

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LORENA ROCIO GONZALEZ AVILA
LEIDY CAROLINA MORALES SOLER
ROBERT ALEXANDER PEÑUELA

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
ESPECIALIZACIÓN DE AUDITORIA DE SALUD
BOGOTÁ
2018

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LORENA ROCIO GONZALEZ AVILA
LEIDY CAROLINA MORALES SOLER
ROBERT ALEXANDER PEÑUELA

Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Auditoria de Salud

Director

EDSON JAIR OSPINA LOZANO

Odontólogo PhD en Antropología Social

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
ESPECIALIZACIÓN DE AUDITORIA DE SALUD

BOGOTÁ

2018

ÍNDICE

RESUMEN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
JUSTIFICACIÓN	7
ELEMENTOS CONCEPTUALES	8
METODOLOGÍA	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30

RESUMEN

La seguridad del paciente es un proceso prioritario de los servicios de salud, el presente trabajo pretende informar y orientar sobre las estrategias planteadas a la fecha que desarrollen estos lineamientos. Inicia por una mirada general al concepto de seguridad del paciente, a nivel mundial y local. Hacemos mayor énfasis en el personal de enfermería, pieza clave en la estructuración y la articulación institucional de estas estrategias.

Nuestra monografía plantea la pregunta ¿Qué estrategias desde la normatividad colombiana y en la literatura científica se han planteado para que en enfermería se asuman las metodologías de seguridad del paciente?

Mediante una revisión de literatura científica enfocada hacia la cultura de seguridad del paciente, y de la normatividad colombiana sobre la seguridad del paciente. En el desarrollo de la temática se describe como las instituciones de Salud de Colombia están obligadas dentro de su proceso de habilitación a contar con una política que defina la seguridad del paciente dentro de cada institución, además tener implementado un programa de Seguridad del Paciente el cual permita controlar y gestionar el riesgo de los sucesos de eventos adversos. Este programa debe contar con varios ejes conductores: apoyo a la alta dirección, análisis y gestión de riesgos, incorporación de las guías de práctica clínica, modelo educativo institucional que fomente las actividades del programa de seguridad del paciente.

Con la disponibilidad de información y herramientas, la cultura de seguridad del paciente se ha fortalecido en las instituciones y por tanto en los profesionales, ya que desde la misma normatividad se ha promovido la apropiación de esta.

Palabras claves: seguridad del paciente, cultura, enfermería, normatividad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es definida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Política de Seguridad del Paciente 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 en salud o de mitigar sus consecuencias” (1).

Sobre seguridad al paciente se empezó a hablar a partir del informe errar es de humanos a finales del 2000 en Estados Unidos y la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, considerándose como un problema grave con consecuencias de gran impacto (2), dado la preocupación a nivel mundial, nuestro país aprueba la Política de Seguridad del Paciente en 2008 la cual está presente en los cuatros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Desde el estándar de procesos prioritarios es indispensable contar con una política de seguridad del paciente en cada institución de salud y se enfatiza en robustecer la cultura de seguridad del paciente que debe ser el producto de los comportamientos, actitudes, valores, competencias tanto individuales como grupales que deben ser reforzadas como institución (3).

La OMS establece la cultura de seguridad como un indicador estructural que ayuda a la ejecución de buenas prácticas clínicas e, inclusive, la utilización de otras herramientas tales como la comunicación de incidentes y educación con los problemas (2).

Según la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente, el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente debe estar determinada por la comunicación basada en la confianza recíproca, el conocimiento compartido de la seguridad, la certeza en la validez de las medidas preventivas, el modelo educativo del error como plataforma, que conlleva al aprendizaje institucional desde el reconocimiento del error incurrido y el mejoramiento a través de un plan de capacitación que cuente con recursos para su ejecución. (3)

Una estrategia fundamental para avanzar en el auto reporte y que el personal asistencial no tenga miedo de hablar de sus fallas es favorecer un clima organizacional educativo, y no punitivo, esto se logra cuando se establecen programas que fomentan esta cultura de seguridad del paciente en el personal de salud, es por ello que esta debe ser incorporada y estimulada por las organizaciones como base fundamental de la política institucional y el mejoramiento de la atención en cuanto a calidad, con el fin de que los pacientes y sus familias se sientan seguros cuando buscan asistencia en el servicio de salud y los profesionales pueden ser facilitadores de esta seguridad mediante la adopción de mejores prácticas(3), es por ellos que nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Qué estrategias desde la normatividad colombiana y en la literatura científica se han planteado para que en enfermería se asuman las metodologías de seguridad del paciente?.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las estrategias normativas y de literatura científica disponibles para implementar la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería mediante una revisión bibliográfica.

Objetivos específicos

Realizar una revisión de la normatividad colombiana sobre seguridad del paciente.

Realizar una revisión de las estrategias en la literatura científica sobre cultura de seguridad del paciente.

Especificar estrategias encaminadas a fortalecer la cultura de seguridad del paciente, que permita una identificación oportuna de los riesgos y las acciones para mitigar la frecuencia de eventos adversos e incidentes.

JUSTIFICACIÓN

Para el fortalecimiento de la seguridad del paciente, un principio esencial es el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud, ya que este define la calidad de los servicios de salud y progresivamente se ha convertido en una competencia obligada del personal asistencial.

En la mayoría de instituciones, el grupo más grande de personal asistencial corresponde a enfermería, constituyéndose como parte esencial de los equipos multidisciplinarios de las diferentes áreas, de allí la importancia de fomentar la cultura de seguridad del paciente en este grupo.

Cada vez más es necesario que todos los profesionales de salud, en especial el personal de enfermería esté involucrado en todas las acciones que promuevan el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En enfermería se debe trabajar en distintos aspectos para lograr una mayor seguridad del paciente desde la formación, la calidad asistencial, el desarrollo y la investigación, así como la gestión clínica.

Por tanto, este trabajo se fundamenta en la búsqueda de estrategias que promuevan la implementación no solo de la seguridad del paciente como parte fundamental del quehacer diario, sino de la adopción de una cultura de seguridad del paciente, entendiendo que se construye desde cada mismo individuo y por las acciones que se implementen desde la misma institución.

ELEMENTOS CONCEPTUALES

Antecedentes históricos.

En el presente, un marco conceptual histórico nos permite orientar las nuevas políticas que se deben generar en las organizaciones que permitan vincular al personal de salud en buenas prácticas de atención, analizando el proceso que ha permitido hoy por hoy escuchar con mayor interés los procesos que permitan alto rendimiento y calidad en las instituciones de salud.

El acto médico siempre ha sido fuente de discusión debido a las variables múltiples que pueden generar riesgos en la atención colocando en un grado de vulnerabilidad al equipo participe en la atención médica, incluyendo a los profesionales del área de enfermería, estos riesgos pueden conducir a eventos adversos los cuales la medicina moderna está tratando de minimizar mejorando las técnicas diagnósticas y terapéuticas, al igual que generando cada vez más protocolos con relevancia científica en la atención de pacientes.

En el histórico se encuentran datos de los años 50, donde se comenzó a hablar del tema de seguridad en la atención de pacientes, siendo tácitamente el interés generado. Muchos de los documentos que realizan esta misma revisión toman de partida el documento del Instituto de Medicina (IOM) publicado en EE UU hacia el año 1999, titulado: “To Err is Human: building a Safer Health System“, el cual hacia parte de una estrategia mayor que buscaba mejorar la calidad en el sistemas de salud estadounidense. Su relevancia se encuentra en destacar de forma estadística la mortalidad atribuida en pacientes hospitalizados a lo que denominaban errores médicos, lo cual superaba las estadísticas de accidentes automovilísticos, por cáncer de mama o por SIDA. Esta revisión que permitió generar una idea del porcentaje de eventos adversos en los pacientes hospitalizado y su impacto en la calidad de vida, fue unos puntos de partida estudiosos e interesados en el tema.

Hacia 1984, se generó un estudio, metodológicamente aceptado, realizado en Nueva York (Harvard Medical Practice Study), pretendiendo generar una revisión de la negligencia de los eventos adversos, mostro resultados similares a los propuestos previamente en los cuales hay un porcentaje de eventos adversos en el paciente hospitalizado que lleva a discapacidad desde leve hasta permanente y muerte. Aporta la gran cantidad de eventos adversos observados considerados de carácter prevenible (un 58% del total)

Posteriormente se concadenan estudios que mostraron la incidencia de eventos adversos que podía estar entre el 2,9% al 16.6%. Reconociendo el grado de discapacidad generado y las posibles vías legales tomadas por cada uno de los afectado.

Toda esta información generó el Reino Unido una respuesta organizativa en la llamada Agencia Nacional para la seguridad del paciente, un esfuerzo de carácter político para prevenir errores médicos, dentro de un marco de reporte y notificación de más de vigilancia de fortalezas y debilidades. Estos procesos también representaron los avances que se presentaban en Australia y estados unidos en el mismo campo.

Una de las naciones que más ha promovido como parte de una política la seguridad del paciente es España, donde nos remontamos al 2005, cuando se fundamentaron sus objetivos que

permitiesen llevar a difundir los conocimientos que permitieran forjar una cultura de seguridad con integralidad de pacientes, ciudadanos y centros sanitarios

Latinoamérica ha tenido participación también en estos procesos con el estudio IBEAS que incluía a México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia, donde se documentó un porcentaje de eventos adversos sobre la muestra examinada del 11,85%, donde casi las 2/3 partes de ellos (60%) eran prevenibles. La relación de eventos adversos asociada a los cuidados fue del 13.27 %, con medicaciones 8.23%, con infecciones “nosocomiales” 37.14%, con procedimiento alguno 28.69% y con el diagnóstico 6.15%.

Ya pasando al ámbito colombiano debemos indicar los esfuerzos se encuentra en los procesos de acreditación incluidos desde el 2005 como parte de un proceso de calidad en las instituciones prestadoras de salud, exigiendo sistemas de reportes de eventos adversos, verificables. Nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito los mínimos a cumplir por parte de los prestadores, la implementación de programas de seguridad del paciente así como de buenas prácticas para la seguridad del paciente.

Colombia a la fecha actual cuenta con una política real y soporte informativo de prácticas seguras en la atención, basadas en las recomendaciones de expertos o con la mejor evidencia posible. El ministerio de salud se encuentra a la cabeza de todo este proceso que permite mediante guías, folletos, manuales y otros instrumentos que la comunidad interesada se documente y los aplique en cada entidad.

A continuación puntualizamos las definiciones más importantes a tener en cuenta en el presente texto, hay que tener en cuenta que estas definiciones ya fueron planteadas por autores con experiencia y relevancia.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Se define 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).

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: Se relaciona a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al paciente. Abarcando el concepto tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigentes en Colombia, contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) (5).

ATENCIÓN EN SALUD: se define como los servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud (5).

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso (5).

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales (6).

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) (6).

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo) (6).

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (6).

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (5).

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (5).

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen a una acción insegura (falla activa) Los factores contributivos están descritos en el reconocido Protocolo de Londres, y se describen así:

- Paciente: donde el sujeto de cuidado contribuye al error.
- Tarea y tecnología: se relaciona a la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error.
- Individuo: describen los eventos relacionados al equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: cumplimiento de funciones por el personal a cargo del paciente.
- Equipo de trabajo: relaciona a todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen al error. Los casos más frecuentes se relacionan a falta o deficiencia en la comunicación efectiva entre el personal
- Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Es un factor más asociado a la infraestructura.
- Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error.

- Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Es un factor más relacionado a los procesos institucionales de prestación de servicios o normatividad relacionada.

INCIDENTE: se define de forma general incidente como un evento o circunstancia que ocurre en la atención clínica de un paciente sin generarle daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención (5). Son casos que merecen seguimiento en el ámbito de evitar un evento adverso a futuro si no se revisan de forma adecuada.

AMFE: Siglas que definen el Análisis de Modo y efecto de falla (6).

PERSONAL DE ENFERMERIA: Según el concepto de la Asociación Española de enfermería en Cardiología. “Son los funcionarios que laboran en o para una organización que proporciona cuidados de enfermería en instituciones u organismos basados en conocimientos científicos”. Para efectos de nuestra revisión personal de enfermería auxiliar y profesional encargados de los cuidados del paciente.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta monografía se realizó una revisión documental de la normativa colombiana acerca de seguridad del paciente, además de literatura científica utilizando palabras clave como cultura de seguridad del paciente, personal de enfermería, evento adverso, sucesos de seguridad del paciente, incidente.

Se revisaron los documentos anteriormente mencionados y se extrajo lo relevante a cultura de seguridad del paciente y seguridad del paciente, la literatura científica sobre cultura de seguridad del paciente aun es escasa, por lo tanto esta monografía se enfocó en las estrategias propuestas por la ley colombiana.

RESULTADOS

En la normativa Colombiana se sustentan los procesos de seguridad del paciente:

Nuestra Constitución Nacional promulgada en el año 1991 define los preceptos constitucionales de nuestra nación, siendo parte de su componente sustantivo, el derecho a la salud. (32)

El Artículo numero 48 nos define sobre el tema que: “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 Artículo numero 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”. (32)

Ley 100 de 1993 (Libro Segundo)

Posteriormente mediante la ley 100 del año 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SGSSS), siendo una reforma estructural para el sector de servicios de salud de la época. En ella, se define la seguridad social como: “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” (Congreso de Colombia, 1993). (7)

Es la ley 100 el modelo de atención que rige a nuestra nación, en el ámbito de la seguridad social integral, buscando los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. En este contexto se debe velar por un acceso equitativo y gradual a los servicios de salud con igual calidad para todos los habitantes de nuestro país sin tener en cuenta su capacidad de pago (artículo 153). Igual propugna por los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. Entre los fundamentos se asegura la protección integral que significa incluir a toda la población en las fases de educación, información y fomento de la salud y de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (7)

Recordemos que en este artículo 153 fundamenta la calidad como rectora del sistema: “Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas

ante las entidades de vigilancia”. El ministerio de Salud dentro de sus funciones debe expedir las normas científicas que regulan la calidad de los servicios de salud, controlando los factores de riesgo de obligatorio cumplimiento para todas las entidades promotoras de salud y por entidades prestadoras de servicios de salud. En este contexto también se articula el control y evaluación sistemática de los procedimientos de atención integral, eficiente y oportuna de las IPS mediante procedimientos instaurados desde el gobierno nacional o las mismas EPS, que permita promover su mejoramiento. (Artículos 178 y 180, también artículo 186 sistema de acreditación). (7)

Se instaura en el artículo 173 la formulación y adopción de forma coordinada de las políticas, estrategias, programas y proyectos para el sistema general de seguridad social en salud, que enfoca la actitud gubernamental hacia la garantía de seguridad del paciente. En el artículo 182 se define la unidad de pago por capitación la cual: “se estable en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería”, recordándonos los principios rectores y fundamentos de la ley 100. En el artículo 184 igualmente se contemplan incentivos a la oferta de servicios, en medio de la calidad y eficiencia de los servicios de salud. (7)

El articulado continúa describiendo en el capítulo II a las instituciones prestadoras de servicios de salud, recalcando igualmente este componente de calidad del servicio que redundará en la seguridad de los pacientes. El artículo 185 las define con los principios básicos de la calidad y eficiencia con las prohibiciones para que el mercado se perjudique en su prestación y libre competencia. (7)

En el capítulo IV del articulado el ministerio de salud organizara las normas de calidad y satisfacción del usuario que estime necesario para permitir sistemas homogéneos de registros y análisis que permitan la evaluación periódica de los distintos actores del sistema (EPS e IPS), con esto permite a las entidades rectoras y las encargadas de realizar inspección, vigilancia y control del sistema tomar los correctivos o decisiones necesarios según sus competencias. (7)

Es la ley 100 la base normativa de nuestro sistema de seguridad social en salud, y desde el año de su publicación la calidad y eficiencia se encontraba descrito en su articulado permitiendo ser el orden de partida, que junto con la carta magna dan sentido al derecho a la salud de todos los colombianos en un contexto que lleva implícito la aplicación de políticas, procedimientos y procesos en seguridad del paciente para la mejora de la prestación de servicios de salud en toda la nación. (7)

Resolución Numero 4445 De 1996

En esta resolución se dictan las normas referentes al cumplimiento de las condiciones sanitarias a las que se deben someter los establecimientos hospitalarios en la nación, siendo fundamental su articulado en el contexto de seguridad del paciente ya que determina los estándares de manejo de infraestructura para la construcción de instalaciones de servicios de salud y como se debe diseñar los suministros de agua, evacuación de residuos(sólidos, líquidos) , disposición de unidades sanitarias, unidades de aseo, condiciones generales de pisos, cielo rasos, techos y paredes o muros. Igualmente aspectos relacionados a los accesos, áreas de circulación, salidas y señalización fundamentales para la accesibilidad en las instituciones de salud. (8)

Define características del área asistencial, de los servicios ambulatorios, de los servicios de apoyo a las actividades de diagnóstico y tratamiento, de los servicios quirúrgicos – obstétricos y de los servicios de hospitalización dentro de las instituciones prestadoras de salud. De la misma forma da disposiciones sobre las áreas generales, incluyendo servicio de cocina, lavandería, almacén y mantenimiento. Todas estas medidas son de vital importancia en el proceso de atención de una IPS y son parte efectiva del proceso de seguridad del paciente en el componente de infraestructura. (8)

Decreto 2174 de 1996

En el presente decreto se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dando disposiciones que permitan garantizar la calidad de la atención en salud en nuestra nación, basándose en los principios de la accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica. (9)

En estricto español es la primera norma que indica la característica de la seguridad en la atención en salud en nuestra nación. El artículo número 3 agrega además “La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida”. (9)

Este decreto permite como dicta su artículo 5 “garantizar los parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud”, propiciando un plan nacional de mejoramiento de la calidad que permita la promoción de la cultura de calidad, la competencia sana entre los actores, estimulando el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad y estableciendo procesos de auditoría médica que permita la evaluación sistemática de la atención en salud. (9)

Resolución 0741 de 1997

“Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud”. Es una resolución emanada del ministerio de salud en la cual se insta a las instituciones a establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios y trabajadores. En este orden de ideas el espíritu de la resolución se encamina a establecer las medidas mínimas que deben adoptar las instituciones y demás actores tendientes a dar seguridad a sus usuarios. Se incluyen procedimientos en referencia y contra referencia, sala de partos y recién nacidos, visitantes, egreso de pacientes y fallecimientos. (10)

Ley 872 De 2003

Decreto emanado del congreso de Colombia en el cual se crea el sistema de gestión de la calidad de las entidades del Estado, incluyendo a todas aquellas que conforman el sistema de seguridad

social integral de acuerdo con lo promulgado en la ley 100 del año 1993. Indica el artículo 3 de la presente ley “El Sistema se desarrollará de manera integral, intrínseca, confiable, económica, técnica y particular en cada organización, y será de obligatorio cumplimiento por parte de todos los funcionarios de la respectiva entidad y así garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios.” (11)

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente- OMS Octubre 2004

Puesta en marcha en octubre de 2004, por el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), su propósito es “coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo”. Su creación coloca en primer orden mundial la seguridad del paciente en todas las entidades de salud, siendo de vital importancia debido a que de esta política se desprenden muchas de las intervenciones en seguridad del paciente que en el momento se están desarrollando, permitiendo homogeneizar los estándares de calidad en la atención en salud alrededor del planeta sin distintivos en el nivel de desarrollo de los países. La alianza se convierte en un motor que promueve la investigación en pro de una atención más segura buscando la reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes en todos los estados miembros de la OMS. (12)

Decreto 2309 de 2002:

El presente decreto actualizo a la fecha de su expedición la organización del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Compuesto por el sistema único de habilitación, la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad enmarcado en la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. En términos generales esta ley define “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” (artículo 5). (13)

Nuestro sistema actual de habilitación y acreditación tiene su marco normativo en este decreto, que permitió dar los estándares mínimos para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de salud e indicar el camino para avanzar a condiciones de atención con calidad y eficiencia, siendo el soporte de la Atención segura a los usuarios. (13)

Ley 911 de 2004

En ella se dictan las disposiciones que rigen la enfermería en nuestra Colombia, adicionan normatividad de carácter disciplinario. Es un documento en el cual quedan sustentado de forma normativa los principios y valores éticos por los cuales se rige esta profesión, aunado al acto de cuidado del personal de enfermería, sus características y fundamentación. En la misma se describen condiciones que permiten su ejercicio donde se encuentra la calidad como eje

fundamental. En la ley 266 de 2006 la cual reglamente el ejercicio de la enfermería donde se define la calidad como principio de la práctica profesional. Igualmente se encuentra el marco normativo de los programas de auxiliares de enfermería que propende por la calidad de los mismos (decreto 3616 de 2005)

Decreto 1011 de 2006 SOGCS

Por medio del cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud (SOGCS) del sistema general de seguridad social en salud, se define los términos de importancia para la implantación del mismo, adiciona las acciones que desempeña el SOGCS, define los componentes del mismo, las entidades responsables de su funcionamiento. Igualmente describe la normatividad para cada uno de los componentes. La resolución 2181 de 2008 aporta además la guía aplicativa del SOGCS para instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público. (14)

Documento Conpes 3446 de 30 octubre 2006

El consejo nacional de política económica y social (Conpes) de nuestra nación instauro en el año 2006 los lineamientos para una política nacional de calidad en Colombia. Este documento compendia los componentes del sistema nacional de calidad, en sus aspectos técnicos, normalización, acreditación, designación, evaluación de la conformidad y metrología. (15)

Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043/2006)

Todo el anexo técnico que resume los procedimientos de habilitación en un manual único se encuentran en esta resolución, que orienta la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Adicionalmente la resolución pretende garantizar la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC). Esta resolución fue el primer acercamiento para lograr estandarizar las condiciones de habilitación, fue derogada y sustituida por la resolución 1441 de 2013. (16)

Resolución N° 1446 de 2006

En esta resolución del ministerio de la protección social, define el sistema de información para la calidad y adopta los indicadores de monitoría del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Además adopta los niveles de operación del sistema de información para la calidad. (17)

Resolución 1448 de 2006 (Telemedicina)

El ministerio de la protección social define en esta resolución las condiciones de habilitación para las instituciones que prestan servicios bajo la modalidad de telemedicina. (18)

Resolución 1315 de 2006 (CAD)

El ministerio de la protección social define en esta resolución las condiciones de habilitación para los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia. (19)

Resolución 2680 de 2007 (Modifica parcialmente 1043) y A.T

En esta resolución se realizan modificaciones a la resolución 1043 de 2016 en aspectos relacionados con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y otras disposiciones que se debe cumplir para la habilitación de instituciones prestadoras de salud. (20)

Resolución 3061 de 2010 (Renovación de SUH)

En su corto articulado define modificaciones para el procedimiento de renovación de la habilitación de prestadores de servicios de salud. La resolución 2242 de 2011 amplía el termino de habilitación renovada a dos años. (21)

Sistema Único de Acreditación. Resolución 1445 de 2006

En la presente resolución se define la normatividad que permite evaluar los procesos de acreditación de las entidades administradoras de plantas de beneficios, laboratorios clínicos, instituciones que ofrecen servicios de imagenología, instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación y manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. (22)

Resolución 2003 de 2014

En la actualidad esta es la norma que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Adopta, además, el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud respectivo. Los estándares evaluados en la presente resolución aportan a la seguridad del paciente en sus distintos aspectos que van desde la infraestructura de la IPS hasta los procesos de contratación de personal, incluyendo los relacionados a los distintos servicios y de adherencia a guías y protocolos de manejo. Como su nombre indica son referentes mínimos para el funcionamiento de las entidades homogéneas a todas las instituciones a que aplica a nivel nacional. (23)

Igualmente debemos mencionar el marco internacional de recomendaciones que permitieron dar un empuje en el proceso de seguridad del paciente a nivel mundial. Es en el año 2007, la Joint Commission International (JCI) quien define las llamadas metas internacionales de seguridad del paciente, sobre las cuales se debe incentivar e implementar estrategias que permitan mejorar el clima de seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias alrededor del mundo.

PRIMERA META: Correcta identificación a los pacientes

SEGUNDA META: Mejoramiento de comunicación efectiva entre profesionales (órdenes verbales y/o telefónicas)

TERCERA META: Mejoramiento en la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

CUARTA META: Avalar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

QUINTA META: Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención médica (lavado de manos)

SEXTA META: Reducir el riesgo a caídas

De acuerdo con esto Román León afirma que existen diez aspectos para evaluar la seguridad del paciente:

1. Identificación correcta de los pacientes.
2. Comunicación asertiva.
3. Manejo de los cinco correctos en medicamentos, que incluyen: paciente, medicamento, vía de administración, dosis de administración y rapidez (velocidad de administración).
4. Cirugía, sitio quirúrgico, momento correcto.
5. Evitar caídas de los pacientes.
6. Utilización de guías y protocolos.
7. Evitar infecciones asociadas a la atención en salud.
8. Clima de seguridad.
9. Factores humanos.
10. Participación del paciente en la toma de decisiones.

En un estudio realizado en Brasil mediante entrevistas en los trabajadores de enfermería de la unidad de Pediatría de un hospital público encontraron dos categorías temáticas para establecer las estrategias desde la opinión del personal asistencial para un cambio en la cultura de seguridad del paciente denominadas: construcción de cultura de seguridad del paciente y educación para la seguridad del paciente. Estas categorías abordan la importancia del error como fuente de enseñanza, el trabajo en equipo, transformación a un modelo de atención guiado por la

integridad, la formación continua y cambios curriculares en cursos de formación para profesionales de la salud.

Los participantes en el estudio destacaron el reconocimiento y la identificación de errores como un paso importante para el proceso de una cultura de seguridad en las unidades de hospitalización pediátrica.

La comunicación de errores y su notificación se consideran actitudes positivas e importantes para el fomento de una cultura de seguridad. Como los eventos adversos se registran, habrá más posibilidades de corregir e impedir su recurrencia. Por tanto, es imperativo que la presencia de una cultura no punitiva en la que se aplica un enfoque sistémico al error.

Entendiendo esto, una estrategia para el avance de la seguridad del paciente hace indispensable promover una buena relación y cooperación en el equipo, con unidad, respeto y motivación. Por lo tanto, el trabajo en equipo es un requerimiento previo para la seguridad del paciente, en este sentido se concibe el error como algo colectivo y esto es un avance en el cambio hacia la cultura de seguridad del paciente.

Desde la categoría de educación para la seguridad del paciente, los profesionales encuestados proponen estrategias tales como la formación en servicio y la educación permanente en salud, además de un cambio en los currículos de formación de pregrado de los profesionales donde se forme sobre cultura de seguridad del paciente. La formación en servicio debe realizarse por capacitaciones a través de conferencias, cursos teóricos y clases que son posibilidades educativas sugeridas por los encuestados para presentar el tema de la seguridad del paciente. (24)

Como parte de las estrategias comunicadas por la organización mundial de la salud, y con el propósito de fomentar la higiene de manos dentro de los procesos de seguridad del paciente, se realizó un estudio de seguimiento con evaluación directa de los profesionales que permitiera lograr resultados óptimos en el tiempo en la reducción de infecciones especialmente por *Staphylococcus aureus* meticilino – resistente (SAMR)

En la comunidad europea existe desde el año 2012 un proyecto para fomentar el desarrollo de la calidad y seguridad en los pacientes de sus países miembros; España desde años previos ha fomentado la higiene de manos como planes de acción que impacten en estos aspectos de los procesos asistenciales.

Los procesos de estrategia multimodal han sido comunicados e impartidos por la Organización mundial de la salud (OMS) por sus resultados visibles en los procesos de seguridad del paciente que se relacionan a la higiene de manos. En la evaluación de ellos se ha generado la llamada estrategia 3/3 que se fundamenta en la evaluación directa de los profesionales, durante 3 días a la semana cada 3 semanas, ofreciendo un reforzamiento en la cumplimiento del proceso, que redunde en resultados positivos, los cuales han llevado a fomentarla de forma global por el organismo mundial. Este plan de acción tiene un componente general, un modelo de cambio en

el sistema, procesos en formación y aprendizaje y al final una evaluación y retroalimentación al personal y la organización.

Al cumplir la estrategia multimodal se lograron resultados visibles en la adherencia a los procesos, se utilizaron estrategias de formación del talento humano directa y on-line. Sesiones que incluyeron a personal asistencial y no asistencial, con proceso teórico prácticos basados en lineamientos de la OMS. Igualmente información visual mediante folletos y carteleras en las distintas áreas y unidades del hospital como recordatorios de los mismos.

Los procesos observacionales evidenciaban de forma inmediata el resultado, y realizaban la retroalimentación en los casos fallidos del personal evaluado, sin tener ningún carácter punitivo.

Todos estos procesos engranan en la monitorización de indicadores de calidad de las instituciones asistenciales, fomentan un clima institucional de seguridad donde se debe empoderar a pacientes y familiares. Uno de los indicadores es la evolución del consumo de preparados de base alcohólica de forma general en la institución, donde debe aumentar el mismo si la intervención multimodal es efectiva. En este estudio se observó un aumento del consumo durante la intervención realizada de 24,8 ml/pacientes-día a 42,5 ml/pacientes-día, pero al finalizar documentan una disminución de consumo de 42,5 ml/pacientes-día a 30,4 ml pacientes-día. Claramente denotando que los procesos evaluativos deben ser permanentes y constantes para mantenerse en el tiempo, sin perder el espíritu de la estrategia.

En los porcentajes de adherencia existió una gran variabilidad durante el tiempo del estudio con un promedio general del 54.4%. El resultado más importante en este estudio, estuvo en el impacto en la incidencia de infección por SAMR, en el cual se observó una disminución de 13,4 pacientes con infección por 10.000 pacientes-día a 5,7 pacientes con infección por 10000 pacientes-día en el último trimestre del año de seguimiento.

En conclusión los procesos que lleven a medir la adherencia con retroalimentación inmediata del proceso de higiene de manos en instituciones de salud, deben crear una cultura de seguridad del paciente, enmarcada en el cambio de actitud conductual de los elementos que hacen parte del proceso, logrando con esto, efectos perdurables en el tiempo y no momentáneos, que los generados más por la inmediatez de las observaciones. Las estrategias y actividades que redunden en una menor tasa de infecciones nosocomiales es el objetivo principal, muchas de ellas actuando al tiempo pueden lograr el resultado esperado, un clima seguro para los pacientes ingresados a unidades de hospitalización de cualquier centro de salud donde se repliquen estos modelos. (25)

A continuación, revisaremos la política de seguridad del paciente, que incluye un modelo en el cual se hace hincapié en una guía de buenas prácticas que permite a las instituciones disminuir riesgos y ocurrencia de eventos adversos. Desde el año 2008, el ministerio de salud se encuentra desarrollando esta política y ha implementado diferentes estrategias muchas de ellas convergen en los llamados paquetes instruccionales que permiten según el área, un proceso de

comunicación y enseñanza. El método elegido para este modelo es desarrollado mediante el análisis de problemas (APB Aprendizaje basado en problemas), lo cual permite con casos puntuales valorar la multifactoriedad que se presenta en los mismos, y con el proceso de estudio promover el conocimiento y estructurar planes de acción ante los mismos.

La resolución 2003 de 2014, obliga a las instituciones prestadoras de servicios de salud a contar con una política de seguridad del paciente la cual debe estar creada, socializada e implementada con los colaboradores asistenciales, guiadas desde la alta gerencia institucional, además de un programa de Seguridad del paciente donde se evidencie el control y gestión del riesgo de la ocurrencia de sucesos de seguridad, como condición del proceso de habilitación.

Dentro de los paquetes instruccionales anteriormente mencionados se documentan los ejes conductores para el desarrollo efectivo del programa de seguridad del paciente, y en ellos se destacan los siguientes:

1. Apoyo de la alta dirección.

En cabeza de la alta gerencia de las instituciones se encuentra la dirección de estas políticas, procesos y procedimientos que permitan hábilmente concretar un resultado en el proceso de seguridad del paciente. Muchos representantes de las instituciones de salud en Colombia, dirigen sus acciones a actividades que generan unos ingresos operacionales y por ende ganancias, el problema radica en que se ofrecen servicios de salud en condiciones debajo de los estándares de calidad, lo cual produce un riesgo latente e inevitable que fomenta la ocurrencia de eventos adversos.

El apoyo de la alta dirección es fundamental en la seguridad del paciente, para esto se requiere que concientice de que es necesario conformar un programa de seguridad con personal idóneo, entrenado y con capacidad resolutiva, que genere confianza en los colaboradores y permita tomar las decisiones de fondo ante los problemas encontrados. La seguridad del paciente debe ser una prioridad gerencial, y se debe presupuestar sus actividades.

2. Análisis y gestión de riesgos.

Cuando hablamos de la identificación de los riesgos en nuestras instituciones, realizamos una intervención directa para la disminución de la ocurrencia de sucesos de seguridad, permite identificar oportunidades de mejora de manera oportuna, y emprender acciones para realizar intervenciones específicas en todos los factores involucrados y afianzar en el grupo de colaboradores el compromiso y responsabilidad en sus actividades.

El referente o líder del programa de seguridad del paciente será el encargado de realizar dicha gestión del riesgo. Una de las herramientas que nos sugiere el ministerio dentro de sus paquetes instruccionales es el AMFE (Análisis de Modo, Falla y Efecto), y lo define como una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla.

Este proceso metodológico que describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Evalúa la severidad y los controles actuales del proceso. Es un esfuerzo organizado, estructurado y realista que permite advertirnos antes de la ocurrencia de un evento.

En los paquetes instruccionales se habla del término definir privilegios o credenciales, es un tercer punto que tácitamente indicaremos en este párrafo, el cual está direccionado a la alta gerencia y permite que los profesionales de la salud sean ubicados en el sitio adecuado donde sus habilidades y desempeño sean más competentes. Es contar con el recurso capacitado en el sitio adecuado, muchas veces en áreas quirúrgicas no se cuenta con personal realmente entrenado y esto aumenta el riesgo.

3. Adherencia a guías de práctica clínica.

Es claro que un personal entrenado, que no improvise, reduce la calidad de los servicios prestados y aumenta el riesgo. Para ello todas las instituciones deben implementar guías y/o protocolos de cada uno de los procesos de atención que se generen con el fin de estandarizar las acciones a realizar en cada uno de los momentos críticos de la atención en salud, en estos documentos se encuentra la información necesaria que permite la toma de decisiones oportunas y efectivas para las intervenciones en salud.

La elaboración de estas guías y/o protocolos reduce la variabilidad en intervenciones y tratamientos médicos, con lo cual se mejora la calidad de la atención y así mismo se reduce la probabilidad de que se presente un evento adverso; Sin embargo no es suficiente con su elaboración, el personal colaborador en las instituciones debe conocer y ejecutar cada uno de los procesos que lleve a cabo de acuerdo a las actividades que se describan en dichos documentos.

La Gerencia debe garantizar la facilidad de consulta de sus guías y/o protocolos y verificar que todo el personal las conozca y tenga adherencia a las mismas.

El ministerio de salud en este aspecto ha formalizado muchas guías de práctica médica, como soporte a las más frecuentes o relevantes patologías, según perfiles epidemiológicos nacionales. Existe en la normatividad procesos prioritarios del área de enfermería que permiten desarrollar procesos seguros, los cuales deben contar con respectivas socializaciones, adherencia y seguimiento cronológico.

4. Educación en Seguridad del paciente.

El educar, formar al personal para desarrollar habilidades y capacidades, permitiendo transmitir conocimientos entre los mismos, y más en el tema de seguridad del paciente, es un propósito a largo plazo, que requiere constancia y perseverancia, más un cambio de visión que parte desde la alta gerencia y directivos. En el caso de enfermería va arraigado a las raíces de su profesión, a la necesidad del cuidado del sujeto o paciente y a

las habilidades adquiridas durante su formación, las cuales se basan en la calidad de entrenamiento al que fue sometido el profesional durante su fase académica.

Algunas actividades recomendadas que se pueden implementar para lograrlo son:

- ✓ Las sesiones breves de seguridad. Se definen como aquellos momentos en los cuales un líder del equipo o un colaborador con conocimiento proporciona información relevante de un aspecto de seguridad del paciente, haciéndolo de forma regular o reiterada permite generar procesos formativos y adherencia a las indicaciones. En el caso de enfermería, se puede aprovechar el momento de entrega formal de turno para dar información de los cinco momentos del lavado de manos, o el proceso de identificación correcta del paciente, o la comunicación asertiva del equipo de salud.
- ✓ Folletos. El realizar este tipo de documentos informativos de un aspecto específico de la atención, afianzan los procesos, procedimientos o prácticas seguras. Deben ser bien diagramados, fáciles de leer, y apoyados en otro tipo de estrategias que permitan ahondar desde distintas fuentes en el tema específico (carteleros, lista de chequeo, uso de recursos tecnológicos o comunicacionales)

5. Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente.

Todas las actividades que se realicen desde el programa de Seguridad del Paciente deben estar dirigidas al cumplimiento de las metas planteadas por la Joint Commission International (JCI), ver descripción realizada anteriormente en este mismo documento.

Además, se debe insistir en la importancia de la intervención potencial de procesos como son: la cirugía segura, la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, la administración segura de medicamentos, y la reducción de la frecuencia de caídas, que son los sucesos de seguridad, muchos de ellos evitables, que se presentan con frecuencia en las instituciones de salud. Muchas de las estrategias deben también orientarse con adecuada infraestructura en las instituciones, información detallada y conocimiento de los procesos, listas de chequeo para las rutas críticas, intervenir en los procesos relevantes (escalas de riesgo de caídas) o estadísticamente significativos (lavado de manos), etc.

6. Implementación de las metas globales de seguridad del paciente.

Se reitera desde el ministerio de salud la necesidad de trabajar en la búsqueda de estas metas de seguridad, desarrollar todas las estrategias necesarias para generar cultura en los procesos críticos. Muchas de estas estrategias requieren perseverar y persistir en la intención de lograr la mejor respuesta de colaboración por parte del personal, una identificación correcta del paciente requiere adecuada comunicación con el mismo, estandarizar métodos (letrero, manilla, etc.), socialización y adherencia de los mismos y recordatorios frecuentes sobre el

desarrollo de cada uno de estos pasos. En el caso de administración de medicamentos, es claro los 5 correctos, para ello se debe fomentar en el personal de enfermería el recordarlos, para ello los folletos, las listas de chequeo, los recursos tecnológicos permiten pasar de ser mecanicistas en la actividad a una cultura propia de administración correcta de medicamentos. Como se ha demostrado en muchos estudios el adecuado proceso de lavado de manos, estadísticamente confiere un factor de control de riesgo de infecciones asociadas a cuidados de la salud, para ello las campañas del equipo de seguridad del paciente deben ser frecuentes y multifactoriales tal como lo recomienda la OMS en sus instructivos relacionados. En el caso de disminuir las caídas de los pacientes es un proceso que requiere una completa y adecuada infraestructura, con señalización acorde y suficiente para todos los pacientes, más el interés de todos los colaboradores, la familia y el paciente que permitan ir mas allá de una clasificación de riesgo a impactar benéficamente durante su estancia hospitalaria.

7. Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad.

Con la certeza de que un paciente que colabora con el cuidado de su salud, es un paciente que participa en la prevención de eventos adversos, la institución debe incluir en el cuidado a sus familiares y/o acompañantes de sus estancias hospitalarias, además que estos últimos ayudan a disminuir cargas al personal de salud, la institución debe motivar a los cuidadores que comuniquen y pregunten sobre el estado de salud de su paciente, así como los medicamentos y procedimientos que deban ser realizados, de la necesidad del apoyo del personal de enfermería, de hacer uso del timbre de llamado, del acompañamiento de ser posible; o el apoyo al acompañamiento que realice el personal de salud en caso de algún traslado.

Para reforzar este tipo de educación, la gerencia puede implementar estrategias, en este caso como son, los folletos ilustrativos del papel que desempeña el familiar según el ámbito clínico en el cual se encuentre el paciente, que es pertinente y que no, y en caso de evidenciar algún síntoma específico avisar inmediatamente al equipo de salud.

En este proceso de permitir al paciente y acompañante estar inmersos en este proceso de seguridad, se promueve las medidas de cuidado propio o autocuidado, cuando se realicen rondas de seguridad. En ellas también se puede preguntar al paciente y su acompañante sobre su parecer con respecto a la seguridad de su atención y sobre qué aspectos se puede mejorar, cambiar, para reducir los riesgos en su atención. Para un equipo de seguridad al paciente es fundamental conocer del paciente y su familiar que situaciones buenas, malas o por mejorar al realizar procesos como traslado al baño, aplicación de medicamentos, traslado a exámenes o procedimientos, atención del personal de enfermería en procesos de baño en cama, cambios de posición, manejo de sondas o catéteres, calidad de información suministrada, consentimientos de procedimientos, arreglo de la unidad, etcétera.

8. Mecanismos de reporte de eventos adversos.

Uno de los pilares fundamentales para desarrollar planes de mejoramiento tendientes a disminuir riesgos en la atención en salud, depende de la cultura del reporte de eventos adversos, este proceso es pieza importante del andamiaje del programa de seguridad del paciente. El adecuado abordaje de los eventos adversos reportados es una herramienta útil en evidenciar y corregir las fallas que se documenten.

Existe un subregistro de reportes adversos que ha sido estudiado en múltiples publicaciones. Existen barreras, para lograr el compromiso de los colaboradores en el reporte, sea por tiempo, por miedo a represalias de orden laboral o jurídico, falta de interés en el diligenciamiento de los documentos requeridos, o simplemente olvido o considerar el caso superficial que no merece ser reportado.

La estrategia debe ser encaminada a fomentar el reporte de los eventos adversos mediante mecanismos rápidos, idóneos, expeditos que permitan su análisis y realizar el plan de mejoramiento respectivo. Se recomienda deban cumplir estos reportes de incidentes, complicaciones y eventos adversos, con las siguientes especificaciones:

- Promover el reporte voluntario (autoreporte)

 - Debe ser anónimo

 - Muchas instituciones manejan una línea telefónica, otras usan formatos en físico con buzones de reporte ubicados estratégicamente en la institución, otras tienen accesos a direcciones electrónicas que permitan reportar desde el sitio de trabajo. La idea es promover confidencialidad, garantizar se realice el reporte real y oportuno.

 - Promover reporte de eventos adversos y también de incidentes

 - Debe tener un análisis del reporte; con sus respectivas acciones de mejora.

 - Promover un énfasis educativo y no punitivo.

 - Implementación de equipos de respuesta rápida.

Cada una de las anteriores son herramientas para la construcción de cultura de seguridad. Crear cultura organizacional no es algo de lo cual se obtienen resultados en poco tiempo, debido fundamentalmente a que, se trata de que los individuos adopten comportamientos encaminados a un solo fin, en este caso, la seguridad.

Por lo anterior, si los colaboradores de una organización encaminan estas estrategias y características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, no se puede obtener un resultado final diferente al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes.

DISCUSION

La presente monografía realiza una visión corta histórica del proceso de seguridad del paciente, con una revisión normativa relacionando las políticas, las buenas prácticas y la documentación nacional e internacional que encierra las estrategias más efectivas que generen cultura de seguridad del paciente.

El proceso de identificar a la seguridad del paciente como un elemento vital de la atención médica comenzó con descripciones aisladas de eventos adversos ocurridos en instituciones de salud de países desarrollados, solo años después se desarrollaron estrategias reales, incentivadas por la Organización Mundial de la Salud que permitieron darle celeridad a la intención de disminuir las prácticas inseguras, generar una cultura en el personal de salud y fomentar la atención segura de nuestros pacientes. Nuestro país desarrolla desde hace varios años la inclusión de estas medidas dentro de la normatividad vigente, aplicable a las instituciones prestadoras de salud, que parecen suficientes para el objetivo principal que es generar en los trabajadores de la salud una concientización y apropiación de la necesidad de dar calidad en atención en salud, y bajo esta perspectiva propender por la seguridad del paciente. La calidad en salud es el motor normativo del que parte este proceso de atención segura, y busca a futuro el fomento de la cultura de seguridad en nuestras instituciones. Las instituciones tienen de por sí obligatoriedad de generar mecanismos para cumplir con los procesos de calidad, ya que cada vez el mejoramiento de la misma es estándar de eficiencia en el sector salud y de primacía en el mismo. Es en este orden ideas, el compromiso con la seguridad del paciente además de partir de una normatividad existente depende de la responsabilidad de las instituciones prestadoras de salud con sus pacientes, no cabe que una atención de salud sin ser segura.

Igualmente existen instituciones del estado que realizan inspección, vigilancia y control, de las cuales la superintendencia de salud realiza el trabajo principal y es junto a los entes departamentales y locales de salud verificadores de las condiciones en que se prestan los servicios de salud, permiten el equilibrio de este modelo de atención vigente, y propugnan por la mejor atención posible que se pueda prestar en términos de eficacia y eficiencia a los pacientes.

Desde nuestra experiencia personal como profesionales de la salud, ha sido evidente la implementación de las estrategias de seguridad del paciente, ya que desde el momento en que se da un esfuerzo por lograr calidad en atención en salud, incluyendo en el modelo la seguridad del paciente se ha notado un viraje en las instituciones de salud, habilitadas o acreditadas por

incentivar estrategias en atención en salud, lo que indica que se han realizado procesos en búsqueda de que los colaboradores, trabajadores o empleados se apropien de esta política nacional. Muchas de las estrategias ya están incluidas en la normatividad y las instituciones desarrollan su implementación, seguimiento y adherencia. Entre ellas resaltamos la atención segura en salas de cirugía, el lavado de manos, la reducción de infecciones asociadas a cuidados de la salud, la adherencia a guías de atención, los procesos de atención primaria, reanimación y estabilización de pacientes, etcétera.

Las fallas se notan más en el personal, que conoce de las estrategias pero no se apropian de las mismas, o lo hacen ante la mirada del grupo de seguimiento instaurado para cada proceso. La desmotivación que se observa en el personal tiene varias fuentes, desde el grupo de especialistas que observan estas medidas con baja importancia o irrelevantes para su trabajo, del cual ellos cumplen métodos y procesos básicos, sin ir más allá. El personal de enfermería, con alta rotación, alta carga laboral no trabaja engrando con los elementos del proceso (especialistas, médicos generales, personal administrativo y pacientes), cumplen estándares de atención sin en muchas ocasiones darle la relevancia que ellos tienen o el sentido de pertenencia con la institución.

Cuando se refuerzan estrategias de seguridad del paciente, sea de forma visual (lista de chequeo), evaluaciones de adherencia, implementación de nuevos procesos o políticas, retroalimentaciones individuales, revisión de análisis de eventos adversos, se debe contar con herramientas que permitan modificar las malas prácticas, no lo punitivo, pero si medidas creativas que estimulen al personal reforzar en su grupo una atención segura. Darles importancia a todos los elementos y estándares de atención, con retroalimentación positiva al personal que cumple, con estímulos para ello. No nos quedemos en culturas negativas de persuasión, la alta gerencia debe reconocer los buenos colaboradores para que se conviertan en replicadores de las medidas y de esa manera corrijan a sus pares en las tareas diarias.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La seguridad del paciente es un proceso prioritario dentro de nuestras instituciones de salud, impulsar las estrategias para la adopción de la cultura de seguridad del paciente se convierte en el reto de las instituciones y de los profesionales, desde la Organización Mundial de la Salud se han dado lineamientos para de seguridad del paciente que nuestro país ha ido adoptando poco a poco, hasta desarrollar políticas y leyes de obligatorio cumplimiento en las instituciones de salud.

Si bien las estrategias han sido suficientes para adoptar la política de seguridad del pacientes, no es una tarea sencilla de mantener, es por ello que cada vez se debe lleva un proceso activo para la evaluación y mejoramiento continuo de cada uno de los lineamientos que se proponen.

Finalmente se recomienda incentivar a las instituciones a continuar con los programas de seguridad del paciente y llevar procesos de evaluación aún más rigurosos no solo con el personal de enfermería sino con todo el personal de salud que se involucra en la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Protección Social. [Seguridad del paciente]. Política de seguridad del paciente. Consultado 27 de enero de 2018 en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
2. Gama, Z. A. D. S., Oliveira, A. C. D. S., & Hernández, P. J. S. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. saúde pública*, 29(2), 283-293.
3. Ministerio de Protección Social. Guía Técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud. Marzo 4 de 2010
4. Castañeda-Hidalgo, H., Garza Hernández, R., González Salinas, J. F., Pineda Zúñiga, M., Acevedo Porras, G., & Aguilera Pérez, A. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 77-88.
5. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.
6. Taylor-Adams, S., & Vincent, C. (2004). Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clinical Risk*, 10(6), 211-220.
7. Ley 100 De 1993. Diciembre 23 De 1993. Diario Oficial No. 41.148.
8. Resolución Numero 4445 De 1996
9. Decreto 2174 De 1996. Diciembre 3 de 1996. Diario Oficial No. 42.931
10. Resolución 0741 De 1997
11. Ley 872 De 2003
12. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente- OMS Octubre 2004
13. Decreto N° 2309 de 2002
14. Decreto 1011/2006 (3 Abril 2006) SOGCS
15. Conpes 3446 de 30 octubre 2006
16. Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043/2006)
17. Resolución N° 1446 de 2006
18. Resolución 1448 de 2006 (Telemedicina)
19. Resolución 1315 de 2006 (CAD)
20. Resolución 2680 de 2007 (Modifica parcialmente 1043) y A.T
21. Resolución 3061 de 2010 (Renovación de SUH)
22. Sistema Único de Acreditación. Resolución 1445 de 2006
23. Resolución 2003 de 2014
24. Wegner, W., Cruz da Silva, S., Cantarelli Kantorski, K. J., Maier Predebon, C., Otero Sanches, M., & Neri Rubim Pedro, E. (2016). Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3).
25. Fariñas-Alvarez, C., Portal-María, T., Flor-Morales, V., Aja-Herrero, A., Fabo-Navarro, M., Lanza-Marín, S. & Ballesteros-Sanz, M. A. (2017). Estrategia multimodal para la mejora de la adherencia a la higiene de manos en un hospital universitario. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(1), 50-56.

26. Barbosa, W. G. J., & Villalba, A. C. P. (2017). Conocimiento del personal de salud de una clínica en Bogotá acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 15(2), 15-29.
27. Caldana, G., Guirardello, E. D. B., Urbanetto, J. D. S., Peterlini, M. A. S., & Gabriel, C. S. (2015). Brazilian network for nursing and patient safety: challenges and perspectives. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(3), 906-911.
28. Ramírez, O. J. G., Gámez, A. S., Gutiérrez, A. A., Salamanca, J. G., Vega, A. G., & Galeano, É. M. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en enfermería*, 29(2), 363.
29. Jiménez Esguerra, N. C. Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública.
30. Gamboa Penagos, M., Lozano, C., & Ferney, F. (2011). Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el Hospital Serafín Montaña Cuellar ESE de San Luis Tolima.
31. Aragón, S. F., Pérez, A. D., Pérez, C. L., & Salcedo, Y. V. (2012). Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización. Cartagena 2012. *Ciencia y Salud Virtual*, 4(1), 86-92.
32. Constitución Política De La República De Colombia De Actualizada hasta el Decreto 2576 del 27 de Julio de 2005
33. Ley 266 De 1996 (Enero 25) Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996
34. Garzón, R. *Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).
35. Organización Mundial de la Salud [Seguridad del Paciente]
<http://www.who.int/patientsafety/es/>
36. Bocanegra, J. C., Jaramillo Arbeláez, C., Leyva Rizzo, C. G., Quintana Pulido, M. T., & Soto Rondón, A. (2013). Evaluación del efecto de las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente durante los años 2011 y 2012 en el hospital Vista Hermosa de la Red Pública Distrital.