

CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA POLITICA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL  
HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA Y LINEAMIENTOS PARA LA  
GENERACIÓN DE UNA POLITICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE

AMY ISABEL HERNÁNDEZ  
DIANA CONSTANZA RUBIANO

UNIVERSIDAD SUR COLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA- HUILA  
2011

CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA POLITICA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL  
HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA Y LINEAMIENTOS PARA LA  
GENERACIÓN DE UNA POLITICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE

AMY ISABEL HERNÁNDEZ DAVILA  
DIANA CONSTANZA RUBIANO

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Especialista  
en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

Asesora  
MARITZA ROA G.  
Asesora de calidad

UNIVERSIDAD SUR COLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA- HUILA  
2011

Nota de aceptación:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Neiva, Noviembre del 2011

## DEDICATORIA

A Dios principalmente por iluminarme, guiarme y bendecirme con todo lo que me rodea. Dedico este trabajo a mis Padres Amanda Dávila y Gilberto Hernández que con tanto amor y ternura han estado conmigo en todos los momentos de mi vida y fueron los responsables de formarme con todos los valores y fortalezas que me caracterizan.

A mi Esposo Carlos Francisco López, por su confianza, comprensión y apoyo incondicional, por ayudarme a crecer con él.

A mis adoradas hijas María Isabel y Carolina, espero que me disculpen al igual que mi esposo, por el tiempo que les deje de dedicar, pero que les servirá como ejemplo de que nada es imposible.

A mis hermanos Joselin mi eterna amiga incondicional y Xavier, por su valiosa ayuda, apoyo y amor en todas las facetas de mi vida, que colaboró en mi crecimiento personal y profesional.

A mi familia entera por ser la mejor de todas. Por último a mi coautora y amiga Diana Rubiano por su apoyo y su amistad.

*Amy Isabel*

A Dios por la vida y la oportunidad de seguir cultivando triunfos adquiriendo conocimientos y experiencias con el fin de compartirlas con los que más nos necesitan,

Gracias a mi familia que estuvo siempre ahí apoyándome.

*Diana Constanza*

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos

A nuestra tutora de trabajo, Dra. Maritza Roa, Asesora de calidad. por su valiosa ayuda, tiempo y respaldo en todo el desarrollo del trabajo.

A la directora del hospital Divino Niño de Rivera, por su interés y creer en nosotras.

A los funcionarios del hospital Divino Niño de Rivera, específicamente del servicio de urgencias por su tiempo, confianza y sinceridad.

A nuestra Coordinadora de Postgrados Yivy Salazar Parra, Enfermera Especialista. Por su comprensión, apoyo y por su maravillosa personalidad.

A mi amiga y colaboradora incondicional Maria Eugenia Castro, por su especial ayuda, colaboración y guía en todo el proceso de estudio.

A los jurados por su tiempo.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	18
1.1.1 Situación actual	18
1.2 ALCANCE Y LIMITACION DEL ESTUDIO	18
1.3 DELIMITACION TEMPORAL	19
1.4 DELIMITACION ESPACIAL	19
1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA	19
1.6 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA	20
1.7 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	21
2. MARCO CONCEPTUAL	23
3. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES	36
4. OBJETIVOS	37
4.1 OBJETIVO GENERAL	37
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	37
5. MARCO LEGAL	38
5.1 CONSTITUCIÓN NACIONAL DE COLOMBIA DEL 4 DE JULIO DE 1991 CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	38
5.1.1 Resolución 13437 del 1 de noviembre de 1991 MINISTERIO DE SALUD	39
5.1.2 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993	39
5.1.3 Decreto número 4725 del 26 de diciembre de 2005	41
5.1.4 Ley 1122 del 9 de enero de 2006	42
5.1.5 Decreto 1011 del 3 de abril de 2006	42
5.1.6 Resolución 1043 del 3 de abril de 2006	42

	Pág.	
5.1.7	Anexo técnico no.1 de la resolución 1043 del 3 de abril de 2006, manual único de estándares y de verificación	42
5.1.8	Anexo técnico no.2 de la resolución no. 1043 de 3 de abril 2006	43
5.1.9	Resolución 2680 del 3 de agosto de 2007	43
5.1.10	Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007	43
5.1.11	Resolución 1446 mayo 8 de 2006	43
5.1.12	Circular única externa 002 (01 de febrero de 2011)	43
5.1.13	Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007	44
6.	MARCO CONCEPTUAL - CONCEPTUALIZACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	45
6.1	GENERALIDADES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	45
6.2	COMPONENTES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	48
6.2.1	Idoneidad del personal	48
6.2.2	Prácticas misionales seguras	48
6.2.3	Equipos seguros	48
6.2.4	Infraestructura segura	48
6.2.5	Cuidado del usuario	48
6.2.6	Insumos seguros	48
6.2.7	Seguridad documental	49
6.2.8	Cadena de custodia	49
7.	METODOLOGIA	50
7.1	TIPO DE ESTUDIO	50
7.1.1	Descriptiva	50
7.1.2	Acción – participación	50
7.2	POBLACIÓN	50
7.3	MUESTRA	50
7.4	DISEÑO METODOLOGICO	51
7.4.1	Fases de la Investigación	51
7.4.1.1	Compromiso de la dirección	51
7.4.1.2	Revisión bibliográfica	51
7.4.2	Herramientas a utilizar para el levantamiento de la información	52
7.4.3	Generación de instrumentos	52

	Pág.	
7.5	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	53
7.5.1	Instrumentos utilizados para el levantamiento de la información y resultados	55
7.5.1.1	Encuesta	55
7.5.1.2	Resultados obtenidos de la primera herramienta (encuesta)	57
7.5.1.3	Interpretación de los resultados de la primera herramienta (encuesta)	65
7.5.1.4	Segunda herramienta (visita)	66
7.5.1.5	Interpretación de los resultados con la segunda herramienta (visita)	68
7.5.2	Indicadores de calidad	68
7.5.2.1	Revisión y análisis de los indicadores reportados a la superintendencia de salud	69
7.5.2.2	Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	71
7.5.2.3	Proporción de vigilancia de eventos adversos	74
7.5.2.4	Tasa de satisfacción global	76
7.5.2.5	Tasa de infección intrahospitalaria	78
7.5.2.6	Comparaciones de comportamiento de los indicadores de la ese hospital divino niño de rivera y el nivel nacional	80
7.6	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN LEVANTADA EN LA ESE	81
8.	CONCLUSIONES	83
9.	RECOMENDACIONES	84
	BIBLIOGRAFIA	86
	ANEXOS	89

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tabulación de Encuestas	57
Tabla 2. Consolidado de respuestas por pregunta de las encuestas	58
Tabla 3. Indicadores de Monitoria del Sistema Colombiano de Salud	70
Tabla 4. Reportes de Indicadores del Hospital Divino Niño y el comportamiento del indicador en el País	80

## LISTA DE ILUSTRACIONES

		Pág.
Ilustración 1.	Estudios Internacionales de Incidencia de Eventos	31
Ilustración 2.	Modelo de Encuesta Aplicado	56
Ilustración 3.	Pregunta 1- Diferencio claramente una urgencia, una urgencia vital y una consulta prioritaria	58
Ilustración 4.	Pregunta 2- Identifico cuando el paciente, además de la atención en salud, tiene otras expectativas respecto a su servicio y su atención	59
Ilustración 5.	Pregunta 3- Conozco claramente el concepto de seguridad del paciente	59
Ilustración 6.	Pregunta 4- Conozco claramente los contenidos y la ubicación de los protocolos y guías de manejo del servicio de urgencias	60
Ilustración 7.	Pregunta 5- He firmado actas de asistencia y participación cada vez que socializan las guías y protocolos de manejo del Hospital de Rivera	60
Ilustración 8.	Pregunta 6- Soy consciente que al interior del servicio de Urgencias se realizan actividades que propenden por la seguridad del paciente	61
Ilustración 9.	Pregunta 7- Conozco claramente el concepto de Evento Adverso	61
Ilustración 10.	Pregunta 8- Entiendo completamente que los Eventos Adversos pueden ser prevenibles	62
Ilustración 11.	Pregunta 9- Conozco claramente las formas de evitar que ocurran Eventos Adversos	62
Ilustración 12.	El equipo humano que labora en el servicio de urgencias cuenta y tiene buenos canales de comunicación	63

		Pág.
Ilustración 13.	Pregunta 11- He conocido de la ocurrencia de eventos Adversos en el servicio de Urgencias	63
Ilustración 14.	Pregunta 12- Conozco la herramienta para reportar cuando se presente un evento adverso	64
Ilustración 15.	Pregunta 13- Conozco las barreras de seguridad para prevenir la ocurrencia de eventos adversos	64
Ilustración 16.	Pregunta 14- Conozco claramente los pasos a seguir ante la ocurrencia de un evento adverso	65
Ilustración 17.	Herramienta de evaluación para la visita de inspección	67
Ilustración 18.	Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Oportunidad de Atención en Consulta de Urgencias	72
Ilustración 19.	Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.-Ind. Oportunidad en Consulta de Urgencias	72
Ilustración 20.	Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Vigilancia de eventos adversos	74
Ilustración 21.	Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.- Indicador de Vigilancia de Eventos Adversos	75
Ilustración 22.	Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Tasa de Satisfacción Global	76
Ilustración 23.	Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.- Indicador Tasa de Satisfacción Global	77

	Pág.
Ilustración 24. Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Tasa de Infección Intrahospitalaria	79
Ilustración 25. Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.-Indicador Tasa de Infección Intrahospitalaria	79

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Actas respectivas a las visitas y reuniones en Hospital	90
Anexo B. Política de seguridad del paciente	107

## RESUMEN

Este trabajo revisa el grado de avance de la política de Seguridad del paciente en el servicio de Urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera, se comienza por conocer la línea de base en la que se encuentra la institución. Para la búsqueda de información se utilizaron herramientas como: encuesta, visita de inspección, y observación de indicadores.

Los resultados obtenidos señalan que la institución no tiene un programa de seguridad del paciente por lo tanto se generan unos lineamientos como aportes que serán entregados a la precitada institución para que les sirva como base para arrancar con la política de seguridad del paciente desde su plataforma estratégica e incorporen procesos de cambios y mejoras a sus programas de salud.

Palabras claves. Política de seguridad del paciente, programa de seguridad del paciente, procesos de cambios y mejoras.

## ABSTRACT

This paper reviews the progress of the policy of Patient Safety in the Emergency Unit of Hospital Divino Nino de Rivera, one begins to know the baseline in which the school is located. For information search tools were used as survey, inspection, and monitoring indicators.

The results obtained indicate that the institution has a patient safety program therefore generate some guidelines as inputs to be delivered to the aforementioned institution that will serve as a base to start with the patient safety policy from strategic platform processes and incorporate changes and improvements to their health programs.

Keywords. Policy patient safety, patient safety program, process changes and improvements.



## INTRODUCCION

Hablar de seguridad del paciente más que un concepto es hablar de un movimiento mundial, que agrupa a los países con diversos niveles de desarrollo y que surge como una reflexión sobre el tipo de atención en salud que se proporciona.

La carga económica ocasionada por la atención en salud ofrecida sin las suficientes precauciones de seguridad es abrumadora, generando gastos médicos directos, de hospitalización e indemnizaciones elevados. Por lo tanto es de vital importancia mejorar el conocimiento y la aplicación en relación sobre conceptos de seguridad del paciente entre los profesionales que conforman el equipo de salud.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de Salud Publica multicausal, donde de una u otra manera el sistema está involucrado y todos somos corresponsables. Hoy en día, los pacientes y familiares evalúan la calidad de un servicio como un todo, las expectativas como la exigencia de los pacientes y sus familiares se ha incrementado, debido a que cuenta con mayor información respecto a sus derechos y deberes, por eso cuando algo falla, la insatisfacción de los usuarios no se hace esperar.

El siguiente trabajo de investigación, está orientado a evidenciar los parámetros actuales de seguridad del paciente en el servicio de urgencias establecidos por la ESE Hospital Divino Niño de Rivera, así mismo si la falta de implementación de dichos parámetros impacta de alguna manera en los indicadores de calidad que se enfocan en la seguridad del paciente.

El propósito de este trabajo, es el de determinar cuáles son los riesgos que tienen identificados en los procedimientos que realizan en el servicio de urgencias, si existen prácticas seguras, programas de educación continuada, formatos o aplicativos para el reporte y proceso del Evento Adverso en la institución, que les permita disminuir la probabilidad de ocurrencia de un daño involuntario al paciente durante su proceso de atención.

De lo evidenciado, se pretende obtener una impresión clara de la situación actual y trazar una línea de base que sirva de fundamento para elaborar una propuesta concisa de puesta en marcha de las políticas establecidas por el gobierno colombiano y la comunidad médica mundial, ella será presentada a los Directivos

del Hospital quienes tendrían los insumos necesarios, para tomar medidas encaminadas a desarrollar una Política Institucional de Seguridad del Paciente que impacte positivamente en la calidad de atención que brinda a diario.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1.1 Situación actual. Las exigencias normativas de habilitación que regulan la atención en salud tanto para entidades privadas como públicas son específicas y demandantes en temas de seguridad para el paciente. Desde varios puntos de vista incluidos los de infraestructura, procesos integradores de reporte y organización de la estadística se persigue dar las bases mínimas de seguridad para brindar servicios asistenciales.

Aun cuando existe normatividad adicional para aumentar el nivel de calidad de la prestación como la Acreditación en Salud para Colombia, incluso estándares de garantías globales como los de la Joint Commission International, por ahora no son exigibles a todas las entidades de salud, pero de referencia obligatoria para las Empresas Sociales del Estado (ESE).

La ESE Hospital Divino Niño de Rivera – Huila, no es indiferente ni excepción en el cumplimiento de todas las exigencias normativas y de la comunidad científica, por lo tanto es necesario establecer el nivel de adhesión a estas directrices y determinar de qué forma impacta esta adherencia a los resultados directos e indirectos de la atención así como el comportamiento de los indicadores de desempeño o seguridad que reportan a la Superintendencia de Salud - SUPERSALUD. No obstante es importante resaltar que los beneficios de la correcta implementación de este programa no solo redundará en el bienestar de los pacientes al aumentar la calidad percibida por ellos sino que trae consigo otra serie de ganancias por los ahorros de los costos de la no calidad, y generación de mayor confianza en la institución volviéndose una entidad de referencia y predilecta por los habitantes de la población, dadas estas condiciones los rendimientos financieros por facturación no se harán esperar.

### 1.2 ALCANCE Y LIMITACION DEL ESTUDIO

El estudio se limitará a determinar si al interior del servicio de URGENCIAS de la ESE Hospital DIVINO NIÑO DE RIVERA – HUILA en Colombia, se tienen aplicadas conductas y procesos que propendan tanto por la seguridad del Paciente así como a la detección, gestión, reporte y prevención de Eventos Adversos, relacionados directamente con la atención del personal médico, paramédico y de enfermería o relacionados con la infraestructura del área misma.

De la misma forma determinar si los hallazgos del punto anterior impactan sobre los resultados de medición de los indicadores que se reportan a la SUPERSALUD su atención en términos de niveles de eficiencia del servicio y en términos de seguridad.

### 1.3 DELIMITACION TEMPORAL

El estudio se realiza en un periodo comprendido desde el mes de Mayo hasta el mes de Noviembre del 2011 del mismo año, tiempo necesario para investigar, entrevistar, documentar teóricamente y atender tendencias para el desarrollo del estudio que tendrá validez del 2011 al 2012.

### 1.4 DELIMITACION ESPACIAL

El estudio se realizará al interior del SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO del Municipio de Rivera del departamento del Huila.

### 1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA

Tomando como base lo anteriormente expuesto, el presente trabajo de investigación busca resolver el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles variables Propias de la Entidad como:

- Calidad y diseño de la infraestructura donde se presta el servicio.
- La instauración y socialización de unas Políticas de Seguridad como componente de un Programa de Seguridad del Paciente de parte de las Directivas del Hospital.
- La instauración y socialización de un proceso documentado de gestión de Eventos Adversos por parte de las Directivas del Hospital. Las variables Propias del Personal Asistencial y Administrativo vinculado al servicio de Urgencias como:

- Nivel de Especialidad en la formación profesional o Nivel Jerárquico o en la estructura organizacional.
- Educación e Instrucción Recibida en su Formación sobre políticas de Seguridad del Paciente.
- Educación e Instrucción Recibida en su Inducción sobre políticas de Seguridad del Paciente.
- Cantidad de Socializaciones de las Políticas de Seguridad del paciente recibidas en el Hospital.

Influyen en el nivel de aplicación de las políticas de Seguridad del Paciente y en el resultado de los indicadores de reporte a la Supersalud que miden eficiencia, calidad, satisfacción y seguridad.

## 1.6 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA

Para resolver la pregunta problema del presente trabajo de investigación es necesario, resolver primero varios cuestionamientos que apoyen a buscar la respuesta a la misma a saber:

- ¿Existe en el Hospital de Rivera un Programa de Seguridad del Paciente en evidente marcha?
- ¿El personal de salud conoce y cumple las políticas de seguridad independientemente de que se recibiera dicha información al interior del Hospital de Rivera?
- ¿Esta aplicación o falta de aplicación de las políticas impactan en los indicadores de reporte a la SUPERSALUD enfocados a la satisfacción, seguridad y accesibilidad?
- ¿Se toman decisiones o se modifican tomando como base estos indicadores?

## 1.7 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de eventos adversos se debía a fallas humanas, pero el error humano es apenas una parte del problema en la seguridad del paciente.

En la búsqueda de soluciones, necesitamos capacitar en temas sobre seguridad del paciente como son: conceptos, principios, normas para la notificación, análisis y aprendizaje. Por otra parte, debemos elaborar pautas basadas en mejores prácticas así como facilitar el aprendizaje temprano a partir de la información que se conozca.

Tenemos que empezar a dar soluciones que promuevan intervenciones de eficacia comprobada, apoyados de las directrices aportadas a nivel nacional y contando en todas estas actividades con la participación de los pacientes y sus asociaciones.

Las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, toman en común como punto de partida el reconocimiento y aceptación de la existencia de estos problemas. La seguridad es, de este modo, un componente esencial del sistema de calidad que debe sustentar la mejora de la misma, que compete a todos los niveles asistenciales y que abarca la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

La información preliminar que se maneja de este estudio indica que no existe directrices claras ni precisas en relación a la Seguridad del Paciente, es por esto que existe la necesidad de desarrollar una Política Institucional de Seguridad del Paciente en el servicio de urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera, la cual busca efectuar una gestión adecuada de riesgos, así como determinar la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan en el servicio de urgencias; que aprendan de ellos y apliquen soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, así como también empleen prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a minimizar las existencia de Eventos Adversos, propiciando una adecuada organización asistencial.

Se busca incentivar a los Directivos del Hospital, para que se unan a estas iniciativas, encontrando las soluciones para reducir el riesgo de contraerlas. Esto requiere convertir la organización en una organización inteligente con deseos de

aprender, que permita la identificación de los problemas, la definición de las estrategias para evitarlos, la habilidad para aprender de los errores y la aceptación de la necesidad de cambio y que proporcione los incentivos y medios necesarios para la reconfiguración cuando sea necesaria.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

HIPÓCRATES DE COS, considerado el “Padre de la Medicina” en reconocimiento a sus importantes y duraderas contribuciones a esta ciencia, recomendaba a sus estudiantes que siempre fueran bien aseados, honestos, tranquilos, comprensivos y serios. El médico hipocrático daba especial atención a todos los aspectos de su práctica: seguía especificaciones detalladas, daba mucha importancia a la observación y documentación. Estas doctrinas perseguían que estos registros se pudieran transmitir y utilizarse por otros facultativos a lo largo de la historia y construir conocimiento.

Ya en esa época se escribió el primer escrito ético relacionado con el compromiso que asumía la persona que decidía curar al prójimo. En el Manuscrito bizantino del siglo XI se describe *El Juramento Hipocrático*, donde el médico se obligaba a actuar siempre en beneficio del ser humano y no perjudicarlo.

A Hipócrates se le atribuyó un Lema “*primun non nocere*”, “Antes que nada no hacer daño”. Más que no hacer daño, el precepto considera una auténtica ponderación del cociente beneficio/daño, es decir, la decisión que en algunos casos vale la pena correr el riesgo de producir un daño puesto que se obtendrá un beneficio considerable y en todo caso, siempre intentando minimizar tanto el riesgo como la magnitud del daño mismo. (Jonsen, Siegler, & Winsladew, 1992)

Se puede observar que el cuidado del paciente era de suma importancia desde los tiempos a.c, así como las definiciones que surgieron por medio de las informaciones recogidas en historiales de casos similares registrados por aquella época. Se muestran como desde entonces la medicina era rigurosa y estricta, así mismo los inicios del buen trato y las prácticas de seguridad de los médicos hacia los pacientes. Surgían características tan importantes como la observación de los síntomas y signos del paciente, los cuales debían ser debidamente registrados; la formulación de medicamentos, por su parte, debía realizarse de manera clara y objetiva, conformando con esto los esbozos a lo que sería hoy la prevención de un evento adverso.

A fines del siglo XIV, la mortalidad en los hospitales era más elevada que fuera, hasta el 50% de los casos hospitalizados en Inglaterra morían de infecciones adquiridas en el hospital. Finalizando el siglo XVIII comienza a extenderse la hipótesis de que las "miasmas", eran las causas de las infecciones, incluida la fiebre puerperal, pero solo hasta 1795 se comienzan a publicar estudios recomendando medidas como el lavado de manos antes y después de asistir a

enfermas afectadas de este proceso infeccioso, o la utilización de ciertos antisépticos antes de reutilizar el instrumental.

AMBROISE PARÉ 1510-1592. Es considerado la principal figura quirúrgica del siglo XVI, el más grande cirujano del Renacimiento, y el padre de la cirugía moderna. En 1549 para cohibir la hemorragia, por medio de ligaduras de los vasos arteriales y venosos seccionados. El éxito de Paré con esta técnica significó un gran avance para la cirugía. Inventó pinzas hemostáticas para las arterias, una gran variedad de fórceps, instrumentos y férulas de todas clases.

Tuvo también un papel destacado en el desarrollo de la obstetricia realizando una versión interna cuando el feto viene de nalgas. Las aportaciones de Paré a la Traumatología y Ortopedia también fueron importantes, expuso con detalle el tratamiento de fracturas y dislocaciones, describió un nuevo método para la reducción de la luxación glenohumeral y perfeccionó el banco hipocrático para la reducción de luxaciones.

Definió los objetivos de la Cirugía anatómica del siglo XVI:

"La cirugía tiene cinco funciones: eliminar lo superfluo, restaurar lo que se ha dislocado, separar lo que se ha unido, reunir lo que se ha dividido y reparar los defectos de la naturaleza."

Introduce "el lavado de las heridas". Se le atribuye esta frase: "no puedo decir por qué razón, pero creo que uno de los principales medios para curar las heridas es conservarlas bien limpias".

Su integridad, capacidad de juicio, maestría técnica y coraje moral hicieron de él uno de los más grandes cirujanos de todos los tiempos.

L. J. BOËR, (1751-1835). Comienza a aplicar normas similares en la Maternidad de Viena consiguiendo reducir la mortalidad materna hasta el 0,9%. Su sucesor, el doctor Klein, posteriormente las dejó de aplicar, por lo que la mortalidad ascendió hasta el 29,3% (casi una de cada tres mujeres atendidas durante el parto en esa maternidad morían tras el alumbramiento).

OLIVER WENDELL HOLMES (1809- 1904). El filósofo y figura literaria, fue

igualmente famoso como doctor en medicina, se destacó por introducir en los Estados Unidos el concepto del tratamiento antiséptico de mujeres durante el parto. Publica en 1843 "On the Contagiousness of Puerperal Fever", donde recomienda expresamente que "un médico dedicado a atender partos debe abstenerse de participar en necropsias de mujeres fallecidas por fiebre puerperal y si lo hiciera deberá lavarse cuidadosamente, cambiar toda su ropa, y esperar al menos 24 horas antes de atender un parto". Al divulgar la información que los mismos doctores eran responsables por la propagación de la fiebre puerperal (o del sobreparto) y que podía ser evitada por el sencillo expediente de lavarse las manos antes de traer al mundo a un infante, Holmes redujo grandemente la proporción de muertes entre las nuevas madres.

IGNACIO FELIPE SEMMELWEIS (1818- 1865). Fue un médico húngaro que consiguió disminuir drásticamente la tasa de mortalidad por sepsis puerperal (una forma de fiebre puerperal) entre las mujeres que daban a luz en su hospital mediante la recomendación a los obstetras de que se lavaran las manos con una solución de cal clorurada antes de atender los partos. Actualmente es considerado una de las figuras médicas pioneras en antisepsia y prevención de la infección nosocomial o iatrogenia.

Los últimos años del siglo XIX fueron de gran trascendencia para el desarrollo de la medicina contemporánea.

FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910). Fue una célebre enfermera, escritora y estadística británica. Se le conoce como madre de la enfermería, y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Alcanzó fama mundial por sus trabajos pioneros de enfermería en la asistencia a los heridos durante la Guerra de Crimea. Los suministros médicos escaseaban, la higiene era pésima y las infecciones comunes y en muchos casos fatales. No se contaba con equipamiento apropiado para procesar los alimentos para los pacientes, a partir de ese momento fue conocida como «La Dama de la Lámpara», por su costumbre de realizar rondas nocturnas con una lámpara para atender a sus pacientes.

A principios del siglo XX, se aceptaba que la gestión de Nightingale redujo el índice de mortalidad del 42% al 2% ya sea realizando mejoras en la higiene o reclamando a la Comisión Sanitaria que a casi seis meses después de la llegada de Florence Nightingale, efectuó la limpieza de los vertederos contaminantes y mejoró la ventilación. El índice de mortalidad bajó rápidamente.

Nightingale continuó creyendo que el elevado índice de mortalidad se debía a la mala nutrición, a la falta de suministros médicos y al agotamiento extremo de los hombres.

A su regreso a Londres comenzó a reunir evidencia ante la Comisión Real para la Salud en el Ejército a fin de sustentar su posición de que los soldados fallecían debido a las deplorables condiciones de vida en el hospital.

Nightingale escribió libros como “Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es”, libro que en el prefacio afirmó: “Cada día tiene mayor importancia el conocimiento de la higiene, el conocimiento de la enfermería, en otras palabras, el arte de mantenerse en estado de salud, previniendo la enfermedad, o recuperándose de ella”.

Florence destacaba lo que de específico tenía la actividad de la enfermera y la responsabilidad personal de ésta en el bienestar del paciente.

Además de Notas sobre Enfermería, entre sus libros más populares figuran “Notas sobre Hospitales” (Notes on Hospitals), que trata sobre la correlación entre las técnicas sanitarias y las instalaciones médicas; y “Notas en cuestiones que afectan la Salud, la Eficiencia y la Administración Hospitalaria del Ejército Británico” (Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army).

Nightingale expuso también una teoría sobre el aprendizaje en la que hacía hincapié en la adquisición de las destrezas prácticas: La observación indica cómo está el paciente, qué hay que hacer, la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar (Nightingale, 1882).

RUDOLF VIRCHOW (1821-1902). Considerado el fundador de la patología celular. Junto con otros médicos berlineses partidarios del liberalismo radical publicaron la revista Die medizinische Reform (La reforma médica). A través de los artículos en ella publicados se defendió que la salud humana es un asunto de interés social directo y que las condiciones sociales y económicas deben ser analizadas científicamente como causas de enfermedad. Para Virchow estaba muy claro que la medicina debía ser una de las bases científicas de la organización social. Fue partidario de crear un ministerio de sanidad y de llevar a cabo una profunda reforma de la enseñanza. Comenzó a desarrollar las

disciplinas de higiene y medicina social, en los orígenes de la medicina preventiva actual

Llegó a afirmar que la célula es la unidad elemental de la estructura y formación de todos los seres vivos. El postuló la teoría de "Omnia cellula a cellula" (toda célula proviene de otra célula) y explica a los organismos vivos como estructuras formadas por células y a finales de este siglo Luis Pasteur, Robert Koch y Joseph Lister demostraron la naturaleza etiológica de los procesos infecciosos.

AVEDIS DONABEDIAN: (1919-2000). Fue revolucionario de los sistemas de calidad en salud. Pionero en la calidad de la atención médica, uno de sus pensamientos importantes fue: "En las escuelas de medicina o enfermería no se enseña administración del sistema, luego se pone a médicos y enfermeras a cargo de sistemas que suelen estar bajo presiones financieras de corto plazo. Estas presiones son reales, pero el objetivo de los buenos sistemas debe ser lidiar con ellas". Sus trabajos abordan todos los aspectos y los campos en que la calidad ha sido desarrollada y tratan de ofrecer modelos que hagan sustentable su práctica en cualquier punto de los sistemas o los servicios de salud. Muchas de sus concepciones se han convertido en clásicas y cimientan los desarrollos que posteriormente se fueron realizando.

En 1966 Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora se entiende que la respuesta social a los problemas de salud, no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. Gracias a él se crearon en España los premios Avedis Donabedian a la excelencia en calidad cuyo objetivo es el de distinguir a aquellas instituciones o empresas de los ámbitos hospitalario, socio-sanitario y de atención primaria de salud, que pueden constatar sus esfuerzos para la mejora de la calidad en sus centros o sus actividades de excelencia.

1.985, Primer Concejo Ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Acabamos de entrar en la segunda década del movimiento para la seguridad de los pacientes, que tradicionalmente se considera iniciado con los informes publicados en 1999 por el Institute of Medicine (IOM) de EEUU "Error es humano" que hicieron evidentes los problemas de seguridad como consecuencia de la

asistencia hospitalaria. En ellos se constataba que en un 7 - 14% de las hospitalizaciones aparecía un evento adverso (EA) y dentro de ellos entre un 3 - 4% resultaban mortales. El mensaje fundamental fue que estos sucesos se producen como consecuencia de múltiples fallas en el complejo sistema sanitario actual y que son prevenibles en un alto porcentaje. El IOM se propuso reducirlos en un 50% en el plazo de 5 años, durante los cuales se identificaron una serie de sistemas de alerta, de prácticas seguras, así como estrategias para desarrollarlas. Al cumplirse el plazo se evaluó la eficacia de las acciones abordadas, y los resultados de esta evaluación, lejos de lo esperado, alentaron el movimiento por la seguridad a nivel mundial.

Una de las debilidades encontradas fue el limitado impacto de tales acciones en los sistemas de notificación de incidentes y el escaso progreso en la mejora de las competencias que son exigibles a los profesionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología». En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la Organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta.

En un informe de 2003, el National Quality Forum identificó como la primera de sus “30 prácticas seguras” promover una cultura de seguridad en la organización, entendiendo que el mayor cambio, para pasar a un sistema sanitario más seguro, es cambiar a otra cultura en la que los incidentes no son tratados como fallos de las personas sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño. Esta fue también una de las conclusiones de la Declaración del Consejo de Europa en Varsovia, que se refleja como estrategia propuesta a los países miembros para abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional como veremos más adelante.

En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año. El programa de la Alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo

puede resumirse en el lema «Ante todo, no hacer daño». Los objetivos e iniciativas de la Alianza se presentan más adelante. A la iniciativa de la OMS han seguido en el 2005 las de la Comisión Europea y del Consejo de Europa.

El 5 de abril del 2005, la Comisión Europea bajo la presidencia luxemburguesa y la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor consensuaron la declaración «Patient security: making it happen», en la que se recomienda a las instituciones europeas: a) la creación de un foro de discusión en el que todos los estamentos implicados puedan evaluar las actividades tanto nacionales como internacionales; b) trabajar conjuntamente con la Alianza de la OMS para lograr un acuerdo en temas de seguridad de pacientes y crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica; c) crear la posibilidad de establecer mecanismos que apoyen iniciativas a escala nacional teniendo en cuenta que el programa de la seguridad del paciente se encuentra dentro de la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor; d) asegurar que las directivas y recomendaciones de la Unión Europea (UE) relacionadas con los productos médicos tienen en consideración la seguridad del paciente; e) favorecer el desarrollo de estándares internacionales aplicables a la tecnología médica, y f) asegurar que los marcos reguladores de la UE mantienen la privacidad y confidencialidad de los pacientes, a la vez que permiten a los profesionales el acceso a la información necesaria.

El Consejo de Europa, así mismo, organizó otra reunión el 13 de abril de 2005 en Varsovia, con todos sus estados miembros, que concluyó con la «Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" que en Colombia fue promulgado por el Ministerio de la Protección Social en junio de 2008 seguido en el 2009 de la Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud".

En Colombia la Política de Seguridad del Paciente es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC y es transversal

en su cuatro componentes, 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”.

En el mundo desarrollado se han realizado varios estudios para evaluar la incidencia de los eventos adversos, algunos de los más relevantes son los estudios de Nueva York, Utah y Colorado, Australia, Nueva Zelanda, Londres y Dinamarca y en el mundo de habla hispana se destacan los estudios de incidencia ENEAS y APEAS realizados en España.

El estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, es el mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha. Según el mencionado estudio IBEAS, el cual fue desarrollado en 58 hospitales de diferentes partes de Latinoamérica como con México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, la prevalencia de los eventos adversos fue de 10.5%

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del 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 ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública<sup>1</sup>.

Se han realizado varios estudios internacionales<sup>2</sup> procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior

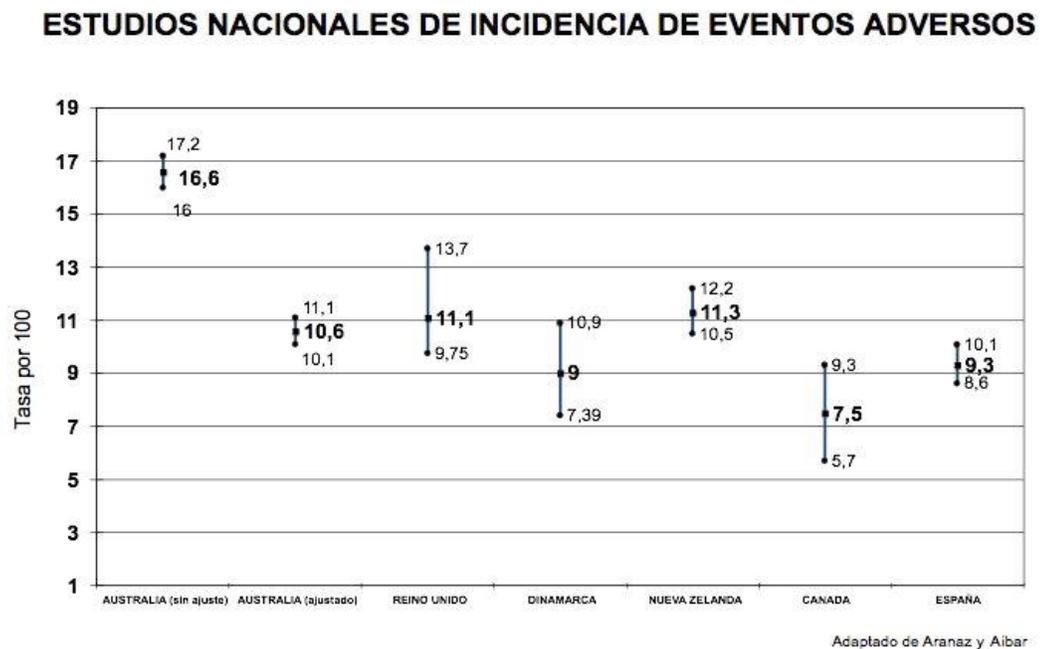
---

MADRID, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006.

tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado. Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia<sup>3</sup> (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio australiano) como lo muestra la siguiente tabla:

Ilustración 1. Estudios Internacionales de Incidencia de Eventos.



En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranz JM<sup>4</sup> solamente se han

Ibid., p.

<sup>4</sup> Ibid., p.

encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera- Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras instituciones. No obstante en el caso de la prevalencia aun hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto iberoamericano IBEAS<sup>5</sup>.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados<sup>6 7</sup>:

- Infección nosocomial.
- Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos.
- Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
- Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.
- Procesos orientados a dotar de barreras de seguridad y procedimientos seguros la atención del binomio madre-hijo.

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente

---

<sup>5</sup> RESTREPO, Francisco Raúl. Proyecto IBEAS Colombia: antecedentes y metodología. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia. 2007.

<sup>6</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá 2002 -2003. Departamento de investigaciones clínicas.

<sup>7</sup> IMBANACO, Cali. Evaluador externo de SUA. ICONTEC.

hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada<sup>8</sup>.

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

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

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

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del

---

<sup>8</sup> ARANAZ, JM y LIMON, R. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. Proyecto IDEA. Revista calidad asistencial. 2005; 20 (2) 53-60.

protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

Experiencia colombiana: En relación con el tema los trabajos colombianos intentan hacer una aproximación para la comprensión del tema y sus dimensiones de manera local, que van desde las revisiones de seguimientos puntuales a algunas especialidades médicas<sup>9</sup>, hasta incidencia de los eventos adversos en algunas instituciones<sup>10</sup>, también se encontró una revisión que busca la recopilación de la terminología difundida en relación con el tema de seguridad del paciente<sup>11</sup> con el fin de iniciar la construcción de una taxonomía sobre el mismo. El estudio IBEAS<sup>12</sup>, proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra), la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), es uno de los proyectos más relevantes en la actualidad en el contexto internacional; estos países expresaron su deseo de conocer la frecuencia de EA en sus hospitales siguiendo los pasos del estudio ENEAS (Estudio Nacional de Eventos Adversos), para orientar las políticas estratégicas en la mejora de seguridad de los pacientes que venían desarrollando.

En el país se seleccionaron 12 instituciones distribuidas en diferentes regiones del país, públicas y privadas, acreditadas, no acreditadas y en preparación para la acreditación, que permita hacer una idea del comportamiento del problema en Colombia.

Este proyecto tiene como objetivo conocer la prevalencia de eventos adversos en hospitales de América Latina, desarrollar metodologías comparables internacionales y que sean de fácil aplicación en las instituciones de nuestro país, frecuentemente limitadas para desplegar estudios de común aplicación en otras regiones del mundo, así como entrenar grupos de evaluadores expertos, será un gran avance en el despliegue y profundización de la Estrategia de Seguridad del

---

<sup>9</sup> REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA. El factor cirujano..

<sup>10</sup> REVISTA SALUD PÚBLICA. Eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias de Colombia. 2006.

<sup>11</sup> SALCEDO, A. SANTOFIMIO, D. revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente. Informe presentado al Ministerio de la Protección Social de Colombia en desarrollo del convenio interadministrativo 353 de 2006. Neiva, Colombia, 2007.

<sup>12</sup> DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS. Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.

Paciente y un importante paso hacia la construcción de una política de seguridad del paciente en el país.

En el estudio IBEAS<sup>13</sup> se analizan todos los pacientes hospitalizados durante una semana (revisando cada cama una sola vez –una estancia para cada paciente-). Se estudia la hospitalización completa al alta de aquellos pacientes que presente eventos adversos (registrándose la duración de la hospitalización de los pacientes sin eventos adversos –solo fecha de ingreso y fecha de alta). Esta estrategia permite estudiar el impacto del evento adverso salvando las particularidades de este diseño. Por otra parte, si se repitiera en el tiempo (una vez al año, por ejemplo), el estudio se convertiría en sistemático de la prevalencia de evento adverso (estudios en panel) y se transformaría en una herramienta adecuada para el seguimiento y la evaluación de programas de mejora de la calidad y de la seguridad.

Un estudio de corte de prevalencia detectaría 7 eventos adversos de 20 casos (P= 35%; 47% de casos detectados). Pero podría detectar 6 de 20 si el caso 3, a pesar de ocurrir el día del estudio, no fuera anotado en la Historia Clínica hasta el día siguiente (P= 30%; 40% de casos detectados). Un estudio tradicional de revisión retrospectiva, que sólo considera el evento adverso más grave que ha tenido el paciente, detectaría 8 eventos adversos en 20 pacientes (I= 40%; 53% de casos detectados).

Si utilizáramos la metodología del estudio ENEAS detectaríamos 16 eventos adversos en 20 pacientes (I= 80%; 100% de casos detectados). En el ejemplo presentado, el estudio de prevalencia perdería un 6% de casos respecto a los estudios tradicionales de revisión retrospectiva. Todo ello en el supuesto de que toda la información estuviera recogida en la historia clínica y además disponible.

El estudio IBEAS aspira a convertirse en un sistema de vigilancia (al repetirlo con la misma metodología al menos una vez al año) que permita valorar la evolución temporal de la prevalencia de eventos adversos en los hospitales de Latinoamérica, con el fin de conocer la epidemiología de eventos adversos en la región y a nivel local en cada hospital, lo que facilitará desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos, o al menos para minimizarlos. De manera específica se pretende determinar la prevalencia de eventos adversos y caracterizar los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, distinguiendo los evitables de los que no lo son.

---

<sup>13</sup> RESTREPO, Francisco. O

### 3. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

La E.S.E. Hospital Divino Niño de Rivera – Huila, es una Institución de primer nivel de atención en salud. Desde sus orígenes donde en el año 1953 fue considerado como el primer puesto de salud, posteriormente, en el año 1973 fue estipulado centro de salud y finalmente, en la década de los 90 pasó a ser una Empresa Social del Estado (ESE). Actualmente presta sus servicios tales como: Consulta de Urgencias las 24 horas, sala de partos, hospitalización, Ambulancia Consulta Externa, medicina general, farmacia, laboratorio, odontología, Promoción y Prevención, crecimiento y desarrollo, control prenatal, riesgo cardiovascular, planificación familiar, Toma de Ecografías, adulto mayor, atención al joven, Inserción de DIU, vacunación, servicio de información y atención al usuario.

Existen otros programas que brinda la E.S.E como son: Atención primaria en salud renovada, Plan de intervenciones colectivas, Plan de atención de emergencias y desastres, IAMI...Institución amiga de la mujer y de la infancia, Casa materna, entre otros. Todos estos servicios se brindan con el fin de Facilitar la atención oportuna, continúa e integral de los usuarios a todos los servicios que presta el Hospital, garantizando calidad en la atención prestada, sin tener ninguna limitación de los servicios y así poder satisfacer sus necesidades.

La E.S.E. Hospital Divino Niño de Rivera – Huila, dispone a afrontar retos que definirán su futuro mediante la sostenibilidad en el mercado de prestadores de servicio de salud del primer nivel. Como para cualquier empresa del sector público, lo más importante para la E.S.E. será producir unidades sociales, económicas, pero también financieras, además es notorio reconocer que cuenta con una metodología de administración de riesgo, dentro de la cual se tienen en cuenta todos los aspectos externos e internos que pudiera tener algún impacto en las actividades desarrolladas por esta Institución, donde la gerencia está en la obligación de informar las circunstancias administrativas, jurídicas, financieras y de cualquier otra índole de acuerdo a los criterios de identificación de riesgos contenidos.

Es notorio resaltar que la política de seguridad del paciente como fuente normativa de base desde el proceso de habilitación, no se ha implementado en La E.S.E. Hospital Divino Niño de Rivera, por tal motivo se hace necesario realizar un análisis en el servicio de urgencias, debido a que surge la intención de satisfacer las necesidades de los usuarios.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el grado de desarrollo actual de la política de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera, y generar unos lineamientos.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Establecer una línea base, sobre el desarrollo actual que el Hospital tiene sobre seguridad del paciente utilizando herramientas como: Encuesta, visita de inspección y análisis de indicadores seleccionados.

Socializarles con el envío de estos hallazgos a los Directivos y al personal del servicio de urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera.

Proponer al Hospital, específicamente al servicio de urgencias una serie de insumos en temas relevantes sobre Seguridad del Paciente, para contribuir en la disminución de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud al paciente.

Generar unos lineamientos sobre la política de seguridad del paciente para que sean instaurados y socializados por el hospital.

## 5. MARCO LEGAL

La normatividad vigente que aplica en lo general a los programas y actividades de buenas prácticas de seguridad del paciente las podemos enumerar así:

### 5.1 CONSTITUCIÓN NACIONAL DE COLOMBIA DEL 4 DE JULIO DE 1991 CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

Artículo 48 define: “garantiza a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud, por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tiene acceso a los servicios de salud”. El reto es convertir en realidad los principios constitucionales. Artículo 49: “expresa que la atención de la salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del estado, dirigidos según principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”. Artículo 90 de la Constitución Política.

Reguló expresamente una temática que entre nosotros por mucho tiempo estuvo supeditada a la labor hermenéutica de los jueces y que sólo tardíamente había sido regulada por la ley. Y en segundo lugar porque, al ligar la responsabilidad estatal a los fundamentos de la organización política por la que optó el constituyente de 1991, amplió expresamente el ámbito de la responsabilidad estatal haciendo que ella desbordara el límite de la falla del servicio y se enmarcara en el más amplio espacio del daño antijurídico.

En estas últimas están comprendidas aquellas actuaciones que no involucran una conducta dolosa o gravemente culposa del agente y aquellas actuaciones que si son consecuencia de una conducta dolosa o gravemente culposa de los agentes estatales. En los supuestos de responsabilidad estatal no generados en dolo o culpa grave, si bien hay lugar a declaración de tal responsabilidad, el Estado no se halla legitimado para repetir contra el funcionario.

Pero en los supuestos de dolo o culpa grave no solo hay lugar a la declaración de responsabilidad estatal sino que, además, el Estado tiene el deber de repetir contra el agente. Con todo, esta circunstancia no implica que se esté circunscribiendo el espacio de la responsabilidad estatal a contornos más estrechos que los previstos por el constituyente pues el legislador, aparte de respetar el fundamento constitucional de tal responsabilidad, ha enunciado los parámetros a los que remiten las múltiples hipótesis de culpa grave y lo ha hecho

con estricto apego a la menor cobertura que el constituyente le fijó a la acción de repetición.

Es importante precisar que la Salud, de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política, está definida como un servicio público, por ello el tratamiento frente a la falla de dicho servicio es integral, este es un régimen intermedio entre el sistema de la falla probada y los regímenes objetivos, en el cual se sigue aplicando el concepto de falla del servicio pero en cierto modo inverso, puesto que es la entidad demandada quien tiene la mayor carga probatoria.

Esto es así como reacción al hecho de que en muchas situaciones se negó la indemnización de los perjuicios causados por el Estado debido a que en el sistema de la falla probada los requerimientos probatorios son muy exigentes y en algunos casos muy difíciles de cumplir generándose así una iniquidad, entonces como respuesta a tal injusticia el Consejo de Estado empieza a arraigar en la jurisprudencia la teoría de la falla presunta.

En su artículo 189. Corresponde al Presidente de la república ejercer la potestad reglamentaria mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de las leyes

5.1.1 Resolución 13437 del 1 de noviembre de 1991 MINISTERIO DE SALUD. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes.

Artículo 1: Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social.

5.1.2 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. El nuevo SGSSS fue creado en 1993, mediante la Ley 100/93 (Colombia, 1993), la cual estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente y es entendida como la

provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

Con la reforma, se implementó un sistema cuya administración y financiamiento se articulan en dos modalidades: los regímenes contributivo y subsidiado.

Al régimen contributivo accede el sector poblacional con capacidad de pago o cotizante inserto en el mercado formal de trabajo. Al régimen subsidiado acceden los grupo de población de poca o ninguna accesibilidad económica, categorizada como población pobre y vulnerable.

Artículo 173. Se destaca dentro del artículo dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes:

- Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República
- Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas

Artículo 180. Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública, privada o mixta:

- Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
- Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
- Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción,

gestión, coordinación y control de los servicios de salud de las instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atiende a los afiliados y su familia.

- Disponer de una organización administrativa y financiera que permita: tener una base de datos sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias; acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las instituciones y profesionales prestadores de los servicios y evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

- Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados

- Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad promotora de salud, que será fijado por el Gobierno Nacional.

- Tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

Artículo 185: Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera

Artículo 186. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 227. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

5.1.3 Decreto número 4725 del 26 de diciembre de 2005. Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.

5.1.4 Ley 1122 del 9 de enero de 2006. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

5.1.5 Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Aplica a todos prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales. SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto establece la seguridad como 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.

5.1.6 Resolución 1043 del 3 de abril 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 de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.”

5.1.7 Anexo técnico no.1 de la resolución 1043 del 3 de abril de 2006, manual único de estándares y de verificación. “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

5.1.8 Anexo técnico no.2 de la resolución no. 1043 de 3 de abril 2006. Manual único de procedimientos de habilitación. “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”.

5.1.9 Resolución 2680 del 3 de agosto de 2007. “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones”

5.1.10 Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007. Modifica parcialmente la resolución 1043, la 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007. La cual precisa criterios de infraestructura física que debe de tener el servicio de consulta externa cuando el servicio se preste en el centro de reconocimiento de conductores, Dotación y mantenimiento de los servicios de cuidado intensivo e intermedio de pediatría y adulto y ajusta criterios relacionados con la interdependencia de servicios.

5.1.11 Resolución 1446 mayo 8 de 2006. Dentro de la normatividad que para el país define elementos relacionados con la seguridad del paciente, se presenta 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 Calidad de la Atención en Salud” en su anexo técnico presenta las fichas técnicas de los indicadores así como los 34 eventos adversos trazadores así como una definición de términos detallada.

5.1.12 Circular única externa 002 (01 de febrero de 2011). Adiciones, modificaciones y exclusiones de la circular 47 de 2007 modificada por las circulares 48, 49, 50, 51, 52 de 2008; 57, 58 de 2009; 059, 060, 061 y 062 de 2010, relacionadas con la firma digital.

La superintendencia Nacional de Salud, teniendo en cuenta que la ley 527 de 1999, “ por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones”, establece que la misma será aplicable a todo tipo de información e forma de mensaje de datos, entendiendo por tal, la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares como pudieran ser, entre otros, el Intercambio Electrónico de Datos (EDI), Internet, el correo electrónico, el telegrama, el télex o el telefax.

5.1.13 Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Aplica para todos los prestadores de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios.

Artículo 5: Uno de los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos y voluntades para la prestación de servicios son los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.

Artículo 6: Parágrafo 3-: La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006.

### Capitulo 3 procesos de atención

Artículo 10: Sistemas de selección y de clasificación de pacientes en urgencias “triaje”.

Artículo 11: La Verificación de los derechos de los usuarios es el procedimiento por el cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.  
Parágrafo 1 El procedimiento de verificación de usuarios será posterior a la selección y clasificación del paciente, y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

## 6. MARCO CONCEPTUAL - CONCEPTUALIZACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### 6.1 GENERALIDADES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia junio de 2008.

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:

- 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.
- 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.
- Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante.

Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada, se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte.

- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica

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

A continuación se incluyen las definiciones utilizadas en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y recomendados en esta Norma Técnica Sectorial:

- **Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Atención en Salud Segura:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.
- **Atención Insegura:** Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Clasificación tipos de atención insegura:** Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes.
- **Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

- 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.
- Falla de la Atención en Salud: Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión
- Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- Evento Adverso: Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- Evento Adverso Prevenible: Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- 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 probabilística 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.

## 6.2 COMPONENTES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.2.1 Idoneidad del personal. Incluye cumplimiento de competencias y habilidades de los trabajadores de la institución, calificación de competencias, cualificación y capacitación, encuestas de manejo del estrés y cultura de la seguridad.

6.2.2 Prácticas misionales seguras. Incluye seguimiento de: eventos adversos, definición de riesgos, indicadores de calidad, aplicación de normas de bioseguridad, control de medicamentos, medición de adherencia a guías de manejo y calidad del registro de la historia clínica.

6.2.3 Equipos seguros. Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento de los mismos y seguimiento a la calibración de equipos que lo requieran.

6.2.4 Infraestructura segura. Garantizar cumplimiento de requisitos de Habilitación, y mantenimiento de la infraestructura física.

6.2.5 Cuidado del usuario. Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, seguridad de los menores en la institución, seguridad de pertenencias, extravío de usuarios y fugas.

6.2.6 Insumos seguros. Calidad asegurada de los insumos, escucha de la voz del cliente interno, análisis técnico de adquisiciones

6.2.7 Seguridad documental. Incluye archivo de Historia Clínica y demás documentos del usuario así como de documentos con información confidencial.

6.2.8 Cadena de custodia. Salvaguarda de pertenencias del usuario que pueden servir como pruebas en eventos de seguimiento judicial o similares.

## 7. METODOLOGIA

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio, involucra elementos de dos tipos de investigación los cuáles son:

7.1.1 Descriptiva. El tipo de investigación a realizar es de corte descriptivo, este pretende describir el grado de avance de la política de Seguridad del paciente en el servicio de Urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera, en tal sentido se ahondará en la línea de base en la que se encuentra la institución mediante herramientas utilizadas como: encuesta, visita de inspección, y observación de indicadores para analizar la información obtenida y poder generar aportes que serán entregados a la precitada institución para que incorporen procesos de cambios y mejoras a sus programas de salud.

7.1.2 Acción – participación. La cual condujo a la sistematización de una información donde se involucró, tanto a las investigadoras como a la comunidad objeto de estudio – ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA.

### 7.2 POBLACIÓN

La población objeto son los Usuarios que acuden a solicitar los servicios de urgencias de en el Hospital Divino Niño De Rivera.

### 7.3 MUESTRA

Se tomaron aleatoriamente 13 funcionarios del servicio de urgencias del Hospital Divino Niño De Rivera para realizar encuestas referentes al conocimiento y aplicación de la seguridad del paciente, efectuándose en horarios menos concurridos, sin distinción de sexo, raza y profesión.

## 7.4 DISEÑO METODOLOGICO

### 7.4.1 Fases de la Investigación

7.4.1.1 Compromiso de la dirección. La dirección de la ESE Hospital Divino Niño de Rivera como responsable de la gestión y el desarrollo de todos y cada uno de los procesos que definen la calidad de los servicios, accedió a la realización de nuestro proyecto, el cual se formalizó a través de una carta emitida por la Universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva en la que se solicitaba el permiso necesario para poder realizar el proyecto, dando como resultado una respuesta positiva a nuestra petición de la gerencia de dicha institución.

Una vez realizada la primera reunión en la que se trataron los compromisos que cada una de las partes adquiriría tanto del investigador como de la empresa, la gerente del Hospital Divino Niño de Rivera, Lina María Vásquez puso a disposición el personal que integra el servicio de urgencias, invitando a cada uno de ellos a la participación del presente proyecto.

### 7.4.1.2 Revisión bibliográfica

Se realizó revisión del material bibliográfico existente:

- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
- Revisión de las herramientas generadas por el MPS, en temas de SP.
- Revisión bibliográfica de los avances que hay a nivel internacional sobre el tema.
- Revisión de la información que está colgada en el Observatorio de Calidad en Salud.

Esta fase tuvo por objeto recopilar información del marco estratégico de la organización:

- Análisis de la visión, misión y valores de la Organización y la matriz de direccionamiento estratégico de cara a la seguridad del paciente.
- Estudio y análisis de la IPS con base en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Análisis del estado actual de los Procesos vs. la Política de Seguridad del Paciente, se identificaron falencias frente al desempeño de la misma.
- Identificación de los soportes con los que cuenta la IPS, se establece el diagnóstico y se realiza el análisis de la información.
- Análisis de la documentación existente.

#### 7.4.2 Herramientas a utilizar para el levantamiento de la información.

- Encuesta al personal del servicio de urgencias.
- Visita de inspección.
- Análisis de indicadores.

7.4.3 Generación de instrumentos. Con la información obtenida se pretende generar unos lineamientos los cuales se aportaran a la ESE hará que inicien el desarrollo de una Política de Seguridad del Paciente.

## 7.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLES</b>
2 mayo 2011	Gestionar solicitud del permiso para aplicación del trabajo institucional de la USCO en el Hospital Divino niño de Rivera.	Dra. Yivy Salazar Amy Hernández Diana Rubiano
23 mayo 2011	Realizar primera visita al Hospital de Rivera y primer contacto personal con la Gerente de la Institución llegar acuerdos de trabajo.	Amy Hernández Diana Rubiano
8 Junio 2011	Presentación Oficial de propuesta del trabajo de seguridad del paciente del Hospital Divino Niño de Rivera al Dr. Mauricio Sendoya, director de calidad.	Amy Hernández Diana Rubiano
13 Junio 2011	Crear un formato para una encuesta aplicable a los funcionarios de la ESE con el propósito de calificar lo que se encuentra implantado como política de seguridad del paciente y el grado de conocimiento que tienen con respecto a este tema en la unidad funcional de urgencias.	Amy Hernández Diana Rubiano
14 Junio 2011	Realizar visita de inspección con el fin de conseguir información para realizar el abordaje de las encuestas al personal de urgencias del Hospital Divino niño.	Amy Hernández Diana Rubiano
5 Julio 2011	Aplicación de encuestas al personal de la unidad funcional de urgencias, del tema de política de seguridad del paciente, con el fin de verificar el conocimiento de este tema y la aplicación del mismo.	Amy Hernández Diana Rubiano

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLES</b>
6 Julio 2011	Realizar análisis de la encuesta aplicada para realizar la tabulación de las encuestas con el fin de determinar si el personal humano del servicio de urgencias tiene en cuenta la política de seguridad del paciente para el desarrollo y abordaje de su servicio.	Amy Hernández Diana Rubiano
18 Julio 2011	Crear nuevo formato de encuesta para clarificar la información anteriormente adquirida, así mismo aplicarla y analizarla.	Amy Hernández Diana Rubiano
19 Julio 2011	Concluir toda la información recogida por medio de las encuestas cuestionarios, diálogos personales, evidencias y percepciones frente a la seguridad del paciente en la unidad funcional de urgencias del Hospital de Rivera.	Amy Hernández Diana Rubiano
Agosto - Octubre	Se realizaron asesorías intensivas con el Tutor o asesor de Trabajo de grado, con el fin de gestionar el proceso de Formulación de Guía de Seguridad del paciente aplicable en el Servicio de Urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera, teniendo en cuenta q ya se tenían los resultados obtenidos durante las encuestas, visitas de inspección y demás, material necesario para crear el manual y la política de seguridad del paciente	Amy Hernández Diana Rubiano
08 de Noviembre de 2011	Entrega del trabajo a la coordinación de postgrado en gerencia para pasar a revisión con el Jurado.	Amy Hernández Diana Rubiano

7.5.1 Instrumentos utilizados para el levantamiento de la información y resultados.

7.5.1.1 Encuesta. Como herramienta fundamental de trabajo, se elaboró un cuestionario de 14 preguntas para aplicarlas a los funcionarios del servicio de urgencias; y una lista de chequeo de verificación. Ambas fueron enfocadas hacia aspectos y conceptos básicos de seguridad del paciente, cuyos resultados son de importancia en el proceso de evaluación de la situación actual del servicio de urgencias del Hospital Divino Niño en cuanto a la política de seguridad del paciente en la institución.

## Ilustración 2. Modelo de Encuesta Aplicado.

<b>UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA - DIPLOMADO ACREDITACION EN SALUD</b>						
<p>Teniendo en cuenta que el propósito del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud, es crear mejores condiciones de competencias con calidad en un ambiente de seguridad para los usuarios, como estudiantes del Diplomado de Acreditación de la Universidad Surcolombiana y con la anuencia de la gerencia del HOSPITAL DIVINO NIÑO ( Rivera-HUILA ), Optamos por evaluar la situación actual de su servicio de urgencias en el marco de seguridad del paciente.</p>						
<b>Seleccione su apreciación según el concepto así:                      1-Muy en Desacuerdo, 2- En Desacuerdo, 3-Indeciso, 4- De Acuerdo, 5-Muy de Acuerdo</b>						
<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Diferencio claramente una urgencia, una urgencia vital y una consulta prioritaria					
2	Identifico cuando el paciente, además de la atención en salud, tiene otras expectativas respecto a su servicio y su atención					
3	Conozco claramente el concepto de SEGURIDAD DEL PACIENTE					
4	Conozco claramente los contenidos y la ubicación de los protocolos y guías de manejo del servicio de urgencias.					
5	He firmado actas de asistencia y participación cada vez que socializan las guías y protocolos de manejo del Hospital de Rivera					
6	Soy consiente que al interior del servicio de Urgencias se realizan actividades que propenden por la seguridad del paciente					
7	Conozco claramente el concepto de Evento Adverso					
8	Entiendo completamente que los Eventos Adversos pueden ser prevenibles					
9	Conozco claramente las formas de evitar que ocurran Eventos Adversos					
10	El equipo humano que labora en el servicio de urgencias cuenta y tiene buenos canales de comunicación					
11	He conocido de la ocurrencia de eventos Adversos en el servicio de Urgencias					
12	Conozco la herramienta para reportar cuando se presente un evento adverso					
13	Conozco las barreras de seguridad para prevenir la ocurrencia de eventos adversos					
14	Conozco claramente los pasos a seguir ante la ocurrencia de un evento adverso					

### 7.5.1.2 Resultados obtenidos de la primera herramienta (encuesta)

Se recopilaron los datos de las encuestas aplicadas teniendo como resultado consolidado la siguiente tabla.

Tabla 1 . Tabulación de Encuestas.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA - DIPLOMADO ACREDITACION EN SALUD																			
TABULACION DE ENCUESTAS																			
Seleccione su apreciación según el concepto así: 1-Muy en Desacuerdo, 2- En Desacuerdo, 3-Indeciso, 4- De Acuerdo, 5-Muy de Acuerdo		ENCUESTAS													Muy en	En	Indeciso	De	Muy de
N°	CONCEPTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Acuerdo
1	Diferencio claramente una urgencia, una urgencia vital y una consulta prioritaria	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	1	5	10	0	1	0	2
2	Identifico cuando el paciente, además de la atención en salud, tiene otras expectativas respecto a su servicio y su atención	5	5	4	5	2	4	3	4	5	2	5	5	4	0	2	1	4	6
3	Conozco claramente el concepto de SEGURIDAD DEL PACIENTE	4	5	5	5	3	4	3	5	5	3	4	5	4	0	0	3	4	6
4	Conozco claramente los contenidos y la ubicación de los protocolos y guías de manejo del servicio de urgencias.	5	4	5	4	5	5	2	5	4	5	5	4	5	0	1	0	4	8
5	He firmado actas de asistencia y participación cada vez que socializan las guías y protocolos de manejo del Hospital de Rivera	5	4	5	4	5	2	2	5	4	5	5	4	2	0	3	0	4	6
6	Soy conciente que al interior del servicio de Urgencias se realizan actividades que propenden por la seguridad del paciente	5	5	4	5	3	4	2	4	5	3	5	5	4	0	1	2	4	6
7	Conozco claramente el concepto de Evento Adverso	5	5	5	5	4	4	3	5	5	4	5	5	4	0	0	1	4	8
8	Entiendo completamente que los Eventos Adversos pueden ser prevenibles	5	5	5	5	4	4	3	5	5	4	5	5	4	0	0	1	4	8
9	Conozco claramente las formas de evitar que ocurran Eventos Adversos	3	3	2	3	2	2	1	2	3	2	3	3	2	1	6	6	0	0
10	El equipo humano que labora en el servicio de urgencias cuenta y tiene buenos canales de comunicación	4	4	1	4	2	4	3	1	4	2	4	4	4	2	2	1	8	0
11	He conocido de la ocurrencia de eventos Adversos en el servicio de Urgencias	3	3	4	3	4	3	2	4	3	4	3	3	3	0	1	8	4	0
12	Conozco la herramienta para reportar cuando se presente un evento adverso	2	2	2	3	2	1	1	2	3	2	2	2	1	3	8	2	0	0
13	Conozco las barreras de seguridad para prevenir la ocurrencia de eventos adversos	3	3	3	2	2	1	1	3	2	2	3	3	1	3	4	6	0	0
14	Conozco claramente los pasos a seguir ante la ocurrencia de un evento adverso	3	3	3	2	2	1	1	3	2	2	3	3	1	3	4	6	0	0

Tabla 2 . Consolidado de respuestas por pregunta de las encuestas.

N° Pregunta	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indeciso	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1	3	2	3	2	3
2	0	2	1	4	6
3	0	0	3	4	6
4	0	1	0	4	8
5	0	3	0	4	6
6	0	1	2	4	6
7	0	0	1	4	8
8	0	0	1	4	8
9	1	6	6	0	0
10	2	2	1	8	0
11	0	1	8	4	0
12	3	8	2	0	0
13	3	4	6	0	0
14	3	4	6	0	0

Seguidamente se ilustran los resultados por cada pregunta que muestran la distribución de las respuestas.

Ilustración 3. Pregunta 1- Diferencio claramente una urgencia, una urgencia vital y una consulta prioritaria.

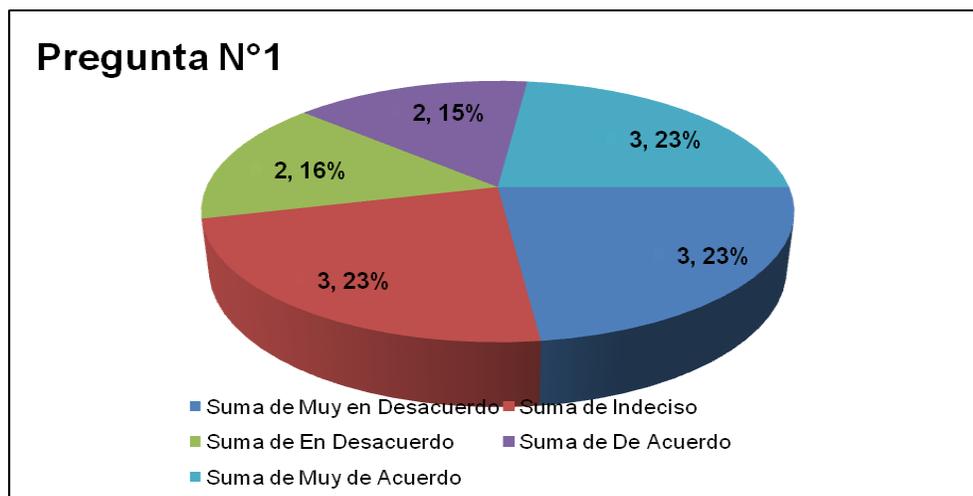


Ilustración 4. Pregunta 2- Identifico cuando el paciente, además de la atención en salud, tiene otras expectativas respecto a su servicio y su atención.

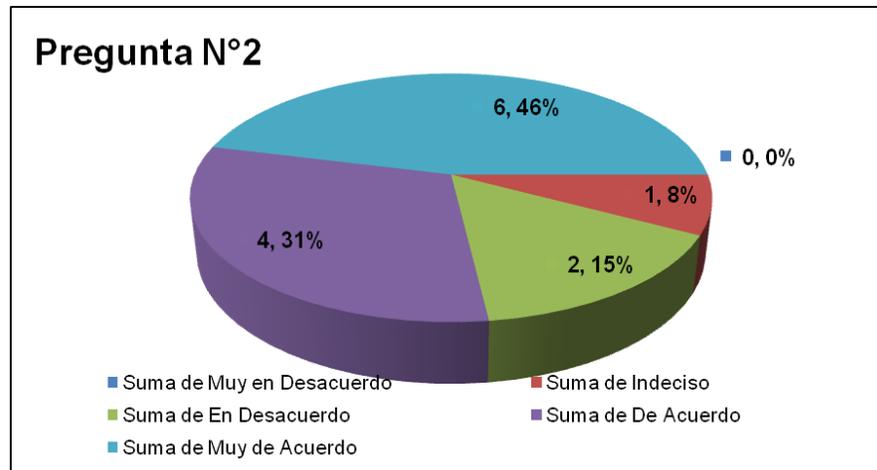


Ilustración 5. Pregunta 3- Conozco claramente el concepto de seguridad del paciente.

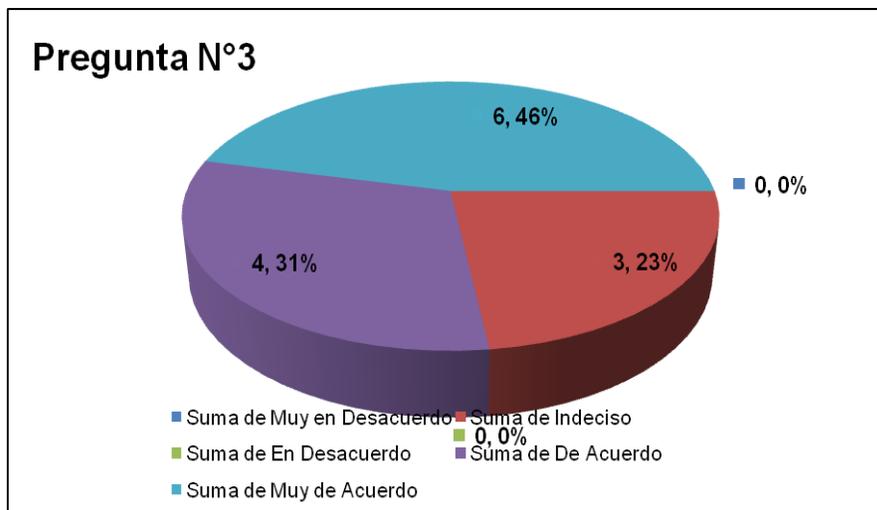


Ilustración 6. Pregunta 4- Conozco claramente los contenidos y la ubicación de los protocolos y guías de manejo del servicio de urgencias.

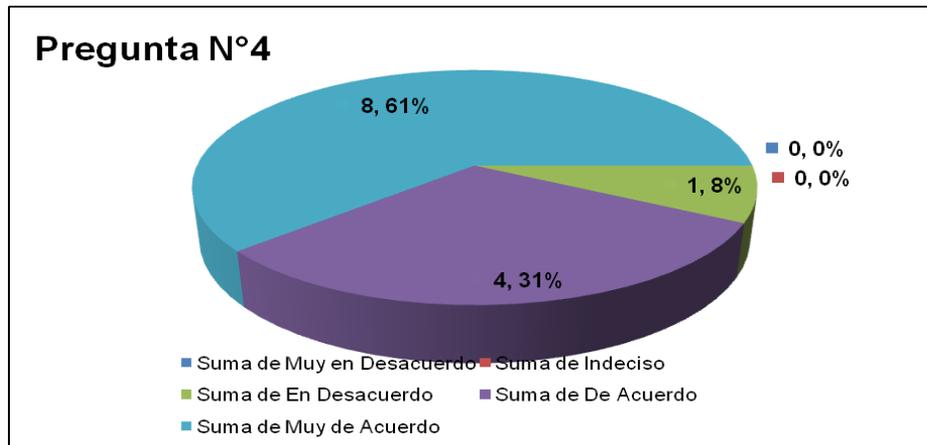


Ilustración 7. Pregunta 5- He firmado actas de asistencia y participación cada vez que socializan las guías y protocolos de manejo del Hospital de Rivera.

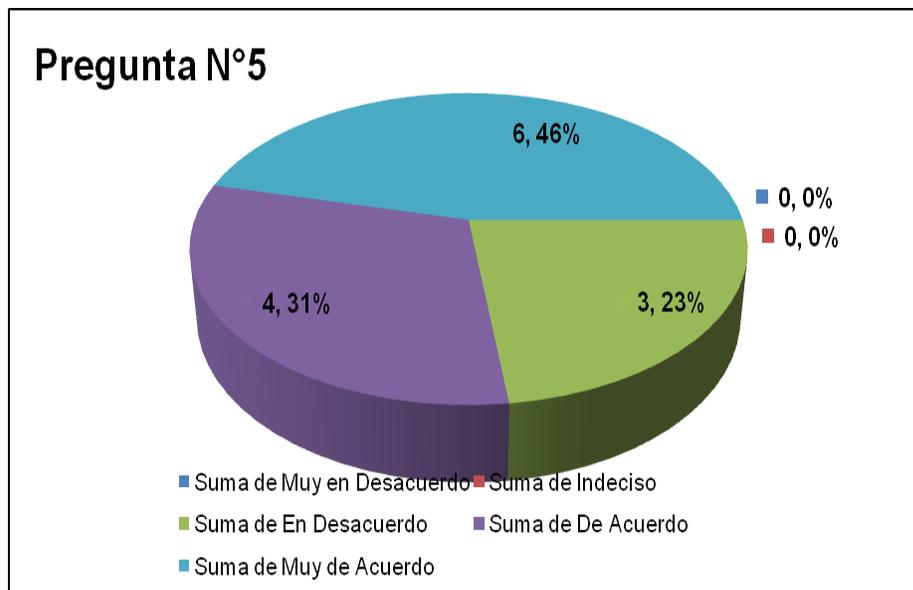


Ilustración 8. Pregunta 6- Soy consciente que al interior del servicio de Urgencias se realizan actividades que propenden por la seguridad del paciente.

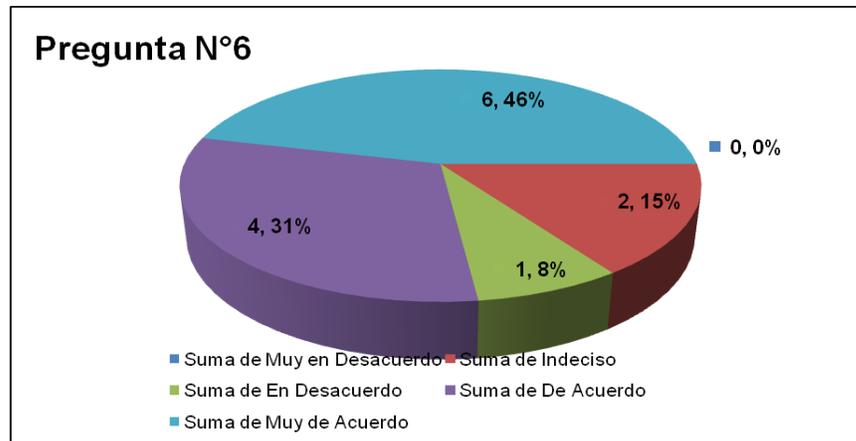


Ilustración 9. Pregunta 7- Conozco claramente el concepto de Evento Adverso.

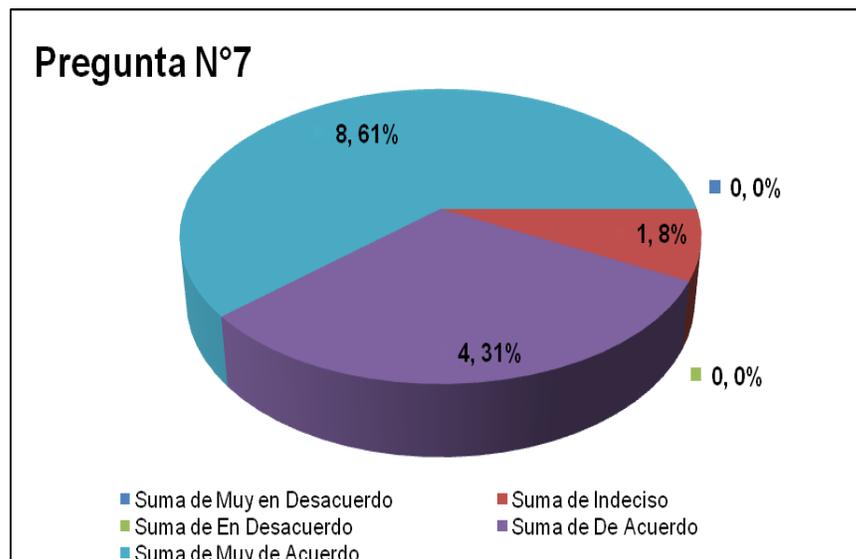


Ilustración 10. Pregunta 8- Entiendo completamente que los Eventos Adversos pueden ser prevenibles.

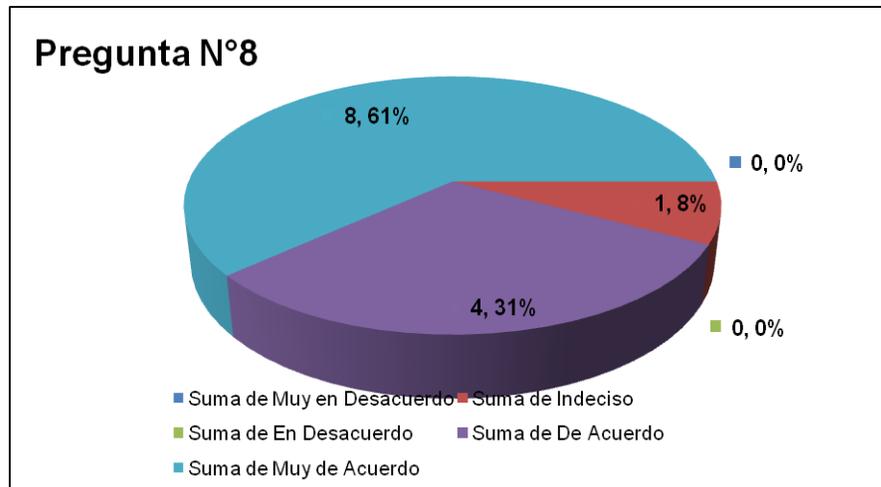


Ilustración 11. Pregunta 9- Conozco claramente las formas de evitar que ocurran Eventos Adversos.

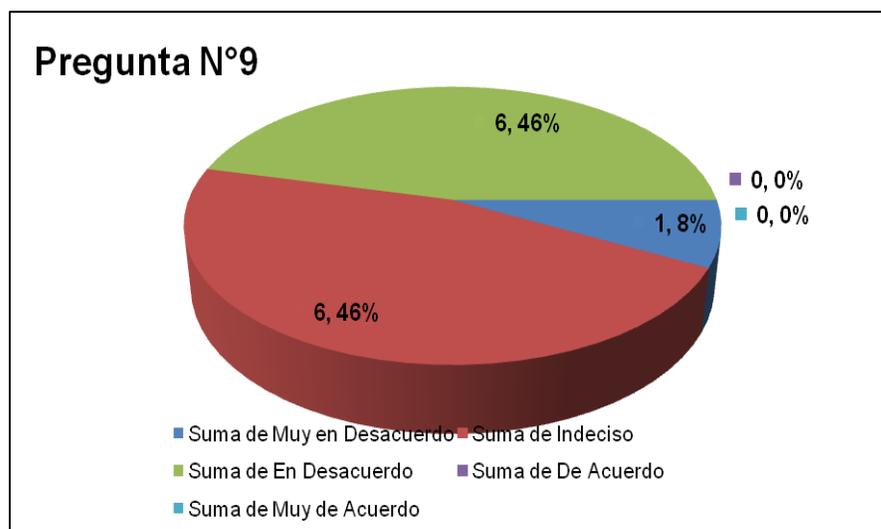


Ilustración 12. Pregunta 10- El equipo humano que labora en el servicio de urgencias cuenta y tiene buenos canales de comunicación.

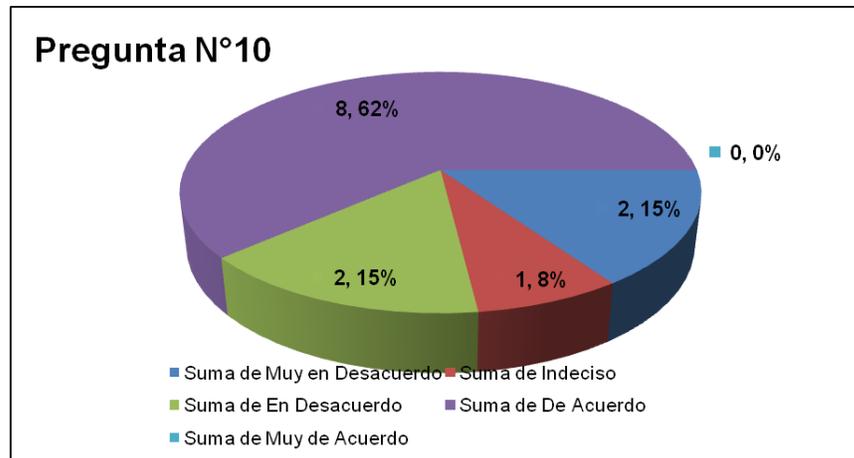


Ilustración 13. Pregunta 11- He conocido de la ocurrencia de eventos Adversos en el servicio de Urgencias.

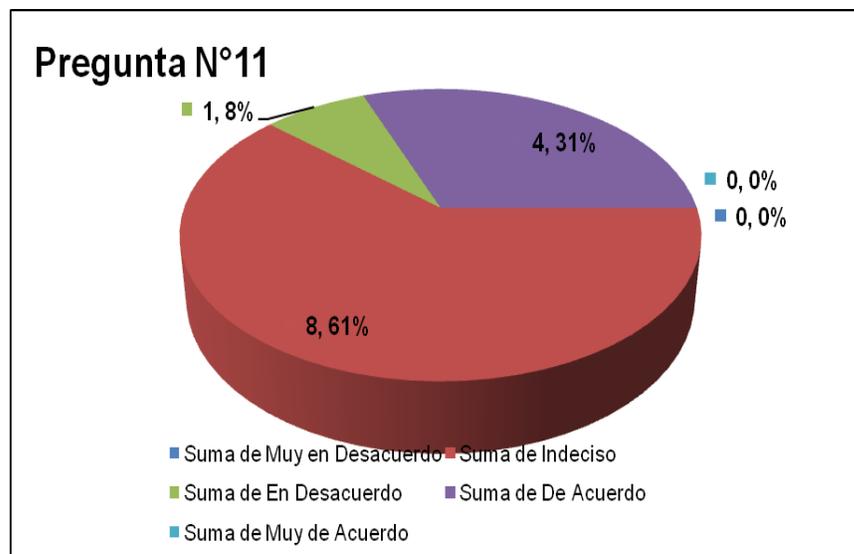


Ilustración 14. Pregunta 12- Conozco la herramienta para reportar cuando se presente un evento adverso.

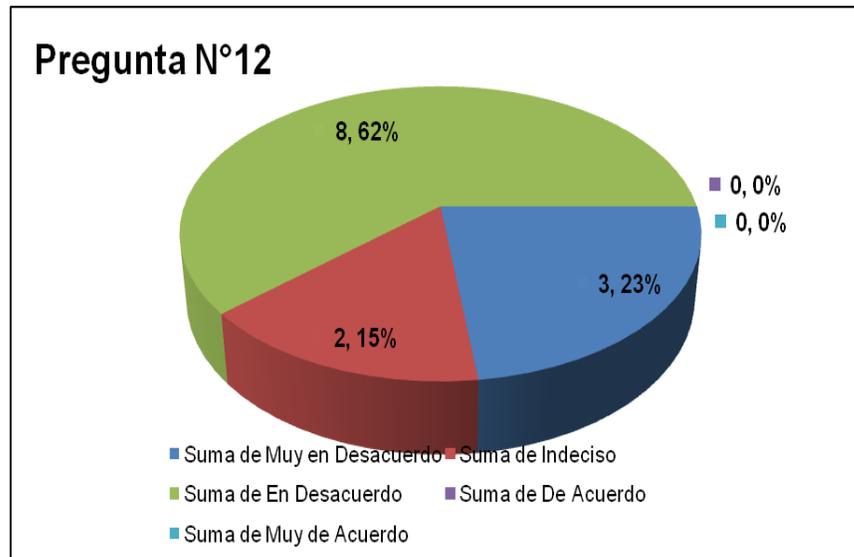


Ilustración 15. Pregunta 13- Conozco las barreras de seguridad para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

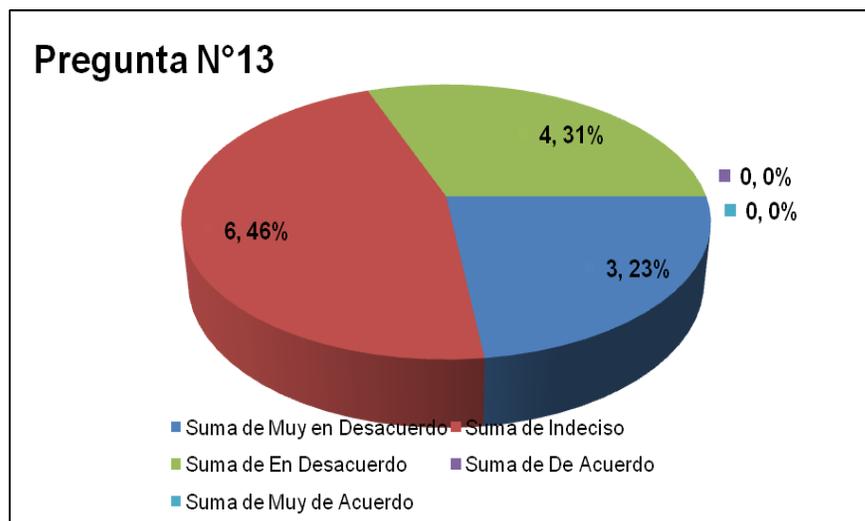
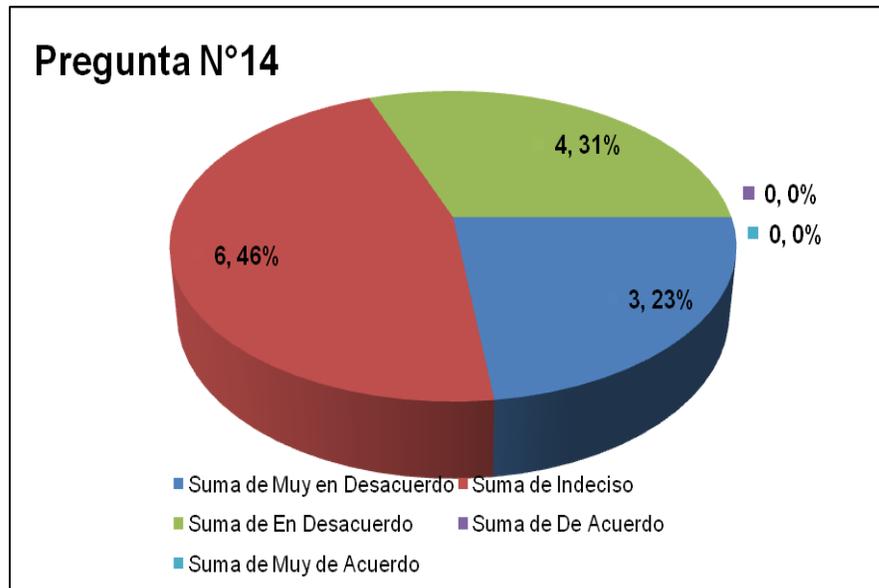


Ilustración 16. Pregunta 14- Conozco claramente los pasos a seguir ante la ocurrencia de un evento adverso.



7.5.1.3 Interpretación de los resultados de la primera herramienta (encuesta). Como herramienta fundamental de trabajo, se elaboró un cuestionario de 14 preguntas para aplicarlas a los funcionarios del servicio de urgencias; y una lista de chequeo de verificación. Ambas fueron enfocadas hacia aspectos y conceptos básicos de seguridad del paciente, cuyos resultados son de importancia en el proceso de evaluación de la situación actual del servicio de urgencias del Hospital Divino Niño en cuanto a la política de seguridad del paciente en la institución.

Los datos arrojados por las encuestas realizadas a todo el personal tanto asistencial como de apoyo que se desempeña directa o indirectamente en el servicio de urgencias del hospital muestran que el 31% de ellos no pueden diferenciar claramente una urgencia, una urgencia vital y una consulta prioritaria. El 77% de los funcionarios logra la identificación de las expectativas del paciente más allá de las de salud que le atañen en el momento de la atención. Vemos igual que es alto el porcentaje de personal que reconoce el concepto de Seguridad del Paciente. El 97% de ellos conocen la ubicación y los contenidos de las guías y protocolos de la entidad, en esa misma proporción confirma que fueron participes de esas capacitaciones dejando constancia en actas. El 77% Conocen que al interior del servicio de alguna u otra forma se propende por no hacer daño. El 92% de los encuestados afirma conocer el concepto de Evento Adverso, igualmente en

la misma proporción conocen que pueden ser prevenibles en su gran mayoría, el problema radica, según muestran los resultados de la encuesta, en que al parecer no saben cómo hacerlo en la práctica o no tienen conciencia cuando los hacen, por ello el 92% se dividen entre quienes tiene vaga idea de cómo prevenirlos y los que definitivamente no saben cómo evitarlos; solo el 8% de los encuestado tienen certeza de actuar en pro de evitar eventos adversos. Por otro lado el nivel de comunicación en el equipo humano de urgencias se encuentra para un 77% de personas en buenas condiciones. Es de notar que más de la mitad de los encuestados no tiene claro si han ocurrido o no eventos adversos, solo un 31% de los encuestados tiene conocimiento de la ocurrencia de eventos adversos en el servicio. En cuanto a la herramienta de notificación de eventos adversos el 85% de los encuestados no conoce el formato de notificación. Es de notar que el 54% de los encuestados no conoce las barreras de seguridad y el otro 46% apenas tiene idea.

7.5.1.4 Segunda herramienta (visita). Se realiza una visita a la ESE Hospital Divino Niño con una matriz de evaluación del 1 al 5 siguiendo las pautas señaladas en la resol 1445 de 2006 y sus anexos, homologando los parámetros y criterios de autoevaluación de la norma de acreditación con la de los hallazgos durante la visita. Con la aplicación de este instrumento nos permite obtener la siguiente información:

Ilustración 17. Herramienta de evaluación para la visita de inspección.

<b>UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA - DIPLOMADO ACREDITACION EN SALUD</b>						
Teniendo en cuenta que el propósito del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud, es crear mejores condiciones de competencias con calidad en un ambiente de seguridad para los usuarios, como estudiantes del Diplomado de Acreditación de la Universidad Surcolombiana y con la anuencia de la gerencia del HOSPITAL DIVINO NIÑO ( Rivera-HUILA ), Optamos por evaluar la situación actual de su servicio de urgencias en el marco de seguridad del paciente.						
Marque del 1 al 5 según los hallazgos encontrados durante la visita. Donde 1-Evidencia Nula, 2-Evidencia Anecdótica, 3-Alguna Evidencia, 4-Evidencia Clara y 5-Evidencia Generalizada					<b>CALIFICACION</b>	
N°	CONCEPTO	1	2	3	4	5
1	Las Guías de manejo y los protocolos de atención publicados en el Hospital Divino Niño de Rivera cuentan con información relevante con la seguridad del paciente.			x		
2	Las directivas conocen perfectamente el Evento Adverso que se ha presentado con mas frecuencia en el servicio de Urgencias, se tiene estadística que lo refuerce.	x				
3	En el Hospital de Rivera se realizan reuniones para analizar las causas que generaron esos Eventos Adversos, existen planes de acción con toma de medidas preventivas.	x				
4	Durante las reuniones se hace seguimiento a las medidas adoptadas para evitar o disminuir la ocurrencia de eventos adversos, existen verificaciones de seguimiento.	x				
5	En el Hospital de Rivera existe una verdadera cultura de reporte de eventos Adversos, existe evidencia de ello.	x				
6	En el servicio de urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera se tiene interés activo para mejorar la seguridad del paciente, existen recomendaciones y/o participación del personal en los planes de mejoramiento para evitar eventos Adversos			x		
7	Se realiza entrenamiento al personal del Hospital Divino Niño en temas de seguridad del paciente, existe evidencia de eso.	x				
8	En estas capacitaciones se tiene en cuenta al personal de seguridad, servicios generales, conductores y facturadores	x				
9	Existe documentado un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso	x				
10	Se tiene documentado un plan de mantenimiento para el equipo biomédico con responsable asignado					x
11	Al ingreso de personal se le realiza inducción sobre barreras de seguridad y en el correcto manejo de los equipo biomédicos. Existe documentación al respecto		x			
12	En el hospital Divino Niño de Rivera se tiene documentado el plan de Emergencias y desastres.				x	
13	Ha sido socializado el Plan de Emergencias y desastres del Hospital Divino Niño de Rivera a todos los funcionarios			x		
14	Se tiene documentado el manejo de los residuos hospitalarios y el personal conoce la ubicación exacta de los depósitos					x
15	Entiendo que la fatiga, la falta de entrenamiento y comunicación deficiente del equipo de trabajo, podrían generar Eventos Adversos				x	

7.5.1.5 Interpretación de los resultados con la segunda herramienta (visita). La herramienta tenía como fin evaluar la situación actual en el marco de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital Divino Niño De Rivera y el área administrativa, en donde pudimos encontrar que: Las directivas del hospital no tienen evidencias documentales que les permitan conocer cuál es el evento adverso que con más frecuencia se presenta en el servicio de urgencias del Hospital Divino Niño De Rivera, sumado a esto el personal no tiene claro que es un evento adverso, no existe evidencia de que se les realice inducciones, entrenamiento y capacitaciones en temas específicos de seguridad del paciente, así como tampoco se realizan reuniones para tomar medidas que eviten o disminuyan la ocurrencia de eventos adversos, de ahí que las verificaciones de seguimiento planes de acción con toma de medidas preventivas no existen. No obstante pudimos constatar que cuentan con el plan y el cronograma de mantenimiento de equipo biomédico, con las hojas de vida de los equipos actualizadas y con registro de mantenimiento preventivo de ellos, lo que nos hace ver que aunque no conozcan mucho del tema de seguridad, están cumpliendo con la línea base de calidad exigida por habilitación lo cual colabora con los objetivos de seguridad del paciente.

Además pudimos observar que: En términos generales el talento humano que labora en el servicio de urgencias se muestra comprometido con los usuarios del servicio y además de su atención tratan de identificar las expectativas de cada uno de ellos. Aunque aún no se ha fomentado la cultura de seguridad del paciente, los funcionarios son conscientes de la importancia de brindar una atención segura y oportuna a los usuarios. A pesar de que las directivas y el personal asistencial no tienen claro el concepto de evento adverso, si identifican sus consecuencias.

7.5.2 Indicadores de calidad. Resolución número 001446 (8 de mayo de 2006). "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud".

ARTÍCULO 1º. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

ARTÍCULO 3º. INDICADORES DE MONITORÍA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. Adóptense los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los cuales están contenidos en la circular que para el efecto expida la Superintendencia Nacional de Salud y las fichas técnicas establecidas en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 4º. REPORTE DE LA INFORMACIÓN. Las entidades responsables de reportar información deberán hacerlo a la Superintendencia Nacional de Salud, quien realizará la recepción, validación y cargue de la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 7º. IMPLEMENTACIÓN. Las instituciones obligadas a implementar el Sistema de Información para la Calidad deberán hacerlo en un plazo máximo de seis meses, contados a partir de la vigencia de la presente resolución.

7.5.2.1 Revisión y análisis de los indicadores reportados a la superintendencia de salud. Utilizándolo como otra herramienta para conocer el estado de la política de seguridad del paciente se nos hizo necesario analizar los soportes de Indicadores de Calidad reportados por las instituciones en cumplimiento de lo ordenado por la Resolución 1446 de 2006, reglamentaria del Decreto 1011 de 2006 estos deben ser enviados por las instituciones a la Página del Ministerio de Protección social de carácter obligatorio, por tal motivo se escogieron unos indicadores que más se amoldaban de acuerdo a la implementación del sistema de información en la ESE Hospital Divino niño de Rivera y los indicadores escogidos fueron los siguientes:

- Oportunidad en la atención en consulta de urgencias.
- Proporción de vigilancia de eventos adversos.

- Tasa de satisfacción global.
- Tasa de infección intrahospitalaria.

Tabla 3. Indicadores de Monitoria del Sistema Colombiano de Salud.

#### INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORÍA DEL SISTEMA

Dominio	IPSS	EAPB
<b>1. Accesibilidad / Oportunidad</b>	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Proporción de cancelación de cirugía programada (4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S (4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
<b>2. Calidad Técnica</b>	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	(1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año (2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
<b>3. Gerencia del Riesgo</b>	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	(1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (2) Razón de Mortalidad Materna
<b>4. Satisfacción / Lealtad</b>	(1) Tasa de Satisfacción Global	(1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (3) Tasa de Traslados desde la EAPB

Consecuentemente con el concepto definido en el SOGC relativo a la atención en salud, la cual se entiende como un continuo que va desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación y desde la prestación hasta el aseguramiento, los indicadores del nivel de monitoria del sistema, se han agrupado en cuatro dominios, los cuales pueden dividirse en subdominios al interior de estos los indicadores pueden ser agrupados por temas:

- Dominio de Accesibilidad y oportunidad
- Dominio de Calidad Técnica
- Dominio Gerencia del Riesgo
- Dominio Satisfacción / lealtad

Para poder alinear el objeto de la investigación con estos indicadores mostraremos únicamente las fichas técnicas de los indicadores que tendremos en cuenta en el estudio; presentamos inicialmente la ficha técnica de Oportunidad en

la Atención en Consulta de Urgencias, establecida por el ministerio de la protección social a través de la Resolución 1446 de 2006.

#### 7.5.2.2 Oportunidad en la atención en consulta de urgencias.

<b>FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR</b>		<b>I.1.4</b>
Nombre	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	
Código	I.1.4	
Justificación	<p>La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>	
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	
Numerador	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	
Denominador	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	
Unidad de medición	Minutos	
Factor	1	
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador	

Ilustración 18. Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Oportunidad de Atención en Consulta de Urgencias.

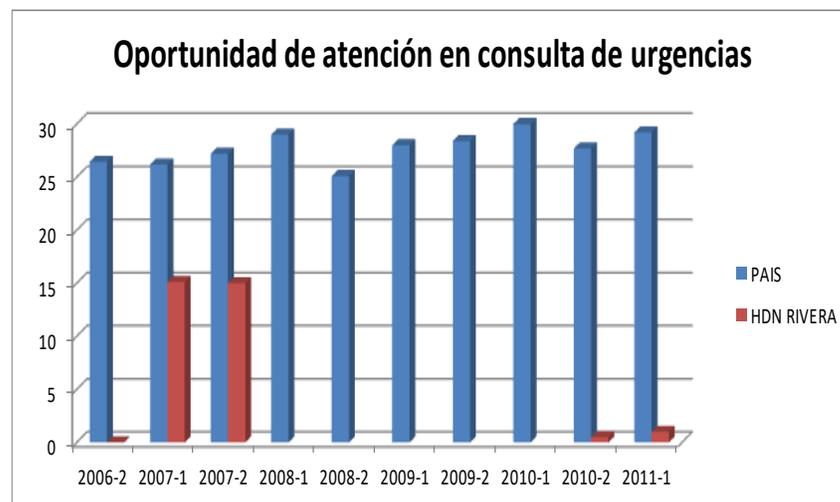
Año: Todos  
 Periodo: Todos  
 Indicador: I.1.4.0 - Oportunidad de atención en consulta de urgencias  
 Departamento: Huila  
 Municipio: RIVERA  
 IPS: Todos  
 Sede IPS: Todos

Total Registros: 4

Indicador	Año	Periodo	IPS	Sede IPS	Cálculo	Numerador	Denominador
I.1.4.0	2006	Diciembre 31	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	0.0	0	43
I.1.4.0	2007	Diciembre 31	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	15.1	49496	3277
I.1.4.0	2007	Junio 30	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	15.0	47445	3153
I.1.4.0	2010	Diciembre 31	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	0.5	9233	20025

Fecha de actualización: 31-05-2011

Ilustración 19. Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.-Ind. Oportunidad en Consulta de Urgencias.



- Según las observaciones del comportamiento nacional. Tendencia estable en el tiempo de espera en urgencias. Variabilidad en los datos; mayor espera en las instituciones acreditadas e instituciones de más de 100 camas.
- El comportamiento de este indicador en el Hospital En el año 2006 se evidencia en los reportes del indicador de oportunidad de Atención del Servicio de

Urgencias, es nulo debido a que el numerador es cero, queriendo decir esto que los pacientes no esperan ni un minuto para ser atendidos por urgencias, teniendo en cuenta la ficha técnica del indicador anterior, además se podría deducir entre otras observaciones que:

- No se tiene un proceso claro para la recolección, análisis, revisión previo de la información antes de ser enviada a los entes rectores.
- La persona que recolecta la información no tiene las competencias para realizarlo.

Para los periodos siguientes (2007-1 y 2007-2) se realizaron reportes un poco más reales pero son inferiores a la media nacional. Sin embargo dada la complejidad de la ESE, la poca oferta cercana y el personal asistencial limitado se duda mucho sobre si este indicador refleje la realidad vivida en el interior de centro asistencial durante el periodo. No hay información histórica disponible que hable sobre modificaciones en la cantidad de personal asistencial que justifiquen estos comportamientos.

No se realizó reporte de este indicador en los periodos de los años: 2008, 2009 y el primer periodo de 2010.

Nuevamente aparece reporte en el segundo periodo del 2010 y el primero de 2011 los cuales tienen comportamientos parecidos pero no tienen concordancia con los valores históricos de este indicador, en razón a que lo lógico es que si se aumentaron las cantidades de atenciones en más del 600% la cantidad de minutos de espera aumentaría considerablemente y no que se vea una disminución de la cantidad de minutos de espera de un 19%. Lo lógico era que la diferencia en cantidad de atenciones de 16872 aportaran al menos un minuto de espera en el mejor de los escenarios llevando con ello al numerador de este indicador a una cifra de 5 cifras y no de 4 cifras.

En todos los reportes evidenciados de los distintos periodos ellos se encuentran muy por debajo del promedio nacional.

7.5.2.3 Proporción de vigilancia de eventos adversos.

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR		I.3.3
Nombre	Proporción de vigilancia de Eventos adversos	
Código	I.3.3	
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles</p> <p>Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>	
Dominio	3. Gerencia del Riesgo	
Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	
Denominador	Número total de eventos adversos detectados	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	

Ilustración 20. Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Vigilancia de eventos adversos.

Año	Todos						
Periodo	Todos						
Indicador	I.3.3.0 - Proporción de vigilancia de eventos adversos						
Departamento	Huila						
Municipio	RIVERA						
IPS	Todos						
Sede IPS	Todos						
Total Registros: 1							
Indicador	Año	Periodo	IPS	Sede IPS	Cálculo	Numerador	Denominador
I.3.3.0	2010	Diciembre 31	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	100.0	1	1
Fecha de actualización: 31-05-2011							

Ilustración 21. Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.- Indicador de Vigilancia de Eventos Adversos.



- Según las observaciones del comportamiento nacional. Tendencia al incremento en las instituciones que vigilan eventos adversos, disminución de proporción de gestión, alta variabilidad en el comportamiento del indicador.
- El comportamiento de este indicador en el Hospital. Los resultados del análisis de este indicador, como pueden evidenciarse en la gráfica anterior y la siguiente, demuestra la poca relevancia que ha tenido para el Hospital Divino Niño la vigilancia de los eventos adversos, donde solo se obtiene un solo de reporte de este indicador tan importante en el año 2010 en su segundo periodo.

Su importancia no trasciende por la cantidad de situaciones de riesgo que pudieran presentarse, sino la poca preparación que se tiene ante la aparición de uno en cualquier momento. La finalidad de este indicador, aunque su cociente se mantenga en su mayor expresión es incentivar en la búsqueda activa de incidentes que se puedan clasificar con rigor como evento adverso o descartarlo. Adicionalmente permitir que se tomen medidas correctivas o preventivas.

Un sub-registro como el evidenciado aquí, no permite realizar mayores análisis al respecto ni permite tomar decisiones con bases fundamentadas, más serán bien instintivas. El único reporte en el año 2010 se encuentra por encima de la media nacional que en ningún periodo hasta ahora ha superado el 90%.

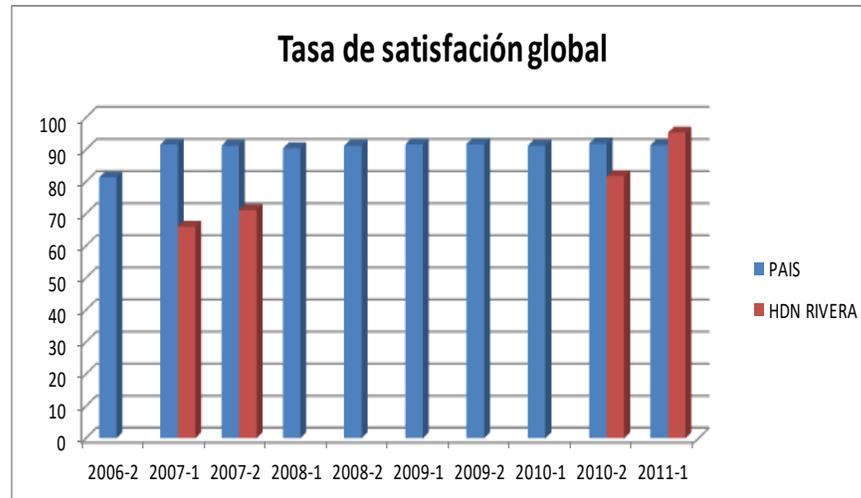
7.5.2.4 Tasa de satisfacción global.

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR		I.4.1
Nombre	Tasa de Satisfacción Global	
Código	I.4.1	
Justificación	<p>La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p>	
Dominio	4. Satisfacción / Lealtad	
Numerador	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS	
Denominador	Número total de pacientes encuestados por la IPS	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100	

Ilustración 22. Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Tasa de Satisfacción Global.

Año	Todos					
Periodo	Todos					
Indicador	I.4.1.0 - Tasa de satisfacción global					
Departamento	Huila					
Municipio	RIVERA					
IPS	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO					
Sede IPS	Todos					
<b>Total Registros: 3</b> 						
Indicador	Año	Periodo	Sede IPS	Cálculo	Numerador	Denominador
I.4.1.0	2007	Diciembre 31	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	71.1	128	180
I.4.1.0	2007	Junio 30	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	66.0	1047	1586
I.4.1.0	2010	Diciembre 31	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	81.7	196	240
Fecha de actualización: 31-05-2011						

Ilustración 23. Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.- Indicador Tasa de Satisfacción Global.



- Según las observaciones del comportamiento nacional. Tendencia estable en el comportamiento del indicador “tasa de satisfacción global” mejor comportamiento en IPS acreditadas, públicas y reestructuradas.

- El comportamiento de este indicador en el Hospital En el año 2006 no se presentó ningún caso de manifiesto frente al indicador de satisfacción global.

En el año 2007, en el mes de Junio la satisfacción global reportada es del 66% y en diciembre es del 71.1%. Eso refleja un aumento de 5 puntos durante el mismo año sin que eso no signifique que se encontraban en un porcentaje adecuado de satisfacción global. En los años posteriores hasta el año 2010 en el primer periodo no se envió información de este indicador al ministerio.

En el año 2010 en diciembre presenta la satisfacción del 81.7%. En lo corrido del 2011 se denota una mejora de 14.4% con respecto al año anterior llegando a 95.3% que supera el dato comparativo de nivel nacional.

### 7.5.2.5 Tasa de infección intrahospitalaria.

<b>FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR</b>		<b>I.3.2</b>
Nombre	Tasa de Infección intrahospitalaria	
Código	I.3.2	
Justificación	<p>Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución.</p> <p>Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.</p>	
Dominio	3. Gerencia del Riesgo	
Numerador	Número de pacientes con infección nosocomial	
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor	

Una infección hospitalaria o nosocomial es un proceso contraído en un centro hospitalario. La infección adquirida en el medio hospitalario es aquella que se manifiesta durante o después de 48 horas de la internación y que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. En ciertas circunstancias una infección adquirida en el hospital puede ponerse de manifiesto luego del alta del paciente.

Ilustración 24. Pantallazo de la página Web del Ministerio de la Protección Social del Hospital Divino Niño - Indicador de Tasa de Infección Intrahospitalaria.

Año:

Periodo:

Indicador:

Departamento:

Municipio:

IPS:

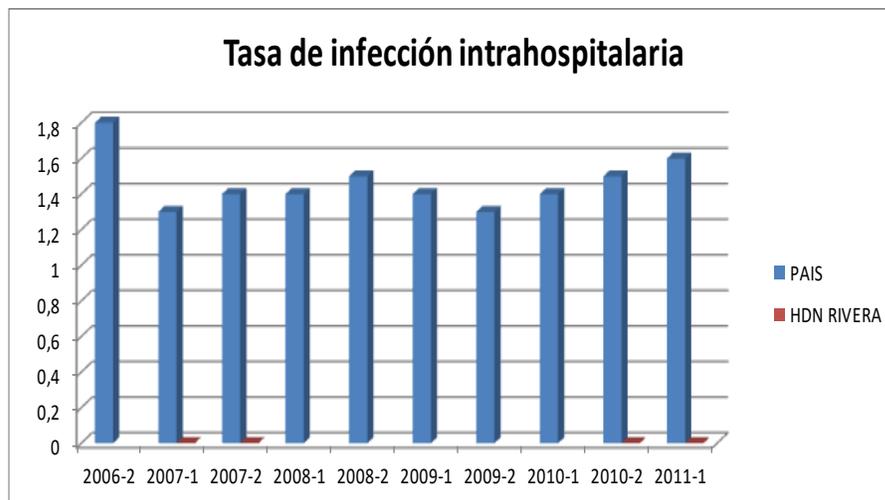
Sede IPS:

**Total Registros: 3**

Indicador	Año	Periodo	IPS	Sede IPS	Cálculo	Numerador	Denominador
I.3.2.0	2007	Diciembre 31	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	0.0	0	71
I.3.2.0	2007	Junio 30	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	0.0	0	57
I.3.2.0	2010	Diciembre 31	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	0.0	0	1

Fecha de actualización: 31-05-2011

Ilustración 25. Grafica de Comparación de Reporte de Indicadores de a ESE HDN Vs el Promedio Nacional.-Indicador Tasa de Infección Intrahospitalaria.



- Según las observaciones del comportamiento nacional. Indicador basado en búsqueda activa para su análisis, debe considerarse el sub-registro. Tendencia estable. No hay diferencia significativa con relación a cortes anteriores. Efecto del sub-registro estimado en un 52%.

- El comportamiento de este indicador en el Hospital. Trajimos este indicador a colación dado que es un factor sensible de eventos adversos no gestionados, la gran mayoría de estas complicaciones tienen un alto componente de riesgo del y por el equipo humano que brinda atención a estos pacientes.

En el año 2006 no se evidencia informe o reportes.

En el periodo de junio y diciembre del año 2007 y diciembre de 2010 solamente reportaron denominadores con numeradores cero lo que evidencia que no se tiene un proceso claro para la recolección, análisis, revisión previo de la información antes de ser enviada a los entes rectores. Es posible que la persona que recolecta la información no tenga las competencias para realizarlo correctamente.

De todas maneras el comportamiento al nivel país habla de un bajo porcentaje de infección nosocomial pero con la insuficiencia de datos es técnicamente imposible determinar la distancia real del hospital respecto a estas cifras nacionales.

#### 7.5.2.6 Comparaciones de comportamiento de los indicadores de la ese hospital divino niño de rivera y el nivel nacional.

Tabla 4. Reportes de Indicadores del Hospital Divino Niño y el comportamiento del indicador en el País.

PERIODO	Oportunidad de atención en consulta de urgencias		Tasa de infección intrahospitalaria		Proporción de vigilancia de eventos adversos		Tasa de satisfacción global	
	PAIS	HDN RIVERA	PAIS	HDN RIVERA	PAIS	HDN RIVERA	PAIS	HDN RIVERA
2006-2	26,4	0	1,8		79,8		81,3	
2007-1	26,2	15,1	1,3	0	77,2		91,6	66
2007-2	27,2	15	1,4	0	85,8		91,3	71,1
2008-1	29		1,4		86,1		90,4	
2008-2	25,1		1,5		84,8		91,2	
2009-1	28		1,4		85		91,7	
2009-2	28,4		1,3		87,6		91,8	
2010-1	30		1,4		90,9		91,3	
2010-2	27,7	0,5	1,5	0	89,7	100	91,9	81,7
2011-1	29,2	1	1,6	0	88,6		91,4	95,3

Al momento de contrastar los indicadores reportados por el Hospital Divino Niño encontramos vacíos en algunos periodos por lo que se hace técnicamente difícil

hacer una comparación muy precisa. Sin embargo muestra que seguramente no es tenido en cuenta este insumo para tomar decisiones o hacer planes de mejora.

## 7.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN LEVANTADA EN LA ESE

Las diferentes herramientas que utilizamos para obtener una visión global y no parcial del desarrollo y puesta en acción de una política orientada claramente a la seguridad del paciente nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

- Desde la plataforma estratégica de la ESE se hace necesario que se introduzca la seguridad del paciente como marco de garantías que rodean no solamente el servicio de urgencias, objeto de esta investigación, sino que sea extendido a todas las áreas funcionales asistenciales, de apoyo y hasta las administrativas.
- Se cuenta con personal que muestra compromiso con la plataforma estratégica de la ESE Hospital Divino Niño de Rivera, están capacitados en forma individual en el desarrollo de sus actividades pero no cuentan con una visión grupal de su nivel de participación en propiciar o evitar un evento adverso.
- Falta mayor capacitación en temas de seguridad del paciente e instaurar una real cultura del reporte, donde participen activamente no solo el personal asistencial sino todos los implicados indirectamente en la atención de un paciente, desde el vigilante hasta los conductores ya que según mostraremos en la matriz de riesgo del Hospital, igual que cualquier entidad de salud de cualquier nivel de complejidad, se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgos que se deben minimizar.
- La conceptualización clara de las características de un Evento Adverso propiamente dicho, debe estar arraigada en el diario accionar de los funcionarios de servicio de urgencias; deben tener una herramienta de comunicación, de reporte efectivo y eficiente, que llegue ágilmente a la persona encargada de hacer seguimiento y decantación de los casos sospechosos. De la misma manera una retroalimentación constante para que con el pasar del tiempo la agudeza para reportar lo verdaderamente importante se palpe directamente en los indicadores que se reportan a las entidades de control.
- No existe documentado una política de seguridad del paciente debidamente soportada y ajustada a las necesidades y expectativas específicas de la ESE

Hospital Divino Niño de Rivera.

- No se ha dado importancia a los indicadores básicos del sistema de información del SOGC, no solo por lo efectivo que pudiesen ser como herramienta para la toma de decisiones informadas y efectivas, sino que se está presentando reiteradamente incumplimientos en las fechas de reportes y en la calidad de la información enviada, exponiendo a riesgos de tipo sancionatorios a la ESE directamente que puedan comprometer su continuidad en el corto y mediano plazo.

## 8. CONCLUSIONES

De toda la información obtenida y analizada de la ESE Hospital Divino Niño de Rivera se pudo concluir que:

- Definitivamente las variables propias de la Entidad como la calidad y diseño de la infraestructura donde se presta el servicio influye directamente en el nivel de aplicación de las políticas de Seguridad del paciente en la medida que si no se cuenta con las especificaciones técnicas de las áreas y los espacios de atención adecuados, difícilmente se puede reducir o crear barreras de seguridad para el paciente que lo protejan de eventos adversos.
- Los resultados en términos de seguridad para el paciente de las políticas nacen y se mueven directamente proporcional al grado del interés y compromiso de la alta gerencia en el desarrollo de ellas. Por tanto las variables propias que se desprenden de este grupo de interés es totalmente relevante e influyente en el nivel de aplicación de las políticas de Seguridad del paciente.
- La falta de una correcta instauración y socialización de un proceso documentado apoyado en una divulgación masiva entre el grupo de colaboradores asistenciales y no asistenciales inciden directamente y de forma negativa en el nivel de aplicación de unas Políticas de Seguridad del Paciente resultado que se genera de esta manera porque al no ser parte del nivel de desempeño exigido a los funcionarios, estos preceptos no son tenidos en cuenta en las practicas diarias.
- Las variables propias del personal asistencial y administrativo vinculados al servicio de urgencias como su nivel académico, formativo o nivel jerárquico en la estructura organizacional, así como el nivel de conocimiento de la existencia de unas políticas mundiales o al menos nacionales de Seguridad del Paciente, evocan a una mayor aceptación de las mismas tanto como recibiera formación dentro o fuera de la institución al respecto. De tal modo que el impacto que tiene la formación al interior de la entidad en materia de seguridad es muy sensible a la cantidad y calidad de información que se le brinde dentro de ella, indistintamente de sus conocimientos previos o formación profesional, por ende debe ser tenido en cuenta este resultado para programas de capacitación continuos y dirigidos a grupos especiales, directamente responsables de la atención y la logística para la misma.

## 9. RECOMENDACIONES

- No es posible si quiera dar lineamientos básicos para el montaje de las políticas de seguridad del paciente, si no existe un compromiso e interés para la concepción y desarrollo de la misma, dado que hace falta un respaldo administrativo y financiero para lograr que llegue a feliz término la planeación y puesta en marcha de unas prácticas de servicios de salud seguras. Hace falta que se encuentre integrado desde la plataforma estratégica de la entidad que el servicio de Urgencias o cualquier otro garantice las condiciones de seguridad requeridas para los pacientes.
- Seguida de una conciencia de la alta gerencia del hospital, de la importancia y las repercusiones negativas o positivas que contempla el no tener una política de seguridad del paciente, es necesario escalarlas a cada grupo de interés y responsable de que la política establecida y planeada se concrete en el accionar diario de la práctica clínica, para ello es indispensable que se realice una profunda socialización y promoción de los conceptos y estrategias planeadas para asegurar su éxito.
- En orden lógico de la cadena de eventos para tener éxito en la puesta en marcha de la política de seguridad del paciente se requiere el monitoreo permanente de sus resultados y su nivel de implementación e interiorización de todo el personal. Así como vigilar el comportamiento del indicador de eventos adversos en lo concerniente a la cantidad de eventos gestionados y detectados, no como reflejo de un empeoramiento de la calidad o la seguridad de atención como del aumento de la percepción y detección de los posibles casos y sus reportes oportunos de los mismos, que generen luego planes y oportunidades de mejora para el servicio y el hospital mismo.
- Si bien se esta cumpliendo con la línea base de calidad exigida por habilitación, estos mínimos no son suficientes para asegurar la seguridad de los atendidos en este centro.
- Las directivas del hospital no tienen evidencias documentales que les permitan conocer cuáles son sus estadísticas reales en el servicio de urgencias en cuanto eventos adversos se refiere.
- Aunque aún no se haya fomentado la cultura de seguridad del paciente, los funcionarios son conscientes de la importancia de brindar una atención segura y

oportuna a los usuarios esta predisposición debe ser explotada en su totalidad para que se genere un cambio rápido y eficaz hacia esa cultura.

- Se debe incrementar la percepción de la importancia a los indicadores básicos del sistema de información del SOGC por parte de las directivas administrativas y de prestación de servicios que llevan las riendas del área y del hospital, no solo por lo efectivo que pudiesen ser como herramienta para la toma de decisiones informadas y efectivas, sino que se está presentando reiteradamente incumplimientos en las fechas de reportes y en la calidad de la información enviada, exponiendo a riesgos de tipo sancionatorios a la ESE directamente que puedan comprometer su continuidad en el corto y mediano plazo, esto se debe corregir de inmediato.
- Se deja claro que no existe documentado una política de seguridad del paciente debidamente soportada y ajustada a las necesidades y expectativas específicas de la ESE Hospital Divino Niño de Rivera, por tanto es importante y prioritario establecer las bases para su desarrollo. Como aporte y recomendación del grupo investigativo se deja a la ESE Hospital Divino Niño de Rivera una propuesta de Política De Seguridad Del Paciente siendo una herramienta útil en el momento de la decisión del cambio por los altos mandos, para que sea instaurada inicialmente en el servicio de urgencias y posteriormente en la totalidad de los servicios de la institución, ella incluye una matriz de riesgo encontradas en el servicio, con barreras de seguridad y estrategias que junto con una lista de chequeo del servicio de Urgencias, sirvan de ayuda para la auditoria del servicio.
- Se deja como recomendación importante integrar la seguridad del paciente en la plataforma estratégica de la institución.

## BIBLIOGRAFIA

ARANAZ, JM. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS. Madrid, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006.

\_\_\_\_\_ y LIMON, R. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. Proyecto IDEA. Revista calidad asistencial. 2005; 20 (2) 53-60.

COLOMBIA,. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Dirección General de Calidad de Servicios. Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.

FRANCO, Astolfo. El reporte de eventos adversos: el motor de la gestión clínica. Centro médico IMBANACO, Cali. Evaluador externo de SUA. ICONTEC.

\_\_\_\_\_ Cirugías más seguras: el factor cirujano. Revista colombiana de Cirugía.

Comisión Europea. DG Salud y Protección del Consumidor. *Patient Security: Making it Happen*. Luxemburgo, 5 Abril 2005. Disponible en: <http://cpme.dyndns.org:591/database/Luxembourg%20Declaration%20on%20Patient%20Safety%2005042005.pdf>.

Consejo de Europa. *La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo*. Varsovia, 13-15 Abril 2005. Disponible en: [www.coe.int/T/E/SocialCohesion/halth/Conference%20Programme%2014.03.05](http://www.coe.int/T/E/SocialCohesion/halth/Conference%20Programme%2014.03.05)

GAITAN, Hernando. *et.al*. Tamizaje de eventos adversos *en atención* obstétrica y puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá 2002 -2003. Departamento de investigaciones clínicas, Universidad Nacional de Colombia.

GAITAN-DUARTE, Hernando. *Et.al*. incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias de Colombia. 2006. Rev. Salud Pública, 2008:10.

GUTHRIE D. Historia de la Medicina, 1945, Barcelona, Salvat (1947), pag: 388-391 bibliografía Historia de la Medicina, Guthrie D. 1945, Barcelona, Salvat.

HERRERA-KIENGELHER, J. *et.al.* Frecuencia y correlación de eventos adversos en un hospital de enfermedades respiratorias en México. 2005. 128:3900-5.

JONSEN AR, Siegler M, WinsladeWJ: *Clinical Ethics* (3a ED.). McGraw-Hill. E.U:A. 1992. Pág. 15.

Nightingale, Florence (1990). «Prefacio». *Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es* (1ª edición). España: Masson. ISBN 9788445800775.

“Nurses, training of” and “Nursing the sick” [“Enfermeras, formación de las” y “Cuidados para los enfermos”]. *En: Quain’s dictionary of medicine*, págs. 1038-1043; 1043-1049.

RESTREPO, Francisco Raúl. Proyecto IBEAS Colombia: antecedentes y metodología. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia. 2007.

\_\_\_\_\_ Paquetes Instruccionales “Guía practica para la seguridad del paciente” Observatorio de la Calidad en salud del Ministerio de protección social.2010.

SALCEDO, A. y SANTOFIMIO, D. revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente. Informe presentado al Ministerio de la Protección Social de Colombia en desarrollo del convenio interadministrativo 353 de 2006. Neiva, Colombia, 2007.

#### DIRECCIONES ELECTRONICAS

[http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia\\_jul\\_2k2.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_jul_2k2.html)

[http://www2.uah.es/dpto\\_cirugia/ambrosio\\_biogra.html](http://www2.uah.es/dpto_cirugia/ambrosio_biogra.html)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Ignacio\\_Felipe\\_Semmelweis](http://es.wikipedia.org/wiki/Ignacio_Felipe_Semmelweis)

<http://www.librosmaravillosos.com/ellibrodelossucesos/capitulo44.html>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Ignacio\\_Felipe\\_Semmelweis](http://es.wikipedia.org/wiki/Ignacio_Felipe_Semmelweis)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Florence\\_Nightingale](http://es.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale)

<http://www.historiadelamedicina.org/virchow.html>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Rudolf\\_Virchow](http://es.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow)

[http://docencia.udea.edu.co/ingenieria/control\\_calidad/personajes.swf](http://docencia.udea.edu.co/ingenieria/control_calidad/personajes.swf)

<http://calidad.blogs.hospitalelcruce.org/%C2%BFquienes-somos/%C2%BFquien-fue-avedis-donabedian/>

<http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29>

[http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Documentos/400\\_zaragoza\\_2\\_estrategia\\_para\\_mejorar\\_la\\_seguridad\\_del\\_.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Documentos/400_zaragoza_2_estrategia_para_mejorar_la_seguridad_del_.pdf)

<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_del\\_paciente](http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente)

## ANEXOS

Anexo A. Actas respectivas a las visitas y reuniones en Hospital.

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 1
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA N° 1

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	<input type="checkbox"/>
Amy Isabel Hernandez	<input type="checkbox"/>
Diana Constanza Rubiano	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA	2 mayo 2011	HORA	2:00pm	HORA	5:00 pm
AA-MM-DD	4 mayo2011	INICIO		FINALIZACIÓN	
LUGAR	USCO				
CIUDAD	Neiva y Rivera Huila				

Ver anexo

Fotocopia de carta enviada de la Usco a la Gerente del hospital y copia de la Respuesta de la Gerente dirigida a la Usco.

**OBJETIVO:**

Gestionar solicitud del permiso para aplicación del trabajo institucional de la USCO en el Hospital Divino niño de Rivera.

**CONCLUSIONES**

En cumplimiento de la carta de aceptación del permiso enviado por la Universidad Surcolombiana, para realizar el trabajo del diplomado para la acreditación de salud, y actuando con responsabilidad en aras de dejar un instrumento asequible para que la ESE Hospital Divino niño de Rivera lo pueda utilizar para mejorar su gestión de calidad con énfasis en seguridad del paciente, como primera medida se comunicó con la Gerente del Hospital Divino Niño de Rivera Dra. Lina María Vásquez, teniendo en cuenta su respuesta positiva a la propuesta por parte de la universidad para realizar el trabajo de grado en dicha institución de Salud, por tal motivo el día viernes 20 de mayo se llamo vía celular a la Gerente, donde acuerda cita para el día lunes 23 de Mayo del 2011 a las 3:00pm de la tarde en el Hospital.

**COMPROMISOS:**

Pactar primera cita en presentación personal con la Gerente y realizar visita de inspección al hospital.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

23 de mayo del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 2
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA N° 2

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	23 mayo 2011	HORA INICIO	3:00 pm	HORA FINALIZACIÓN	5: 30 pm
LUGAR	Hospital Divino Niño de Rivera				
CIUDAD	Neiva y Rivera Huila				

**OBJETIVO:**

Realizar primera visita al Hospital de Rivera y primer contacto personal con la Gerente de la Institución llegar acuerdos de trabajo.

**CONCLUSIONES**

Dando cumplimiento a la cita asignada por la Gerente del Hospital Lina Vásquez el día lunes 23 de mayo del presente año se realiza el primer viaje de visita al hospital de Rivera a las 3:00 pm, se encontró con la ausencia de la gerente, posterior a esto la subgerente BEATRIZ ARIZA, sugiere hablar directamente con el Dr. MAURICIO SENDOYA director de Calidad o con el Dr. ALFONSO CRUZ director médico, por lo cual resulta una visita con pocos resultados

**COMPROMISOS:**

Contacto con el Dr. Mauricio Sendoya, director de calidad del Hospital de Rivera, para datos relevantes del hospital.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

8 de junio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 3
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA Nº 3

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	8 Junio 2011	HORA INICIO	4:00 pm	HORA FINALIZACIÓN	6:00 pm
LUGAR	Centro comercial San Pedro Plaza				
CIUDAD	Neiva				

**OBJETIVO:**

Presentación Oficial de propuesta del trabajo de seguridad del paciente del Hospital Divino Niño de Rivera al Dr. Mauricio Sendoya, director de calidad.

**CONCLUSIONES**

Se comunicó vía celular con el director de calidad del Hospital en cuestión, doctor MAURICIO SENDOYA, con el objeto de fijar una fecha de encuentro para presentar la propuesta de trabajo y conocer las expectativas por parte de la ESE.

La Reunión fue realizada el día miércoles 8 de Junio de 2011 en la plazoleta del centro comercial San Pedro Plaza de la ciudad de Neiva, y en ella sus participantes fueron: El doctor Mauricio Sendoya en Representación y delegado de la ESE, Amy Hernández, Diana Rubiano, como integrantes del grupo de trabajo, se dio inicio a las 4 PM dándose por terminada a las 6 PM del mismo día, mes y año.

Los temas tratados fueron:

1er punto: Presentación del grupo de trabajo

2do punto: Presentación de la propuesta de trabajo: Una vez presentada la propuesta de trabajo, que inicialmente había sido pensada para analizar el tema de seguridad del paciente en todas las unidades funcionales del Hospital Divino Niño de Rivera, el Doctor Mauricio Sendoya, director de calidad, aconseja realizar este análisis solo sobre la unidad funcional de urgencias, propuesta que fue acogida por el grupo de trabajo, debido a que la propuesta era más favorable en esa área.

3er punto: Programación de visita de campo y aplicación de encuesta al personal del servicio de urgencias: se acordó con el Medico Mauricio Sendoya, realizar visita de campo y aplicar encuesta al personal vinculado directamente con el servicio de urgencias; la visita fue fijada para el día 15 de Junio de 2011, y la aplicación de las encuestas sería pactada con el coordinador del servicio de urgencias.

**COMPROMISOS:**

Cumplir a cabalidad la cita acordada al Hospital Divino Niño de Rivera y realizar el proceso de Gestión de Seguridad del paciente en la unidad funcional acordada. Se realizará una encuesta para aplicarla al personal de la unidad funcional de urgencias para verificar la calidad y tipo de información que están aplicando frente al tema.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

13 de junio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 4
--	------------------------	-----------

## NÚMERO DEL ACTA Nº 4

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	13 Junio 2011	HORA INICIO	7:10 pm	HORA FINALIZACIÓN	8.45 pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva				

**OBJETIVO:**

Crear un formato para una encuesta aplicable a los funcionarios de la ESE y otro de verificación de la visita, con el propósito de calificar lo que se encuentra implantado como política de seguridad del paciente y el grado de conocimiento que tienen con respecto a este tema en la unidad funcional de urgencias.

**CONCLUSIONES**

En vista de las recomendaciones aportadas por el Dr. Mauricio, el día lunes 13 de Junio se realiza la reunión a las 7: 10 Pm en la facultad de salud se realizó encuesta aplicable a los funcionarios de la ESE y de verificación de la visita, con el propósito de calificar lo que se encuentra implantado como política de seguridad del paciente y el grado de conocimiento que tienen con respecto a este tema.

No siendo otro el objeto de esta reunión se dio por terminado siendo las 8:45 PM, y en constancia se firma por los que en ella intervinieron.

**COMPROMISOS:**

Conocer al personal humano de la unidad funcional de urgencias del Hospital de Rivera y a la vez implantar los cuestionarios creados para verificar el tipo de información manejada frente a la política de seguridad del paciente.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

15 de junio del 2011

<b>Elaboró:</b>	<b>Firma:</b>
-----------------	---------------

Amy Hernández Diana Rubiano	
Aprobó: Maritza Roa	Firma:

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 5
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA N° 5

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernández	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	14 Junio 2011	HORA INICIO	3:00Pm	HORA FINALIZACIÓN	3:30 pm
LUGAR	Centro Comercial San pedro plaza				
CIUDAD	Neiva , Huila				

**OBJETIVO:**

Realizar visita con el fin de conseguir información para realizar el abordaje de las encuestas al personal de urgencias del Hospital Divino niño.

**CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta el tercer punto del Acta No 3, en el cual se acuerda una visita de campo al servicio de Urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera, la visita se hace efectiva el día 15 de Junio del 2011 a las 3:00 pm en la cual el doctor Mauricio Sendoya realiza oficialmente la presentación ante el personal médico y administrativo del hospital específicamente el área de Urgencias, además deja claro su compromiso de llamar a la jefe de urgencias y confirmar la cita para la realización de la encuesta de seguridad del paciente a los funcionarios de dicha área.

**COMPROMISOS**

El Dr. Sendoya se compromete a comunicarse con la Jefe del servicio de Urgencias, para estipular una fecha específica y a si generar la aplicación de la encuesta al personal asistencial.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

5 de julio del 2011

Elaboró: Amy Hernández Diana Rubiano	Firma:
Aprobó: Maritza Roa	Firma:

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 6
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA Nº 6

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	2 Julio 2011	HORA INICIO	9:00 AM	HORA FINALIZACIÓN	9: 15 AM
LUGAR	Hospital Divino niño de Rivera				
CIUDAD	Rivera Huila				

**OBJETIVO:**

Presentación ante el personal asistencial del servicio de urgencias del hospital Divino Niño de Rivera para dar a conocer el proceso de desarrollo del trabajo de seguridad del paciente.

**CONCLUSIONES**

Por motivos casuales y personales, se viajó el sábado 2 de julio de 2011 en horas de la mañana a rivera, específicamente al hospital Divino Niño para cumplir con el objetivo, pero las festividades San Pedrinas fueron impedimento para su realización ya que el personal administrativo se encontraba ausente.

**COMPROMISOS:**

Esperar q por motivos de festividades San Pedrinas, los funcionarios reanuden sus labores oficiales, para la aplicación de las encuestas.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

5 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 7
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA Nº 7

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	5Julio 2011	HORA INICIO	9:30 AM	HORA FINALIZACIÓN	12:30 pm
LUGAR	Hospital Divino niño de Rivera				
CIUDAD	Rivera Huila				

**OBJETIVO:**

Aplicación de la encuesta al personal de la unidad funcional de urgencias, del tema de política de seguridad del paciente, y llenar nuestro formato de verificación con el fin de analizar el conocimiento de este tema y la aplicación del mismo.

**CONCLUSIONES**

Se realizo visita al Hospital Divino Niño de Rivera el día martes 5 de Julio de 2011 a las 9:30 am con el fin de realizar la aplicación de la encuesta a los funcionarios del servicio de urgencias; a pesar de no haber recibido respuesta del Dr Mauricio Sendoya quien se había fijado el compromiso de comunicarse con la jefe de urgencias, durante esta visita nos pudimos encontrar con la enfermera jefe Diana del servicio de Urgencias, quien nos atendió según sus posibilidades de tiempo, le fue explicado el motivo de la visita y en respuesta a ello, presento el personal que se encontraba de turno de dicha área, ella les explico la razón de la visita y el permiso que les daba para la realización de la encuesta, procediendo así a la realización de la encuesta por el personal y el llenado de nuestro formato de verificación de la visita.

**COMPROMISOS:**

Realizar la tabulación de las encuestas aplicadas y verificar información adicional.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

6 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 8
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA N° 8

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	6Julio 2011	HORA INICIO	5.30 AM	HORA FINALIZACIÓN	9:00pm
LUGAR	Hospital Divino niño de Rivera				
CIUDAD	Rivera Huila				

**OBJETIVO:**

Realizar análisis de la encuesta aplicada para realizar a la tabulación de las encuestas con el fin de determinar si el personal humano del servicio de urgencias tiene en cuenta la política de seguridad del paciente para el desarrollo y abordaje de su servicio.

**CONCLUSIONES**

El día miércoles 6 de julio se efectuó una reunión a las 5:30 pm en la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva para analizar las encuestas, se hicieron cambios en el trabajo de parte metodológica en cuanto a la introducción y planteamiento del problema y se realizo análisis de dudas frente al trabajo.

**COMPROMISOS:**

Socializar las encuestas y dudas del grupo frente al trabajo, analizándolas y especificando el tipo de información adquirida.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

7 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 9
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA Nº 9

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	18 Julio 2011	HORA INICIO	12:00 am	HORA FINALIZACIÓN	4:00 pm
LUGAR	Hospital Divino Niño de Rivera				
CIUDAD	Rivera , Huila				

**OBJETIVO:**

Crear nuevo formato de encuesta para clarificar la información anteriormente adquirida, así mismo aplicarla y analizarla.

**CONCLUSIONES**

El día lunes 18 de julio se realizó visita al hospital de Rivera a las 12:00m con el fin de verificar datos que faltaban por especificar, se volvió a realizar otra encuesta mas especifica y a la vez tuvimos más acercamiento con los funcionarios de la ESE del servicio de urgencias, además en esta visita se logro hablar con la Gerente Lina Vásquez en donde se confirma:

Explicación del Porque de la escogencia de la institución para realización de este trabajo:

- El grupo tomo la decisión de hacer este trabajo en esta institución por varias razones: por cercanía a la ciudad, porque en la institución trabajan personas allegadas a los integrantes del grupo que consideramos nos podían facilitar información y dar respuesta a las diferentes inquietudes, porque es una IPS de baja complejidad que tiene buen reconocimiento en el municipio.

Ventajas del análisis de la política de seguridad del paciente en el servicio de urgencias en el hospital divino niño de rivera:

- Permite evidenciar la situación actual de la aplicación de la política de seguridad del paciente en la institución, en especial en el servicio de urgencias.
- Permite establecer el grado de conocimiento que los funcionarios tienen acerca de la seguridad del paciente y su aplicación.
- Alertar a la institución y al equipo de direccionamiento sobre las falencias y dificultad que se están presentando en el reporte de los indicadores del Sistema los cuales son reportes de carácter obligatorio.

La información levantada en el servicio en cuestión, permitirá que la ESE inicie o avance en la implementación de la política de seguridad del paciente y la haga extensiva a la institución. Al estar aplicando una adecuada política de seguridad del paciente además de ser obligatoria, permite evidenciar el grado de ocurrencia de eventos adversos y la oportunidad para implementar mecanismos que permita minimizar su ocurrencia.

La no implementación de la política de seguridad del paciente puede generar consecuencias negativas, tanto para la institución como para los funcionarios responsables de su

direccionamiento; dichas consecuencias pueden constituirse en sanciones penales, disciplinarias o económicas, ya sea por demandas generadas por los entes de control o por los mismos usuarios y funcionarios.

Los soportes y la información que sean suministrados por los funcionarios de la ESE son confidenciales y serán conocidos solamente por el grupo de trabajo. El trabajo no será publicado por ningún medio, solo se dejara una copia en la ESE y una copia en la universidad. La investigación que se haga no es de carácter punitivo ni divulgatorio.

Teniendo en cuenta lo anterior consideramos de gran importancia el apoyo de la gerencia de la ESE y por ende acudimos a la Dra. Lina María Vásquez para solicitar su disposición en el acompañamiento a la realización de este trabajo, ya que el desarrollo del mismo puede constituirse en una herramienta para la institución que le permitirá tomar algunas decisiones de mejora en el futuro; dentro del acompañamiento le pedimos nos presentara ante todo el personal del servicio de urgencias y les pida su absoluta colaboración para poder agilizar el proceso, pero estaba muy congestionado el hospital y ella se encontraba muy ocupada, le pedimos permiso para pedirle los correos al personal de urgencias para hacerles las encuestas que no podamos realizar físicamente, para que las realicen electrónicamente, ella nos ofreció su colaboración respondiéndonos que iba a pasar por correo la información de nuestra investigación y que nos iba a ayudar en lo que necesitáramos si se lo pasábamos por escrito para poder colaborar.

**COMPROMISOS:**

Tomar en cuenta toda la información levantada, suministrada y adquirida ya sea por escrito u oral por el personal humano del servicio de urgencias, mas la asesoría y dialogo personal con la Dra. Lina Vásquez.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

19 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 10
--	------------------------	------------

NÚMERO DEL ACTA N° 10

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	19 Julio 2011	HORA INICIO	5 :00 pm	HORA FINALIZACIÓN	8:00 pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva, Huila				

**OBJETIVO:**

Concluir toda la información recogida por medio de las encuestas, diálogos personales, evidencias y percepciones frente a la seguridad del paciente en la unidad funcional de urgencias del hospital de Rivera.

**CONCLUSIONES**

El día 19 de Julio a las 5: 00 pm nos reunimos en la facultad de medicina de la universidad Surcolombiana con el fin de analizar y consolidar toda la información recogida por medio de encuestas, evidencias, diálogos, con respecto a la política de seguridad del paciente, en la unidad de urgencias del Hospital de Rivera.

**COMPROMISOS:**

Realizar completamente el análisis de tabulaciones de las encuestas, organizar contenido y protocolos específicos del trabajo escrito.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

22 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 11
--	------------------------	------------

NÚMERO DEL ACTA N° 11

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	22Julio 2011	HORA INICIO	2:00 pm	HORA FINALIZACIÓN	7:00 pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva, Huila				

**OBJETIVO:**

Presentar los lineamientos finales estipulados frente a la política de seguridad del paciente en el el hospital Divino Niño de Rivera, como material de soporte para que implementen dicho programa en la unidad de urgencias y sirva como guía para todos los servicios habilitados de la institución de salud.

**CONCLUSIONES**

Se analizan y se estipulan los lineamientos que se dejaran como trabajo final propicios para la política de seguridad del paciente del Hospital de Rivera Huila.

**COMPROMISOS:**

Se estipulan lineamientos propicios para la implementación de la política de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del hospital Divino Niño de Rivera.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

Depende de las recomendaciones asignadas y generadas por la asesora.

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 1
--	------------------------	-----------

ACTAS Y SOPORTES DE REUNION CON LA ASESORA  
NÚMERO DEL ACTA Nº 1

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	7Julio 2011	HORA INICIO	5.45 AM	HORA FINALIZACIÓN	7:00pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva, Huila				

**OBJETIVO:**

Presentar adelantos y realizar tutoría presencial con la asesora de tesis, con el fin de concretar cambios acordes a las necesidades del trabajo.

**CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta la comunicación por correo con nuestra tutora de tesis, la Dra. Maritza Roa realiza un viaje desde la ciudad de Bogotá para realizar reunión presencial, aclarar dudas y ver la evolución del trabajo, por tal motivo el día jueves 7 de julio se realizo reunión con la asesora Dra Maritza Roa en la Universidad Surcolombiana a las 5:45pm, en donde se aclararon dudas de las dos partes y se creó el esqueleto de la presentación del trabajo, además la Dra. Maritza se presentó ante el coordinador el Dr Pedro reyes y se acordó el alcance del trabajo, dejando establecido "que los estudiantes estructuraran en trabajo de grado, partiendo de una línea de base la cual ha tenido dificultades por la poca información que ha dado el hospital, la cual permitirá dejar una propuesta de lineamientos de la Política de seguridad del paciente, para que el hospital los aplique en el servicio estudiado y lo multiplique al resto del Hospital".

**COMPROMISOS:**

Tener en cuenta los acuerdos estipulados del trabajo, partiendo de la línea de base, estipular los procesos específicos del desarrollo del trabajo.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

13 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 2
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA Nº 2

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	13 Julio 2011	HORA INICIO	6:00pm	HORA FINALIZACIÓN	8: 30 pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva, Huila				

**OBJETIVO:**

Realizar las actas correspondientes al desarrollo del trabajo, mostrando la remisión de los adelantos y constancia de reuniones y gestiones q se han realizado.

**CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta la reunión con la asesora el día 7 de julio, donde creamos el esqueleto de la presentación del trabajo, se realizó reunión el día miércoles 13 de julio a las 6:00 pm, con el fin de levantar la actas de reuniones y de remisión de avances a la asesora del proyecto, como modelos para realizar las demás.

**COMPROMISOS:**

Clarificar, fechas, temas y propuestas para la realización exacta de las actas correspondientes

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

14 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 3
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA N° 3

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	14Julio 2011	HORA INICIO	5.45 AM	HORA FINALIZACIÓN	7:00pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva, Huila				

**OBJETIVO:**

Presentar adelantos y realizar tutoría presencial con la asesora de tesis, con el fin de concretar cambios acordados a las necesidades del trabajo.

**CONCLUSIONES**

El día jueves 14 de julio se efectuó la reunión en la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana con el fin de avanzar con las tabulaciones de las encuestas aplicadas y obtener mayor información, a la vez se realizan los borradores de las actas de reuniones y viajes realizados.

**COMPROMISOS:**

Tener en cuenta los acuerdos estipulados del trabajo, partiendo de la línea de base, estipular los procesos específicos del desarrollo del trabajo.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

16 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 4
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA Nº 4

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	16 Julio 2011	HORA INICIO	6:00pm	HORA FINALIZACIÓN	8: 15 pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva, Huila				

**OBJETIVO:**

Realizar los análisis de la tabulación de las encuestas aplicadas y a su vez del formato de verificación, realizar cambios del contenido y demás puntos clave del trabajo.

**CONCLUSIONES**

El día sábado 16 de julio de 2011 se efectuó reunión por nuestro grupo de trabajo para realizar la interpretación de los resultados de la encuesta y la visita de verificación y demás puntos clave del trabajo.

**COMPROMISOS:**

Organizar contenido y protocolos específicos del trabajo escrito.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

22 de julio del 2011

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Acta N. 5
--	------------------------	-----------

NÚMERO DEL ACTA Nº 5

TIPO DE REUNIÓN:	MARQUE CON X
ESTUDIANTES DE DIPLOMADO EN ACREDITACION EN SALUD	
Amy Isabel Hernandez	
Diana Constanza Rubiano	

NOMBRE DE LA MESA					
FECHA AA-MM-DD	22Julio 2011	HORA INICIO	2:00 pm	HORA FINALIZACIÓN	7:00 pm
LUGAR	Universidad Surcolombiana				
CIUDAD	Neiva, Huila				

**OBJETIVO:**

Realizar presentación oficial de los avances realizados en el trabajo frente al asesor y los entes indicados en la facultad de medicina.

**CONCLUSIONES**

El día 22 de Julio a las 2: 00 pm se realizo reunión con los compañeros de postgrado requerida por el coordinador de postgrados, con el fin de socializar los avances y adelantos del conglomerado de información q se ha podido conseguir en el Hospital de Rivera, esto se realiza con el fin de clarificar conceptos de la política de seguridad del paciente, y así dar las recomendaciones para finalizar el trabajo de grado.

**COMPROMISOS:**

Se realizaran últimos cambios donde se planteara matriz de riesgo con sus barreras de seguridad en la política de seguridad propuesta y ajustar los indicadores respectivos con su ficha técnica, Realizando así estos cambios se dará por finalizado el trabajo.

**PRÓXIMA REUNIÓN:**

Fecha estipulada, de acuerdo a los cambios para la sustentación y entrega final del trabajo.

<b>Elaboró:</b> Amy Hernández Diana Rubiano	<b>Firma:</b>
<b>Aprobó: Maritza Roa</b>	<b>Firma:</b>

Anexo B. Política de seguridad del paciente.

**POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA - HUILA**

**INTRODUCCION**

Hablar de seguridad del paciente más que un concepto es hablar de un movimiento mundial, que agrupa a los países con diversos niveles de desarrollo y que surge como una reflexión sobre el tipo de atención en salud que se proporciona.

La carga económica ocasionada por la atención en salud ofrecida sin las suficientes precauciones de seguridad es abrumadora, generando gastos médicos directos, de hospitalización e indemnizaciones elevados. Por lo tanto es de vital importancia mejorar el conocimiento y la aplicación en relación sobre conceptos de seguridad del paciente entre los profesionales que conforman el equipo de salud.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de Salud Pública multicausal, donde de una u otra manera el sistema está involucrado y todos somos corresponsables. Hoy en día, los pacientes y familiares evalúan la calidad de un servicio como un todo, las expectativas como la exigencia de los pacientes y sus familiares se ha incrementado, debido a que cuenta con mayor información respecto a sus derechos y deberes, por eso cuando algo falla, la insatisfacción de los usuarios no se hace esperar.

El siguiente trabajo de investigación, está orientado a evidenciar los parámetros actuales de seguridad del paciente en el servicio de urgencias establecidos por la ESE Hospital Divino Niño de Rivera, así mismo si la falta de implementación de dichos parámetros impacta de alguna manera en los indicadores de calidad que se enfocan en la seguridad del paciente.

El propósito de este trabajo, es el de determinar cuáles son los riesgos que tienen identificados en los procedimientos que realizan en el servicio de urgencias, si existen practicas seguras, programas de educación continuada, formatos o aplicativos para el reporte y proceso del Evento Adverso en la institución, que les permita disminuir la probabilidad de ocurrencia de un daño involuntario al paciente durante su proceso de atención.

De lo evidenciado, se pretende obtener una impresión clara de la situación actual y trazar una línea de base que sirva de fundamento para elaborar una propuesta concisa de puesta en marcha de las políticas establecidas por el gobierno colombiano y la comunidad médica mundial, ella será presentada a los Directivos del Hospital quienes tendrían los insumos necesarios, para tomar medidas encaminadas a desarrollar una Política Institucional de Seguridad del Paciente que impacte positivamente en la calidad de atención que brinda a diario.

## **JUSTIFICACION**

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de eventos adversos se debía a fallas humanas, pero el error humano es apenas una parte del problema en la seguridad del paciente. Es por esto que se hace necesario realizar más investigación acerca de la naturaleza y el alcance del problema. Aunque en los países desarrollados ya se han hecho numerosas investigaciones en la materia, hacen falta más esfuerzos en los países en vía de desarrollo.

En la búsqueda de soluciones, necesitamos capacitar en temas sobre seguridad del paciente como son: conceptos, principios, normas para la notificación, análisis y aprendizaje. Por otra parte, debemos elaborar pautas basadas en mejores prácticas así como facilitar el aprendizaje temprano a partir de la información que se conozca.

Tenemos que empezar a dar soluciones que promuevan intervenciones de eficacia comprobada, apoyados de las directrices aportadas a nivel nacional y contando en todas estas actividades con la participación de los pacientes y sus asociaciones.

Las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, toman en común como punto de partida el reconocimiento y aceptación de la existencia de estos problemas. La seguridad es, de este modo, un componente esencial del sistema de calidad que debe sustentar la mejora de la misma, que compete a todos los niveles asistenciales y que abarca la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Existe la necesidad de desarrollar una Política Institucional de Seguridad del Paciente en el servicio de urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera, la cual busca efectuar una gestión adecuada de riesgos, así como determinar la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan en el servicio de urgencias, que aprendan de ellos y apliquen soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia; así como también empleen prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a minimizar las existencias de Eventos Adversos, propiciando una adecuada organización asistencial.

Se busca incentivar a los Directivos del Hospital, para que se unan a estas iniciativas, encontrando las soluciones para reducir el riesgo de contraerlas. Esto requiere convertir la organización en una organización inteligente con deseos de aprender, que permita la identificación de los problemas, la definición de las estrategias para evitarlos, la habilidad para aprender de los errores y la aceptación de la necesidad de cambio y que proporcione los incentivos y medios necesarios para la reconfiguración cuando sea necesaria.

## **PLATAFORMA ESTRATEGICA PROPUESTA PARA EL HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA**

### **MISION**

Somos una empresa social del estado que presta los servicios de salud a la comunidad riverense, con ética profesional y tecnología apropiada, a través de su talento humano, técnico y científico calificado que faciliten servicios oportunos con calidad, y eficiencia, teniendo en cuenta la participación de la persona, su familia y grupos comunitarios para beneficio de una mejor calidad de vida de nuestros usuarios. A la vez facilitar al personal profesional y a la familia la capacitación específica para atenuar la ocurrencia de eventos adversos y facilitar así el implemento y aplicación de la política de seguridad del paciente

### **VISION**

En el año 2012 ser la empresa social del estado líder del departamento del Huila en la prestación del servicio de salud de primer nivel, de atención, con enfoque gerencial y alto sentido social que genere siempre rentabilidad, social y económica.

La integridad en todas sus acciones llevará a un mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios. Su ámbito de acción será local y regional.

Se pretende ser una ESE donde se implemente la política de seguridad del paciente con el fin de evitar o atenuar la ocurrencia de eventos adversos.

### **VISION DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

Para el año 2011 el municipio de Rivera bajo el lema de **“RIVERA ES FUTURO EN PAZ Y COMPROMISO SOCIAL”** será un ente con empoderamiento de la salud de sus moradores desarrollando y vigilando las acciones encaminadas al aseguramiento universal, la accesibilidad y calidad de los servicios de salud, el

desarrollo de las actividades colectivas de salud Pública, prevención de riesgos profesionales y atención a las emergencias y desastres.

## **OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La ESE Hospital Divino Niño de Rivera define adoptar los objetivos establecidos para la PSP a nivel Nacional, por parte del Ministerio de la Protección Social.

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
2. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
3. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
4. Promover dentro de la institución una cultura del reporte de eventos adversos.
5. Analizar los eventos adversos reportados en las diferentes áreas de la institución, específicamente en la unidad funcional de urgencias.
6. Establecer planes de mejoramiento basados en el análisis de los eventos adversos reportados.
7. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la Seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

## **GENERALIDADES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

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:

- 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.
- 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.
- Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante.

Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada, se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

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

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

A continuación se incluyen las definiciones utilizadas en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y recomendados en esta Norma Técnica Sectorial:

**Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**Atención en Salud Segura:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

**Atención Insegura:** Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Clasificación tipos de atención insegura:** Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes.

**Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

**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.

**Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión

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

**Evento Adverso:** Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**Evento Adverso Prevenible:** Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

## **ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y RESULTADOS ESPERADOS**

Este documento pretende dejar algunos lineamientos que aportaran al desarrollo de la Política Seguridad del Paciente para la ESE Divino Niño de Rivera, se proponen inicialmente para la UF estudiada, con la proyección que se desplegara al resto de las U. Funcionales por parte de los líderes de este programa al interior de la IPS.

### **LINEAMIENTO 1: UNA ATENCION LIMPIA ES UNA ATENCION SEGURA**

#### **1. Estrategia**

Fortalecer la práctica de lavado de manos en la institución

✓ Realizar Programas de Educación y formación Continua sobre el lavado de manos al personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera-

✓ Capacitar a los familiares y amigos sobre el lavado de manos, durante su visita al Hospital Divino niño de Rivera.

- ✓ Que el Hospital Divino niño de Rivera, proporcione los insumos necesarios para el adecuado lavado de manos. (Agua, jabón, servilletas, lavamanos).

### **Resultados esperados**

- ✓ Disminución de los Eventos adversos asociados a la ausencia de lavado de manos (infección hospitalaria, enfermedades infectocontagiosas).

### **2. Estrategia**

Aplicar las técnicas y principios de asepsia (Ambulatorio y quirúrgica) en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención de salud en el Hospital Divino niño de Rivera.

### **Resultados esperados**

- ✓ Personal profesional y técnico del Hospital Divino niño de Rivera, aplica en forma correcta los principios de asepsia, durante la atención y cuidado directo del usuario.

### **3. Estrategia**

Manejo adecuado de los desechos peligrosos

### **Resultados esperados**

- ✓ Los trabajadores, personal, técnicos y profesional del Hospital Divino niño de Rivera cumplen con la normativa institucional sobre el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud

### **4. Estrategia**

Prácticas de bioseguridad

### **Resultados esperados**

- ✓ Que el personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera, cumplan con las medidas de bioseguridad, para todos los procesos que se desarrollan en el servicio.
- ✓ Capacitación a todo el personal sobre el programa de Salud Ocupacional en establecimientos de salud se capacita.

## **5. Estrategia**

Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias

✓ Donde el personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera, cumple con la normativa institucional sobre prevención y control de las infecciones hospitalarias.

✓ Donde los familiares, acompañantes y Población el del Hospital Divino niño de Rivera, una vez sensibilizado en el tema colabora en la prevención y control de las infecciones hospitalarias.

### **Resultados esperados**

✓ Disminución de la tasa de infección adquirida durante la atención hospitalaria a través de acciones de prevención y control de las infecciones hospitalarias.

### **Estrategia**

Educación continúa al usuario, familia y cuidadores

✓ Programas de educación dirigidos al usuario y familia, fortalecidos con temas de auto cuidado, derechos, deberes y consentimiento informado.

## **LINEAMIENTO 2: ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS.**

### **1 .Estrategia**

Sistematizar la recolección y análisis de datos referidos a los eventos adversos que se presentan en el sistema de atención.

### **Resultados esperados**

✓ Que el personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera, reporten los eventos adversos.

✓ Que el personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera, este capacitado para la investigación, análisis y el reporte de eventos adversos.

✓ Que frente a los Eventos Adversos se generen acciones que propician acciones correctivas.

## **2. Estrategia**

Monitoreo de la calidad de la información, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención limpia y segura al usuario.

### **Resultados esperados**

✓ Que el personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera, Reporten eventos adversos, confiables y de calidad.

✓ Que el personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera, realicen planes de Mejoramiento Continuo, basados en los reportes de eventos adversos.

✓ Que el Hospital Divino niño de Rivera, con un sistema de monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a atención limpia y segura al usuario.

✓ Que el personal profesional del Hospital Divino niño de Rivera, sea incentivado para crear y fortalecer una cultura de reporte de eventos adversos.

## **ELEMENTOS A TENER EN CUENTA PARA DESARROLLAR UNA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

### **IDONEIDAD DEL PERSONAL**

Incluye cumplimiento de competencias y habilidades de los trabajadores de la institución, calificación de competencias, cualificación y capacitación, encuestas de manejo del estrés y cultura de la seguridad.

### **PRÁCTICAS MISIONALES SEGURAS**

Incluye seguimiento de: eventos adversos, definición de riesgos, indicadores de calidad, aplicación de normas de bioseguridad, control de medicamentos, medición de adherencia a guías de manejo y calidad del registro de la historia clínica

### **EQUIPOS SEGUROS**

Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento de los mismos y seguimiento a la calibración de equipos que lo requieran.

### **INFRAESTRUCTURA SEGURA**

Garantizar cumplimiento de requisitos de Habilitación, y mantenimiento de la infraestructura física.

### **CUIDADO DEL USUARIO**

Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, seguridad de los menores en la institución, seguridad de pertenencias, extravío de usuarios y fugas

### **INSUMOS SEGUROS**

Calidad asegurada de los insumos, escucha de la voz del cliente interno, análisis técnico de adquisiciones

### **SEGURIDAD DOCUMENTAL**

Incluye archivo de Historia Clínica y demás documentos del usuario así como de documentos con información confidencial.

### **CADENA DE CUSTODIA**

Salvaguarda de pertenencias del usuario que pueden servir como pruebas en eventos de seguimiento judicial o similares.

## **DEFINICIONES**

### **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 probabilística 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.

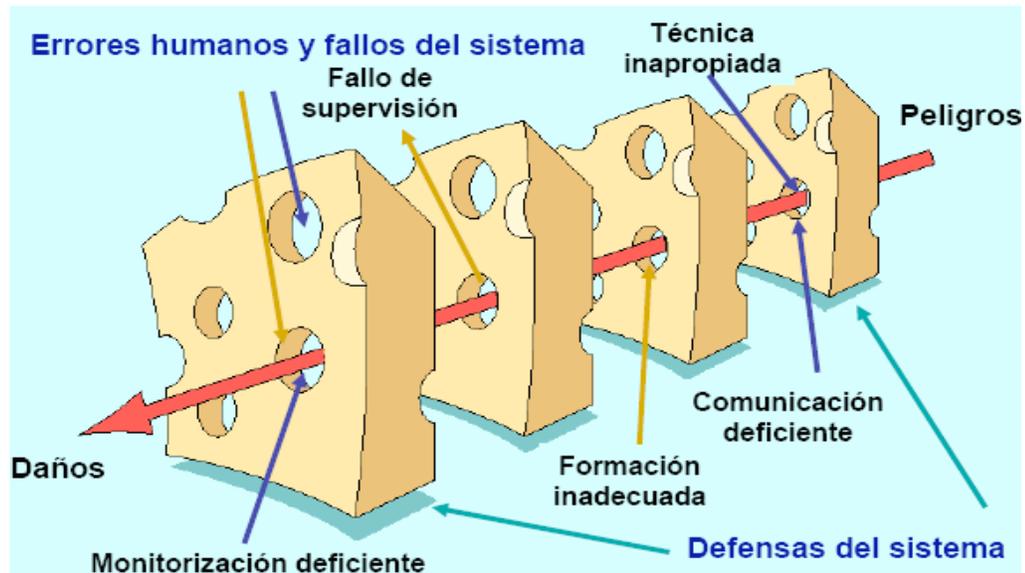
### **TIPIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

1. Que ocasiono un daño al paciente
2. Que se da durante la prestación del servicio de salud
3. Que se dio de forma involuntaria

### **MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO**

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

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



### **DETECCION DEL EVENTO ADVERSO**

Actualmente el método primario de detección de eventos adversos se realiza mediante la notificación voluntaria de eventos adversos. Además de ésta, existen otras vías para su detección: revisión de documentación o de historias clínicas, vigilancia mediante bases de datos automáticas de los centros sanitarios, sugerencias, reclamaciones y denuncias de pacientes. Estos enfoques son complementarios y requieren un amplio rango de datos cubriendo información demográfica, de condiciones del paciente, abordaje terapéutico, medicación, resultados clínicos.

La detección de eventos adversos es fundamental para el conocimiento de los mecanismos de producción de los errores, para el seguimiento y para la identificación de los principales problemas de seguridad en una organización.

### **ANALISIS DEL EVENTO ADVERSO**

Una de las herramientas más utilizadas para la investigación y análisis de los Eventos Adversos es el Protocolo de Londres.

Un sistema de análisis de eventos adversos tiene como propósito facilitar la investigación de manera clara y objetiva, va mas allá de identificar la falla y quien tuvo la culpa, es decir permite caracterizar los problemas o condiciones latentes

de las organizaciones con el objetivo de identificar el contexto más que las causas primarias o inmediatas del evento (se trata de buscar más las causas raíz de un evento adverso que el acto último que lo produjera). Busca alcanzar el conocimiento acerca de los riesgos presentes en las organizaciones y cómo prevenirlos más que en avergonzar, culpabilizar o establecer medidas punitivas. Este proceso de comprensión de los problemas de seguridad, es un eje fundamental para establecer una cultura de la seguridad efectiva y es un importante punto para identificar las principales deficiencias de la asistencia

El propósito del análisis de eventos adversos es identificarlas fuentes/causas de los riesgos que están presentes en la atención sanitaria. Para hacer esta determinación hacen falta realizar una serie de preguntas, tales como: ¿qué evento adverso estamos tratando eliminar?, ¿cuáles son los pasos en el proceso que son necesarios que ocurran para que el evento ocurra?, ¿cuándo ocurrió el evento adverso y qué otros eventos favorecieron la aparición del evento en estudio?, ¿dónde ocurrió el evento adverso?

Otra Herramienta de planeación de calidad conocida como **Análisis de Modo y Efectos de Fallo (FMEA)**, pretende identificar y eliminar posibles problemas potenciales asociados con la planeación y prestación del servicio, analiza de manera preventiva el riesgo. Parte de dos preguntas:

1. Que fallas pueden ocurrir en el proceso?
2. Cuáles pueden ser los efectos?

### **BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO**

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

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

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

### **EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

— **TABLA 2. Eventos adversos relacionados con la asistencia urgente detectados en el ENEAS-2005** —

**Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas:**

1. Error en diagnóstico clínico (incluye urgencias).
2. Retraso en el diagnóstico por falta de pruebas pertinentes.
3. Falta de atención a la anamnesis.
4. Error de identificación del paciente.
5. Error de etiquetas identificativas en los tubos de hemograma.
7. Contaminación de la sangre en el laboratorio.

**Relacionados con una valoración del estado general del paciente:**

2. Demora peligrosa en la atención en urgencias.
3. Alta prematura.

---

**METAS DE SEGURIDAD**

- Mejorar la exactitud en la identificación del paciente.
- Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos.
- Mejorar la efectividad de la comunicación entre los responsables del cuidado de los pacientes.
- Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos e insumos médicos.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado.
- Participación del paciente y familia activamente en su cuidado.

Presentamos a continuación la matriz de riesgo con las barreras de seguridad y algunas estrategias a impactar positivamente en la reducción de los Eventos Adversos en pro de la Seguridad del paciente.

Considerando q los instrumentos propuestos para hacer auditoria al servicio son la matriz de Riesgo y la Lista de Cheque de urgencias.

Se manifiesta que es necesario ver Paquetes Instruccionales “Guía practica para la seguridad del paciente” Observatorio de la Calidad en salud del Ministerio de

protección social como ayuda para el análisis en otros servicios a la vez se resalta que los riesgos citados se desglosan de los 12 procedimientos menores más realizados en el servicio de Urgencias, como lo son:

- ⊙ CURACIONES
- ⊙ ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
- ⊙ TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA
- ⊙ FLUIDO TERAPIA- LIQUIDOS VENOSOS
- ⊙ ONICECTOMIA
- ⊙ PASO DE SONDA VESICAL
- ⊙ TOMA DE LABORATORIOS
- ⊙ RETIRO DE PUNTOS
- ⊙ LAVADO DE OIDOS
- ⊙ LAVADO DE OJOS
- ⊙ DRENAJE DE ABCESO
- ⊙ TOMA DE SIGNOS VITALES

Para la realización de la matriz de riesgo se realizaron los siguientes pasos:

1. En la columna de procedimientos se colocaron los procedimientos de la atención del servicio de urgencias desde el momento que entra y que sale el paciente y más abajo se colocaron cada uno de los procedimientos menores que se realizan como tal en el servicio de urgencias del Hospital Divino Niño de Rivera.
2. En la columna de riesgo en la parte de los procedimientos de la atención del servicio de urgencias, se realizaron los riesgos que se encuentran durante la atención en el servicio de urgencias desde el momento que entra y que sale el paciente por otro lado los procedimientos que se refieren a los que son realizados específicamente en el servicio de urgencias del hospital Divino Niño de Rivera se les realizó investigación a cada uno de ellos y sus riesgos para darnos una idea de las barreras de seguridad.
3. La columna de causas y posibles consecuencias se realizaron teniendo en cuenta el riesgo, porque cada riesgo tiene sus causas y consecuencias.
4. En cuanto a la columna de clase de riesgo se puede clasifica en Estratégico, Financiero, Profesionales, De cumplimiento y Operativo, y se escogen de acuerdo al riesgo.
5. Las columnas del nivel de riesgo, probabilidad e impacto se realizaron de acuerdo a un tabla de nivel de riesgo que de acuerdo a los números del 1 al 3 del nivel de riesgo tienen una probabilidad e impacto alto, medio o bajo.
6. La columna de la frecuencia resulta de la suma de la probabilidad y el impacto.

7. La columna de las barreras de seguridad se obtiene de los riesgos presentes en los procedimientos del servicio de urgencias, estos sirven de orientación para plantear posibles acciones o circunstancias que reducen la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso, además se escogieron algunos apartes de la Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud.

8. Además de pensar algunas estrategias sirvió de mucha ayuda algunos apartes de la Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud. Que se encuentra en la página del ministerio de la protección social.

**MATRIZ DE RIESGO HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA**

PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESGO	CALIFICACIÓN		FRECUENCIA	NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO				
Acceso y recepción del paciente	1	Mala orientación al paciente dentro de las instalaciones	El paciente llega y no sabe a donde dirigirse para su atención.	Falta de señalización en la institución. Desconocimiento de los funcionarios de la infraestructura física. Problemas en la comunicación entre el personal y el paciente.	Demora en la atención y en el acceso al servicio. Insatisfacción en los usuarios. Pérdida de citas o retrasos en las programaciones.	Operativo	2	2	4	MEDIO	Señalización en la ESE Capacitación a los funcionarios que están en el servicio de urgencias Comunicación clara entre el paciente y los funcionarios del servicio	Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la orientación del paciente. En los procesos de inducción de personal mostrarle las instalaciones del hospital para que cuando el paciente este desorientado pueda darle una información oportuna.
Acceso y recepción del paciente	2	No priorizar la atención de los pacientes, acorde con su estado clínico. (clasificación del triage errónea)	Al ingreso del paciente no siempre existe contacto con personal de salud con la formación para definir quien requiere ser atendido con mayor urgencia.	El proceso para paciente pocas veces contempla valoración por personal de salud en urgencias, define contacto con un funcionario que no está debidamente capacitado.	Demora en la atención y en el acceso al servicio. Aumentos en tiempos de espera en el servicio de urgencias. Insatisfacción en los usuarios. Disminución de la seguridad y efectividad de la atención.	Operativo	2	3	5	ALTO	Personal capacitado para hacer la clasificación del triage Orientadores que den una comunicación clara	Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes. Procedimientos que prevengan los errores en la determinación la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados. -Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar según estándares.
Acceso y recepción del paciente	3	La admisión es inoportuna.	SOLO EXISTE UN MEDICO POR TURNO, QUE A VECES ES NECESITADO PARA UNA URGENCIA VITAL AL MOMENTO DE ESTAR ATENDIENDO OTRA. SOLO HAY 2 ENFERMERAS AUXILIARES DE TURNO Y EN CASO DE REMISIONES EN AMBULANCIA AL HOSPITAL DE NEIVA DEJA SOLA A SU COMPAÑERA QUEDANDO EN IGUAL SITUACION QUE EL MEDICO.	Fallas en el proceso de gestión gerencial. Daño del software o inexistencia del mismo. El estado de afiliación a la EPS aparece como suspendido o no afiliado. No se ha estandarizado el proceso para crear inmediatamente el RN, mientras la EPS da autorización.	Demora en la atención y en el acceso al servicio. Mayor morbilidad. Insatisfacción en los usuarios.	Operativo	2	3	5	ALTO	Crear "casos especiales", para solucionar rápidamente la situación al paciente (dependen de la EPS). Mantener actualizado el software de la base de datos.	Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente Tener la base de datos en medio físico en medio en caso de que falle el medio magnético. Tener el personal necesario según la demanda.
											Comunicación clara	La comunicación oportuna y eficaz entre
Atención de Urgencias	4	El paciente no se entera cuando llega el momento de su atención.	Los pacientes no siempre escuchan cuando son llamados para la consulta de urgencias.	El sistema de llamado no está estandarizado.  El paciente se distrae.	Aumento en tiempos de espera del servicio de urgencias. Estrés laboral. Insatisfacción del usuario.	Operativo	2	2	4	MEDIO	Identificación del paciente	La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos preanalíticos, analíticos y postanalíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.
											Infraestructura acorde al servicio	Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional). - Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales. - Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.
											Evaluación del riesgo de la caída de los pacientes,	( mantener la cama baja, el timbre funcional, las barandas subidas, manillas de seguridad, no dejar deambular al paciente solo, mantener asegurada la cama y las mesas de noche

### MATRIZ DE RIESGO HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA

PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESGO	CALIFICACIÓN			NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO	FRECUENCIA			
Atención de Urgencias	5	Posibles fallas en diagnóstico o conductas por parte del personal médico y de enfermería	El personal no tiene la capacidad física y/o mental, o el entrenamiento para tomar decisiones clínicas adecuadas	Jornadas laborales extensas o acumuladas con las de otras instituciones. Falta de recurso humano para cubrir vacaciones, incapacidades, licencias y renunciaciones. Falta de experiencia en urgencias del personal	Eventos adversos. Accidentes de trabajo. Diagnósticos erróneos.	Operativo	2	3	5	ALTO	Factor Humano ( que los profesionales no laboren bajo el Cansancio, prisa, etc) Personal asistencial con experiencia en urgencias. Trabajo en equipo Uso de protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas Funcionalidad del consentimiento informado	Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo
Atención de Urgencias	6	Falta de oportunidad en la definición de conducta	Los pacientes que ingresan a urgencias se demoran mucho tiempo para definirle conducta	Falta de recurso humano Falla en el direccionamiento de los pacientes desde otros niveles No existen procesos claros de atención de acuerdo a las necesidades de los pacientes Falta definir que es "urgencia" Capacidad instalada insuficiente	Mayor morbimortalidad.. Insatisfacción en los usuarios. Eventos adversos Demora en la atención a otros pacientes	Operativo	3	3	6	ALTO	Factor Humano ( que los profesionales no laboren bajo el Cansancio, prisa, etc) Trabajo en equipo Uso de protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas Mantenimiento de los equipos biomédicos	Estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución. Incluir las guías de procedimientos de enfermería, y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía). - Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.
Atención de Urgencias	7	Falla en la información brindada al paciente y su familia	Los pacientes y sus familiares no reciben la información completa sobre su enfermedad y su tratamiento	Falta de recurso humano No se aplica el proceso de información al paciente y su familia. El paciente desconoce sus derechos.	Insatisfacción del usuario y su familia Solicitudes de mejoramiento Reingresos Eventos adversos No comprensión de la información brindada al usuario	De cumplimiento	3	2	5	ALTO	Comunicación clara con el paciente y la familia en todos los momentos de atención Identificación del paciente Factor Humano Trabajo en equipo Hacer corresponsable al paciente de su enfermedad y tratamiento	Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.
Atención de Urgencias	8	Demora en la atención por falta de equipos biomédicos	Durante la consulta de urgencias el personal médico debe salir a buscar los elementos necesarios para realizar la atención	No mantenimiento ni reposición oportuno de los equipos biomédicos Procesos no oportunos para solicitar los equipos e insumos para la clínica Falta de recurso humano para reparar los equipos No se cuenta con una circulante de consultorio para estar controlando los equipos	Insatisfacción del usuario Aumento en la morbimortalidad Eventos Adversos Demora en la atención de otros pacientes Incumplimiento de la normatividad	Operativo	3	3	6	ALTO	Comunicación clara Identificación del paciente Factor Humano Trabajo en equipo Mantenimiento permanente en los equipos biomédicos. Funcionalidad del consentimiento informado	Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar. Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento. - Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución. - Realizar análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia
Referencia y Contrarreferencia	9	Demoras en la remisión de pacientes a otro nivel de atención.	El trayecto que hace la ambulancia para llegar a su remisión final es largo.	No disponibilidad en la red adscrita no diligenciamiento completo de la remisión por parte del médico Falta de la documentación completa para remitir el paciente	Mayor morbimortalidad Insatisfacción del usuario Demora en la definición de conducta Congestión en la observación	Operativo	2	1	3	MEDIO	adherencia a los procesos de referencia y contrarreferencia Revisión permanente de los acuerdos de voluntades entre las entidades	Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas. Procedimientos de referencia de pacientes: Procedimientos para la autorización de servicios.

### MATRIZ DE RIESGO HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA

PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESG	CALIFICACIÓN		FRECUENCIA	NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO				
EGRESOS	10	dar de alta al paciente con diagnostico erroneo	Por falta de RH (médicos) los turnos se hacen muy largos para atender la demanda de pacientes produciendo cansacio y agotamiento fisico-mental.	solo se cuentan con TRES medicos en el servicio de urgencias.	falta de seguridad y calidad en la atencion de los pacientes aumento en el riesgo de error medico por sobrecarga y agotamiento fisico-mental. Posible complicacion del paciente por diagnostico erroneo motivan la ocurrencia de eventos adversos	Operativo	3	1	6	ALTO	Contratar el recurso humano acorde a la demanda Capacitación permanente al recurso Humano, Revisión, de las guías y protocolos,	Incentivar practicas que mejoren la actuacion de los profesionales. Prevenir el cansancio del personal de salud.
EGRESOS	11	Demora en hospitalización de los pacientes por inconsistencias administrativas	Existen pacientes que no gestionan de manera ágil sus tramites de salida la mayoría por inconvenientes de tipo económico. Esto retrasa el proceso de hospitalización de pacientes de urgencias.	falta de pagos ante la EPS falta de recursos económicos por parte de los pacientes para realizar el COPAGO multiafiliación	Demora en la asignación de camas de los pacientes que se encuentran en recuperación-urgencias	Operativo	3	3	6	ALTO	Mantener actualizado la base de datos mandado por las EPS Generar mecanismos para la debida rotación de los pacientes Definir conductas en forma oportuna	Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de tramites de pacientes y del personal dentro de la institucion.

### PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL SERVICIOS DEL URGENCIAS

PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESG	CALIFICACIÓN		FRECUENCIA	NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO				
ATENCION DEL PARTO Y EL RECIEN NACIDO	12	Tecnica Inadecuada de Atención del Parto y Reanimación del Neonato	Factores del personal asistencial en la atención del parto que influyen en la correcta expulsion del feto protegiendo la integridad del canal vaginal y la zona perianal.	1-Falta de Experiencia 2-Poca adherencia a los Protocolos o guías del hospital o reconocidos a nivel nacional. 3-Imprudencia por exceso de confianza.	1-Trabajo de Parto distocico 2-Complicaciones del Neonato Mala adaptación respiratoria con hipoxia cerebral o muerte por asfixia mecanica(liquido/meconio) o dinámica(inmadures del sistema respiratorio). 3-Hemorragias por Desgarro del canal vaginal perianal con compromiso del esfinter anal. 4-Hemorragias por atonias uterinas o inversión uterina.	Operativo	3	1	3	MEDIO	Exitencia y aplicación de los protocolos o guías. Utilización de tecnicas adecuadas.	Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales. Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas. - Asegurar la atención del parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos - Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como: 1. Antibióticos 2. Anticonvulsivantes 3. Oxitócicos 4. Líquidos 5. Hemoderivados y sustitutos

PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL SERVICIOS DEL URGENCIAS												
PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESGO	CALIFICACIÓN		FRECUENCIA	NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO				
OBSERVACION	13	Inoportunidad en la aplicación de tratamientos instaurados por el médico tratante.	Situación donde la administración de los tratamientos no se aplica en la frecuencia adecuada o inicia tardíamente.	1-Descoordinación de personal médico y de enfermería. 2-Olvido del personal de enfermería de la aplicación del tratamiento.	Poca acción terapéutica o recuperación lenta o tardía del paciente. Egreso tardío del paciente.	Operativo	2	2	4	MEDIO	protocolo de aplicación de medicamentos lista de chequeo del medicamento	Aplicar los 5 correctos Uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos para asegurar la calidad en los procedimientos de administración de medicamentos. Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración. La institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares
	14	Error (Confusion) al aplicar medicamento a un paciente	Situación donde se pueden aplicar tratamientos de un paciente a otro o aplicar el tratamiento incorrecto o no formulado	1-Formulación poco clara 2-Formulación en Historia clínica equivocada 3-Poca organización de los pacientes en el servicio (Mala Identificación)	1-Efectos farmacológicos exagerados, efectos secundarios exagerados o efectos tóxicos (Sobredosificación) 2-Poca respuesta al tratamiento (subdosificación) 3-Efectos adversos a fármacos mal tolerados o no indicados(Contraindicaciones explícitas, alergias, etc)	Operativo	2	2	4	MEDIO	Identificación del paciente y el tratamiento ordenado	Formulas legibles, ojala en computador Confirmación dos veces si la orden es verbal Medicamentos parecidos deben tener colores distintivos
	15	Estancia prolongada injustificada luego de decidir alta u hospitalización	Situación donde la permanencia sin definición de una conducta coloca en riesgo la salud y vida del paciente o de otro que requiera realmente permanecer en Observación	1-Falta de Criterios claros de Hospitalización y/o Remisión 2-Desatención del personal asistencial sobre la ruta del paciente luego de la atención inicial de urgencias.	1-Inoportunidad en el inicio de un tratamiento ordenado en sala de hospitalización con deterioro de la salud del paciente. 2-Congestión de la Sala de Observación con poca efectividad en la atención de nuevos pacientes que ingresen.	Operativo	2	2	4	MEDIO	Ajustarse a los protocolos y guías Triage Educación al paciente, para que las urgencias no se congestionen Educar al paciente del riesgo a infecciones cruzadas	Flujograma de Pacientes,Proceso de Referencia y contrareferencia
	16	Caidas (desde la cama, silla o propia altura)	Situación en donde el paciente por su estado de morbilidad pierde el control de su estabilidad y cae, o intenta moverse dentro de la camilla o fuera de ella y cae.	1-Falta de Acompañamiento al paciente del personal Asistencial 2-Falta de Protección tipo barandas en las camillas o mal funcionamiento de ellas. 3-Obstáculos o superficies resbalosas que permitan perder el equilibrio.	Traumatismos varios de tejidos blandos, fracturas, trauma craneocervical de cualquier intensidad, heridas de todo tipo	Operativo	3	1	3	MEDIO	Físicas: Barandas, apoyamanos, pasamanos, etc. Asistenciales: Acompañamiento a pacientes con dificultad para la marcha o sosten.	( mantener la cama baja, el timbre funcional, las barandas subidas, manillas de seguridad, no dejar deambular al paciente solo, mantener asegurada la cama y las mesas de noche
	17	Fuga de Pacientes	Situación en donde el paciente se escapa de las instalaciones por cualquier vía disponible, evadiendo su responsabilidad en el tratamiento o en el costo de la atención	1-Descuido del personal asistencial y de seguridad. 2-Vías y transitos de pacientes en zona desprotegidas de sistemas de seguridad.	1-Transmisión de Enfermedades de interes de salud publica no tratadas. 2-Deterioro de la salud del paciente por falta de tratamiento. 3-Muerte por falta de atención adecuada de una patología riesgosa. 4-Riesgo económico del Hospital por demandas o por falta de recobros de los servicios prestados.	Operativo	3	3	2	BAJO	Elementos y sistemas de seguridad que eviten el ingreso o salida de personal al área de Observación como ventanales sin herrajes etc.	Circuitos cerrados de televisión Una sola puerta de salida
18	Riñas o Agresiones Intrahospitalarias	Situación donde tanto los pacientes como el personal del Hospital queda expuesto a lesiones por agresores armados o no.	1-Falta de personal y sistemas de Seguridad que limiten el acceso a personas no autorizadas o armadas al interior del área de atención.	1-Lesiones , Heridas o Muerte de cualquier tipo a Pacientes 2-Lesiones, Heridas o Muerte de Personal del Hospital.	Estratégico	3	3	2	BAJO	Restricción de transito de personas distintas a los pacientes en el ingreso de Urgencias.	Educación del paciente y familiares Registro de los pacientes y acompañantes en búsqueda de elementos contundentes, cortantes o punzantes.	

**PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL SERVICIOS DEL URGENCIAS**

PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESGO	CALIFICACIÓN		FRECUENCIA	NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO				
CURACIONES Y SUTURAS PEQUEÑAS	19	Mala tecnica de asepsia y antisepsia	Situación donde el poco cuidado a las exigencias de la Asepsia y antisepsia genera que la curación o herida se contamine o se infecte con otras bacterias del orden nosocomial	Poco conocimiento o dominio de las técnicas de lavado de mano y de una curación correcta	1-Infección de Herida 2-Evolución torpida de la cicatrización 3-Complicaciones (Celulitis-Erisipela)	Operativo	2	2	4	MEDIO	Politica de no reuso, Entrega y dotación de elementos de descontaminación de manos (jabones, gel, antibacteriales, etc). Aplicación de las guías y protocolos internacionales de: lavado de manos, de colocación de guantes, de Bioseguridad, de Asepsia y antisepsia, de Limpieza y desinfección de equipos y áreas.	- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO) - La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. - La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos). - La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas. - La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de
	20	Contaminación cruzada de heridas	Situación donde al tener una atención continua de pacientes para curación no se cuida el correcto uso de materiales y cuidados del personal asistencial.	1-Uso inadecuado de áreas o utensilios de curaciones. 2-Reuso de materiales de protección o de curación (Guantes, pinzas, etc)	1-Infección cruzada de las heridas, sobregregando la carga bacteriana de otro paciente. 2-Evolución torpida de la cicatrización 3-Complicaciones (Celulitis-Erisipela)	Operativo	2	1	3	MEDIO		
	21	Dehisencia (sutura) de sutura	Situación donde el procedimiento falla por que la unión de los bordes acercados por sutura se separan por falta de tensión del hilo o rotura del mismo.	1-Tecnica Inadecuada de Sutura 2-Insuficiente de pobre calidad 3-Tejidos del paciente con poca viabilidad por hipoxia, infección o necrosis	Resangrado, exposición de tejidos o contenidos, infección, reacción inflamatoria.	Operativo	2	2	4	MEDIO	Capacitación del recurso humano Educación del paciente en el cuidado	Controles y Curaciones per parte de recurso humano capacitado Hacer las curaciones en los hogares de los pacientes
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	22	Error en la selección, administración, y seguimiento de los medicamentos.	al hacer una mala selección del medicamento puede repercutir directamente en el paciente ya que no se le hace un buen tratamiento por lo tanto no existe mejoría de los síntomas o enfermedad, en la administración puede llegar a eventos adversos y en el seguimiento si no existe puede haber daño en el paciente	no existe un proceso de selección y evaluación periódica de los proveedores. No existe un químico o farmacéutico encargado de la dispensación y administración de medicamentos. No existe un proceso de vigilancia activa del uso de antibióticos y de la información y educación que se realiza al personal asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.	1-eventos adversos. 2-insatisfacción del usuario 3-efectos secundarios en los pacientes	Operativo	2	2	2	BAJO	Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea). Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM)	Uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos para asegurar la calidad en los procedimientos de administración de medicamentos. Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración. La institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares
TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	23	Enfermedades cardiovasculares cardiopatía	cualquier trastorno que afecta la capacidad del corazón para funcionar normalmente.	Colesterol y triglicéridos altos la hipertensión, las dislipemias, diabetes, obesidad	1- infarto agudo de miocardio. 2- muerte cardiaca subita	Operativo	1	2	2	BAJO	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias en la toma de electrocardiograma para reducir los riesgos en la atención del paciente	hacer capacitaciones al personal del servicio de urgencias sobre la toma de electrocardiogramas y si existe posibilidad tener al personal con experiencia en lecturas de electrocardiograma.
FLUIDO TERAPIA-LIQUIDOS VENOSOS	24	Cambios en la Situación hemodinámica del enfermo	Para controlar la situación tiene que existir una monitorización cada cierto tiempo dependiendo de la severidad del estado clínico.	Todas aquellas situaciones en las que existe una severa alteración de la volemia, del equilibrio hifroelectrolítico o ambos.	1- Derivadas de la tecnica: flebitis, extravasacion, embolismo gaseosos, neumotorax, hemotorax, etc 2- Derivadas del volumen perfundido: Insuficiencia cardiaca, Edema agudo de pulmón, Edema cerebral.	Operativo	1	2	2	BAJO	Recordar la importancia de evaluar clínica, analítica y hemodinámicamente a todo enfermo crítico que es subsidiario de fluidoterapia, tomando la actitud necesaria en cada caso, con la correcta selección del fluido según su patología y estado hemodinámico.	Hacer recambio adecuado de catéteres, aplicación de técnica depurada, correcta selección del fluido, monitorizar al paciente y adecuar los líquidos al contexto clínico del enfermo.

**PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL SERVICIOS DEL URGENCIAS**

PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESG	CALIFICACIÓN		FRECUENCIA	NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO				
ONICECTOMIA	25	usar materiales no esteriles. infeccion en los pies en pacientes con diabetes. Edad avanzada.	Al no utilizar materiales esteriles existe el riesgo alto de infeccion. aLa diabetes puede ocasionar daño a los nervios. Esto, a su vez, puede hacer que el paciente sea menos capaz de percibir una lesión o presión en los pies y es posible que no note dicha lesión hasta que se presente daño o una infección grave. El daño a los vasos sanguíneos debido a la diabetes provoca que llegue menos sangre y oxígeno a los pies,	Uñas encarnadas. Tropezos o cualquier fisura en las uñas de los pies de un paciente diabetico. Mala tecnica para realizar el procedimiento.	Hematoma superficial o profundo con formación de seroma que, con frecuencia, drena por la herida quirúrgica. Infección superficial o profunda. Lesión de vasos o nervios adyacentes. Dolor residual de la zona de extirpación. Limitación funcional por insuficiencia muscular o por otras causas.	Operativo	2	2	2	BAJO	Utilizar materiales esteriles. Hacerse examinar los pies por parte del médico al menos dos veces año y saber si tiene daño del nervio.	Rutina de cuidado diario:decirle al paciente con diabetes que se revise los pies todos los días, Inspeccionando el empeine, los lados, la planta del pie, los talones y entre los dedos.
PASO DE SONDA VESICAL	26	alto riesgo de infeccion del tracto urinario.	se introducen gérmenes patógenos al tracto urinario y renal por vía ascendente	tecnica incorrecta de la asepsia del meato urinario. Mala realizacion del procedimiento o tecnica.	Provocar un traumatismo a la mucosa de la uretra. Se puede producir ruptura de la uretra y establecer una falsa vía y provocar retrorragia y posiblemente un absceso periuretral. Infcción transuretral.	Operativo	2	2	2	BAJO	realizar la asepsia de las manos, colocarse gorro, tapabocas así como usar campos y equipos esteriles Lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda. - Insertar la sonda de forma aséptica utilizando un equipo y guantes esteriles. - Fijar la sonda después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.	Colocacion y mantenimiento por profesionales entrenados. Colocacion de sistemas de buena calidad. Reeducar periódicamente al personal respecto al mantenimiento de las sondas. Utilizar la sonda de menor calibre posible.
TOMA DE LABORATORIOS	27	mala identificacion de paciente y de las muestras Toma examen equivocado Toma muestra a paciente equivocado Punción sitio equivocado Error en procedimiento técnico definido	la incorrecta identificacion del paciente es uno de los primeros errores cometidos durante la fase analítica y postanalítica	cansancio del personal. Desconcentracion del personal. No adherencia a los procedimientos y protocolos.	decisiones de tratamiento inadecuadas por el profesional de la salud con los resultados de estos.	Operativo	1	2	2	BAJO	La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente así como el proceso de marcación de la muestra. Hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención en salud de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta. Proporcionar protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre tanto en la identificación en el laboratorio, como en las muestras.	se recomienda incluir al menos dos de los siguiente datos para la correcta identificacion del paciente: - Nombre Completo - Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción - Número de identificación adicional: record, consecutivo, otro. - Fecha de nacimiento - Fotografía - Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.) Se recomienda la adecuación de una lista que me permita identificar correctamente al paciente y a las muestras en el laboratorio clínico.

PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL SERVICIOS DEL URGENCIAS												
PROCEDIMIENTOS	No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS	CLASE DE RIESG	CALIFICACIÓN		FRECUENCIA	NIVEL DE RIESGO	BARRERA DE SEGURIDAD	ESTRATEGIAS- EJEMPLOS
							PROBABILIDAD	IMPACTO				
RETIRO DE PUNTOS	28	sangrado inflamacion apertura de heridas	el estiramiento de la zona donde se encuentra la herida puede producir sangrado e inflamacion al recibir golpes en la herida puede causar apertura de la herida.	estiramiento de heridas golpes en heridas	Infeccion de la herida.	Opera tivo	2	2	3	MEDIO	adecuado lavado de manos utilizar instrumentos esteriles colocarse guantes.	
LAVADO DE OIDOS	29	Dolor. Pérdida de la audicion.	Este procedimiento es una técnica "a ciegas" al no poder visualizarse el Timpano y el Oído Medio, por lo que pueden preexistir o derivarse complicaciones	cuando la cera se acumula en gran cantidad, bloquea el conducto y produce dolor y pérdida de audición.	perforación timpánica, infección, náuseas, vómitos, dolor, mareos, vértigos, trastornos del equilibrio, sangrado	Opera tivo	2	2	2	BAJO	Es muy importante antes del lavado de oídos preguntar al paciente sobre la existencia de perforaciones timpánicas o de problemas de oído previos. Realización de la técnica por profesional calificado.	protocolos de lavado de oídos
LAVADO DE OJOS	30	Infeccion en el ojo	el no utilizar guantes, gases o suero fisiologico esteril podría causarle infeccion en los ojos.	descuido del personal al no utilizar los insumos adecuados.	ulceras lesiones corneales alto riesgo de infeccion que podría llevar a pérdida del ojo si no se tienen los cuidados necesarios.	Opera tivo	2	3	3	MEDIO	lavado de manos uso de guantes uso de gasa y suero esteril	protocolo de lavado de manos protocolo de lavado de ojos
DRENAJE DE ABCESO	31	El paciente se contamina al automanipularse.	Diseminación de la infección alrededor de la misma área o por todo el cuerpo Diseminación de la infección a través del torrente sanguíneo	Mala tecnica de asepsia y antisepsia. Mal lavado de manos. Contaminacion con el ambiente.	endocarditis osteomielitis muerte celular (gangrena)	Opera tivo	2	2	2	BAJO	cumplir con las normas de lavado de manos en la institucion y fomentar el mismo en los pacientes. Uso de materiales estériles. Mantenga limpia y seca la piel que circunda las heridas menores. trate las infecciones pequeñas oportunamente.	Cumplir con las normas de asepsia y antisepsia en cuanto al área la institucion para que no exista contaminacion del ambiente. Realizar campañas de lavado de manos o entregando folletos a los usuarios de la institucion.
TOMA DE SIGNOS VITALES	32	falta de idoneidad en el personal de enfermeria. Cansancio del personal. Mala calibración de los equipos utilizados. Falta de registro de los signos vitales.	La falta de conocimientos o de practicay experiencia asi como el cansancio puede llevara a una mala interpretacion de la toma de los signos. La mala calibracion puede llevar a resultados y diagnosticos erróneos	cansancio del personal. No adherencia a los procedimientos y protocolos. Mala calibración de equipos o equipos de mala calidad. Medicamentos que alteran los signos vitales.	diagnosticos erroneos. Controles erroneos en pacientes prioritarios que pueden llevar en muchos casos a muerte.	Opera tivo	1	1	2	BAJO	hacer una buena inspeccion inicial. evaluar la idoneidad del personal de enfermeria con exmenes para medir conocimientos y la adherencia a los protocolos. mantener actualizadas las calibraciones de los equipos y mantenerlos soportados.	tener equipos de buena calidad y en buen estado. Tener definido los periodos de evaluaciones al personal

\*Ver Paquetes Instruccionales "Guía practica para la seguridad del paciente" Observatorio de la Calidad en salud del Ministerio de protección social como ayuda para el análisis en otros servicios.



E. S. E. HOSPITAL DIVINO NIÑO  
Riviera- Huila  
NIT.813.002.933-5

## LISTA DE CHEQUEO PROPUESTA PARA SERVICIO URGENCIAS

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
Servicios generales de la institución cumple con el protocolo establecido en cuanto a: Limpieza y desinfección de techos				
Limpieza y desinfección de paredes y pisos				
Limpieza y desinfección de ventanas y marcos				
Limpieza y desinfección de puertas y marcos				
Limpieza y desinfección de muebles accesorios				
Se realiza limpieza de las áreas con solución desinfectante antes de iniciar labores?				
Limpieza y desinfección de dispensadores de jabón				
BIOSEGURIDAD	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
Utilizan guantes para procedimientos invasivos?				
Utilizan otros elementos de protección personal cuando se requiere?				
Utilizan correctamente el guardián?				
Realizan postura correcta de la mascarilla?				
Utilizan gafas				
Consumen alimentos en áreas diferentes a la de trabajo? (cafetería)				
SALA DE PROCEDIMIENTOS	SI	NO	NO	OBSERVACIONES

			APLICA	
Lavado de manos o higienización (Uñas cortas, sin esmalte y sin joyas)				
Uso de guantes				
Uso de material estéril				
La piel del sitio de punción está intacta?				
De preferencia utilizan las venas de las extremidades superiores cefálica y basilica				
Coloca el torniquete con una presión adecuada.				
El sitio de punción está limpio. Si se encuentra con suciedad visible es lavado con agua y jabón antes de aplicar antiséptico.				
El sitio de punción se limpia con solución antiséptica y espera que tome contacto con la piel al menos 30 segundos antes de insertar la aguja.				
Conecta los tubos en el venojet o extrae la sangre con la jeringa.				
Suelta el torniquete y lo retira				
Coloca una torunda de algodón en el lugar de la punción y retira la aguja				
Utiliza elementos de protección personal en toma de secreciones				
Limpieza y desinfección de instrumental				
Se aplican adecuados procesos de esterilización (almacenamiento, esterilización distribución y transporte) según el Manual de Buenas prácticas de esterilización				
Cambia sábanas entre pacientes				
<b>CONDICIONES DE ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MATERIALES Y EQUIPOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen áreas de almacenamiento de materiales y equipos				



Demarcación y señalización de áreas y estanterías				
Estado de estanterías				
Estado de recipientes				
Clasificación de almacenaje				
Identificación de sustancias y materiales almacenados				
Realiza limpieza y desinfección del área de almacenamiento periódicamente				
Reporta y registra daños de los autoclaves				
<b>MEDIO AMBIENTE Y RESIDUOS HOSPITALARIOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El personal de salud clasifica y manipula correctamente los residuos sólidos y líquidos				
El personal de aseo clasifica, manipula y transporta los desechos sólidos y líquidos				
Realizan inactivación preliminar de los residuos líquidos				
Disponibilidad de recipientes para residuos				
Características de recipientes para residuos (tapa pedal y color acorde con la bolsa)				
Disponibilidad de bolsas para residuos (código de colores)				
Ubicación correcta de contenedores para material cortopunzante				
Realiza inactivación de los residuos de microbiología				
Características del área de almacenamiento intermedio (organización, limpieza, señalización y demarcación)				

Características del área de almacenamiento central (organización, limpieza, señalización y				
--	--	--	--	--

demarcación)				
Limpieza, desinfección y orden del cuarto de aseo				
Clasificación, identificación de sustancias químicas almacenadas en el cuarto de aseo				
<b>ÁREAS COMUNES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Limpieza y desinfección de baños				
Limpieza y desinfección de sala de espera				
<b>TOTAL</b>				
<b>% CUMPLIMIENTO</b>				
<b>OBSERVACIONES</b>				
_____				
_____				
_____				
<b>ÁREA INSPECCIONADA POR (NOMBRES Y CARGOS):</b>				
_____				
_____				
_____				
_____				
<b>VISITA ATENDIDA POR (NOMBRE Y CARGO):</b>				
_____				
_____				

