus procesos, comprometiéndose a implementar de manera educativa y no punitiva una cultura de seguridad entre el paciente, familia, institución; creando un entorno seguro que minimice la presencia de incidencia y eventos adversos.

Objetivos de la política de seguridad

- Fomentar una cultura de seguridad del paciente en el Hospital Vista Hermosa I Nivel, alrededor de una cultura justa, educativa y no punitiva.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos en el Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE.
- Crear y fomentar un entorno seguro de la atención a partir de la educación capacitación, entrenamiento y motivación de los funcionarios y contratistas del Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE.

Principios y política de riesgos

- Enfoque de atención centrado en el usuario.
- Cultura de Seguridad.
- Confidencialidad.
- Privacidad.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Cultura Multicausalidad.
- Validez.
- Ética.
- Alianza con el paciente y su familia.
- Alianza con el profesional de la salud

Política de gestión del riesgo

“Administrar integralmente los riesgos del Hospital, a partir de una visión sistémica que permita articular la gerencia del riesgo en los procesos de la entidad, a partir de la identificación, análisis, valoración, tratamiento de los riesgos y seguimiento a las acciones de manejo, en la prestación de los servicios de salud, relacionados con el riesgo de evento adverso, los riesgos asociados a los aspectos e impactos ambientales, los riesgos en los puestos de trabajo, asociados a los incidentes y accidentes de trabajo, los riesgos informáticos, en relación con la seguridad informática, el riesgo de la gerencia jurídica, el riesgo de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y el riesgo financiero en relación con el ciclo de ingreso y egreso financiero, con el propósito de crear las condiciones necesarias para consolidar una gestión eficaz, eficiente y efectiva, el mejoramiento continuo de los macro procesos que configuran el modelo de operación del Hospital y

alcanzar los propósitos institucionales establecidos en el proceso de direccionamiento estratégico”.

Cultura de seguridad

- Política Institucional.
- Promoción de la Cultura.
- Gestión del Incidente y eventos adverso.
- Implementar un modelo de capacitación.
- Paciente/Familia/Institución: Cartilla “ Triangulo de la Seguridad”.

Procesos administrativos seguros

- Ambiente físico seguro.
- Equipamiento Tecnológico Seguro (Programa de Tecno vigilancia):
- Fortalecimiento del Sistema de Información de Historia Clínica.

Procesos asistenciales seguros

Estandarización de procesos para la atención:

- Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos (Programa de Fármaco vigilancia).
- Implementar procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de Presentación de Eventos Adversos.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Prevenir las complicaciones anestésicas

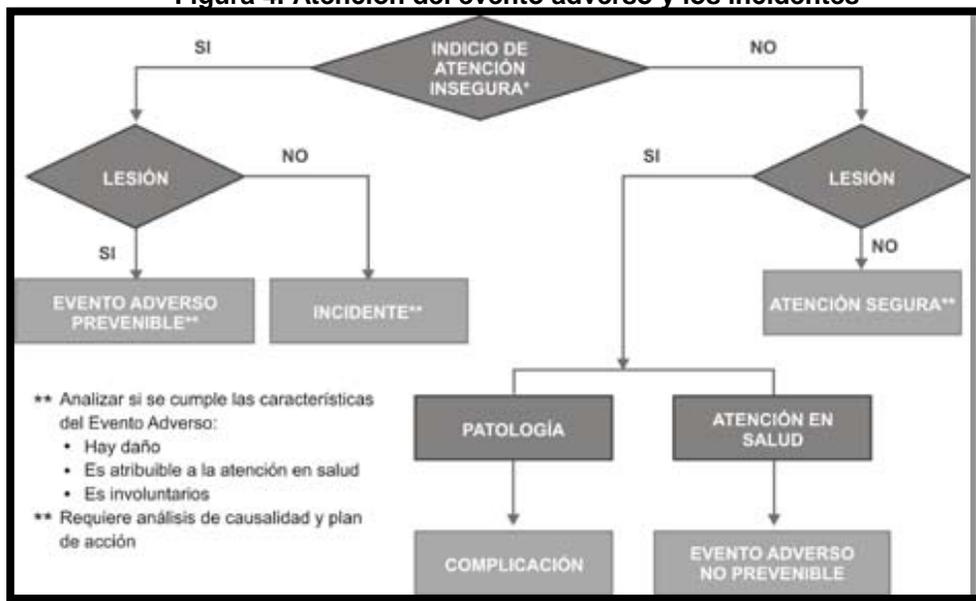
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Implementar equipos de respuesta rápida.
- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
- Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.
- Práctica profesional segura.

Procedimiento para el reporte

- Notificación (¿Cómo?, ¿Qué?, ¿Quién?, ¿A Quién?) (Formato de reporte Hospital Vista Hermosa ANEXO B)
- Consolidación y clasificación.
- Análisis con protocolo de Londres.
- Plan de mejora y retroalimentación

En la figura 4 se presenta el diagrama de flujo de la atención del evento adverso y los incidentes, en el cual se basa el Hospital Vista Hermosa.

Figura 4. Atención del evento adverso y los incidentes



FUENTE: Programa de seguridad de pacientes. Hospital Vista Hermosa.

Socios estratégicos en la seguridad

- Con las entidades administradoras de planes de beneficios.
- Con los entes externos de vigilancia y control.
- Con el reporte extra institucional.
- El manejo del entorno legal

Estrategias organizacionales

- Conformación del equipo de trabajo.
- Diagnóstico e indicadores de gestión.
- Implementación del sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Confidencialidad de los análisis.
- Implementación de rondas de seguridad: Existe un protocolo y una lista de chequeo.
- Programa de capacitación.
- Alianza con el paciente y la familia.
- Se notifica cualquier acción insegura que a su criterio considere un riesgo.
- Una falla de procesos o de personas.
- Un incidente o un evento adverso.
- Situaciones durante la prestación del servicio y propias a éste, que sucedieron y que no se hizo nada por mejorar o evitar.

6.6. FUNCIONES DEL COMITÉ

Direccionar las políticas institucionales que garanticen una atención en salud más segura en el Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE.

Aprobar metodologías científicas y herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro en la atención en salud.

Aprobar estrategias comunicativas que favorezcan la notificación voluntaria del personal, de los incidentes y eventos adversos.

Analizar los incidentes y eventos adversos inherentes a la prestación de los servicios de salud con una herramienta definida por el Comité a fin de identificar acciones inseguras en la atención y factores contributivos bajo las cuales se generaron.

Analizar los indicadores de impacto de la gestión de la seguridad clínica del Hospital, a fin de establecer el perfil de riesgo institucional tipificado, y clasificado por cada uno de los servicios de salud del Hospital Vista Hermosa.

Establecer barreras de seguridad en los procesos de atención en salud a fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

Integrar los diferentes comités de la institución a fin de generar acciones articuladas que propendan por mitigar la ocurrencia de eventos adversos en la prestación de los servicios de salud.

Informar a la institución las disposiciones de los entes de regulación y control en relación al Programa de Seguridad del Paciente, a fin de garantizar su cumplimiento y vigencia

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se tuvo en cuenta la información suministrada por la institución de salud, en este caso el Hospital Vista Hermosa, donde sus funcionarios realizaron el reporte del evento adverso ocurrido durante o después de la atención prestada, en el año 2011 y 2012. Esta información fue recolectada por la institución y posteriormente se analizó mediante el presente estudio descriptivo de tipo transversal. Se utilizaron tablas para la recolección y agrupación de la información.

7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población hace referencia a todos los pacientes que padecieron de eventos adversos y asistieron al Hospital Vista Hermosa en la localidad de Ciudad Bolívar.

La población fue homogénea, hombres, mujeres y niños tuvieron algún evento adverso y se encontraban en igualdad de condiciones que comparten características sociales y culturales semejantes para ser tomados en cuenta en el presente estudio.

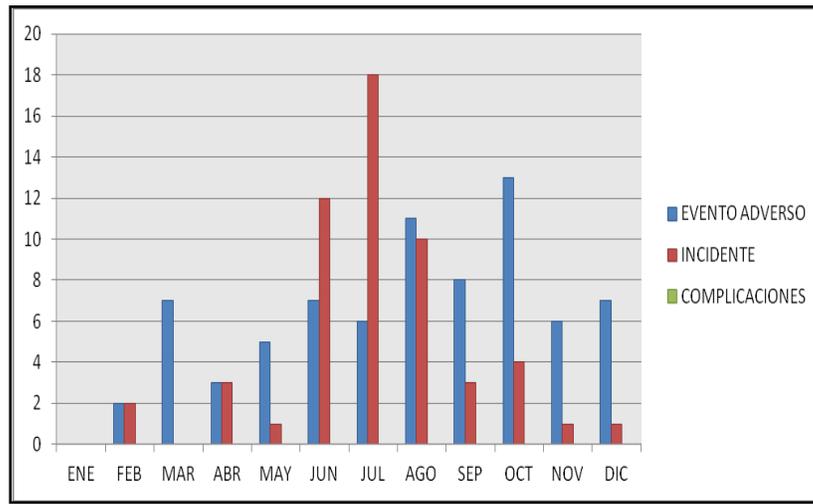
Las muestras fueron no aleatorias equivalentes a 298 personas en total, que tuvieron un reporte de eventos adversos.

7.3. RESULTADOS

7.3.1. Comportamiento de la política de seguridad del paciente año 2011 y 2012. Durante el año 2011 en el Hospital Vista Hermosa se presentaron un total de 130 casos reportados, de los cuales 75 corresponden a eventos adversos, 55 a incidentes, 0 complicaciones.

En la gráfica 1 se relaciona los resultados obtenidos, mostrando que julio es el mes donde más se presentan incidentes y octubre el mes que más presenta eventos adversos.

Gráfica 1. Clasificación de los eventos 2011



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la gráfica 2 se observa que en los meses junio, julio y agosto se reporta mayor número de eventos con un promedio de 21 casos por mes.

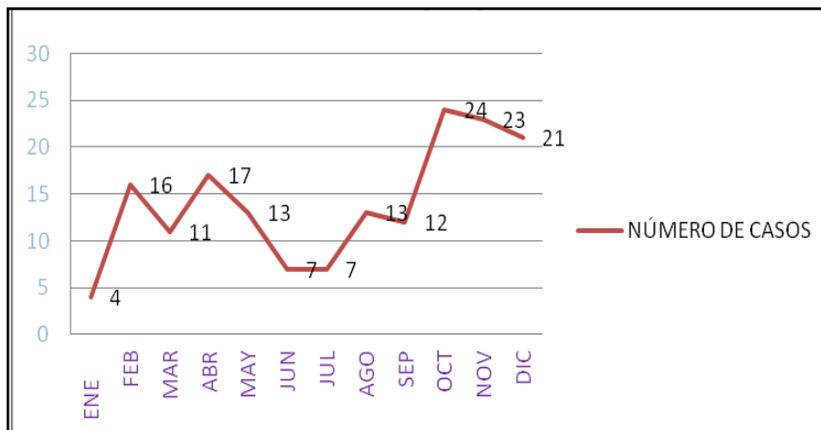
Gráfico 2. Comportamiento de reporte en el 2011



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la gráfica 3 se ve que en el último trimestre del 2012 hay un mayor reporte en eventos adversos, con un promedio de 22 casos por mes.

Gráfica 3. Comportamiento de reporte en el 2012

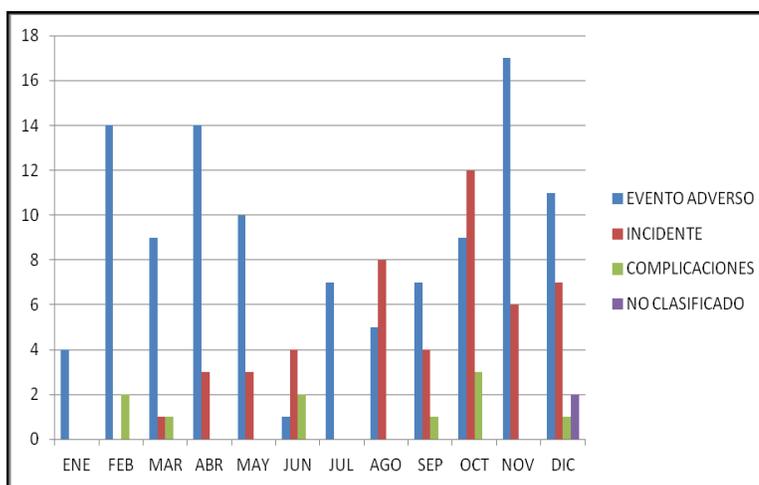


Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

Durante el año 2012 en el Hospital Vista Hermosa se presentaron un total de 168 casos reportados, de los cuales 108 corresponden a eventos adversos, 48 a incidentes, 10 a complicaciones y 2 casos no clasificados.

En la gráfica 4 se observa que noviembre es el mes donde más se presentan eventos adversos y octubre el mes que más presenta incidentes.

Gráfica 4. Clasificación del evento de acuerdo al tipo 2012



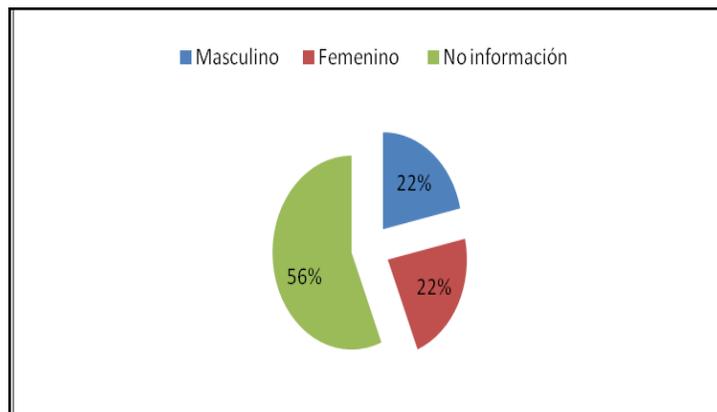
Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

7.3.2. Caracterización de eventos ocurridos en los años 2011 y 2012

GENERO

En la gráfica 5 se presenta la clasificación por género en el año 2011, donde 29 casos corresponden a mujeres con un (22 %), 28 a Hombres con un (22%) y 73 casos no se encontraron información con el (56 %).

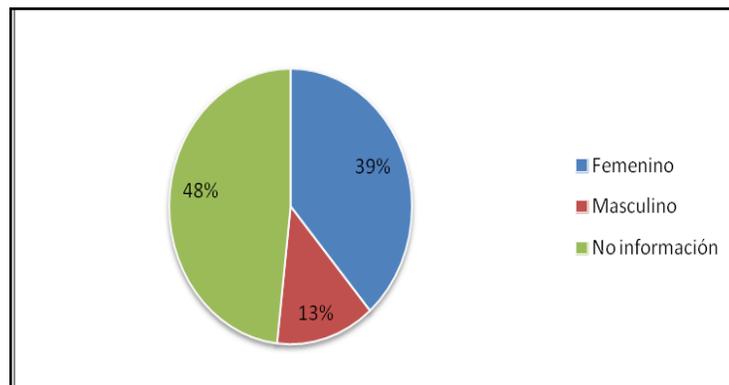
Gráfica 5. Clasificación del evento por género 2011



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la gráfica 6 se presenta la clasificación por género en el año 2012, se observó que 65 fueron mujeres con un (39 %), 22 hombres con un (13%) y no se encontró información de 81 pacientes con un (48 %).

Gráfica 6. Clasificación del evento por género 2012



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos

EDAD

En la tabla 3 se observa que en el año 2011, se reportaron por rango de edad 5 casos correspondientes a edades entre 30 y 45 años, 7 casos entre los 18 y 29 años, 8 casos entre los mayores de 60 años y 105 no se conoce la información.

Tabla 3. Número de eventos por rango de edad 2011

GRUPO DE EDAD	NÚMERO DE CASOS
Menor 1 año	1
Menor 5 años	0
5-9 años	0
10-17 años	3
18-29 años	7
30-45 años	5
46-59	1
Mayor de 60 años	8
Sin información	105

Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la tabla 4 se puede observar que durante el año 2012, en la clasificación por rango de edad se observó que 21 casos corresponden a mayores de 60 años, 20 entre 18 y 29 años, 16 entre 46 y 59 años, 11 entre 30-45 años y 76 sin información.

Tabla 4. Clasificación del evento por rango de edad 2012

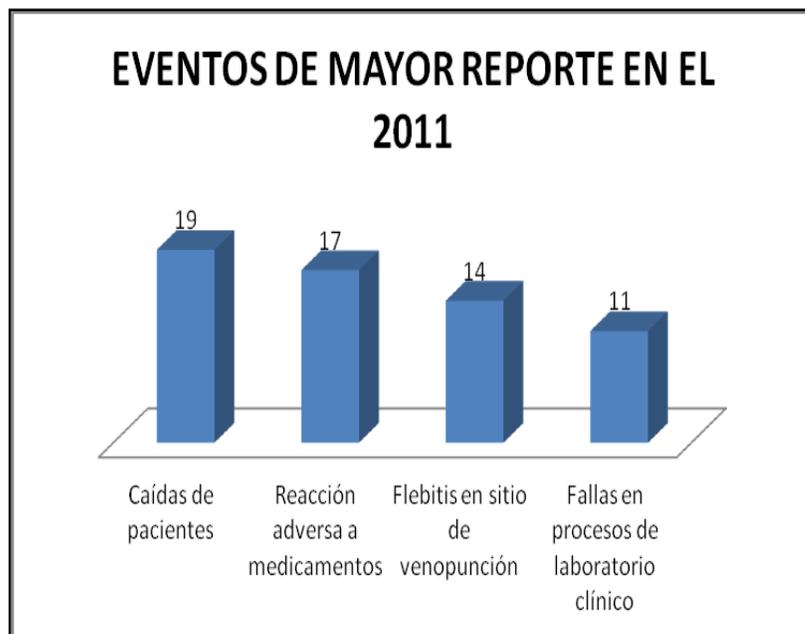
GRUPO DE EDAD	NUMERO DE CASOS
Menor 1 año	5
Menor 5 años	7
5-9 años	4
10-17 años	8
18-29 años	20
30-45 años	11
46-59 años	16
Mayor de 60 años	21
Sin información	76

Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

TIPO DE EVENTO

En la gráfica 7 se observa que durante el año 2011 la referencia del evento más reportado fue el de caídas de pacientes con un total de 19 casos correspondiente al 14,6 %, reacción adversa a medicamento 17 casos (13,1%), flebitis en sitio de venopunción 14 casos (10.8 %) y fallas en procesos de laboratorio clínico 11 casos (8,5 %).

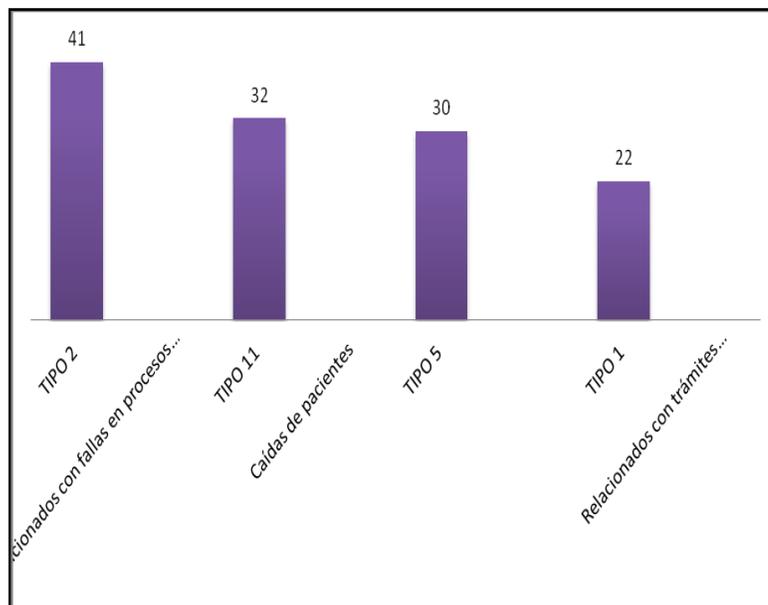
Gráfica 7. Clasificación de eventos de mayor reporte en 2011



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la gráfica 8 se puede ver que durante el año 2012, se presentaron 41 casos (24,4%) correspondientes al tipo 2, los cuales están relacionados con las fallas en procedimientos asistenciales, estos fueron los más relevantes. Seguido de 32 casos (19,1%) correspondientes al tipo 11 caídas de pacientes, luego 30 casos (17,8%) correspondientes al tipo 5, relacionado con la administración de líquidos parenterales, y 22 casos (13,1%) correspondientes al tipo 1 relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.

Gráfica 8. Clasificación del evento por referencia del evento 2012

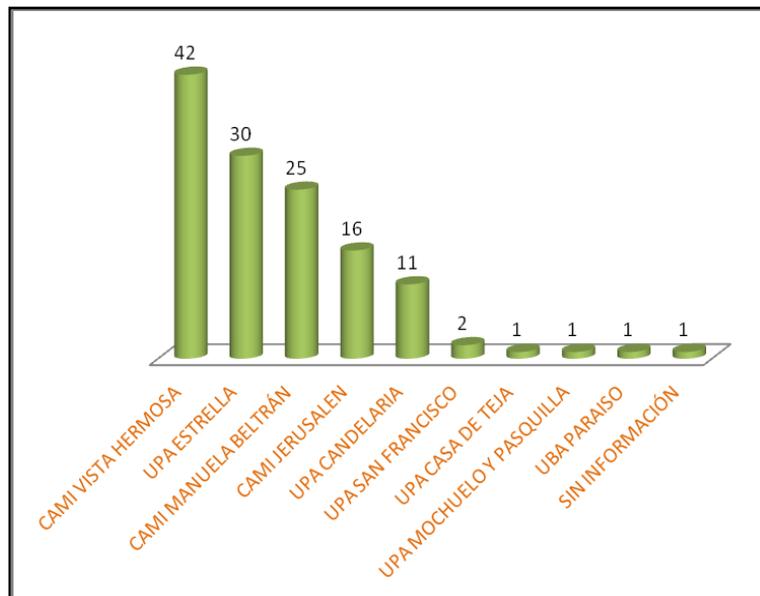


Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

ÁREA QUE REPORTA

En la gráfica 9 se observa que en el año 2011, el área que reportó mayor número de casos fue el CAMI Vista Hermosa con 42 casos (32,3%), UPA Estrella con 30(23,1%), CAMI Manuela Beltrán con 25 casos (19,2%), CAMI Jerusalén con 25 (19,2%), UPA Candelaria 11 (8,5%).

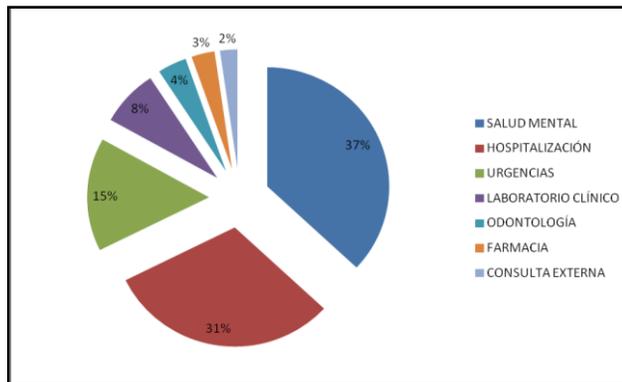
Gráfica 9. Clasificación del reporte según el área de atención 2011



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la gráfica 10 se puede ver la clasificación de eventos según el servicio en el año 2011, donde el mayor número de eventos adversos corresponde a salud mental con 48 casos (37%), seguido de hospitalización 40 casos (31%), urgencias 20 (15%), laboratorio clínico 10 casos (8%). Siendo las áreas con menos casos de eventos, odontología con 5 casos (4%), farmacia 4 casos (3%) y consulta externa 3 casos (2%).

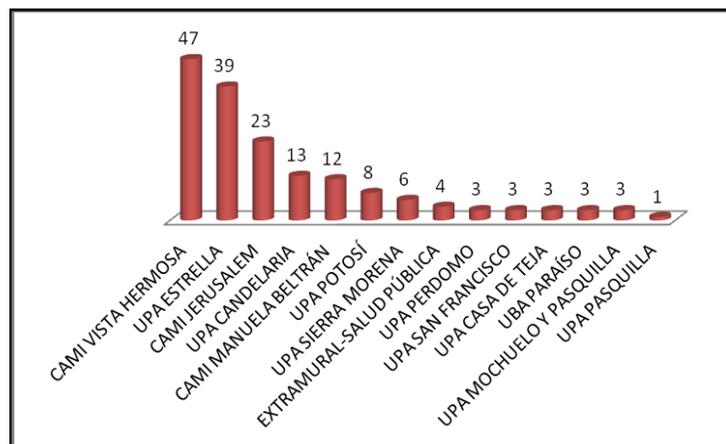
Gráfica 10. Clasificación de los eventos según el servicio 2011



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la grafica 11 se observa que durante el año 2012, el área que más reporto casos de eventos fue CAMI Vista Hermosa 47 casos (28%), UPA Estrella 39 (23,2%), CAMI Jerusalén 23 casos (13,7%), UPA Candelaria 13(7,7%), CAMI Manuela Beltrán 12 casos (7,1%).

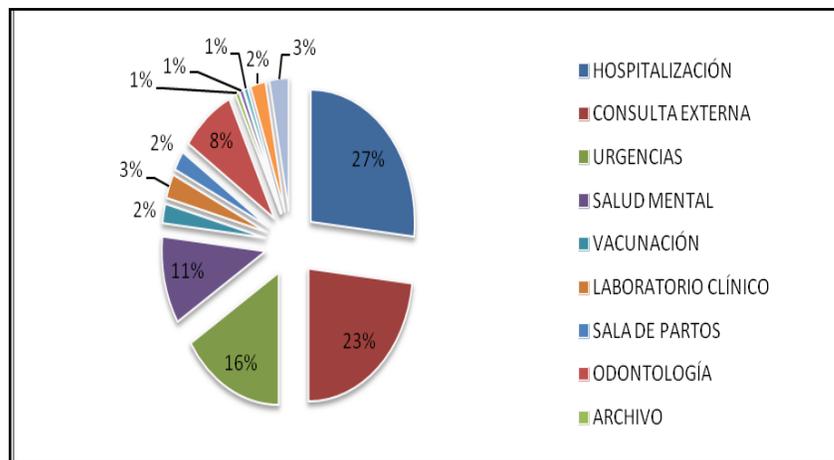
Gráfica 11. Clasificación del evento por área que reporta 2012



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la gráfica 12 se observa la clasificación de eventos durante el año 2012 donde se encontraron 45 casos (27%), en hospitalización 39 casos (23%), en consulta externa, 27 casos (16%) en urgencias, 18 casos (11%) en salud mental y 14 casos (8%) en odontología.

Gráfica 12. Clasificación del evento por servicio 2012

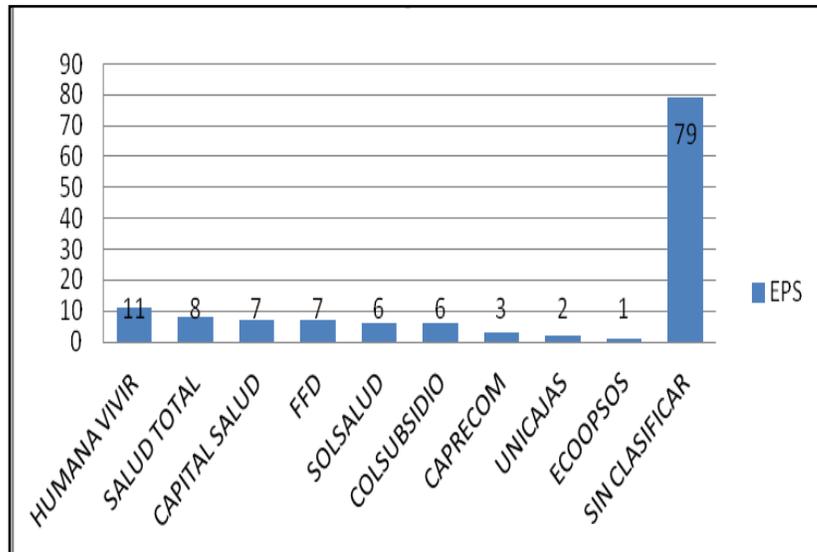


Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

ASEGURADORA

En la gráfica 13 en el año 2011, se reporta los eventos por aseguradoras con un total de 130 casos, donde 11 casos corresponde a Humana vivir con un (8,5%), 8 casos a Salud Total con un (6,1%), 7 casos correspondientes a Capital Salud con un (5,4%), 7 casos al Fondo Financiero Distrital con un (5,4%) y 79 casos sin clasificar con un (61%).

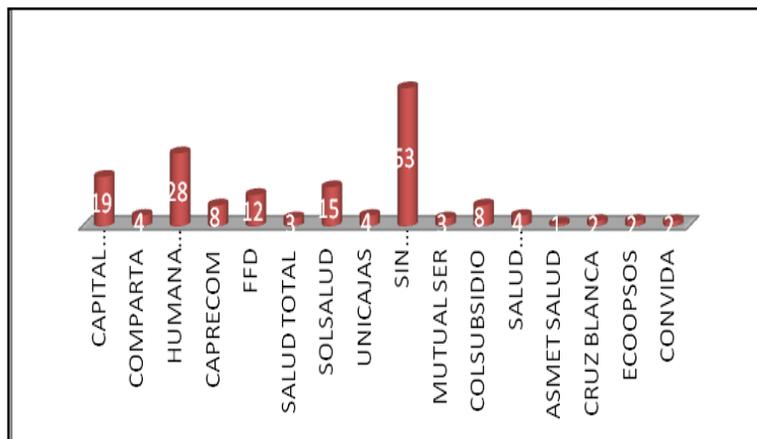
Gráfica 13. Reporte de eventos por aseguradora 2011



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

En la gráfica 14 se clasifican los datos reportados en el 2012, tomando en cuenta el tipo de aseguradora, se evidencia que 28 casos correspondieron a Humana Vivir con un (16,7%), 19 casos a Capital Salud con un (11,3%), 15 casos a Solsalud con un (8,9%) y 12 casos al Fondo Financiero Distrital con un (7,1%) y sin clasificar 53 casos con un (31,5%).

Gráfica 14. Clasificación del evento por aseguradora



Fuente: Base de datos de registro de eventos adversos.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los 130 casos reportados en el 2011, Se evidencia que el 57,7% de los casos corresponden a eventos adversos e incidentes con el 42,3%. Se encuentra que en los meses de junio, julio y agosto se reportaron el mayor número de casos (64 casos = 49,2%).

En enero, febrero y marzo fue donde menos se reportaron (11 casos =8,5%); debido a que en los inicios de este año se empezaba a implementar la política de seguridad del paciente.

En el 2012 se observó un total de 168 casos, donde en los tres últimos meses fueron los de más alto reporte (68 casos = 40,5%), esto muestra un incremento en la cultura de reporte del hospital lo cual es una situación muy favorable para esta institución ya que sus trabajadores asistenciales están comprometidos con el programa de seguridad del paciente, pero se observa que este aumento también se debe a una elevación en la aparición de eventos adversos, lo cual muestra la importancia de que las estrategias organizacionales se enfoquen a la prevención de los mismos.

En la información recopilada por el hospital en el 2011, se evidencia un déficit en la calidad del reporte ya que 79 casos de 130 (60,7%) aparecen sin dato de aseguradora, 73 casos (56,1%) aparecen sin dato con respecto al género, de la misma manera 105 casos (80,7%) se encuentran sin dato de edad, 79 casos (60,8%) sin dato de aseguradora y 4 casos (3,1%) sin dato de referencia de evento.

Teniendo en cuenta esta información, se analizó que en el 2012 se evidencia una mejoría en la calidad del reporte de eventos dado que en 53 casos de 168, (31,5%) no hay dato de aseguradora, así encontrándose una disminución del déficit del reporte de 29,2%, 81 casos (48,2%) no hay dato de género, con una disminución del déficit del reporte en un 7,9%, con el reporte de edad 76 casos (45,2%) con una disminución del déficit de 35,5%, por aseguradora 53 casos (31,5%) con una disminución del déficit de 29,3% y 2 casos (1,2%) sin dato de referencia de evento con una disminución del déficit de 1,9%. Lo que indica que la socialización con el personal asistencial ha influido de manera positiva mejorando la calidad del registro de los eventos.

Analizando la información del 2011, se observa que los eventos adversos (clasificados en 19 ítems implementados por el HVH) más frecuentes son la caída de pacientes con 19 casos (14,6%) y 17 casos (13,1%) por reacción adversa a medicamentos.

En el 2012 los eventos adversos (clasificados en los 15 tipos de la OMS adoptados por el HVH) se presentaron 41 casos (24,4%) relacionados con fallas en los procesos o procedimientos asistenciales, 32 casos (19%) relacionados con caída de pacientes y 30 casos (17,8%) relacionados con la medicación o administración de líquidos parenterales.

Este aumento en los porcentajes se debe a que en el 2012 se presentaron y reportaron un mayor número de casos; pero también se debe tener en cuenta que la clasificación que ofrece la OMS es más objetiva que la que anteriormente se había utilizado; si en el 2011 se hubiera utilizado la clasificación de la OMS los eventos reportados en pacientes sin evolución 5 casos, en reingresos 6 casos, en eventos de odontología 4 casos y en pacientes subdiagnosticados 1 caso, para un total de 16 casos; estarían clasificados en el tipo 2 al cual pertenecen los eventos relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales; 16 casos que corresponderían al 12,3%. Con lo anterior se puede determinar que la clasificación de la OMS permitió que eventos a los cuales se tenían por separados y con menos enfoque a seguimiento se agruparan y así se convirtieran en prioridad para análisis y seguimiento lo cual se evidencia en el 2012 en donde los eventos de tipo 2 fueron los de mayor reporte un total de 41 correspondiente al 24,4%.

En las áreas que más se reportaron casos en 2011 fueron en: CAMI Vista Hermosa 42 casos (32%), UPA Estrella 30 casos (23%), CAMI Manuela Beltrán 25 casos (19,2%) y la UPA Jerusalén 16 casos (12,3%).

En el 2012 las áreas que más se reportaron casos fueron: CAMI Vista Hermosa 47 casos (28%), UPA Estrella con 39 casos (23,2%), CAMI Jerusalén 23 casos (13,7%).

En las áreas de CAMI Vista Hermosa, UPA Estrella, CAMI Jerusalén se mantuvo el mayor número de reportes, esto se debe a que son las áreas más concurridas y con más consciencia de reporte.

En los servicios donde más ocurrieron eventos adversos durante el año 2011 fueron: salud mental 48 casos (36,9%), en hospitalización 40 casos (30,8%), urgencias 20 casos (15,4%), laboratorio clínico 10 casos (7,7%).

En el año 2012 los servicios donde más ocurrieron eventos fueron: hospitalización con 45 casos (26,8%), consulta externa 39 casos (23,2%), urgencias 27 casos (16,1%), salud mental 18 casos (10,7%)

Los servicios en donde se evidencia un mayor número de reportes durante ambos años fueron hospitalización, urgencias y salud mental esto obedece a que son los servicios de mayor afluencia de usuarios.

La disminución de los eventos en el servicio de salud mental en 2012 a comparación del 2011 obedece a las estrategias implementadas por el HVH, en hospitalización se evidencia un porcentaje menor en el 2012 con respecto al 2011, se evidencia que el 2011 en el servicio de consulta externa no había cultura de reporte y por consiguiente un subregistro y se evidencian 3 casos (2,3%) en el 2011 frente a 39 casos (23,2%) en el 2012.

9. CONCLUSIONES

Se evidencia un comportamiento positivo en cuanto a la cultura de reporte, porque a través de los meses se notó su incremento de 130 casos para el 2011 a 168 casos para el 2012.

El HVH presenta un método de recolección de datos con falencia en el diligenciamiento de los mismos evidenciado en el 2011, debido a que no se completaban los formatos establecidos por la institución, generando un sistema de información poco confiable; pero en el 2012 se evidencio una notable mejoría en la calidad del registro del reporte del evento.

Basándonos en la información de los años 2011 y 2012, no se puede dar una estadística exacta, porque se carece de cierta información como el género del paciente, edad y aseguradora.

Según la Propuesta del grupo de Seguridad del Paciente del Hospital Vista Hermosa E.S.E: Uno de cada 10 pacientes que ingresa a una institución hospitalaria sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte. Esto equivaldría a un 10% del total de pacientes a quienes se les prestó el servicio.

Podemos concluir de manera grata que el HVH es una institución segura, debido a que del total de 118.448 pacientes atendidos en la consulta externa, hospitalización y urgencias en el 2012, se presentaron 168 casos que corresponden al 0,14%.

Es importante no olvidar que como tal la implementación del programa de seguridad del paciente del hospital vista hermosa se está implementando desde el año 2011 con una evolución favorables para el 2012 y por lo tanto a pesar que se obtienen reportes puede haber todavía algún tipo de subregistro por lo cual se debe estar sensibilizando constantemente hacia la cultura de reporte.

10. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta que una barrera de seguridad es una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentarse un evento adverso, recomendamos fortalecer el uso estricto de protocolos de servicio y guías de manejo para la atención segura del paciente, a su vez implantar listas de chequeo del cumplimiento de dichos protocolos y guías, con las debidas socializaciones periódicas.

Se debe insistir en realizar una categorización de los eventos más específica, dependiendo de cada área involucrada en la atención segura del paciente, evidenciamos que el HVH realizó una agrupación por áreas como seguridad, farmacia, infecciones, tecnovigilancia entre otras. Dentro del área de seguridad se incluyeron varios factores como la infraestructura, logística y trámites administrativos que deberían ser discriminados para poder realizar un seguimiento individual efectivo.

La cultura y el clima organizacional inciden significativamente en la prevención y el abordaje de los errores que ocasionan eventos adversos. Es necesario tener apertura para un real aprendizaje y posterior corrección de los errores, además de realizar investigaciones de la situación que sean competentes y responsables.

Tener la capacidad de anticiparse a los errores, darse cuenta de las debilidades y posibles factores de riesgo que puedan ocasionar la ocurrencia de un evento adverso en la institución.

Se requiere de gran liderazgo por parte de las instituciones reguladoras para que ejerzan la vigilancia y el control con responsabilidad, con el fin de orientar y enriquecen a las instituciones prestadoras de salud de una manera cordial y efectiva.

Sensibilizar a los profesionales de la salud con el fin de que estos trabajen de la mano con las instituciones para las cuales trabajan, y que además realicen los debidos reportes sin temor alguno en caso de ocurrir un evento adverso.

Se debe continuar con las capacitaciones de sensibilización en cuanto a cultura de reporte y capacitación en diligenciamiento completo y correcto del formato de registro de reporte de eventos.

Implementar un estudio y seguimiento de eventos adversos priorizando las áreas y factores que generan más impacto, se debe generar una lista de acciones para enfrentar cada factor contribuyente, asignar un responsable de implementar dichas acciones, determinar un tiempo límite para implementar las acciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Artículo 4, Decreto 2309 de 2002.
- BAÑERES, Joaquim. ORREGO, Carola. SUÑOL, Rosa. UREÑA, Victoria. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 20(4): 216-22. 2005.
- Base de datos Hospital Vista Hermosa oficina de seguridad del paciente.
- CERIANI CERNADAS, José M. La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. Editorial. Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 107 Nro 5 - Octubre 2009.
- CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of health care. 353:1178-81. Lancet 1999.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press; 1980.
- Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Dirección general de calidad de servicios. Min. de la Protección Social. Versión 001, del 4 de marzo de 2010.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente
- Informe Final Estudio IBEAS. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2010 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
- Ibid

- KOHN, Linda T. et al. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Editado por National Academies Press, 2000. ISBN 0309068371, 9780309068376..
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C, 11 Junio de 2008.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Min. de la Protección Social. Bogotá D.C, Noviembre de 2008.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C, 11 Junio de 2008.
- Ministerio de la Protección Social. Calidoscopio 2007;3:3-12
- MÚNERA GAVIRIA, Hugo Alberto. La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica normativa. Investigación y Educación en Enfermería, Vol 29, No 1 (2011)
- Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud : Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.
<http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/introduccion.html>
- Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social:
http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=1
- Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/autotest.aspx
- Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social: Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the Londonprotocol. Autores: Sally Taylor-Adams y

Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK). http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/herra_seguridad.aspx

- Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social: Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/herra_seguridad.aspx
- Observatorio de calidad de la atención en salud, Ministerio de la Protección Social: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
- OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1, Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009.
- O'NEIL AC, Petersen. LA, Cook EF, Bates DW, Lee TH, Brennan TA. Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events. *Ann Intern Med.* 119:370-6. 1993.
- RODRÍGUEZ H, Carlos Édgar. Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y Acreditación en Salud. *Revista Normas & Calidad.* <http://www.acreditacionensalud.org.co>
- The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

ANEXOS

ANEXO A. Resultados de reportes

TOTAL CASOS REPORTADOS 2011

2011	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
E.VENTOS PERÍODO	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

CLASIFICACIÓN DEL EVENTO 2011

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
EVENTO ADVERSO	0	2	7	3	5	7	6	11	8	13	6	7	75
INCIDENTE	0	2	0	3	1	12	18	10	3	4	1	1	55
COMPLICACIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

CLASIFICACIÓN EVENTO POR GÉNERO 2011

	Femenino	Masculino	No información	TOTAL
ENERO	0	0	0	0
FEBRERO	1	1	2	4
MARZO	2	0	5	7
ABRIL	1	0	5	6
MAYO	1	2	3	6
JUNIO	5	5	9	19
JULIO	8	4	12	24
AGOSTO	2	5	14	21
SEPTIEMBRE	5	1	5	11
OCTUBRE	2	6	9	17
NOVIEMBRE	1	2	4	7
DICIEMBRE	1	2	5	8
TOTAL ACUMULADO	29	28	73	130

EVENTO POR RANGO DE EDAD 2011

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
<i>Menor 1 año</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<i>Menor 5 años</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>5-9 años</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>10-17 años</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
<i>18-29 años</i>	0	0	0	0	0	3	1	0	1	1	0	1	7
<i>30-45 años</i>	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1	5
<i>46-59</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
<i>Mayor de 60 años</i>	0	0	0	0	1	0	1	1	2	3	0	0	8
<i>Sin información</i>	0	4	6	6	5	16	19	19	5	13	6	6	105
TOTAL	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

EVENTO POR ASEGURADORA 2011

	ENE	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CAPITAL SALUD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	7
HUMANA VIVIR	0	0	0	0	3	3	0	0	4	1	0	0	11
CAPRECOM	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3
FFD	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3	1	7
SALUD TOTAL	0	0	0	1	2	3	0	0	2	0	0	0	8
SOLSALUD	0	0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	6
UNICAJAS	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
COLSUBSIDIO	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	0	0	6
ECOOPSOS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
SIN CLASIFICAR	0	4	7	3	0	1	24	21	2	10	0	7	79
TOTAL	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

REFERENCIA DEL EVENTO 2011

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Complicación atribuible a dispensación de insumos o medicamentos	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	4
Paciente sin evolución en 12 horas	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5
Reacción adversa a medicamentos	0	3	3	0	1	2	0	4	4	0	0	0	17
Caidas de pacientes	0	1	1	2	3	2	3	3	0	3	0	1	19
Flebitis en sitio de venopunción	0	0	1	0	0	1	1	1	2	3	4	1	14
Reingreso por misma causa en menos de 15 días	0	0	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	6
Infección asociada al cuidado de la salud				1	1				1		1	3	7
Estancia prolongada por causas administrativas				3				0	3				6
Entrega equivocada de medicamentos					1			3					4
Fallas en procesos de laboratorio clínico						5	6						11
Demora por respuesta de remisión						1	5						6
Conducta inadecuada de pacientes							2			1			3
Riesgo por agresión o suicidio de pacientes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Traslados inadecuados	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4
Paciente sub-diagnosticado	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Fuga de pacientes	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3
Eventos de odontología	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	4
Error de identificación de pacientes								1					1
Problemas relacionados con medicamentos										6	2	1	9
No referenciado o sin información								2		1		1	4
TOTAL	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

ÁREA INVOLUCRADA 2011

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SEGURIDAD	0	1	1	5	4	18	24	12	4	5	0	5	79
FARMACIA	0	3	3	0	2	1	0	7	4	7	2	1	30
INFECCIONES	0	0	3	1	0	0	0	1	3	5	5	2	20
TECNOVIGILANCIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

ÁREA QUE REPORTA 2011

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CAMI MANUELA BELTRÁN	0	0	0	0	1	6	0	8	0	10	0	0	25
CAMI VISTA HERMOSA	0	1	5	2	2	4	5	9	4	5	4	1	42
UPA CANDELARIA	0	0	0	0	0	2	3	3	0	2	1	0	11
CAMI JERUSALEN	0	0	0	0	0	2	9	0	4	0	0	1	16
UPA ESTRELLA	0	3	2	4	1	4	6	0	2	0	2	6	30
UPA PERDOMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UPA SIERRA MORENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UPA SAN FRANCISCO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
UPA CASA DE TEJA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
UPA POTOSÍ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SALUD PÚBLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UPA MOCHUELO Y PASQUILLA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
UBA PARAISO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
SIN INFORMACIÓN	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

SERVICIO DONDE OCURRIERON LOS HECHOS 2011

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	0	0	4	2	3	2	10	4	4	5	5	1	40
CONSULTA EXTERNA	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3
URGENCIAS	0	0	1	0	0	9	1	4	4	0	0	1	20
SALUD MENTAL	0	3	2	4	1	4	6	8	2	10	2	6	48
VACUNACIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LABORATORIO CLÍNICO	0	0	0	0	0	4	6	0	0	0	0	0	10
SALA DE PARTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ODONTOLOGÍA	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	5
ARCHIVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMAGENOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PEDIATRÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FARMACIA	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	4
SALUD PÚBLICA-EXTRAMURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIN IDENTIFICAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	4	7	6	6	19	24	21	11	17	7	8	130

TOTAL CASOS REPORTADOS 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE CASOS	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

CLASIFICACIÓN EVENTO POR GÉNERO 2012

	Femenino	Masculino	No información	TOTAL
ENERO	2	0	2	4
FEBRERO	6	0	10	16
MARZO	2	0	9	11
ABRIL	3	1	13	17
MAYO	1	1	11	13
JUNIO	1	1	5	7
JULIO	5	2	0	7
AGOSTO	6	1	6	13
SEPTIEMBRE	4	3	5	12
OCTUBRE	12	3	9	24
NOVIEMBRE	11	8	4	23
DICIEMBRE	12	2	7	21
TOTAL ACUMULADO	65	22	81	168

CLASIFICACIÓN DEL EVENTO 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
EVENTO ADVERSO	4	14	9	14	10	1	7	5	7	9	17	11	108
INCIDENTE	0	0	1	3	3	4	0	8	4	12	6	7	48
COMPLICACIONES	0	2	1	0	0	2	0	0	1	3	0	1	10
NO CLASIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
TOTAL	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

EVENTO POR ASEGURADORA 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CAPITAL SALUD	1	2	2	1	3	1	1	0	0	1	3	4	19
COMPARTA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	4
HUMANA VIVIR	2	5	2	0	0	2	2	2	0	4	6	3	28
CAPRECOM	0	2	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	8
FFD	0	1	0	0	3	0	0	1	2	0	2	3	12
SALUD TOTAL	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
SOLSALUD	0	1	0	2	0	0	2	2	0	0	6	2	15
UNICAJAS	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4
SIN CLASIFICAR	0	2	1	12	1	0	0	6	7	13	4	7	53
MUTUAL SER	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
COLSUBSIDIO	0	0	1	1	0	1	0	0	2	1	1	1	8
SALUD CONDOR	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	4
ASMET SALUD	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
CRUZ BLANCA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
ECOOPSOS	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
CONVIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
TOTAL	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

EVENTO POR RANGO DE EDAD 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Menor 1 año	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	5
Menor 5 años	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	7
5-9 años	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	4
10-17 años	1	0	0	1	2	0	0		1	1	1	1	8
18-29 años	0	0	0	1	4	0	0	2	1	2	5	5	20
30-45 años	1	0	0	0	0	1	1		1	2	4	1	11
46-59	0	1	0	0	3	1	4	1	1		3	2	16
Mayor de 60 años	1	0	0	1	3	3	2	1	1	4	4	1	21
Sin información	1	14	9	9	1	0	0	8	7	14	5	8	76
TOTAL	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

REFERENCIA DEL EVENTO 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TIPO 1 Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	0	3	5	2	2	1	0	3	0	1	5	0	22
TIPO 2 Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	1	2	2	5	0	4	1	6	5	8	4	3	41
TIPO 3 Relacionados con fallas en los registros clínicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
TIPO 4 Infección ocasionada por la atención en salud	0	3	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	7
TIPO 5 Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	0	2	2	3	3	1	0	1	3	6	6	3	30

REFERENCIA DEL EVENTO 2012

TIPO 7 Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
TIPO 9 Relacionado con los dispositivos y los equipos médicos	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	5
TIPO 10 Relacionado con el comportamiento o las creencias del paciente	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	2	3	10
TIPO 11 Caídas de pacientes	3	3	1	2	1	0	6	1	2	5	5	3	32
TIPO 12 Accidentes de pacientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3
TIPO 13 Relacionados con la infraestructura o ambiente físico	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0		2
TIPO 14 Gestión de recursos u organizacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TIPO 15 Relacionado con el laboratorio clínico	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	1	7
No clasificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
TOTAL	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

ÁREA INVOLUCRADA 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SEGURIDAD	3	11	10	14	12	6	7	12	5	12	17	18	127
FARMACIA	1	2	1	2	0	1	0	0	4	7	6	2	26
LABORATORIO CLÍNICO	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3	0	1	7
INFECCIONES	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
SALUD PÚBLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TECNOVIGILANCIA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ODONTOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

ÁREA QUE REPORTA 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CAMI MANUELA BELTRÁN	1	2	0	3	0	1	1	0	2	1	1	0	12
CAMI VISTA HERMOSA	2	3	4	5	2	3	2	4	4	8	6	4	47
CAMI JERUSALEM	0	4	5	0	3	0	0	1	0	2	3	5	23
UPA ESTRELLA	1	1	1	5	7	2	3	0	3	5	7	4	39
UPA CANDELARIA	0	1	1	2	0	1	0	1	2	3	0	2	13
UPA PASQUILLA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
UPA PERDOMO	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
UPA SIERRA MORENA	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	6
UPA SAN FRANCISCO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
UPA CASA DE TEJA	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
UPA POTOSÍ	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	2	0	8
EXTRAMURAL-SALUD PUBLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4
UBA PARAÍSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3
UPA MOCHUELO Y PASQUILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
TOTAL	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

SERVICIO DONDE OCURRIERON LOS HECHOS 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	0	5	8	3	5	1	1	0	4	7	7	4	45
CONSULTA EXTERNA	0	3	0	2	1	0	0	3	0	13	8	9	39
URGENCIAS	2	3	0	3	0	2	2	1	2	2	6	4	27
SALUD MENTAL	1	1	1	4	6	2	3	0	0	0	0	0	18
VACUNACIÓN	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	4
LABORATORIO CLÍNICO	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	5
SALA DE PARTOS	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4
ODONTOLOGÍA	0	3	2	1	0	0	1	6	0	0	1	0	14
ARCHIVO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IMAGENOLÓGÍA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
PEDIATRÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
SALUD PÚBLICA-EXTRAMURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4
SIN IDENTIFICAR	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	5
TOTAL	4	16	11	17	13	7	7	13	12	24	23	21	168

ANEXO B. Instrumento de reporte Proyecto IBEAS

Prueba de Concordancia Proyecto IBEAS ASEGURADORES

Instrumento de análisis para la prueba de concordancia

A. IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SUCESO

a) DESCRIBA EL SUCESO

b) EL SUCESO PRODUJO

1. No hubo tal suceso. Se trata de un falso positivo de la guía de cribado
 2. Alguna lesión o complicación, invalidez en el momento del alta y/o prolongación de la estancia en la institución (o reanimación o tratamiento en consultas externas) o fallecimiento
 3. Suceso sin lesión o prolongación de la estancia (p. e. caída del enfermo sin consecuencias)
- Especifique _____

c) CAUSA DE LA LESIÓN O COMPLICACIÓN

La lesión o complicación fue debida a:

1. Atención en salud
2. Solamente por el proceso de la enfermedad
3. NS/NC

Después de considerar los **detalles** clínicos del manejo del paciente, *independientemente de la posibilidad de prevención*, **¿cómo está seguro que LA ATENCION EN SALUD ES LA CAUSANTE DE LA LESIÓN?**

1. Ausencia de evidencia de que el evento adverso se deba al manejo del paciente. La lesión se debe enteramente a la patología del paciente (No hay Evento adverso, entonces parar)
2. Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa
3. Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa
4. Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa
5. Es muy probable de que el manejo fuera la causa
6. Total evidencia de que el manejo fuera la causa del Evento adverso

B. VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

A su juicio, ¿hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado? SI ___ NO ___

Valore en una escala de 6 puntos la posibilidad de prevención

1. Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención
2. Mínima posibilidad de prevención
3. Ligera posibilidad de prevención
4. Moderada posibilidad de prevención
5. Elevada posibilidad de prevención
6. Total evidencia de posibilidad de prevención

FORMATO DE REPORTE HOSPITAL VISTA HERMOSA.

SISTEMA DE REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS												
Macroproceso	Dirección y Control	Código	T08-FTO-17									
		Versión	2									
Proceso	Direccionamiento Estratégico	Vigencia	02 de Junio 2011									
NOMBRE DE QUIEN REPORTA (Opcional): _____												
FECHA DE REPORTE DEL INCIDENTE O EVENTO:		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	TURNO: <table style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">AM</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PM</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NOCHE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	AM	<input type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>	NOCHE	<input type="checkbox"/>
DIA	MES	AÑO										
AM	<input type="checkbox"/>											
PM	<input type="checkbox"/>											
NOCHE	<input type="checkbox"/>											
CENTRO DE ATENCION EN DONDE SUCEDIÓ EL INCIDENTE O EVENTO ADVERSO: _____												
AREA DE SERVICIOS												
DESCRIPCION DEL INCIDENTE O EVENTO:												
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Nº DE HISTORIA												
CLINICA: _____												
FECHA Y HORA: _____												
RELATE LO SUCEDIDO:												
<p>Si usted tiene dudas con respecto al Sistema de Reporte de Incidentes y/o Eventos por favor llame al Número de celular 3134527418 o al 7300000 Ext: 73605 o escribanos al correo Institucional: reportandoeventos@hospitalvistahermosa.gov.co que allí se le orientara.</p>												
" TU REPORTE ES IMPORTANTE PARA TI, PARA EL Y PARA EL HOSPITAL, HAZLO "												