

UNIVERSIDAD EAN

Facultad de postgrados

Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud

Implementación de la política de seguridad del paciente en la unidad renal
NEFROUROS de la ciudad de Ibagué.

GABRIEL DARIO AGATON MENESES
PAOLA ANDREA ABRIL SANTAMARIA
SANDRA MILENA MEDINA

Ibagué, Colombia
2012

UNIVERSIDAD EAN

Facultad de postgrados

Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud

Implementación de la política de seguridad del paciente en la unidad renal
NEFROUROS de la ciudad de Ibagué.

GABRIEL DARIO AGATON MENESES
PAOLA ANDREA ABRIL SANTAMARIA
SANDRA MILENA MEDINA

Informe final de investigación presentado como requisito para optar al
Título de Especialista en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud

Asesor: Dr. HECTOR RAUL AGUIAR, Medico - Magister en salud pública
Especialista en Auditoría Garantía de la Calidad en Salud
Especialista en Administración Hospitalaria

Ibagué, Colombia
2012

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad EAN por permitirnos y darnos las herramientas para desarrollar la política de seguridad del paciente.

A la Unidad Renal NEFROUROS y sus pacientes por permitirnos usar las instalaciones, sus experiencias, para desarrollar este informe final de investigación.

A Nuestras familias por el apoyo, el acompañamiento durante el aprendizaje continuo.

CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
4. OBJETIVOS	9
4.1 Objetivo general	9
4.2 Objetivos específicos	9
5. MARCO TEÓRICO	10
6. DISEÑO METODOLÓGICO	21
6.1 Tipo de estudio	21
6.2 Muestra	21
6.3 Métodos e instrumentos	22
6.4 Procesos y procedimientos	27
6.5 Tabulación y análisis	29
7. DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	30
8. DISCUSIÓN Y RESULTADOS	31
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
Anexo 1. Presupuesto	
Anexo 2. Cronograma de actividades	
Anexo 3. Propuesta de política de seguridad del paciente	
Anexo 4. Formato de reporte de incidentes y eventos adversos	
Anexo 5. Formato plan de acción.	

RESUMEN

El informe final de investigación consistió en realizar un trabajo dirigido, tomando la línea de investigación de responsabilidad social. Se realizó en la unidad renal NEFROUROS, ubicada en la ciudad de Ibagué, durante los años 2011 y 2012. El problema que se detectó es que en esta unidad renal se tiene documentado una política de seguridad del paciente, para la cual se diseñó un formato de reporte de incidentes y eventos adversos, en el cual se observó que no tiene mayor impacto, al no existir reportes y los pocos generados se quedan sin análisis y planes de mejora, además de no existir una cultura de seguridad del paciente que permita disminuir el riesgo de la atención. Es por ello que el grupo investigador realizó un modelo de gestión del evento adverso, en el cual crea un programa para la implementación de la política de seguridad del mismo, en el cual involucra la creación de una política, un modelo de gestión del evento adverso, que define incidentes, eventos adversos, formato de reporte, comité de seguridad y referente de seguridad del paciente, seguido del análisis causal del evento adverso utilizando el protocolo de Londres, la implementación de prácticas institucionales y asistenciales seguras y finalmente la socialización, difusión y comunicación de la política de seguridad del paciente. Esta es la propuesta que se entregó a las directivas de la unidad renal NEFROUROS, para que sea analizada y de acuerdo a sus voluntades y experiencias, sea aplicada y se alcance la del mejoramiento continuo de la calidad, se realicen avances en la acreditación y se mejore la calidad de vida de los pacientes. Si la unidad renal NEFROUROS, incluye esta propuesta dentro de su direccionamiento estratégico, logrará que se genere una cultura de seguridad del paciente, logrando disminuir el riesgo de la atención en salud.

Palabras Clave: Política de seguridad del paciente, incidentes, eventos adversos, NEFROUROS.

ABSTRACT

The final research report was to conduct a supervised, taking the research of social responsibility. Was conducted in the renal unit NEFROUROS, located in the city of Ibaguè, during the years 2011 and 2012. The problem was detected in this unit is that it has documented renal patient safety policy, which is designed to format report incidents and adverse events, in which it was noted that no major impact in the absence generated reports and the few left without analysis and improvement plans, plus the absence of a culture of patient safety that allows reducing the risk of care. That is why the research team conducted a management model adverse event, which creates a program to implement the same security policy, which involves the creation of a policy, a management model of adverse event, defining incidents, adverse events, report format, and safety committee regarding patient safety, followed by the causal analysis of adverse event using the London Protocol, the implementation of institutional practices and safe care and finally socialization, diffusion and communication of patient safety policy. This is the proposal that was delivered to the directives of the renal unit NEFROUROS, for analysis and according to their wills and experiences, is applied and the scope of continuous quality improvement, progress is made in the accreditation and improving the quality of life of patients. If the renal unit NEFROUROS, including this proposal in its strategic direction, achieved to generate a culture of patient safety, decreasing the risk of health care.

Keywords: Politics of patient safety incidents, adverse events, NEFROUROS.

1. INTRODUCCION

Durante el proceso de atención en salud, en el modelo del sistema general de seguridad social, toda atención genera un riesgo. Riesgo para el paciente, su familia, para el prestador del servicio y el profesional en salud. Este riesgo se interpreta como un daño, una lesión, que resulta de la atención y el cual se presenta de manera involuntaria, influenciada por fallas activas, latentes y factores contributivos. Estos daños o lesiones pueden tener o no consecuencias; entre las consecuencias esta la incapacidad o la muerte, afectado directamente al paciente, la familia, a la institución, al mismo profesional que presta la atención. Esto se ve reflejado para las instituciones prestadoras de servicios en la mala imagen, fallos en la calidad y el reconocimiento por la sociedad. Estos riesgos, se han denominado incidentes y eventos adversos y desde el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, se han tenido en cuenta como indicador de la calidad de una IPS. Mas recientemente ha aparecido una estrategia denominada Política de Seguridad del Paciente cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecte la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, mediante la implementación de diferentes practicas que han demostrado que mejoran la calidad de los servicios de salud. De esta forma, detectando los riesgos de la atención en salud y aplicando esta política y sus múltiples estrategias lo que se pretende es disminuir el riesgo de la atención y evitar, disminuir la aparición de lesiones, daños, incapacidades y muertes atribuibles a la atención en salud. Y es

por que en la unida Renal NEFROUROS, se ha detectado que se presentan incidentes, eventos adversos y que mediante la adopción de esta política se logre detectar, gestionar, disminuir estos eventos.

En la unidad Renal NEFROUROS, encontramos que se tiene una política de calidad que esta inmersa en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, en esta se contemplan los cuatro componentes, evidenciando en el sistema de información la gestión del evento adverso. También en el sistema único de habilitación, en el estándar de procesos prioritarios asistenciales se tiene documentado un proceso de Eventos adversos, el cual incluye un formato de reporte de incidentes y eventos adversos. Se detecta poca funcionabilidad, bajo índice de reportes y una gestión mínima de los eventos detectados. Es por esto que el grupo investigativo presenta una propuesta para implementar la política de seguridad del paciente, diseñando un sistema de gestión del evento adverso, mediante la conformación del comité de seguridad del paciente, el reporte de incidentes y eventos adversos, el análisis causal del evento adverso, la implementación de prácticas institucionales y asistenciales seguras, la socialización, difusión, comunicación de la política de seguridad del paciente y lo mas importante, generar una cultura de seguridad del paciente. Esta propuesta no se limita a el reporte, va un poco mas allá, crear una cultura, transformar el pensamiento de correctivo a prevención del riesgo, detectar y gestionar incidentes, educar a los colaboradores dentro de un marco no punitivo, además de tomar las experiencias de otras instituciones que ha sido exitosas.

2. JUSTIFICACION

La política de seguridad del paciente, tiene como objetivos prevenir la ocurrencia de situaciones que afecte la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos. En nuestro medio, algunas intervenciones en salud, pueden afectar el estado de salud, ya sea durante la planeación, ejecución o durante el desarrollo de los procesos de salud, esto impacta negativamente al paciente, su familia, al personal de salud y al sistema de salud aumentando los costos.

El hecho de que toda atención en salud implique un riesgo, abre una infinidad de razones por las cuales implementar una política de seguridad del paciente hace que esta estrategia disminuya el riesgo, reduzca y en lo posible elimine la ocurrencia de eventos adversos.

La primera motivación es el ánimo investigativo de profundizar y adquirir conocimientos en la seguridad del paciente.

La segunda razón, es la integración de esta política al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, en el sistema único de habilitación logrando la disminución de los riesgos. En el programa de mejoramiento continuo de la

calidad la disminución en la brecha de la calidad esperada y la calidad observada, generando un círculo continuo del mejoramiento. En el sistema de información, generando indicadores de calidad, que permitan medir, monitorear, gestionar, tomar medidas correctivas de acuerdo a los hallazgos encontrados. En el sistema único de Acreditación como punto de partida, con un despliegue transversal sobre el estándar cliente asistencial.

Como tercera razón, es mejorar la calidad de vida del paciente renal, haciendo que los pacientes de pre diálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis, tengan adherencia al tratamiento, sean funcionales en su ciclo de vida, interactúen con el equipo de salud y se involucre en conjunto con su familia a este tipo de tratamiento.

Como cuarta razón, es mejorar la satisfacción del cliente interno, proporcionando conocimientos, herramientas prácticas, cultura de seguridad, satisfacción dentro de la IPS.

Como quinta razón desarrollar instituciones seguras, donde se realiza la gestión del riesgo, el análisis de los incidentes y eventos adversos, el monitoreo y la gestión de los mismos, planes y acciones de mejoramiento continuo y lo más importante evitar que vuelva a ocurrir estos eventos.

Finalmente, el desarrollar una imagen corporativa, un reconocimiento a nivel departamental de la Unidad Renal NEFROUROS, como una IPS de calidad, que se ha preocupado por la salud de los Tolimenses y que avanza en mejorar la calidad de vida del paciente renal Crónico.

Estas razones, nos crean la motivación de implementar la política de seguridad del paciente en la Unidad Renal NEFROUROS, haciendo de la atención de estos pacientes con patologías altamente costosas, intervenciones científicas y tecnológicas complejas, seguimiento continuo de la enfermedad renal crónica por un grupo interdisciplinario, se realice de una forma segura, que no aumente el daño y que mejore la calidad de vida del paciente con falla renal.

3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

A nivel mundial, desde los años 90, se ha iniciado un arduo trabajo con un enfoque de seguridad del paciente, iniciando por países como Estados Unidos e Inglaterra. En Estados Unidos, en el año 2000, cuando el Instituto de Medicina de los EUA reportó los resultados finales de una investigación realizada sobre los errores médicos en 30.195 pacientes atendidos en hospitales. El reporte, llamado “Errar es humano”, concluyó que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de los EUA como resultado de los errores que se suceden en los procesos de atención. Institute of Medicine. To Err is Human. National Academy Press. Washington DC, 2000.

El estudio ENEAS detectó una incidencia de 9,3% pacientes con Eventos Adversos, la mayoría de ellos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria. En 22,2% el EA fue la causa del reingreso. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. El 37,4% de los Eventos Adversos estaban relacionados con la medicación, 25,0% con problemas técnicos durante un procedimiento, y 25,3% fueron infecciones nosocomiales. El 42,8% de los Eventos Adversos se consideró evitable.

Otros estudios alrededor del mundo, en países desarrollados han reportado su incidencia de eventos adversos, según dice Franco, “Dinamarca 9% en 1097 admisiones, Reino unido 11.7% en 1014 ingresos, Australia 16.6 % en 14179

admisiones y recientemente Canadá reportó una tasa anual de eventos adversos de 7.5% de los cuales el 38% eran prevenibles”.

Más cerca, en Latinoamérica, con el estudio IBEAS, la prevalencia de Eventos Adversos fue de 11,85%. Los Eventos Adversos detectados estuvieron relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de medicamentos en un 8,23%, con infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. El 62,9% de los Eventos Adversos aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días, y un 18,2% de los Eventos Adversos causaron un reingreso. Un 60% de los Eventos Adversos se consideraron evitables.

Según el Observatorio de la calidad en salud estable para Colombia el porcentaje de eventos adversos del 13.1%, realizado en instituciones acreditadas y no acreditadas. A partir de estos trabajos y con el pasar del tiempo, el ministerio de la Protección social desde la creación de la Ley 100, Sistema general de seguridad social en Salud, ha promovido el sistema obligatorio de garantía de la calidad. Se han desarrollado diferentes modelos para mejorar la calidad de los servicios y el más reciente, el decreto 1011 de 2006, sistema obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, definiendo tres componentes, como son el sistema único de habilitación, sistema único de acreditación, sistemas de información y el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad. Dentro del desarrollo de estas directrices, y regulado por la resolución 1446, presenta los sistemas de información y el seguimiento al evento adverso. A partir de esta

resolución se ha desarrollado la política de seguridad del paciente, enmarcada dentro de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Se han desarrollado lineamientos, herramientas, guías de buenas prácticas de seguridad del paciente, en la cual se dan modelos a seguir, ejemplos y experiencias de otras instituciones. En nuestro departamento, instituciones como medicina intensiva del Tolima, hospital la Granja de Lérica, se han involucrado en estas políticas del ministerio de la Protección Social. En la ciudad de Ibagué, se ha visto hasta el momento algunos avances en el Hospital Federico Lleras Acosta, Instituto corazón de Ibagué, Clínica Minerva, quienes hasta el momento han avanzado en la implementación de la política y la adquisición de los conocimientos en el análisis del evento adverso. Para NEFROUROS, Se ha desarrollado la Política de seguridad del paciente, como estrategia de mejoramiento continuo de la calidad, la cual se ha documentado, mas no se ha implementado, socializado y evaluado a sus colaboradores.

A partir del análisis de esta situación, nos vemos motivados a la profundización del tema y nos lleva a preguntarnos ¿sí la implementación de la política de seguridad del paciente logrará prevenir la ocurrencia de situaciones que afecte la seguridad del paciente, reducir o eliminar la ocurrencia de eventos adversos?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Presentar una propuesta para la Implementación de la política de seguridad del paciente a la IPS NEFROUROS Unidad Renal de la ciudad de Ibagué.

4.2 Objetivos Específicos

Diseñar un modelo de gestión de incidentes y eventos adversos, que permita realizar el análisis causal de los incidentes y eventos adversos que se adapte a los procesos de la unidad renal NEFROUROS y que logre un mejoramiento continuo.

Socializar la política de seguridad del paciente a todos los colaboradores de la unidad Renal NEFROUROS

Promover dentro de la institución una cultura de seguridad y promover el reporte de incidentes y eventos adversos.

Adoptar la política de seguridad del paciente, promovida por el ministerio de salud y protección social.

Instaura una cultura de la seguridad del paciente en el cliente interno y externo.

5. MARCO TEORICO

Ministerio de la protección Social.

<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbcontent/library/documents/DocNewsNo16614DocumentNo5136.PDF>

El decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud, del sistema general de seguridad social en salud y sus cuatro componentes, el sistema único de habilitación, la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad, direcciona a las IPS a implementar procesos de auditoria, con indicadores y estándares que les permita precisar los parámetros de la calidad. Los modelos que se apliquen deben tener en cuenta los niveles de autocontrol, auditoria interna y externa.

Ministerio de la Protección Social.

<http://alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>

La resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Esta resolución indica que los prestadores de servicios de salud deben cumplir para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilidadación con capacidad tecnológica y

científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico - administrativa. De igual manera, se adoptan como estándares de habilitación el Manual único de Estándares y verificación como Anexo técnico numero 1 y como guía de procedimientos el Manual único de procedimientos de Habilidadación como anexo técnico número 2.

La resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan manuales de estándares de acreditación que se encuentran contenidos en el anexo técnico 1, mas recientemente reformado por la resolución 123 de del 26 de enero de 2012 denominado Manual de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario.

Ministerio de la Protección social.

<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbcontent/NewsDetail.asp?ID=15504&IDCompany=11>

La resolución 1446 de 2006, por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud.

La resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la

calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el sistema General de Seguridad Social en Salud y ofrecen insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.

Esta resolución contiene el anexo técnico, donde se define el sistema de información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Colombia impulsa una política de Seguridad del paciente, liderado por el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones Seguras y competitivas internacionalmente; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social, expidió los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Ministerio de la protección social. (p. 7 de 221).

Desde el 2004, el ministerio de la Protección Social tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores (como se llamo en el

momento); se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones.

Ese mismo año, con la colaboración del ICONTEC, ente acreditador en salud, se estableció como prerrequisito necesario para aplicar a la acreditación en salud, que la institución demostrara que desarrollaba procesos de vigilancia de los eventos en mención.

Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostro avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia, lo cual hizo mediante la expedición de la resolución 1446 de 2006.

Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección social.

http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científica probadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

La política de seguridad del paciente, expedida en junio de 2008 por el ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del sistema obligatorio de garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de

servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad de Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

La seguridad del paciente y la atención segura. Observatorio de la Calidad. Ministerio de la Protección Social (p. 9 de 419).

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones; los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que las generan, cuales disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan y una vez identificadas las causas y los condicionantes, permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocan y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

La seguridad del paciente y la atención segura. Observatorio de la Calidad. Ministerio de la Protección Social (p.10 de 41.)

La seguridad del paciente exige una atención y actuaciones permanentes a varios niveles.

A nivel institucional, implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud, (hospitales, centros de salud, residencias para personas mayores y discapacitadas) deben diseñarse y organizarse para reducir los potenciales riesgos durante la atención de los pacientes.

En el plano profesional, supone un diseño con cuidado de procesos y procedimientos con base en la evidencia científica, aunado de una mejora continua de los mismos, con el único objetivo de reducir la probabilidad de que ocurran Eventos adversos.

Por último, a nivel político y social, acorde con las iniciativas mundiales que se están dando en el tema.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligrosos, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, al incorporar tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular,

sino mas bien explicables por la concurrencia de errores en la planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, que impactan negativamente en el paciente y que pueden generar, en ocasiones, eventos adversos.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores que se involucran en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que no habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad.

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

Se han establecido unos principios transversales que orientan las acciones a implementar. Estos principios son:

Enfoque de atención centrado en el usuario

Cultura de seguridad

Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

Multicausalidad

Validez

Alianza con el paciente y su familia

Alianza con el profesional en salud.

Restrepo (2007) declara:

Los elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad deben incluir por lo menor estos elementos:

Primero tener una mirada eminentemente técnica. Requiere abordar el tema desde el método científico para sustentar conceptos, modelos y herramientas que permitan entender los factores humanos y organizacionales que contribuyen a la ocurrencia de errores y eventos adversos e intervenidos.

El modelo explicativo del queso Suizo, es el más utilizado actualmente, el punto es que entre los peligros y el daño se encuentran diferencia, las fallas que puedan presentarse en los diferentes procesos de atención, para que esos peligros lleguen a ser daño, se necesita que los diferentes problemas, las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas concurran en producirlo; significa que cuando trabajamos en el tema de seguridad del paciente a partir de la búsqueda de eventos adversos, se deben buscar a

partir de aquellos errores humanos, o de aquellos fallos del sistema, cuales son esas fallas en los procesos que se alinean para permitir que el daño se dé, para poder llenar así el sistema de múltiples barreras de seguridad, lo que llamamos sistemas redundantes de seguridad que impidan que el daño se dé, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del queso Suizo.

El tercer elemento es la respuesta organizacional no punitiva ante la presencia de eventos adversos o errores, que promueva la búsqueda activa de estos sin temor a las posibles represalias y castigos, ambiente que se denomina cultura justa. Por el contrario un entorno punitivo promueve el ocultamiento y no facilita el análisis, por lo tanto, no se podrán identificar cuales son las barreras de seguridad que deben implementarse.

Cuarto tema del abordaje conceptual de seguridad del paciente, involucra al paciente y su familia. Desde que el paciente llega a la institución hay que educarlo, hay que darle elementos para que pregunte por sus posibles riesgos, para que identifique esos posibles factores que pudieran alertarlo, es decir involucrar de forma activa al paciente y su familia como barrera de seguridad.

Un quinto elemento de la conceptualización es promover una cultura de seguridad en la institución, acompañada del despliegue de herramientas prácticas. La cultura de seguridad debe venir desde la misma alta dirección, desde los mensajes que la alta dirección genera. Se debe crear la cultura de

hablar de esto, las rondas de seguridad del paciente, las reuniones que hablan de los temas de seguridad del paciente, los reportes intra institucionales voluntarios, la voluntad del cooperar con los reportes extra institucionales voluntarios y también el tema de la confidencialidad.

El sexto elemento es entender que lo importante es definir y mantener un foco claro sobre el cual se evidencien los resultados. Si se desarrolla una política y una estrategia de seguridad del paciente es para obtener resultados, se identifica el foco de riesgos de cara al paciente, analizarlo, intervenirlo y lograr resultados; que el paciente salga beneficiado, que la institución le ofrezca ese entorno seguro.

En la cultura de la seguridad hay conciencia de que todo el accionar puede ir mal. La organización es capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar. La interacción entre los colaboradores de la organización es abierta, imparcial, para compartir información abiertamente y para tratar al profesional en presencia de errores o eventos adversos. Se basa en un enfoque sistémico, la atención no esta ligada al individuo, sino también al sistema donde trabaja. Abordar que estuvo mal en el sistema ayuda a aprender lecciones y aprevenir su ocurrencia.

Entre los beneficios de una cultura justa están el impacto positivo en el funcionamiento de la organización; la transición desde el análisis de fallos a la mejora continua, el hecho que el personal está informado sobre qué puede ir mal y qué ha ido mal, a cambio de rumores y temores; la disminución de la recurrencia y gravedad

como consecuencia del aprendizaje; la reducción del daño y de los impactos negativos en el paciente por la prevención y la comunicación; el descenso del estrés, la culpabilidad y la falta de confianza del personal al ocurrir menos eventos adversos; la reducción de los tiempo de espera, debido a menos de reingresos de pacientes ligados a errores, y la disminución de costos reingresos, nuevas hospitalización.

Las dos herramientas para promover la cultura justa son las rondas de seguridad y las sesiones breves de seguridad, donde el personal debe entender el propósito de esta actividad y generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos, ni mucho menos detectar fallas para sancionarlos. Debe garantizarse que la información que se comparte no se grabará ni usará de manera punitiva. Igualmente debe estimularse la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas. Quien las conduce debe tratar de detectar a aquellas personas que quieren decir algo, pero no se atreven. Es crucial que se implemente cambios basados en las sesiones breves de seguridad, con el fin que los asistentes se convenzan de su utilidad.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio del informe final de investigación consiste en realizar un trabajo dirigido, de intervención, en el campo estratégico de investigación tomando como referente la comunicación, política y cultura; Grupo de investigación política y responsabilidad social y la línea de investigación de responsabilidad social.

6.2 Población

La empresa seleccionada para realizar este trabajo dirigido es la unidad renal NEFROUROS, en la sede de la ciudad de Ibagué. La población de la unidad renal corresponde a los pacientes de Caprecom, Asmet Salud, Magisterio, que se encuentran en los programas de Pre diálisis, diálisis peritoneal y Hemodiálisis. Esta población es fluctuante, ya que esta influenciada por la contratación; pero al realizar un promedio mensual de pacientes atendidos en los tres programas logramos impactar a 120 pacientes. También está dirigido al cliente interno, que se compone de 22 personas.

6.3 Métodos e instrumentos

El grupo investigativo ante la problemática, en la cual el ministerio de Salud y protección social dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, propone la política de seguridad del paciente donde cada prestador y asegurador adopta el modelo y lo adapta a su organización, partiendo desde el direccionamiento estratégico, hasta la generación de una cultura justa de seguridad del paciente.

Encontramos que en NEFROUROS, se tiene documentado la política de seguridad del paciente como una herramienta que adopta un modelo de reporte, análisis y la presentación de indicadores de calidad ante los entes de control. Detectamos así, que no existe una cultura de seguridad del paciente que permita tomar medidas, generar mejoramiento continuo y que sea analizado mediante una metodología específica por parte de un comité de seguridad del paciente. Es por ello que el grupo investigativo, realiza una propuesta, que modifique el modelo actual, a una propuesta que permita involucrar al cliente interno, al paciente y su familia, generando un clima de seguridad del cual participan todos los colaboradores de la Unidad Renal.

Se desarrolló esta propuesta utilizando la metodología de reuniones del grupo investigativo y la dirección de la Unidad Renal, diseñando un modelo de gestión del evento adverso mediante la articulación de los siguientes seis componentes:

1. Diseño del política de seguridad del paciente de NEFROUROS.
2. Diseño del sistema de gestión del evento adverso.
3. Análisis causal del evento adverso mediante el protocolo de Londres
4. Implementación de prácticas institucionales seguras
5. Implementación de prácticas asistenciales seguras
6. Socialización, difusión, comunicación de la política de seguridad del paciente.

Para el desarrollo de la política de seguridad del paciente, se propone revisar todas los instrumentos que brinda el observatorio de la calidad, los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente, las herramientas de seguridad del paciente, con el objetivo de abstraer el mayor número de elementos que soporte la política de seguridad del paciente. Luego de ello, el grupo investigativo, en compañía del gerente, trabajo social, dirección médica y de enfermería, se reunieron para analizar y generar una política de seguridad del paciente, que este concorde con el direccionamiento estratégico y el programa de mejoramiento continuo de la calidad. De esta reunión se presento un modelo que contempla la emanación de la política de seguridad del paciente.

En el segundo componente, diseño de un sistema de gestión del evento adverso, se realizó mediante la reunión del grupo investigativo, en la cual se contemplo la definiciones, incidentes y eventos adversos más frecuentes en la unidad renal, diseño de formas de reporte, formato, llamado telefónico, informe a

jefe inmediato, de los cuales el más importante es la narración escrita mediante el formato de reporte diseñado para tal fin. También se realizó la conformación del comité de seguridad del paciente, propósito, funciones, miembros partícipes. Como principal función el análisis de los incidentes y eventos adversos, la generación de planes de mejoramiento y la generación de una cultura justa de seguridad del paciente.

Para operativizar la política de seguridad del paciente, se nombro a la coordinadora de enfermería, como referente de seguridad, quien realizará la observación continua, recibirá los reportes y los llevará a comité.

El tercer componente de la propuesta es del diseño de un modelo de análisis. Este componente fue desarrollado por el grupo investigativo, se realizó una revisión documental de los diferentes modelos. Protocolo de Londres, modelo SHELL (*Software, hardware, environmet, liveware*), modelo AMEF, diagrama de árbol, espina de pescado. Se decidió realizar el análisis de los incidentes y eventos adversos a través del Protocolo de Londres, definiendo fallas activas, fallas latentes, factores contributivos, aplicado a toda la organización obteniendo la causa raíz, generando un plan de mejoramiento que permita la mitigación de los incidentes y eventos adversos.

El cuarto y quinto componente, es adoptar prácticas institucionales y asistenciales seguras, tomando las sugeridas por el ministerio de salud en la Guía

Técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente, del año 2010, donde se tomaron las que se adapta al proceso administrativo y asistencial de la unidad renal.

La Estrategia de divulgación y comunicación es el sexto componente es la socialización, difusión de la política de seguridad del paciente, del sistema de gestión del evento adverso, el formato de reporte de incidentes y eventos adversos, comité de seguridad del paciente, las practicas institucionales y asistenciales seguras. Este componente se desarrollo mediante el cronograma de capacitación, dirigido al cliente interno, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos y al cliente externo, usuarios de los programas de pre diálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Para ello se planeó el cronograma de socialización, el cual incluye presentación y la política, sistema de gestión del evento adverso, metodología de análisis de incidentes y eventos adversos, practicas institucionales y asistenciales seguras, en la que se realizará la socialización de las medidas y recomendaciones del ministerio de Salud y Protección social, el observatorio de la calidad, para el desarrollo de cada una de las practicas adoptadas. Esta socialización va dirigida a personal asistencial, administrativo, a pacientes y familiares. Incluye el tema, la metodología, el responsable, la fecha y la evaluación de la actividad

Esta propuesta se entregó a la gerencia de la NEFROUROS, para que sea evaluada y según concepto se desarrolle e implemente esta política.

En los instrumentos diseñados en esta propuesta se tiene el formato de reporte de incidentes y eventos adversos.

Este formato ya se tenía diseñado, pero es difícil de utilizar, con terminología que no es apta para todos. Este formato se diseñó de acuerdo al protocolo de Londres, realizando un análisis causa raíz. Inicialmente tiene un campo para realizar una breve descripción de los hechos ocurridos. Es de resaltar que no se debe mencionar en este campo las personas si no los hechos. Seguidamente están las fallas activas, latentes y factores contributivos. Para que estos campos sean diligenciados por parte de los colaboradores de NEFROUROS, Requiere de mucha capacitación y cultura de seguridad del paciente para identificarlos rápidamente. Inicialmente se propone para que haya adherencia y el cliente interno se involucre en la cultura de seguridad, se diligencie solo el campo de la narración de los hechos, y los demás campos los desarrolle el comité de seguridad del paciente. También se diseñó un instrumento que permite realizar el análisis metodológico de cada incidente y evento adverso; requiere del seguimiento de un referente de seguridad del paciente. Este seguimiento desencadena un plan de mejoramiento o plan de acción, el cual debe ser desarrollado por el comité de seguridad del paciente, el cual recae sobre como análisis causal las factores contributivos, generando una priorización de acuerdo a la consideración del comité como más importante. Deben quedar plasmadas las acciones de mejora a desarrollar, junto con un responsable y tiempo estimado para desarrollarlas. Finalmente viene una autoevaluación,

seguimiento de los avances logrados posterior a ejecutar las actividades planeadas es decir el aprendizaje organizacional. (Ver anexo 4 y 5)

6.4 Procesos y Procedimientos

Esta propuesta de política de seguridad del paciente, que se adapta a la unidad renal NEFROUROS, que inicia en la generación de una política de seguridad del paciente, conformación de un comité de seguridad, generación de una cultura justa de seguridad, adopción de prácticas institucionales asistenciales seguras y finalmente la socialización al cliente interno y externo, son los componentes que se presentaron como propuesta para la implementación de la política de seguridad del paciente. Esta propuesta debe ser analizada por las directivas, accionistas y las otras sedes que existen en otros departamentos.

Una vez analizada esta propuesta, se debe iniciar una socialización activa, que permita operativizar el programa de seguridad del paciente, crear una cultura de seguridad, brindar atenciones más seguras y aumentar la satisfacción del cliente.

Es de tener en cuenta, que este programa de seguridad del paciente, es un subproceso del proceso de atención en salud, que se hace transversal a los procesos de pre diálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis, toda la atención que se brinda al paciente renal crónico, desde el inicio de su enfermedad, pasando por la etapa crónica y de ser posible hasta el trasplante renal. Involucra a la atención

médica, médica especializada, de enfermería, nutrición, trabajo social, psicología, apoyo administrativo durante el proceso de atención.

Se realiza documentación donde se describe el programa de seguridad del paciente en la unidad Renal NEFROUROS (Anexo 3). Se documentan los formatos de reporte, el plan de acción del comité de seguridad del paciente, las reuniones mensuales del comité y las recomendaciones emanadas por el comité.

Este proceso de realizar esta política de seguridad del paciente, adaptada a la unidad renal NEFROUROS, se realizó, tomando los lineamientos de la política de seguridad del paciente, la caja de herramientas de seguridad del paciente, la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente, el protocolo de Londres etc. Una vez tomada esta bibliografía, el grupo investigativo, reviso modelos de otras instituciones de cómo habían implementado la política de seguridad del paciente. De allí se tomó la adopción de la política, la conformación de un comité, las diferentes metodologías para el reporte, el análisis y los planes de mejoramiento. Finalmente se tomaron modelos de IPS acreditadas para la generación de la cultura de seguridad del paciente. Esto se realizó mediante la reunión del grupo investigativo, la participación en la electiva de seguridad del paciente y el plasmar el modelo de gestión del evento adverso, más como un programa que genera la cultura de seguridad que un modelo de análisis de eventos adversos.

6.5 Tabulación y Análisis

Posterior a las reuniones realizadas por parte del grupo investigativo y la dirección de la unidad Renal NEFROUROS, donde se discutió la mejor forma para desarrollar e implementar un programa de seguridad del paciente, y teniendo como base las directrices emanadas por el Ministerio de Salud, el programa de seguridad del paciente debe articularse en tres componentes.

El primer componente es la declaración de la política de seguridad del paciente, la cual está articulada al direccionamiento estratégico.

El segundo es el generar el comité de seguridad del paciente.

El tercer componente es el desarrollo de un programa que permita gestionar el evento adverso, implicando reporte, la cultura justa de seguridad del paciente, el análisis, las medidas de mejoramiento, la aplicación de prácticas institucionales y asistenciales seguras, desplegando estas estrategias a través de la socialización y participación del cliente interno y externo.

La implementación de estas prácticas asistenciales seguras, dentro del modelo asistencial es la principal herramienta para disminuir la ocurrencia de eventos que puedan afectar la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica.

7. DIVULGACION Y SOCIALIZACION

La política de seguridad del paciente se ha promocionado desde el año 2008, desde el Ministerio de Salud y Protección Social, con un impacto sobre el sistema de Seguridad Social. En nuestro departamento, la secretaria de salud, viene promocionando la adopción de dicha política en cada una de la IPS del departamento. Esto hace que las estrategias para disminuir el riesgo, la seguridad del paciente, sea conocida por muchos de los profesionales. Esto implica que la divulgación de esta política al interior de la Unidad Renal, se realice de manera educativa, participativa y no punitiva. Mediante esta propuesta para la implementación de la política de seguridad del paciente, se traza un cronograma, donde se implica a todos los clientes internos y externos, representados en los pacientes y la vinculación de la familia. A la par de la educación se debe realizar un despliegue de la política, con mensajes visuales, como poster, folletos, pancartas, donde el cliente interno y externo reconozca la política y las acciones emprendidas para disminuir el riesgo.

8. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Mediante esta investigación se realizó una propuesta que adopta la política de seguridad del paciente emanada por el ministerio de salud y protección social y la formulación del un programa de seguridad del paciente, que contempla el comité de seguridad del paciente, formato de reporte, análisis por medio del protocolo de Londres, planes de mejoramiento, adopción de prácticas institucionales y asistenciales seguras, la socialización y el despliegue en la unidad Renal NEFROUROS, Mediante esta política de seguridad del paciente, se obtiene mejorar el clima de seguridad del paciente, desplegar la política en un ambiente no punitivo y como resultado de estas acciones se reporten los incidentes y de ser posible se disminuyan los eventos adversos.

A partir de esta investigación, logramos adaptar la política de seguridad del paciente, construimos un modelo de gestión o programa de seguridad del paciente, y logramos socializarla a un grupo de personas que trabajan en la unidad renal NEFROUROS.

Esta propuesta de implementar un sistema de gestión de evento adverso y de adoptar la política de seguridad del paciente, la cual permitiría que con una inversión pequeña se genere una cultura de seguridad del paciente que detecte los incidentes y prevenga los eventos adversos y de ser posible disminuirlos. De esta manera se lograría un mejor impacto en la salud del paciente renal crónico, mejor

reconocimiento de la institución, acercamiento a la acreditación, disminución de costos de no calidad y satisfacción de los usuarios.

El adoptar la política de seguridad del paciente emanada por el ministerio de salud y protección social, permitirá la implementación de procesos, modelos, protocolos, recomendaciones, que han tenido un resultado probado en otras instituciones, de ahí la importancia de que se adopten las practicas institucionales y asistenciales seguras. Todo esto mediante la socialización, educación continua que desde el órgano directivo, pueden direccionar a los colaboradores. Es importante que se socialice y se evalúe esta política, los métodos de reporte, el comité de seguridad del paciente, la metodología usada para el análisis, los planes de mejoramiento que surjan de cada comité y su impacto sobre el modelo asistencial.

Es de vital importancia, que una vez iniciado el programa de seguridad del paciente, conocido por todos los colaboradores, vigilancia de los reportes, reuniones de comité de seguridad, planes de mejoramiento, se debe entrar a evaluar cuales son los incidentes más comunes, los eventos adversos observados, desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, el impacto que ha generado esta política; esto es lo que en el tiempo debe evaluar el cuerpo directivo de la unidad, el impacto logrado, la metas alcanzadas, la cultura generada, ahí debe realizarse una evaluación del programa, mirar hacia atrás y ver la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada que se logra con la cultura de seguridad del paciente. Esto queda para que el comité de seguridad del paciente, este constantemente evaluándose, midiéndose, corrigiendo y en el ciclo del mejoramiento continuo de la calidad.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los incidentes y eventos adversos son una realidad de nuestra IPS, que han hecho que la calidad de la atención en salud no sea la mejor, es por esto que en el estudio IBEAS para Colombia el porcentaje de eventos adversos es del 13.1%, lo cual refleja nuestra situación, y esta es nuestro punto de partida, para realizar acciones, mejoramientos que permitan disminuir este gran porcentaje, mediante la cultura de la seguridad del paciente.

El desarrollo de un programa de seguridad del paciente no es más que generar una cultura de seguridad del paciente en cada uno de los colaboradores de la institución, de manera que lo puedan interpretar, desde identificar un incidente y evento adverso, realizar un reporte voluntario y que un comité de seguridad del paciente utilizando una metodología descrita genere mejoramientos que permitan que no ocurra nuevamente.

En este trabajo dirigido, se ha realizado una propuesta de como implementar un sistema de gestión del evento adverso o programa de seguridad del paciente, que permite la identificación de incidentes, eventos adversos, reporte, análisis, mejoras y lo más importante la generación de una cultura de seguridad del paciente.

Con esta cultura de seguridad del paciente, lo que se pretende es mejorar la calidad de la atención, involucrar al paciente y su familia en las prácticas de autocuidado, acercarse a la acreditación, disminuir los costos de no calidad, satisfacer a los usuarios y obtener un reconocimiento de la IPS, distinguiéndose por la calidad.

La implementación de prácticas probadas, medidas basadas en la evidencia científica, permite lograr los objetivos de la política de seguridad del paciente, de prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud, de ahí, la importancia de que se implemente prácticas asistenciales e institucionales seguras.

Se recomienda que las guías de manejo y protocolos de atención, sean basadas en la evidencia científica, lo que hará que se apliquen los mejores resultados sobre los procesos de atención asistencial. En la revisión periódica de estas guías de manejo y protocolos de atención que se realice se deben realizar basadas en la evidencia científica.

Este programa de seguridad del paciente, debe ser evaluado cada año, ajustándose al desarrollo de la cultura de seguridad del paciente.

El personal administrativo, debe involucrarse dentro de la política de seguridad del paciente.

Deben fijarse indicadores que permita medir, monitorear y gestionar los incidentes, eventos adversos y planes de mejoramiento desarrollados, implementados y evaluados.

Que se aplique en las otras sucursales de la unidad renal NEFROUROS, las cuales están ubicadas en Neiva y Pitalito.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aranaz Andrés, Jesús Ma. y Col. Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe Febrero 2006. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. España.

Franco, Astolfo León. (2011). *Paciente seguro*. Recuperado el 1º. de Mayo de 2011, de servicios

----- Fundamentos de seguridad al paciente. Para disminuir errores médicos.

Programa Editorial Universidad del Valle.

integrales de salud:

<http://20047.156.201/pacienteseguro/documentos.php?id=&go=3>

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Dirección General de Calidad de Servicios. (2007) ESTUDIO IBEAS, Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ed. FUNDACIÓN FITEC, Bogotá D.C.

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Dirección General de Calidad de Servicios. ESTUDIO IBEAS, PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN HOSPITALES DE LATINOAMÉRICA – Protocolo del Estudio en Colombia. Informe final 2008.

NORMATIVIDAD ASOCIADA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

Decretos 1011; Resolución 1043, 1445, 1446, 1447, 2680, 3763 y sus resoluciones que las modifican.

Observatorio de la calidad en salud, Indicadores trazadores de la calidad en el sistema http://201.234.78.38/ocs/cifras_indicadores.aspx tomado el 14 de julio de 2012 9-55

P.,F. R. (10 de abril de 2011). *Observatorio de la calidad*. Recuperado el 14 de abril de 2011, de Ministerio de la Protección Social:
http://201.234.78.38/ocs/public/her_calidad/ver_herramientas.aspx?herramienta:id=78