

Seguridad del paciente en cuatro Empresas Sociales del Estado de segundo nivel del Departamento de Córdoba¹

Enalbis Esther Espitia Cabrales², Mónica Ocampo Rivero³, Paola Andrea De la Ossa Segovia⁴,
Mayra Marcela Tatis Ávila⁵

Resumen

Objetivo

Determinar el nivel de implementación de la política de seguridad del paciente e identificar en la plataforma estratégica su articulación con la política institucional, en cuatro instituciones de salud de segundo nivel de complejidad.

Metodología

Estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, cuya información se recolectó mediante la aplicación de lista de chequeo a los líderes de calidad y seguridad del paciente y la realización de una encuesta en línea, en las cuatro instituciones objeto de estudio.

Resultados

Todas las instituciones cuentan con la política formalmente documentada y disponen del comité de seguridad del paciente, tienen definidas las funciones y los responsables, a quienes se han comunicado las responsabilidades asignadas de acuerdo con su perfil; tres instituciones disponen del referente de seguridad, realizan reuniones periódicas del comité y hacen reporte de eventos adversos a través del aplicativo sugerido por la OPS y adoptado por el Ministerio de Salud; sólo dos instituciones cumplen con los lineamientos exigidos por la normatividad, han realizado capacitaciones y entrenamiento al personal.

Recomendación

Es necesario tener una política de seguridad del paciente formalmente documentada de acuerdo con los lineamientos exigidos por la normatividad, que permita mejorar y mantener la seguridad en el tiempo.

Palabras Clave: riesgo, seguridad del paciente, política organizacional, gerencia (fuente: Decs, Bireme)

Artículo recibido: abril 9 de 2015 **aprobado:** julio 31 de 2015

-
- 1 Investigación realizada con apoyo financiero de la Universidad de Córdoba.
 - 2 Enfermera. Especialista en Gerencia de la Salud pública, Especialista en Educación superior, Magíster en Administración de organizaciones. Docente ocasional Universidad de Córdoba. Correo electrónico: eee669@hotmail.com
 - 3 Enfermera. Especialista en Administración total de la calidad. Docente catedrática Universidad de Córdoba. Correo electrónico: mocampo@correo.unicordoba.edu.co
 - 4 Administradora en Salud. Universidad de Córdoba. Correo electrónico: paobella-18@hotmail.com
 - 5 Administradora en Salud. Universidad de Córdoba. Correo electrónico: may-tatis07@hotmail.com

Patient safety in four health institutions on the second-level of complexity from the State of Córdoba

Objective

To determine the level of implementation of the patient safety policy and identify on the strategic platform its articulation with the institutional policy in four health institutions on the second level of complexity.

Methodology

Descriptive study, quantitative, cross-sectional. Information was collected by applying a checklist to the leaders of quality and patient safety along with an online survey in the four institutions subject to study.

Results

All the institutions have the policy formally documented and also have the patient safety committee. Functions and responsible parties have been assigned and informed about their duties according to their profiles. Three institutions count on the safety referent, conduct regular committee meetings and report adverse events through the application suggested by WHO and adopted by the Ministry of Health. Only two institutions meet the guidelines required by the regulations, and have provided staff training.

Recommendation

It is necessary to have a patient safety policy formally documented according to the guidelines required by the regulations that allows to improve and maintain safety in time.

Key words: *risk, patient safety, organizational policy, management (source: Decs, Bireme)*

Introducción

El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención de salud o minimizar las consecuencias, se le llama seguridad del paciente (1).

La seguridad del paciente en el cuidado de la salud se centra en la prevención del error y en el aprendizaje sobre los errores que ocurrieron, con el propósito de lograr la construcción de una cultura de la seguridad que integre los servicios de los profesionales de la salud, pacientes, familiares y las organizaciones interactuantes en los procesos de atención en salud (2,3).

Las fallas de seguridad pueden producir un desenlace adverso que implica su propio tratamiento, diferente al de la enfermedad del paciente, que puede ser evitado y al cual se le denomina evento adverso que en general se debe al manejo médico, en contraste con lo que puede ser una complicación debida a la enfermedad (4).

La diferenciación entre la ocurrencia de un incidente y un evento adverso es el daño, el cual implica la perturbación de una estructura o una función corporal que puede resultar en una enfermedad, sufrimiento, discapacidad y/o muerte; además, puede afectar la esfera física, psicológica o el contexto social de una persona (5). Al igual que perturba la condición de salud de los enfermos, implica consecuencias financieras debido a los costos para las instituciones por el aumento de las estancias intrahospitalarias (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mortalidad por evento adverso es superior que la

mortalidad individual por Sida, Cáncer de seno y accidentes automovilísticos en Estados Unidos (7). La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido; sin embargo, el temor a mantener la confidencialidad de los datos y la relación directa con la responsabilidad profesional, ha dificultado la medición de la real magnitud de los eventos adversos (8).

Para que las instituciones de salud puedan evitar errores humanos o incidentes inesperados y no deseados, se requiere de una serie de acciones que involucran acciones administrativas como: la contratación, formación y retención de los profesionales de salud, en aras de aumentar la seguridad de los pacientes (6).

Durante la atención en salud, los profesionales no sólo deben estar atentos a su labor y a las relaciones personales con una sola persona o varias a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los agentes involucrados como la tecnología y los equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener por largo tiempo, aumentando la posibilidad de error (9).

En Colombia, la Resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio, para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la vigilancia de eventos adversos; por lo tanto, debe existir un reporte intra-institucional confidencial, que permita un análisis claro de los factores contributivos que están bajo el control de la institución y diferenciar de aquellos que requieran acciones inter-institucionales (10).

Por lo anterior, la alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del

paciente, como una estrategia para brindar una atención en un entorno seguro y promover la transformación hacia una cultura de seguridad (11); es decir, la política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que incluyen, entre otros, la necesidad de instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad y 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 puedan diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención (8).

Por lo tanto, el desarrollo de la política de seguridad de los pacientes debe incluir cuatro componentes fundamentales a) formación de profesionales, b) sistemas de identificación inequívoca de pacientes hospitalizados, c) bioseguridad y minimización de la infección nosocomial y d) estudios sobre efectos adversos ligados a los cuidados (12).

Así, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la implementación de la política de seguridad del paciente en las Empresas Sociales del Estado (ESEs), de segundo nivel de complejidad, en el Departamento de Córdoba en el año 2014.

Metodología

Estudio de tipo descriptivo transversal mediante el cual se realizó observación directa y se aplicaron instrumentos para recolectar la información de acuerdo con los objetivos planteados y aplicados a los 4 referentes de calidad designados en las Empresas Sociales del Estado, de segundo nivel de complejidad, de 4 municipios del Departamento de Córdoba.

Para ello, los investigadores adaptaron la lista de verificación proporcionada por el

Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Prestación de Servicios, sugerida para las buenas prácticas de seguridad de pacientes, la cual agrupó aspectos con respecto a las políticas institucionales, planeación estratégica, implementación y operación, control, monitoreo y medición y estrategias particulares de la institución.

La primera parte del instrumento se refiere al compromiso explícito de la alta dirección, a través de una política de seguridad que cumpla los lineamientos nacionales. Ésta comprende: la documentación formal de la política de seguridad del paciente, existencia de un equipo funcional para la seguridad del paciente y/o referente de seguridad, la existencia y operación periódica del comité de seguridad del paciente, cultura de reporte de los eventos adversos en los funcionarios y procedimientos para capacitar y entrenar al personal en el tema.

La implementación y operación contempla componentes como: la existencia de documentación, comunicación de las funciones y responsabilidades, así como el seguimiento desde la alta dirección sobre el desempeño del sistema, tomado como referencia para la mejora continua. En el mismo sentido se evalúa la documentación, disponibilidad y socialización de los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos de enfermería que incluye actividades requeridas para su verificación.

En el componente de control, monitoreo y medición, aspectos como: el establecimiento de procedimientos para monitorear y medir periódicamente el reporte de los eventos adversos e indicadores de calidad de notificación obligatoria al sistema de vigilancia epidemiológica y a la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos definidos, la evaluación de los efectos de las acciones realizadas

para la minimización de los riesgos y la participación activa del paciente y su familia para desarrollar prácticas basadas en sus observaciones y experiencias. Como parte del control, también, se verificó la implementación del aplicativo de reporte de eventos adversos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En el mismo sentido se indagó a las instituciones participantes, acerca del proceso para análisis de los incidentes y eventos adversos reportados, que según la metodología establecida debe realizarse bajo el protocolo de Londres, el cual permite un proceso de reflexión sistemática y bien estructurada y que facilita el análisis, en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno.

Se realizó observación directa en las ESEs objeto de estudio, acerca de las evidencias documentales requeridas, de acuerdo con la aplicación de la lista de chequeo para las buenas prácticas obligatorias de seguridad de los pacientes y el diligenciamiento en línea de la encuesta de clima de seguridad del paciente del Ministerio de la Protección Social. Esto permitió obtener información con respecto a: políticas institucionales, planeación estratégica, implementación y operación, control, monitoreo y medición y estrategias particulares de la institución.

Resultados

Implementación de la política de seguridad

ESE 1. Cuenta con una política de seguridad del paciente formalmente documentada, inmersa en la plataforma estratégica y acorde con la normatividad vigente. Además se evidencia la creación del comité de seguridad del paciente con las funciones establecidas para cada

uno de los miembros. En el referente de seguridad, tanto en el comité como en la alta dirección, se evidencia la búsqueda por fortalecer la cultura de seguridad.

ESE 2. Tiene una política de seguridad del paciente formalmente documentada, sin embargo no se evidencia inmersa en la plataforma estratégica. Existe un referente de seguridad del paciente; las acciones de mejora de los procesos de atención no están respaldadas en actas y no se encontraron reportes de análisis de eventos adversos.

Al realizar la valoración del grado de implementación de la política, se puede decir que ésta se encuentra en un grado bajo, por lo que se identifican oportunidades de mejora, como: la reactivación del comité de seguridad del paciente, la documentación de sus funciones, implementación de estrategias como las rondas de seguridad, sensibilización de la cultura de seguridad y capacitaciones al personal.

ESE 3. Ha definido una política de seguridad del paciente; sin embargo, no se encontraron documentados los objetivos, lineamientos, glosario de términos, integrantes del comité de seguridad del paciente y las acciones a implementar para la mejora de los procesos. Se hallaron evidencias de la implementación de actividades que propenden por mejorar la seguridad del paciente y aunque no existe un referente de seguridad, la coordinadora de calidad hace acompañamiento a este proceso.

De acuerdo con la situación encontrada se identifican oportunidades de mejora en cuanto a la reformulación de la política, teniendo en cuenta los lineamientos de su implementación, capacitando al personal que labora en la institución y reactivando el comité, entre otras estrategias tendientes a fortalecer la cultura de seguridad de la institución.

ESE 4. En la política de seguridad del paciente no se encuentran documentados los objetivos, lineamientos, glosario de términos, integrantes del comité y las acciones a implementar para la mejora de los procesos. El coordinador de calidad realiza las funciones del referente de seguridad.

Se encontró evidencia de la socialización de la política, capacitaciones realizadas al personal que labora en la institución sobre seguridad del paciente y otros temas relacionados y se hace seguimiento y evaluación al cronograma de actividades diseñado para tal fin. Existe un comité de seguridad del paciente el cual realiza las funciones asignadas y se reúne periódicamente. Se encontraron actas de las rondas de seguridad realizadas y cuentan con un plan diseñado para las oportunidades de mejora identificadas.

Evidencias de cumplimiento de la política de seguridad del paciente

Al aplicar el listado de verificación, se obtuvieron los siguientes resultados en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en las cuatro ESEs estudiadas.

Las cuatro instituciones cuentan con una política de seguridad del paciente formalmente documentada; sin embargo se evidencia que solamente dos de ellas cumplen con los lineamientos exigidos por la normatividad. Todas las instituciones cuentan con un comité de seguridad del paciente, establecido mediante resolución y tres cuentan con un referente de seguridad.

En tres de las instituciones el comité de seguridad se reúne periódicamente, evidenciado mediante actas y los funcionarios realizan reporte de eventos

adversos a través del aplicativo sugerido por la OPS y adoptado por el Ministerio de Salud o mediante un formato en medio físico. En dos de las instituciones se han realizado capacitaciones y entrenamiento al personal sobre seguridad del paciente.

En las cuatro instituciones se han definido y comunicado las funciones y los responsables de ejecutar las acciones según su perfil, aunque en algunas no estén formalmente documentadas dentro de la política de seguridad del paciente. Además, todas hacen el reporte a la alta dirección sobre el desempeño del sistema en los comités, con el fin de evaluar las acciones implementadas y de ser necesario rediseñar los procesos que conlleven a la mejora continua.

Con base en la información suministrada se pudo evidenciar que cada una de las instituciones tiene documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos de enfermería, incluyendo las actividades requeridas para su aplicación. Se encuentran disponibles en todos los servicios para su consulta y aplicación y se encontraron actas de socialización de las mismas, incluyendo un cronograma de capacitación semestral. De los 13 protocolos o guías de atención de obligatorio cumplimiento, las cuatro instituciones tienen disponibles 10 (77,0%).

Reporte de eventos adversos

En todas las instituciones se cuenta con procedimientos para monitorear y medir periódicamente el reporte de eventos adversos y su reporte y análisis lo realizan utilizando la técnica del Protocolo de Londres, con el fin de generar barreras que prevengan la ocurrencia de nuevos eventos; sin embargo la evidencia fue aportada solamente por tres.

En el total de instituciones se realiza el reporte de eventos e indicadores de calidad en los plazos definidos, al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y a la Superintendencia Nacional de Salud y se involucra al paciente y su familia como miembros activos de los comités, en los que se realizan socialización de las actividades ejecutadas, así como el análisis de situaciones que afectan los procesos de la institución.

En tres instituciones manifestaron que existe el trabajo en equipo y se realizan rondas de seguridad con una frecuencia aproximada de una cada quince días. En todas informaron que no existe ningún tipo de estímulo para los funcionarios que reportan los eventos adversos.

Teniendo en cuenta el número de eventos reportados entre el 11 de febrero al 11 de abril de 2014, se pone de manifiesto la necesidad de adoptar estrategias que fortalezcan la cultura del reporte, así mismo la implementación de medidas que permitan reducir o mitigar su ocurrencia.

En la ESE 1 los principales factores que contribuían a la ocurrencia de eventos adversos estaban relacionados con la tarea y la tecnología, debido a la poca adherencia a los protocolos y guías clínicas y a la falta de veracidad de las pruebas diagnósticas. En la ESE 3 éstos estaban relacionados con el individuo, bien sea por las extensas jornadas de trabajo o la poca pericia en la realización de los procedimientos. En la ESE 4 la ocurrencia de eventos adversos se daba principalmente por el individuo, la tarea y la tecnología y en la ESE 2 no se presentó evidencia de su reporte y análisis.

Discusión

Aranaz et al (12) han expresado que el desarrollo de la política de seguridad

de los pacientes debe incluir cuatro componentes fundamentales. Al respecto, en las instituciones objeto de estudio se identificó que en la totalidad se ha implementado el proceso de formación de profesionales.

En cuanto a la bioseguridad y en relación con la minimización de la infección nosocomial, todas las ESEs cuentan con el 77,0% de los protocolos o guías de obligatorio cumplimiento, las conocen y las aplican; en tres instituciones se han adelantado análisis de caso sobre eventos adversos ligados a los cuidados, en donde se ha utilizado como metodología el Protocolo de Londres, cuyo propósito es facilitar una investigación clara y objetiva, realizando un análisis de las acciones inseguras y las barreras para llegar a una cultura de seguridad y los procesos organizacionales.

Con base en los resultados encontrados, se pudo determinar que la política de seguridad de los pacientes está parcialmente implementada en las Empresas Sociales del Estado de segundo nivel que ofertan servicios de salud en el Departamento de Córdoba.

Con estos resultados se aprecia que la alta gerencia de las ESEs objeto de estudio, aunque demuestra y es explícita en su compromiso con la seguridad del paciente, en realidad ésta ha sido utilizada como una estrategia de calidad. En las ESEs analizadas se necesitan más acciones para lograr un entorno seguro en la atención en salud promoviendo la transformación hacia una cultura de seguridad. En ellas existe como patrón común: las debilidades en cuanto a la disposición y utilización de guías o protocolos de atención.

En el marco de la política de seguridad de los pacientes, las instituciones de

salud requieren de una serie de acciones administrativas para evitar errores humanos o incidentes inesperados y no deseados, acciones que pueden involucrar aspectos tales como la contratación y formación de los profesionales de salud.

En las ESEs estudiadas se pudo observar que existe un personal específico destinado a garantizar la seguridad de los pacientes con sus funciones debidamente documentadas y un comité conformado; sin embargo, sólo tres disponen de evidencias administrativas de sus esfuerzos por aumentar la seguridad de sus pacientes (6).

Recomendaciones

- Es importante y necesario tener una política de seguridad del paciente formalmente documentada de acuerdo con los lineamientos exigidos por la normatividad, que permita mejorar y mantener la seguridad en el tiempo.
- Diseñar y desarrollar estrategias efectivas que permitan generar cultura de seguridad del paciente a través de la sensibilización y socialización de esta política en las instituciones.
- Las ESEs deben mantener una capacitación continua, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad dentro de las instituciones.
- Definir mecanismos para la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.
- Adquirir los equipos y herramientas necesarias para el uso del aplicativo

para el reporte de eventos adversos, entregado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y adoptada por el Ministerio de Protección Social. Además capacitar a los responsables de cada área asistencial y administrativa sobre su uso.

- Implementar estrategias como rondas de seguridad, buzones para reporte, entre otros, con la finalidad de tratar temas de seguridad del paciente, identificar oportunidades de mejora y promover un cambio cultural al interior de las instituciones.

Referencias

1. Ministerio de la Protección social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Colombia; 2013. [Citado agosto 6 de 2015] Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>.
2. Clancy C, Farquhar M, Sharp B. Patient safety in nursing practice. *J Nurs Care Qual.* 2005; 20(3):193.
3. Palencia S.F. Reflexión crítica sobre el abordaje actual del evento adverso en Colombia. *Revista médica Risaralda.* [en línea] 2014. URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100008&lng=es.
4. Ministerio de la Protección Social. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Guía Técnica; 2009. [Citado agosto 6 de 2015] Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf).
5. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Project to Develop the International Classification for Patient Safety; 2009. [Citado agosto 6 de 2015] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

6. Villareal. E. Seguridad del paciente. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Salud Uninorte*. [en línea]. 2007. URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000100011&lng=es.
7. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. [Citado agosto 6 de 2015] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>.
8. Ministerio de la Protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia; 2008. [Citado agosto 6 de 2015] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>.
9. Troyen A, Brennan M, Lucian L, Leape MD, Nan M, Liesi H y otros. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *The New England Journal of Medicine*; 1991. 324(6):370-376.
10. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Colombia; 2007. [Citado agosto 6 de 2015] Disponible en: <file:///C:/Users/jiescobar/Downloads/Herramientas%20promover%20estrategia%20seguridad%20del%20paciente.pdf>.
11. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Médica*; 2005 [en línea]. [Citado agosto 6 de 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000200011&lng=en.
12. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria: una revisión crítica. *Medicina Clínica*. 2004;123(1):21-25.