

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

INTRODUCCIÓN

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

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

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

Para el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, la Seguridad del Paciente es considerada una prioridad y la más relevante dimensión de calidad de los procesos de atención; por ello la entidad promueve la cultura de seguridad en sus colaboradores, en sus pacientes y familias y desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención médico-asistencial.

La Política de Seguridad del Paciente está dirigida a todo el personal de la Institución de nivel directivo, ejecutivo, administrativo y asistencial que intervienen en la gestión de la atención del paciente dentro de la Institución.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

2. **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

3. **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

5. **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

7. **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

El propósito de la Política es establecer en el Hospital Universitario "HERNANDO MONCALEANO PERDOMO" una atención en salud más segura, adelantando procesos de coordinación interna, que permitan la concertación de acciones para el logro de una institución de alta confiabilidad.

OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Fomentar un entorno seguro de la atención en salud brindada a los pacientes.
- Reducir la incidencia de Incidentes y Eventos Adversos.
- Promover el análisis causal de los Incidentes y Eventos Adversos, la reflexión y discusión colectiva en torno a la calidad de la atención.
- Favorecer y facilitar la implantación de Sistemas de monitorización de la Seguridad del Paciente.
- Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la Seguridad del Paciente basadas en el análisis de indicadores.
- Apoyar el desarrollo de capacidades técnicas del recurso humano para el mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios públicos de salud.
- Ofrecer información de interés sobre calidad de la atención y orientación a pacientes y público en general sobre Seguridad del Paciente.
- Implementar en los colaboradores del Hospital la Cultura de la Seguridad del Paciente.

CULTURA DE LA SEGURIDAD

La Seguridad es un principio importante de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad, razón por la cual la cultura de la seguridad debe ser la primera práctica segura a implementar en las organizaciones de salud.

Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de la atención, por lo tanto se debe notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los Eventos Adversos.

SISTEMA DE REPORTE

Con bastante frecuencia se observa que los errores ocurren en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente, por errores evitables; por esta razón es conveniente la realización de reportes de los Eventos Adversos, con el fin de mejorar la Seguridad de los Pacientes.

Para esto es necesario que se tome conciencia de la importancia de la identificación y reporte de los Incidentes y Eventos Adversos, por parte de todo el equipo asistencial (Profesional, técnico y auxiliar de la salud).

Una de las dificultades para medir los Eventos Adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos, es importante tener en cuenta que la concepción actual de la Seguridad del Paciente atribuye la principal responsabilidad de los Eventos Adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del Sistema.

Esto nos lleva directamente a la necesidad de utilizar indicadores, como herramientas útiles para poder interpretar lo que está ocurriendo, para tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos, para definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible: Los indicadores de Seguridad en la atención cobran una importancia fundamental para saber si se está brindando atención en forma segura.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVES:

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

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

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

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

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

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

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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

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

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

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

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

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los elementos contemplados por el Hospital para fortalecer las prácticas seguras están representados en las siguientes metodologías implementadas y aplicadas, así:




El Programa de Seguridad del Paciente, está funcionando en el hospital a partir del año 2006, bajo la coordinación de la Oficina de Garantía de la Calidad.

Con la participación de todo el personal asistencial de las diferentes áreas del Hospital se conformó el ***Grupo de expertos clínicos***, con el cual se adelantan semanalmente los análisis de casos de los pacientes reportados por los Auditores PAMEC con algún tipo de alerta de seguridad, de acuerdo al listado de codificación de alertas establecido por la Oficina de Garantía de la Calidad del Hospital.

La ***Promoción de la cultura de seguridad***, está representada por la participación de todas las áreas en la implementación, despliegue, difusión y réplica de metodologías que aporten a la seguridad del paciente. Esta cultura es difundida permanentemente, a través de conferencias, seminarios, talleres y/o charlas informales. Además se promueve el fortalecimiento de proyectos y planes de mejoramiento propuestos por las diferentes dependencias o servicios.

La identificación y gestión de Eventos Adversos, se adelanta a partir de la **búsqueda activa de alertas de seguridad**, mediante la implementación de la Auditoría PAMEC, y la realización del análisis de la ruta causal de cada uno de los casos clínicos en los que se ha detectado cualquier tipo de alerta de seguridad, realizando la aplicación del protocolo de Londres y estableciendo los correspondientes Planes de Mejoramiento.

Igualmente se incentiva el autorreporte, utilizando como estrategia de motivación la elaboración de un formato ágil y de muy fácil manejo, en el cual todos los usuarios de la Institución, tanto internos, como externos, puedan fácilmente informar la presencia de algún suceso adverso.

-  El paciente y la familia serán el centro de todas las acciones que se desarrollen en materia de seguridad.
-  Las acciones que se desarrollen alrededor del Sistema de Seguridad del Paciente tendrán un enfoque preventivo y predominará la gestión del riesgo como elemento transversal de sus actividades.
-  Las acciones de mejoramiento que se generen como consecuencia de información de eventos en la atención en salud de pacientes, serán consideradas como prioritarias y su resolución debe ser oportuna y eficaz.

- ✚ Se establecerá seguimiento, medición y evaluación de la frecuencia de los eventos adversos, mediante el monitoreo a través de indicadores de seguridad.

EJES FUNDAMENTALES DE LA POLÍTICA

- La cultura de la Seguridad del Paciente.
- La información asertiva y educación al paciente y su familia 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.
- La comunicación clara, eficiente y asertiva entre los integrantes del equipo de salud.
- El uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos.
- La prevención de infecciones adquiridas en el hospital.
- El sistema de reporte de eventos adversos.
- La promoción y seguimiento de prácticas seguras.

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA:

- Implementar las Rondas de Seguridad, complementadas con reuniones breves sobre la seguridad del paciente aportando una reflexión organizacional.
- Homologar en la Institución los conceptos y definiciones claves.
- Establecer carácter no punible a la vigilancia del evento adverso, pero sin fomentar la irresponsabilidad.
- Dar mayor énfasis a los resultados que se obtengan, que a las acciones formales que se desarrollen.
- La actitud de ocultar un evento adverso debe tener mínimo una desaprobación, porque tal actitud implica un impedimento a las acciones de mejoramiento.

ÉNFASIS EN:

- Identificación de pacientes.
- Lavado de manos.
- Manejo cuidadoso de medicamentos de aspecto o nombre similar.
- Comunicación adecuada y oportuna para la referencia de pacientes y en los cambios de turno.
- Intervenciones en sitio correcto, procedimiento correcto y persona correcta.
- Manejo cuidadoso de medicamentos con concentraciones elevadas.
- Verificación de órdenes médicas.
- Control a la conexión errónea de catéteres, sondas, canales.
- No reutilización de agujas y dispositivos de riesgo.

Referenciación:

Se adelantará referenciación competitiva con diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de igual complejidad, en lo posible IPS Acreditadas, que permita analizar información y adelantar acciones de mejoramiento continuo.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [En línea] <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/>

Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone, 2006

World Alliance for Patient Safety. A year of living less dangerously. Geneva: World Health Organization, 2005.

World Alliance for Patient Safety. <http://www.who.int/patientsafety/en/>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Patient Safety Initiatives). <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/>

Agency for Health Care Research and Quality. <http://www.ahcpr.gov>
<http://www.has-sante.fr/>.

Nacional Patient Safety. <http://www.npsa.nhs.uk>

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Disponible en <http://www.usal.es/ismp>.

Jornadas sobre la Seguridad del Paciente, febrero 2005. Fundación Avedis Donabedian. <http://www.fadq.org/upload/files/leape2.pdf>.

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente". Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2007

Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Guía Técnica. Ministerio de la Protección Social, Octubre 2009