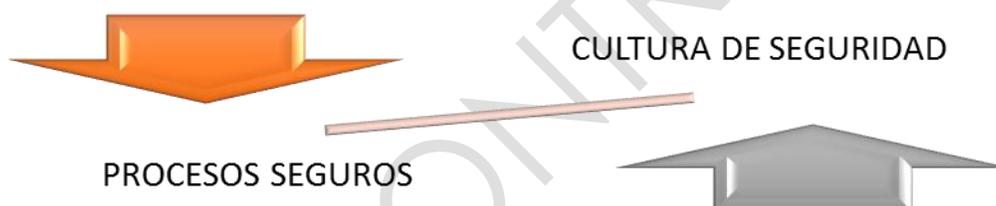


UN MODELO ORGANIZACIONAL PARA EL CONTROL SISTEMÁTICO DE LOS RIESGOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD

El presente documento contiene el Modelo Integral de Seguridad del Paciente para la prestación de servicios de salud de la Clínica Antioquia, el cual expresa el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios diferenciados, integrales, con calidad, respeto y seguridad.

LA ESTRUCTURA DEL MODELO

El modelo de gestión de seguridad del paciente desarrollado, se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y Cultura de seguridad. Estos dos elementos son mutuamente dependientes, y deben darse de manera continua y paralela en el tiempo y apalancarse mutuamente. No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente.



Ambos elementos deben partir de una plataforma estratégica, en la que se identifiquen de manera explícita políticas de calidad y de seguridad del paciente. A partir de esta se define un foco de intervención coherente con ella, con las prioridades institucionales y con las políticas de calidad y seguridad.

El desarrollo del modelo en su conjunto permite identificar e integrar los tres elementos que interactúan en toda organización para el logro de la calidad y, en este caso, de la seguridad del paciente: la estrategia, la gestión de procesos y la cultura organizacional. Es una forma de pensamiento gerencial en un modelo ya conocido y promovido por el Centro de Gestión Hospitalaria.

El Documento está constituido por varios capítulos, el primer capítulo contiene la contextualización institucional de la Clínica Antioquia y donde se presenta como el modelo está sustentado en el Marco Estratégico de la Institución y de la Gerencia.

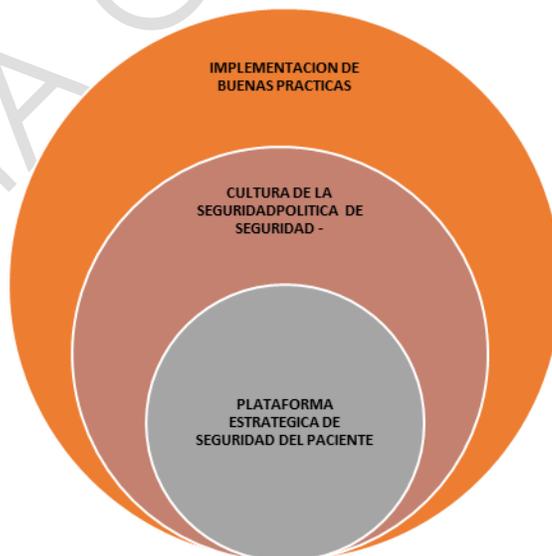
El segundo Capítulo se refiere a la contextualización teórica, donde se presenta el marco normativo actual en Colombia y las consideraciones teóricas que introducen al tema de Seguridad del paciente. En el tercer capítulo se presenta la política de Seguridad del Paciente para los servicios de salud, a partir de la política en el capítulo cuarto se despliega el Modelo Integral de Seguridad del paciente el

cual tendrá vigencia durante los años 2013-2020, se plantea además la implementación del Modelo de Seguridad del paciente, así como las actividades que buscan la Promoción de la cultura de la seguridad y las estrategias de seguridad las cuales buscan herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de su atención.

Finalmente en el capítulo cinco se hacen referencia las herramientas de atención segura a implementar, las metas de seguridad que serán asumidas por la clínica dentro del marco del modelo y a las definiciones básicas del Modelo Integral de seguridad del paciente.



COMPONENTES DEL MODELO DE SEGURIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



1. CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL

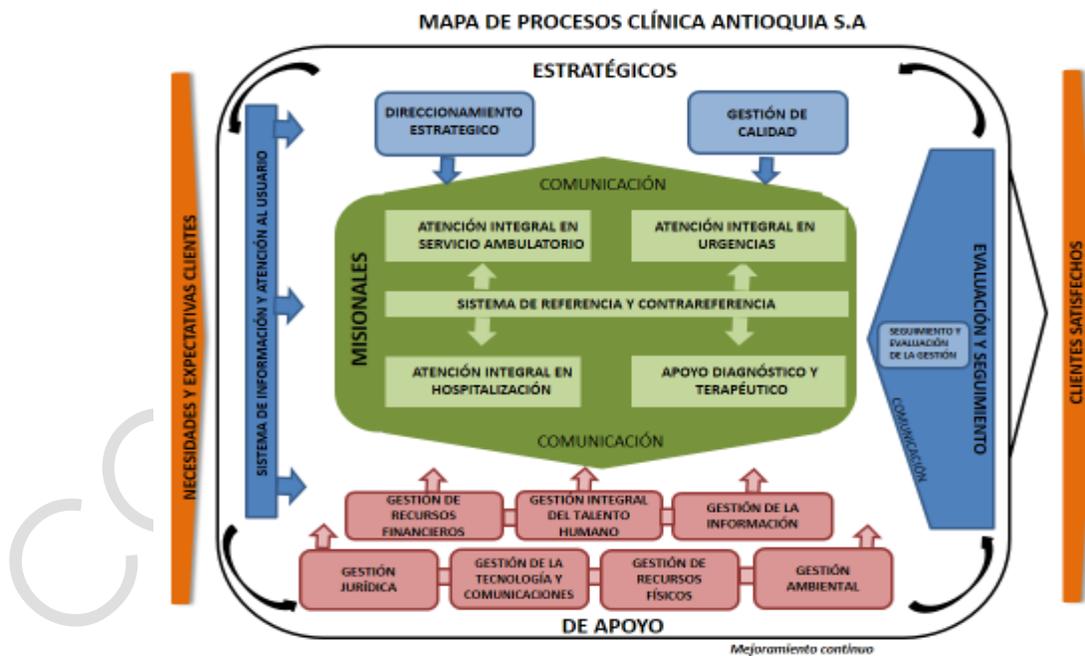
Como punto de partida para la implementación del Modelo de seguridad del paciente en la Prestación de Servicios de Salud en la Clínica Antioquia, se analizó el Direccionamiento Estratégico con el fin de identificar como este tipo de iniciativas están sustentadas en el Marco Estratégico de la Organización.

VISIÓN

Somos una organización privada que provee servicios de salud en el departamento de Antioquia, en condiciones de calidad y seguridad, con énfasis en servicios de mediana y alta complejidad, buscando permanentemente el bienestar de las personas y las comunidades, ofreciendo un trato humanizado a nuestros pacientes, con un equipo humano competente, haciendo uso de la tecnología y promoviendo alianzas en el sector salud.

MISIÓN

Ser reconocida como un modelo de atención en servicios de salud de alta calidad y excelencia, como un aliado confiable para los aseguradores y comunidad en general por la seguridad en la prestación de los servicios y la sostenibilidad económica y social.



MAPA ESTRATÉGICO

El direccionamiento estratégico de la Clínica está en constante transformación para responder a la dinámica que impone el objetivo común de consolidar una organización centrada en el paciente y en las partes interesadas, para lo cual se definieron los siguientes principios corporativos y valores institucionales:

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- Ética profesional.
- Trabajo en equipo.
- Proceso de mejoramiento.
- Manejo adecuado y racional de la tecnología.

VALORES DE NUESTRO EQUIPO DE COLABORADORES

- Respeto.
- Lealtad.
- Responsabilidad.
- Compromiso.
- Honestidad.
- Seguridad.

Los principios corporativos se plasman en las competencias institucionales, las cuales a su vez se definen como los rasgos personales y a la capacidad de una integrar conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que generan un desempeño superior y diferenciador en el cargo. De este modo las competencias determinan la calidad de la gestión de los equipos y de la propia organización. Lo anteriormente descrito sustenta la importancia que tiene para la Clínica Antioquia y en especial para la Gerencia, contar con un Modelo Integral de Seguridad del paciente como parte de su direccionamiento estratégico y coherente con la misión y visión institucional.

2. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

MARCO NORMATIVO

La Constitución Política de Colombia de 1991 enmarcó la calidad en salud en sus artículos 48, 49 y 365, donde garantizó el acceso a la salud bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad. Además estableció que el Estado es el responsable de dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud en el país.

Posteriormente la Ley 10 de 1990 definió los servicios de salud de obligatoria prestación por parte del Estado; y determinó que el Estado debe intervenir en el control de la calidad, la garantía del acceso de la población y en las tarifas. Especificó las funciones de cada uno de los organismos de vigilancia y control, las cuales van dirigidas al logro de la calidad del servicio prestado.

La ley 100 de 1993 en los artículos 186 y 227 estableció la creación de un Sistema de Garantía de la Calidad y de Acreditación en Salud. Y en su artículo 153, numeral 9, instituyó la calidad como regla rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

“El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los pacientes calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”.

Mediante el Decreto 1011 de 2006 el Ministerio de la Protección Social definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyas acciones se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el paciente y en la vigilancia y prevención de eventos adversos. Se establece en el artículo 3 las características del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad, para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, la cual deberá cumplir con las siguientes características:

- *Accesibilidad:* es la posibilidad que tiene el paciente de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
- *Oportunidad:* es la posibilidad que tiene el paciente de obtener los servicios de salud que se requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- *Seguridad:* Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente comprobadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
- *Pertinencia:* es el grado en el cual los pacientes obtiene los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- *Continuidad:* es el grado en el cual los pacientes reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Como norma reglamentaria del Decreto 1011 de 2006, la Resolución 123 del 2012 estableció el Sistema Único de Acreditación como componente del Sistema de Garantía de la Calidad, el cual se pone a disposición de las IPS, EPS, EPS del Régimen Subsidiado y Empresas de Medicina Prepagada, que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, por encima de las condiciones mínimas exigidas por el Sistema Único de Habilitación.

Posteriormente con la Resolución 2679 de 2007 se conformó el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud, el cual tiene como uno de sus objetivos, proveer condiciones para facilitar el desarrollo de consensos y acciones conjuntas orientadas hacia el beneficio de la calidad y la seguridad de la atención en salud.

El Decreto 3257 de 2008, establece la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que estos dos sistemas deberán actuar de manera coordinada en donde hayan aspectos comunes y será La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas.

El 13 de noviembre de 2009, luego de su discusión y aprobación en el Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización (USN), fue aprobada la Norma Técnica Sectorial en Salud 001 de 2009 denominada. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. El propósito de esta Norma Técnica Sectorial es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de algunos lineamientos en sus procesos asistenciales, con el objeto de cumplir con el mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de nuestro país, partiendo de la prevención de 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.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Al ingresar a una institución de salud los pacientes buscan mejorar su estado y no empeorar o morir como consecuencia de errores en la atención. Siguiendo el principio Hipocrático *Primum Non Nocere, Primero No Hacer Daño*, los responsables de la asistencia sanitaria brindan una atención con responsabilidad y ética, sin la intención de causar daño, sin embargo los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos potenciales. Sumado a lo anterior se considera que la atención en salud es cada vez más compleja y que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes a la prestación con actuaciones humanas.

En Los resultados del estudio de práctica médica de Harvard en 1991 (Harvard Medical PracticeStudy). Se muestra que 4% de los pacientes sufren un evento adverso en el hospital o centro de atención, el 70% de los cuales acusan discapacidades transitorias y el 14% fallece como consecuencia del evento adverso.



**MODELO INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD
CLINICA ANTIOQUIA**

Código: E-GC-D-006

Versión: 003

Fecha: Marzo 2017

Página 7 de 34

Posteriormente en el año 2000 el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América publica el libro “*Errar es Humano*”, el cual concluye: Cada año, ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica.

Los eventos adversos representan un aumento en los costos hospitalarios y del Sistema de Salud en general. En Estados Unidos de América, el precio de los eventos evitables, incluyendo la pérdida de ingresos (lucro cesante), discapacidad y gastos médicos, entre otros, se estima entre 17.000 y 29.000 millones de dólares anuales. En Gran Bretaña, el incremento de la estancia hospitalaria genera un costo adicional de 2.000 millones de libras y de 400 millones por demandas médico legales.

Según la OMS en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad. El mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, los cuales conducen a una mayor probabilidad de que se presente esta alta incidencia de eventos evitables.

El estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, el cual además es el mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio metacéntrico internacional realizado hasta la fecha. Reporta que prevalencia de los eventos adversos fue de 10.5%. Las cifras arrojadas por el estudio IBEAS evidencian cómo cuando una institución trabaja en seguridad del paciente, disminuye el riesgo y se incrementa la detección de situaciones inseguras como insumo para la generación de barreras de seguridad.

El tema de la Seguridad del Paciente es un tema universal y se ha estudiado profundamente en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos y otros gobiernos del mundo, han hecho un llamado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial.

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos mundiales lideran la iniciativa de lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el año 2004, La Alianza Mundial, tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos y los profesionales. Su establecimiento pone de relieve la importancia del tema de la seguridad del paciente a nivel mundial.

Actualmente Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, la cual se define como “el conjunto de acciones y estrategias para ser implementadas por las instituciones prestadoras de

servicios de salud y las EAPB, las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud”.

Liderar una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores en este caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin de sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos en pro de la seguridad del paciente.

3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La Clínica Antioquia S.A., dentro de su direccionamiento estratégico y dentro de las directrices del Comité de seguridad de la institución crea LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE en el marco de la calidad del proceso de atención, por ello, promueve en sus funcionarios, sus proveedores, sus pacientes y familias una atención segura desarrollando acciones de identificación, prevención y gestión del riesgo relacionado con procesos de atención médico-asistencial y todas aquellas condiciones y situaciones que constituyen o pueden llegar a ser una amenaza para la atención segura del paciente como defectos en la infraestructura, falta de operativización y de continuidad de un proceso que pueda inducir a cometer un error.

Lo que se pretende en el contexto general es generar seguridad a nuestros pacientes minimizando y controlando los riesgos en la prestación del servicio y ofreciendo a los empleados las herramientas necesarias para garantizar el desarrollo de sus actividades, esto se dinamiza en la satisfacción de los pacientes y familiares garantizando la prestación del servicio con calidad humana teniendo como base la comunicación respetuosa entre sus funcionarios, los pacientes y su familia y sus proveedores lo que permite que al solicitar nuestros servicios sientan confianza y seguridad al poner en nuestras manos su bienestar. Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.

Según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, los principios orientadores de la política de seguridad del paciente en la Clínica Antioquia serán:

1. Enfoque de atención centrado en el paciente.
2. Cultura de seguridad.
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.
4. Validez.
5. Alianza con el paciente y su familia.
6. Alianza con los profesionales de la salud.



MODELO INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD CLÍNICA ANTIOQUIA

Código: E-GC-D-006

Versión: 003

Fecha: Marzo 2017

Página 9 de 34

De acuerdo con la política establecida anteriormente y como parte de su direccionamiento estratégico y coherente con la misión y los valores de la Gerencia de la Clínica Antioquia, los cuales se enmarcan en la prestación de servicios diferenciados, integrales, con calidad, respeto y seguridad, Se plantea la formulación e implementación de un Modelo Integral de Seguridad del Paciente que identifique las situaciones y acciones que pueden afectar la seguridad en la atención, buscando gestionarlas creando así procesos de atención seguros.

4. MODELO INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El modelo, es el referente conceptual y metodológico para implementar sistemáticamente en una institución de salud un conjunto articulado de conceptos, políticas, estrategias y herramientas, que se potencian para reducir los riesgos y mejorar resultados en los pacientes, brindar la atención en un entorno seguro, generar y mantener una cultura de seguridad.

El desarrollo del modelo en su conjunto permite identificar e integrar los tres elementos que interactúan en toda organización para el logro de la calidad y en este caso, de la seguridad del paciente: la estrategia, la gestión de procesos y la cultura organizacional.

El modelo integral de seguridad en la atención del paciente, estará acorde con las políticas concebidas por el Ministerio de la Salud y Protección social, la Organización Mundial de la Salud y su puesta en marcha de la alianza mundial para la seguridad del paciente y contemplara los siguientes aspectos:

Establecer una política institucional de seguridad, la cual armonice con el direccionamiento estratégico de la Clínica Antioquia y se constituya como una prioridad por parte de la Gerencia y de todo el equipo de trabajo de las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo; se plantea como segundo aspecto del modelo la promoción de la cultura de seguridad, buscando crear conciencia del autocontrol y el desarrollo de un programa de capacitación con enfoque pedagógico.

Se considerará además un sistema de reporte de eventos adversos el cual contempla mecanismos para la identificación de eventos, el reporte y el desarrollo de estrategias de análisis y de gestión, buscando implementar acciones de mejora como elemento institucional para el aprendizaje organizacional.

ELEMENTOS DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Modelo Integral de Seguridad en la atención del paciente contempla los siguientes elementos:

- Formulación en implementación de estrategias de seguridad clínica las cuales buscan convertirse en campañas articuladas con las políticas de seguridad establecidas por la Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud.

- La cultura de la seguridad del paciente se asociará al cumplimiento de los mínimos éticos institucionales y será el producto de todos los esfuerzos y compromisos del personal asistencial, administrativo y de apoyo de la Gerencia de Salud.
- El modelo para la seguridad del paciente es el conjunto de elementos que interactúan para poder cumplir con los objetivos de seguridad del paciente y se convierte en un compromiso con los pacientes, su familia y con el mejoramiento de la salud bajo la prestación de una atención con calidad.
- Serán considerados como relevantes de la Gerencia en su modelo integral para la seguridad en la atención del paciente los siguientes aspectos: Liderazgo frente a la seguridad, formación del talento humano frente a la seguridad, cultura de la seguridad y participación activa del paciente y su grupo familiar en el tema.

ALCANCE DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El modelo de seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud se aplicará en todos los servicios asistenciales, de apoyo y administrativos de la Clínica Antioquia.

OBJETIVO GENERAL

Formular, desarrollar e implementar un modelo integral de seguridad del paciente para la prestación de servicios de salud de la Clínica Antioquia, buscando generar prácticas seguras en la atención, generando autocontrol y gestión en el reporte, búsqueda y análisis de los eventos adversos, como una estrategia de mejoramiento continuo que garantice una prestación de servicios en condiciones de calidad, respeto y seguridad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer, difundir e implementar una política de seguridad del paciente coherente con la misión y los valores de la Clínica Antioquia, la cual buscará de manera integral la implementación de estrategias que garanticen una atención segura.
- Fomentar en el personal de la Clínica la cultura de la seguridad, mediante procesos de formación continua y el desarrollo de competencias en el tema.
- Permitir al personal de la Clínica asociar la necesidad de una cultura de seguridad con el cumplimiento de los mínimos éticos con el paciente.

- Identificar los riesgos en cada uno de los servicios Unidades y/o asistenciales de la Clínica, generando acciones proactivas para el control de los riesgos y la creación de barreras de seguridad.
- Desarrollar con el personal de la Clínica las habilidades para la identificación y prevención de las fallas en la atención, con el fin de trabajar proactivamente evitando la aparición de eventos adversos.
- Implementar el sistema de reporte, análisis e intervención de los eventos adversos ocurridos en las diferentes unidades.
- Formulación en implementación de las estrategias de seguridad clínica las cuales buscan convertirse en campañas articuladas con las políticas de seguridad establecidas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud.
- Integrar al paciente, familia, allegados y cuidadores en la prevención de la ocurrencia de los riesgos y eventos adversos, haciéndolos partícipes de la seguridad durante la atención.

5. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROPÓSITO

- Reducir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar al personal para la seguridad del paciente.

5.1 PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La cultura de seguridad será elemento clave del Modelo y se contará con el apoyo de la gerencia y demás áreas de la organización con el fin de construir un plan de formación y definir unas estrategias que permitan que el personal sea un conocedor del tema, proactivo y comprometido con las estrategias implementadas para contribuir a la prestación de servicios cada vez más seguros.

Involucrara las siguientes actividades:

- Socializar la Política y el modelo.
- Definición de líderes y roles.
- Formación de líderes en Seguridad.
- Aplicación de la encuesta de cultura de seguridad.
- Identificación de riesgos potenciales en los servicios.
- Fortalecimiento del sistema de reporte, análisis y gestión de los Eventos adversos.

- Implementación y fortalecimiento de herramientas de cultura de seguridad (Rondas de seguridad y/o sesiones breves de seguridad).
- Fortalecer el Comité de Seguridad para todos los servicios de la Clínica.

ESTRATEGIAS PARA PROFUNDIZAR LA CULTURA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes que en las acciones formales que se desarrollan.

PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE

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

- Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
- Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso y no acompañarlo.

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

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

2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del evento adverso.

EL MANEJO DEL ENTORNO LEGAL

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

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

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

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución se dirija hacia:

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

5.2 PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS: GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD

De acuerdo con los análisis de los riesgos reportados en las áreas funcionales de prestación de servicios, se define como ruta de trabajo para el período 2013–2020, la adopción de las guías de buenas prácticas de seguridad del usuario del Ministerio de Salud y protección social y adelantando los lineamientos definidos para las Buenas prácticas de Seguridad del paciente.

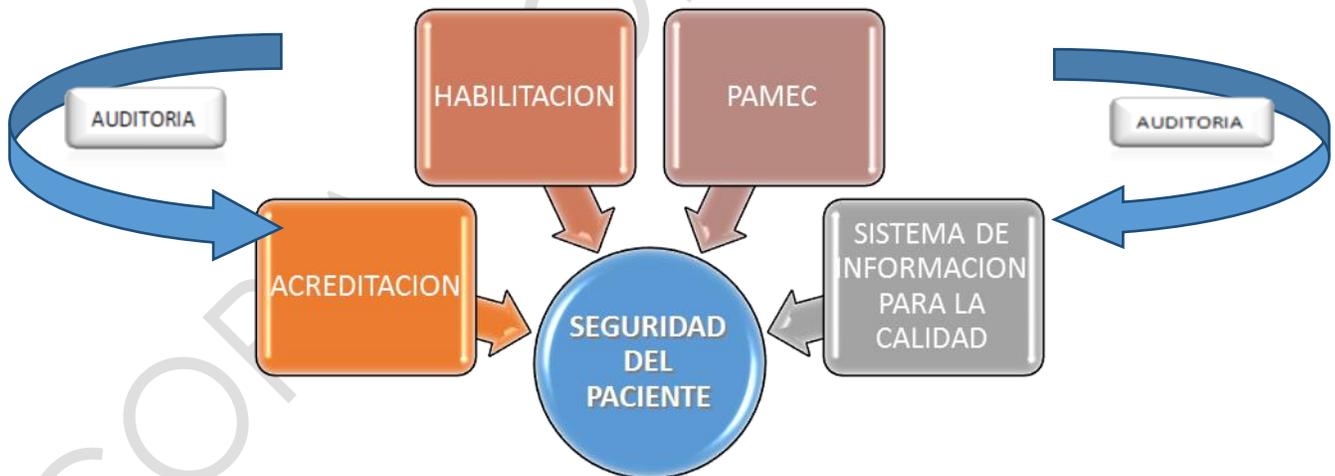
5.3 DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y AUDITORIA

Se busca fortalecer el modelo de seguridad del paciente contribuyendo al afianzamiento de la cultura de seguridad del paciente y de todas las estrategias del modelo.

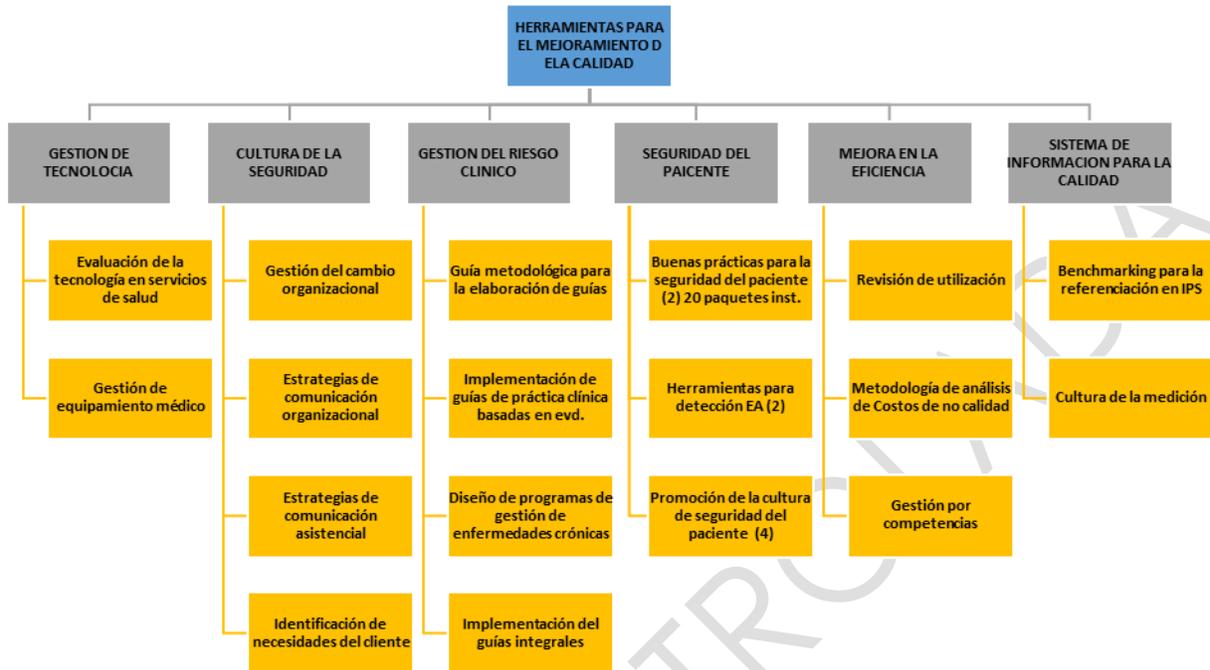
En cada una de las herramientas de buenas prácticas se incluirá el alcance de las acciones de seguimiento y auditoria que contribuyan al logro de los objetivos propuestos.

ARTICULACIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD.

El modelo de Seguridad del paciente planteado para la prestación de servicios estará alineado con el planteamiento de la norma la cual establece como pilar del SOGCS la seguridad del usuario desarrollado en cada uno de los componentes del sistema (Habilitación, PAMEC, Sistema de información para la Calidad y Acreditación).



No son piezas individuales: Son un conjunto armónico e integrado de instrumentos. Cada instrumento cumple un papel dentro del sistema de incentivos y estrategias



DEFINICIONES BASICAS DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

ATENCIÓN EN SALUD

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

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

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS

Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc)

FALLAS LATENTES

Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**

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

- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

INCIDENTE

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

COMPLICACIÓN

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

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

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje

obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal

ESTRATEGIAS

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD

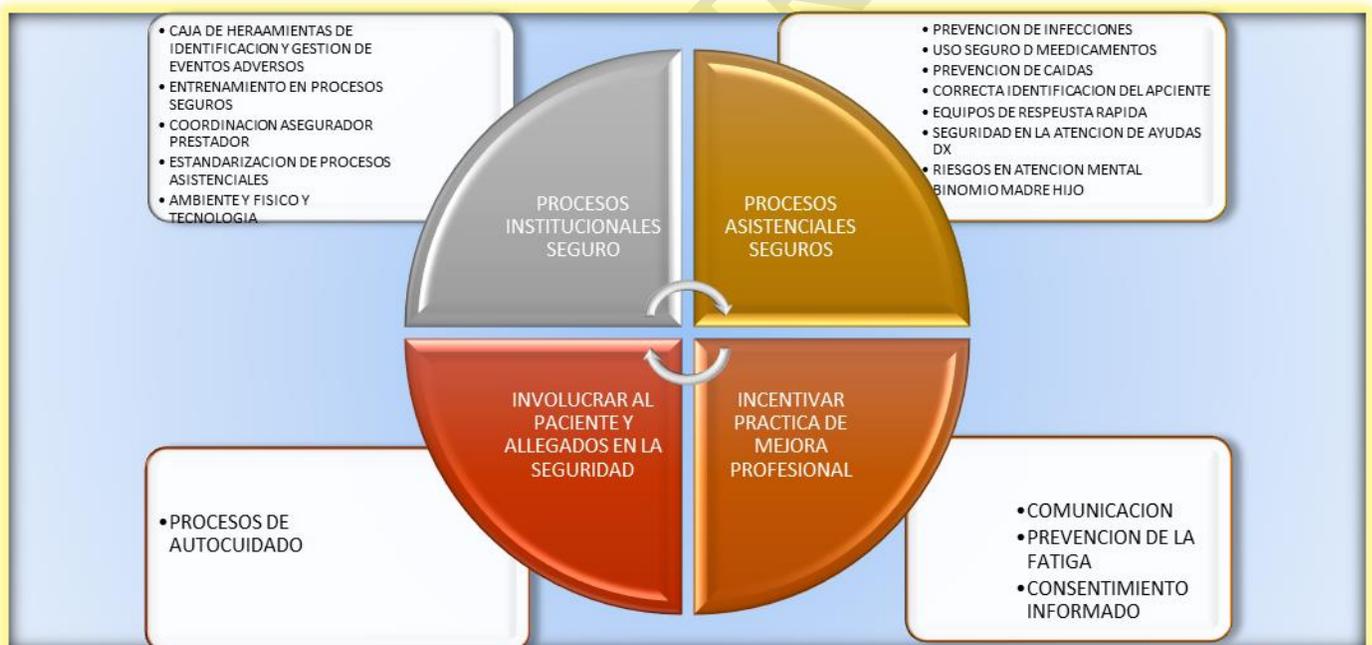
La Clínica Antioquia define implementar las Buenas Practicas para la seguridad del paciente propuestas por el Ministerio de la Protección social a través de su unidad sectorial de normalización y desarrollará las actividades necesarias según esquema que a continuación se describe y consecuente con los paquetes institucionales de Buenas prácticas del Ministerio de la Protección Social en Colombia

Adopta los siguientes paquetes instruccionales:

- Evaluar la frecuencia en la cual ocurren los eventos adversos.
- La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Modelo pedagógico.
- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Asegurar la correcta identificación de las muestras de laboratorio
- Garantizar la atención segura del binomio madre hijo (en los casos que puedan presentarse de atención de parto urgente).
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
- Prevenir el cansancio del personal de salud.
- Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.

- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
- Prevenir úlceras por presión.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
- Prevención de la malnutrición o desnutrición.
- Seguridad de la atención de urgencias en población pediátrica.
- Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
- Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo.

BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE





COPIA

PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

Gestionar el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud

HABILITACIÓN

Procesos para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

Procesos para prevención y reducción en la frecuencia de caídas

Procesos para prevenir úlceras de presión

Procesos para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos

Procesos para prevenir complicaciones anestésicas

Procesos para asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales

Procesos para garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio

Procesos de implementación de equipos de respuesta rápida

Procesos para reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares

Procesos para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

Procesos para reducir el riesgo de la atención del paciente crítico

Procesos para Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas

Procesos para Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

Procesos para la Prevención de la malnutrición o desnutrición

Procesos para Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

**INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LAS COMPETENCIAS
DE LOS PROFESIONALES**

Procesos que permitan Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Procesos que permitan prevenir el cansancio del personal de salud

Procesos que permitan garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado

**INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU
SEGURIDAD**

Procesos para ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad

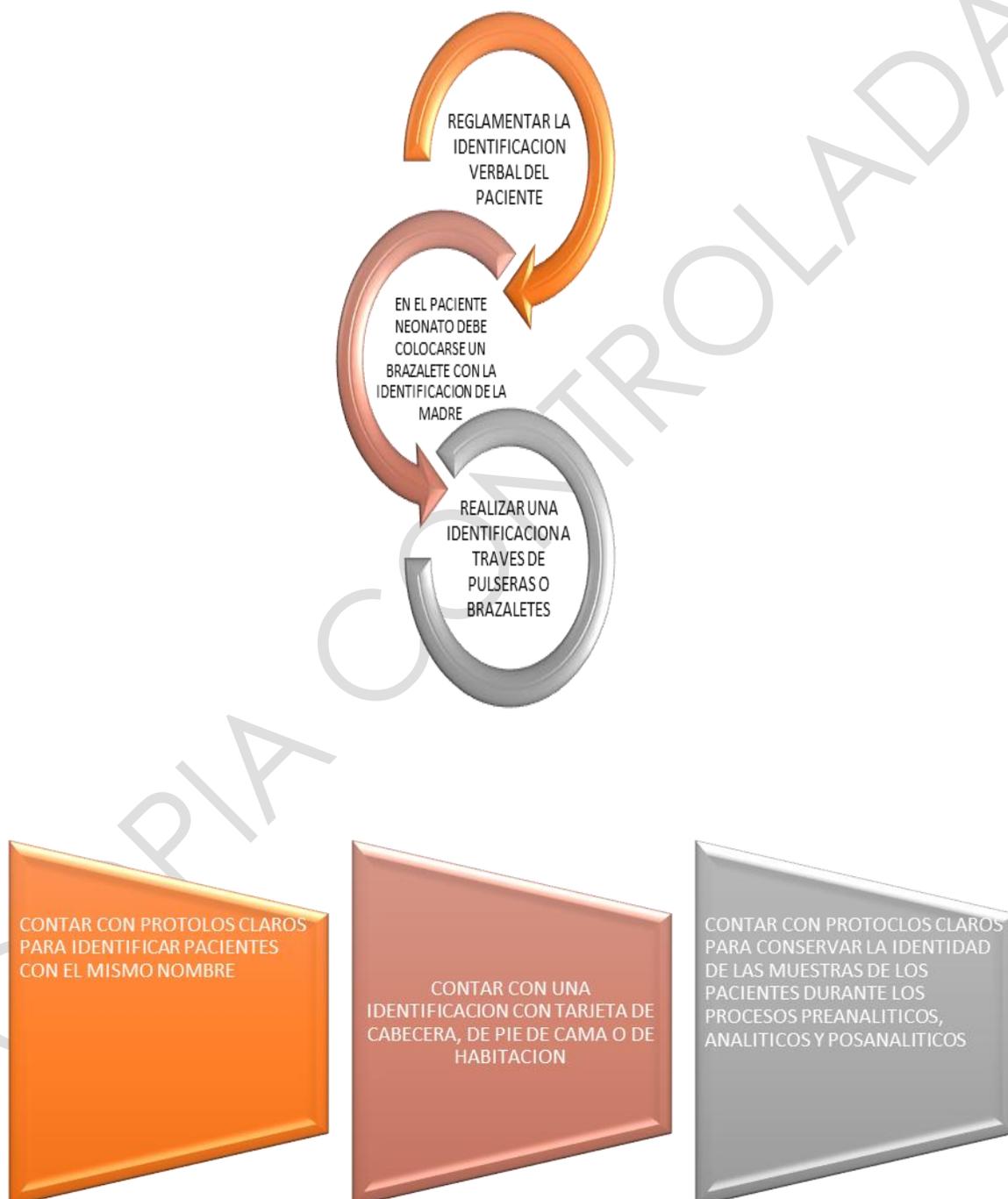
Procesos que permitan Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:

FOCALIZACION DEL MODELO

METAS DE SEGURIDAD

Se determinan las siguientes metas de seguridad en la clínica Antioquia las cuales serán el pilar fundamental para el desarrollo del modelo y que ya están establecidas como obligatorias por el Ministerio de Salud y Protección Social.

META 1: Identificar correctamente los pacientes



META 2: Mejorar la comunicación efectiva

Definir Políticas institucionales relacionadas con los canales de comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia.

Definir políticas institucionales sobre qué tipo de Acrónimos y Siglas se pueden utilizar en la institución.

Estandarización de los informes de cambio de turno

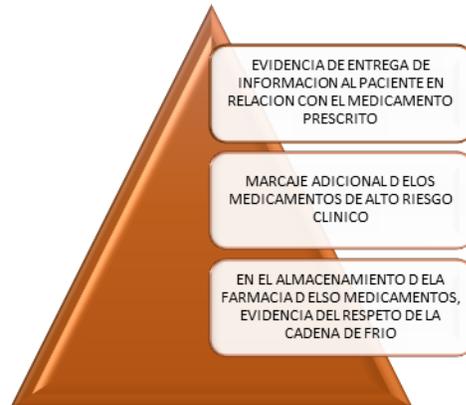
Estandarizar listas de chequeo en la entrega de turnos a nivel hospitalario y a nivel del Sistema de referencia y Contrarreferencia

META 3: Mejorar la seguridad en medicamentos de alto riesgo

EVIDENCIA DEL USO DE
MINIMOS CORRECTOS
PARA LA
ADMINISTRACION DE
MEDICAMENTOS

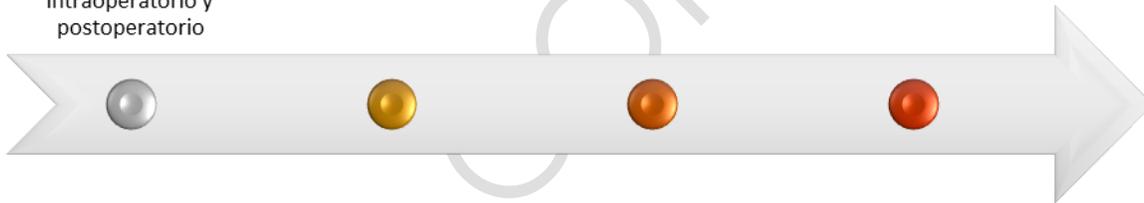
IDENTIFICAR Y MEDIR
LOS MEDICAMENTOS
CON EFECTOS
SECUNDARIOS
IMPORTANTES Y
MOLESTOS PARA LOS
PACIENTES

IDENTIFICAR Y MEDIR
LOS MEDICAMENTOS
CON SIMILITUD EN
NOMBRE Y
PRESENTACION PARA
SU CORRECTA
DIFERENCIACION



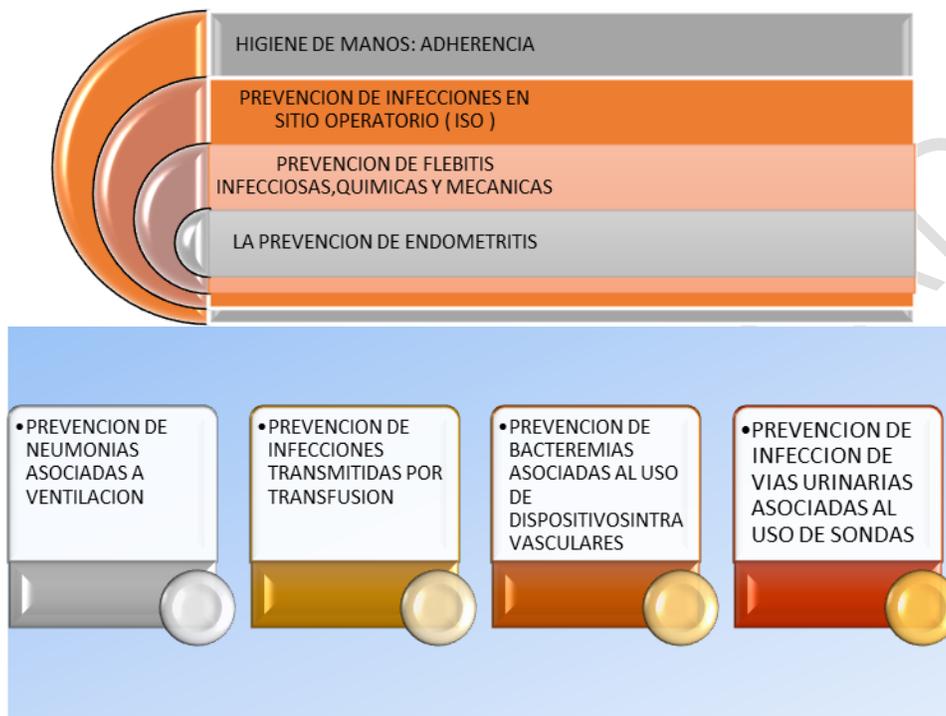
META 4: Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto

Continuo de atención quirúrgica del paciente, en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio

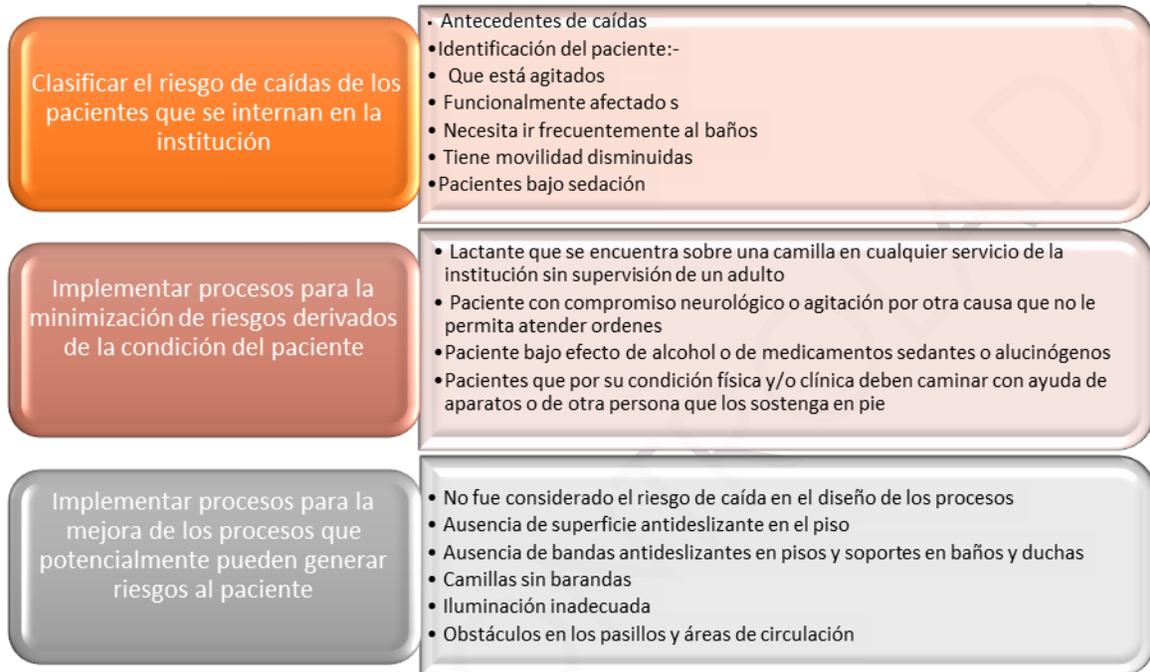


Lista de chequeo para cirugía segura

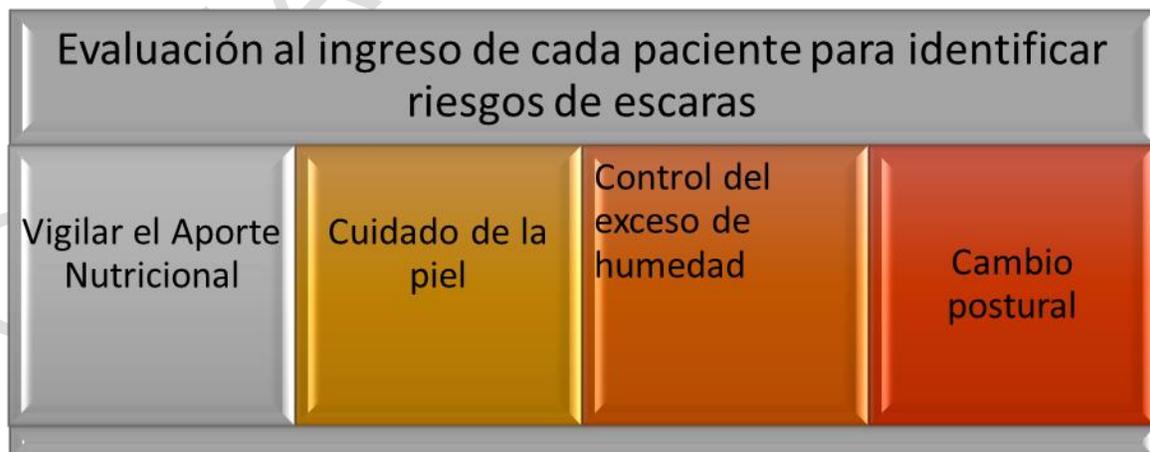
META 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud



META 6: Reducir el riesgo de daños al paciente causado por caídas



META 7: Prevenir la aparición de zonas de presión en el paciente



META 8: Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a transfusión sanguínea



META 9: Atención segura del binomio madre – hijo



META 10: Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

Valoración del riesgo de suicidio, agresión, evasión o consumo de sustancias psicoactivas o alcohol de pacientes con enfermedad mental

Evidenciar canales efectivos de transmisión efectiva de la información dentro del equipo de atención

Establecer e implementar políticas de monitorización a pacientes con alto riesgo

Establecer e implementar protocolos de internación que acordes con el riesgo identificado

Diseño e implementación de programas de educación al paciente y su familia para involucrarlos en el cuidado del paciente

META 11: Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado

Verificar el entendimiento del usuario.

Capacitar al personal asistencial (incluidos los médicos) en la importancia legal del consentimiento informado

Realizar auditorias trimestrales en torno al cumplimiento de los procedimientos de consentimiento informado en la institución.

FASES DEL MODELO

DISEÑO

VALIDACION

IMPLEMENTACION

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

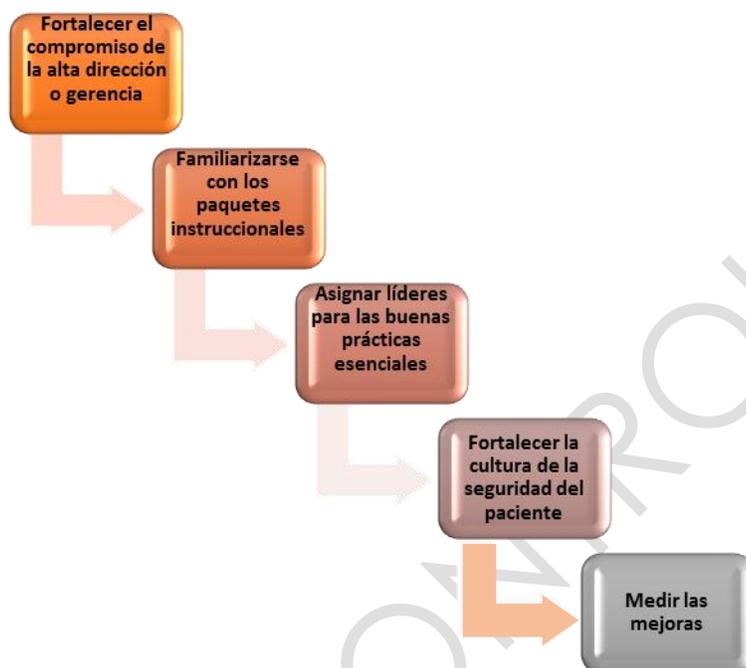
MEJORAMIENTO

REDISEÑO

GESTIÓN DE CALIDAD

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

PASOS A SEGUIR



ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION DEL MODELO

1. Diagnóstico y revisión de procesos actuales.
2. Diseño y rediseño de los modelos.
3. Revisión y actualización de la documentación.
4. Capacitación y formación del equipo directivo de la Clínica.
5. Selección y formación de líderes de seguridad.
6. Definición e implementación por medio de un cronograma de divulgación, capacitación y entrenamiento de todo el personal en los diferentes servicios de la Clínica.
7. Seguimiento.
8. Medición.

GESTORES DE SEGURIDAD

Grupo el cual se conforma voluntariamente en el cual pueden participar colaboradores de cualquier área de la clínica cuyas funciones son:

FUNCIONES

- Posicionar el Modelo de seguridad del paciente con la participación de los actores en cada proceso de la Clínica “Gestores de Seguridad”, que contribuyan a desarrollar la cultura de la organización bajo el modelo de la mejora continua y orientada a la seguridad del paciente.
- Generar cultura de seguridad del paciente.
- Ser un soporte en la identificación de posibles eventos adversos en la institución.
- Contar con herramientas de identificación de oportunidades de mejoramiento continuo en los procesos críticos de la institución.
- Realizar rondas de seguridad del paciente en cada uno de los servicios y según los hallazgos crear plan de mejoramiento.
- Capacitar al personal de la institución en temas de seguridad del paciente.
- Orientar, liderar, implementar, monitorear y mejorar los procesos con el fin de brindar una atención segura y cálida a los pacientes.

MATRIZ DE INDICADORES

Porcentaje de eventos adversos: Número de reportes clasificados como eventos adversos/Número de reportes realizados. Por servicio.

Porcentaje de incidentes: Número de reportes clasificados como incidentes/Número de reportes realizados. Por servicio.

Porcentaje de Autoreporte: Número de eventos adversos con autoreporte/Total de eventos presentados en el período*100

Proporción de reportes gestionados: Número de reportes analizados y CLASIFICADOS/Número de reportes realizados. Por servicio.

Proporción de eventos adversos gestionados: Número de reportes analizados y gestionados/Número de eventos adversos presentados. Por servicio.

Oportunidad de análisis de eventos adversos: Número de reportes analizados oportunamente en la institución/Total de reportes institucionales * 100

Porcentaje de Efectividad de gestión del riesgo: Número de acciones cumplidas por la presencia de eventos adversos/Total de acciones formuladas en el período*100

INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCIÓN 256 DE 2016

Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)

Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)

Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)

Tasa de caída de pacientes por servicios (urgencias, hospitalización, cirugía, UCI, UCE, consulta externa, laboratorio, imagenología)

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos por servicios (urgencias, hospitalización, cirugía, UCI, consulta externa).

Tasa de úlceras por presión.

Proporción de cancelación de cirugía.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

Porcentaje de caídas

Porcentaje de úlceras de presión

Porcentaje de complicaciones anestésicas

Porcentaje de complicaciones quirúrgicas

Porcentaje de eventos adversos por transfusiones sanguíneas

Tasa de flebitis

BIBLIOGRAFIA

1. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Ministerio de la protección social.2008.
2. Documentos de trabajo Fundación Corona. Bogotá, Colombia, Fundación Corona, Centro de Gestión Hospitalaria; 2009. (disponible en www.fundacioncorona.org.co. www.cgq.org.co)
3. GENERALIDADES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCION SEGURA – Paquetes obstructivos. Ministerio de la protección social.2008
4. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Editorial.htm>
5. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
6. 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
7. Observatorio de la Calidad en Salud Ministerio de la protección Social _ http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx
8. Informe final estudio IBEAS http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
9. Guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud – Ministerio de Protección Social. Colombia. Marzo 2010.
10. Luengas Amaya S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las Instituciones de salud. Revista Vía Salud, 2008.
11. Guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud – Ministerio de Protección Social. Colombia. 2015.



**MODELO INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD
CLINICA ANTIOQUIA**

Código: E-GC-D-006

Versión: 003

Fecha: Marzo 2017

Página 34 de 34

HISTORIAL DE MODIFICACIONES:

CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación del modelo integral de seguridad del paciente en la atención en la salud.	Coordinadora de calidad	Comité de calidad	Comité de calidad
002	Enero 2015	Actualización de documento.	Coordinadora de Calidad	Gerente de planeación y desarrollo	Comité de seguridad del paciente
003	Marzo 2017	Actualización de documento.	Jefe seguridad del paciente	Jefe de calidad	Comité de Seguridad del Paciente