

**IMPACTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DADA POR LA OMS Y
EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA SOBRE EL
ANÁLISIS DEL INDICADOR DE TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO
DE HOSPITALIZACIÓN TOMANDO COMO REFERENCIA LAS IPS DE LA CIUDAD
DE BOGOTÁ DURANTE EL AÑO 2016 Y 2017 (PRIMER SEMESTRE)**

**CLAUDIA MARCELA MACIAS G.
MARY LUZ SOLARTE ESPAÑA**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE AQUINO
POSGRADO DE AUDITORIA EN SALUD
BOGOTA D.C
2018-I**

**IMPACTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DADA POR LA OMS Y
EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA SOBRE EL
ANÁLISIS DEL INDICADOR DE TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO
DE HOSPITALIZACIÓN TOMANDO COMO REFERENCIA LAS IPS DE LA CIUDAD
DE BOGOTÁ DURANTE EL AÑO 2016 Y 2017 (PRIMER SEMESTRE)**

**CLAUDIA MACIAS
MARY LUZ SOLARTE ESPAÑA**

ASESORA: DRA. ALEJANDRA VALENZUELA

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE AQUINO
POSGRADO DE AUDITORIA EN SALUD
BOGOTA D.C
2018-I**

TABLA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	5
2. OBJETIVOS	7
2.1. OBJETIVO GENERAL	7
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	7
3. JUSTIFICACION	8
4. MARCO CONCEPTUALES	9
4.1. GLOSARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (4,5).....	9
4.2. SISTEMA INTERGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL- SISPRO.....	11
4.3. SERVICIO HOSPITALIZACION.	11
4.4. INDICADOR DE TASA DE CAIDA DE PACIENTES	12
4.5. NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	12
5. METODOLOGIA.....	20
6. RESULTADO.....	21
7. DISCUSION.....	26
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	29

RESUMEN

La Seguridad del paciente ha sido un tema muy discutido en todo el mundo y en los últimos 10 años se ha convertido en una prioridad dentro de la atención en salud a nivel mundial, investigaciones develan el riesgo innato que presenta un paciente dentro de la atención en salud, tanto por su condición médica como por diferentes factores externos. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) en 1999 publicó “TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM”, esta investigación situó al “error médico” como la séptima causa de muerte en ese país, después del cáncer y la enfermedad cardíaca, y estimo que entre 44.000 a 98.000 personas morían al año por lo que se puede denominar un “evento adverso”.

Lo anterior desato una iniciativa global sobre de la importancia de discutir con todos los actores implicados en la atención en salud, acerca de la Seguridad del Paciente, con el fin de llegar a acuerdos y generar soluciones a dicha problemática.

Colombia también abordó el tema y en 2006 implementó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud -SOGC con el decreto 1011, su objetivo “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” desde allí comenzó un trabajo más consciente para reducir al máximo el evento adverso y en 2008 expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”. Finalmente, la resolución 256 de 2016 reglamentó el Sistema de Información para la Calidad (SIC), este conjunto de indicadores han sido una herramienta fundamental para conocer el trabajo realizado por el equipo de salud para prevenir y sobre todo reportar la ocurrencia del evento adverso.

Palabras clave: Seguridad, evento, paciente, adverso, indicador.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

Con respecto a la prevención de las caídas de los pacientes dentro del servicio de hospitalización, se puede afirmar que, sigue siendo un tema muy discutido, puesto que está estrechamente relacionado no solo con la seguridad del paciente como ya se mencionó, sino con la calidad asistencial.

Así mismo el autor Avedis Donabedian, en 1980 define la calidad asistencial como “el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial”, también la Organización Mundial de la Salud – OMS- habla de calidad y en el año 2002 la definió calidad como “el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población”(1)

El aumento de la complejidad en el sistema de salud ha hecho no solo que se obtengan mejores resultados en la efectividad de los tratamientos e intervenciones, también se ha tenido que empezar a adoptar medidas oportunas para prevenir las posibles fallas derivadas de la atención, la gran cantidad de profesionales, la creciente demanda de servicios y la amplia oferta de procedimientos, genera con más frecuencia errores en la práctica clínica que convierten al paciente en una figura vulnerable dentro de todo el proceso de atención, desencadenando en muchos casos un evento adverso.

Dentro del entorno hospitalario, la caída continúa siendo el evento adverso de mayor importancia, pues generan un daño adicional al paciente, ocasionando lesiones serias, incapacidad y en algunos casos hasta la muerte. La Organización Mundial de la Salud-OMS en el informe de 2002 estimó que anualmente se producen 646.000 caídas mortales, convirtiendo a este evento “la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales”(2), por tal motivo su cuantificación ha ayudado a medir la calidad de los cuidados de los pacientes dentro de las instituciones de salud y se ha convertido en uno de los indicadores más mencionados dentro del ámbito hospitalario puesto que

refleja directamente la calidad asistencial pero además es una herramienta fundamental para disminuir los costos hospitalarios y la morbilidad.

De igual manera la política de seguridad del paciente, generada por el Ministerio de la protección Social y enmarcada en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS, establece como objetivo “el diseño de los procesos hacia la promoción de una atención en salud segura y prevenir la ocurrencia de eventos adversos, mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren la seguridad y establezcan un entorno seguro para el paciente”(3), es claro que el gobierno nacional ha tomado en cuenta datos estadísticos internacionales, así como políticas para generar lineamientos y guías que proporcionan una ayuda fundamental tanto para las instituciones prestadoras como para los trabajadores de la salud.

Como resultado de las investigaciones realizadas por los entes de control en salud, el monitoreo directo de éste y otros procesos para garantizar la prestación con calidad de los servicios de salud ya está implementado. La resolución 0256 de 2016 decreta (4) la notificación obligatoria de indicadores, que ayudan a mejorar la prestación del servicio de salud, puesto que induce al prestador, dentro el ejercicio de notificación, realizar una autoevaluación y posteriormente a revisar los procesos que puedan estar fallando dentro de la atención y que impactan directamente el indicador, con el fin de generar estrategias de mejora y así optimizar el reporte.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Contrastar la información generada en los indicadores reportados por Observatorio Nacional de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social de tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización durante el año 2016 y primer semestre del 2017 en las IPS de la ciudad de Bogotá.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conceptuar los aspectos relacionados con la seguridad del Paciente desde el marco normativo actual.
- Contrastar la información del manejo de eventos adversos como la caída de pacientes en el servicio de hospitalización durante el año 2016 y primer semestre del 2017.
- Analizar la repercusión del reporte oportuno del indicador de tasa de caída de paciente con lo reportado en el Observatorio Nacional de Calidad de la página del Ministerio de salud y protección social y consignados dentro del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO-

3. JUSTIFICACION

Como se ha dicho, evitar la caída en los pacientes durante la atención en salud se ha convertido en un objetivo prioritario a nivel internacional, La Joint Commission International, en su publicación Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities de septiembre 28 de 2015 indicó que, “las caídas que causan serios daños continúan estando dentro del top 10 de los eventos centinela más reportados a la base de datos de ***Eventos Centinela de la Joint Commission***”, pero además esta organización incluye la reducción de este riesgo como una de las metas que debe alcanzar el área de seguridad de una institución para lograr su acreditación en calidad.

Por esta razón desde el momento en que la Ley 100 de 1993 (5), contemplo la calidad como un atributo indispensable en la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, junto con diferentes actores del sistema, comenzaron a trabajar la política de seguridad del paciente como el cimiento para garantizar esa atención con calidad, finalmente concebida en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGCS-

En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del observatorio nacional de la calidad, tiene como objetivos principales, monitorizar y vigilar las condiciones de calidad en la atención en salud y el cambio de las mismas dentro de las instituciones prestadoras a nivel nacional, así como gestionar la notificación de todos aquellos eventos adversos en la atención en salud, que generan un riesgo potencial para el paciente e impactan la calidad del servicio. Lo anterior se ve reflejado en el reporte que realizan las instituciones a través de los diferentes indicadores de calidad, concebidos y organizados en la resolución 0256 de 2016 (6) donde se incluyeron eventos trazadores como las caídas intrahospitalarias de pacientes.

Por consiguiente, es importante conocer cuál ha sido el impacto en el indicador de tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización durante el año 2016 y primer semestre del 2017 en las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS de la ciudad de Bogotá, dentro de los indicadores reportados por el ministerio de Salud, a causa de la implementación de Política de Seguridad del Paciente, enunciada por la Organización

Mundial de Salud -OMS y reglamentada por el gobierno a través del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. GLOSARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (7,8)

Seguridad de paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

- **Evento adverso:** incidente que le produce daño a un paciente.

- **Error:** Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión) ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- **Cuasi incidente:** no alcanza al paciente.

- **Incidente sin daño:** alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.

- **Las características del incidente:** clasifican la información sobre las circunstancias que rodearon el incidente, como en qué momento y lugar del paso del paciente por el sistema de salud tuvo lugar el incidente, quiénes se vieron implicados y quién lo notificó.

- **Los factores/peligros contribuyentes:** son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el riesgo de que se produzca. Son ejemplos de ello factores humanos tales como el comportamiento, el desempeño o la comunicación; factores del sistema como el entorno de trabajo, y factores externos que escapan al control de la organización, como el medio natural o las políticas legislativas. Es habitual que en un

incidente relacionado con la seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.

- **Cultura de seguridad:** Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

- **Grado de daño:** gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.

- **Medidas adoptadas para reducir el riesgo** se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños asociados a un incidente o la probabilidad de que se produzcan. Pueden afectar directamente a los incidentes, los factores contribuyentes, la detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas o reactivas. Las acciones proactivas pueden identificarse mediante técnicas como el análisis del tipo de fallo y de sus efectos o el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las reactivas son las que se adoptan en función de los conocimientos adquiridos tras un incidente (por ejemplo, el análisis de las causas profundas).

- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud -SOGCS:** 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.

- **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.

- **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.

- **Caída de paciente:** Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas. Ejemplo: Accidental (factor

extrínseco), no accidental (factor intrínseco), pérdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la de ambulación.

- **Indicador (9):** Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.” En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

4.2. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-SISPRO

El Sistema Integral de Información de la Protección Social es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios. Suministra información para toda la ciudadanía (10).

4.3. SERVICIO HOSPITALIZACION.

Un número significativo de pacientes que asisten a instituciones de salud tienen riesgo de caída en cualquier momento de su hospitalización. Cuidar a un paciente con una alteración de su estado de salud durante la aplicación de un tratamiento que involucre su integridad física y psicológica, implica una serie de intervenciones que requieren una previa valoración clínica y la planeación de las acciones de cuidado para la implementación por parte del personal a cargo. (11)

Las actividades que realiza el personal de enfermería deben encaminarse a prevenir una caída, lesiones o complicaciones que son derivadas de factores externos o del entorno como:

- Barandas de la cama, camilla, cunas
- Uso de frenos
- Iluminación
- Timbre de llamada
- Dotación de la habitación
- Suelo húmedo y deslizante
- Desorden
- Ropa y calzado inadecuado

4.4. INDICADOR DE TASA DE CAIDA DE PACIENTES

Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en todos los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. La prioridad de esta medida es evitar cualquier caída con lesión en el cuidado del contexto hospitalario (12).

4.5. NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Política de seguridad de paciente según la OMS

1.1. La OMS y su iniciativa de “Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente”

Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas: 1) determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes; 2) entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes; 3) encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura, 4) evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real y 5) trasladar a la práctica (13).

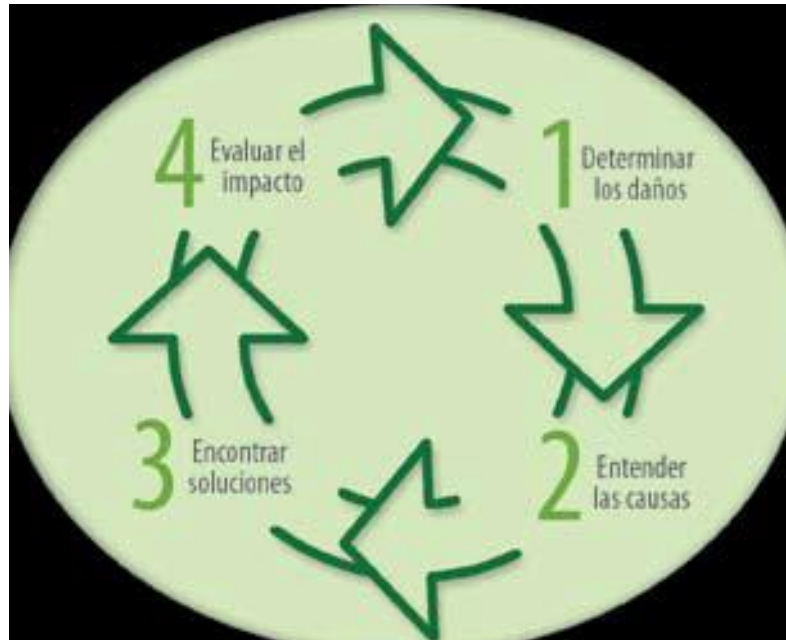


Figura 1: Ciclo De Investigación En Seguridad De Paciente.

- **Determinar los daños**

La determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria consiste en estimar el número de pacientes que sufren daño o pierden la vida por causa de la atención sanitaria. Consiste también en identificar cuáles son los eventos adversos registrados (por ejemplo, caída de pacientes en hospitalización) Esta información es esencial para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades. Sin embargo, sólo es el primer paso.

- **Entender las causas**

Una vez identificados los principales problemas, el paso siguiente consiste en entender las principales causas que favorezcan los eventos adversos que han perjudicado a los pacientes. Debido a la naturaleza compleja de la atención sanitaria, esos eventos no son consecuencia de una causa única. Por consiguiente, es necesario investigar para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal.

- **Encontrar soluciones**

Para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura. Es necesario identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes.

- **Evaluar el impacto**

Aun cuando se hayan encontrado soluciones de eficacia demostrada en los entornos controlados, es importante evaluar los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad de las soluciones aplicadas en la vida real.

- **Trasladar a la práctica**

Transformar las evidencias en cuidados seguros.

1.2. Clasificación internacional para la seguridad del paciente (14).

La OMS en conjunto de miembros expertos, realizaron una clasificación para ofrecer una comprensión global del tema de la seguridad del paciente. Su objetivo es representar un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo hincapié en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos, la recuperación de los incidentes y la resiliencia del sistema, todos los cuales aparecen en todo momento y en cualquier punto dentro del marco conceptual

Las diez clases superiores son:

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora

10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

Teniendo en cuenta esta clasificación deseo resaltar el incidente de la caída de paciente; comenzaré dando un ejemplo de un paciente con fibrilación auricular tratada con Warfarina se levantará por la noche para ir al baño, resbalara y se cayera sin sufrir ningún daño perceptible, el incidente relacionado con la seguridad del paciente se consideraría un incidente sin daños, y el tipo de incidente se clasificaría como «accidente del paciente - caída». Si este paciente hubiera sido encontrado a la mañana siguiente en el suelo, incapaz de levantarse, probablemente se clasificaría el incidente relacionado con la seguridad del paciente como incidente con daños (evento adverso) y el tipo de incidente se consideraría de «administración clínica». La caída se consideraría un factor contribuyente que comprendería «factores del personal», «factores del entorno de trabajo» y «factores de la organización/el servicio». Ver figura 2

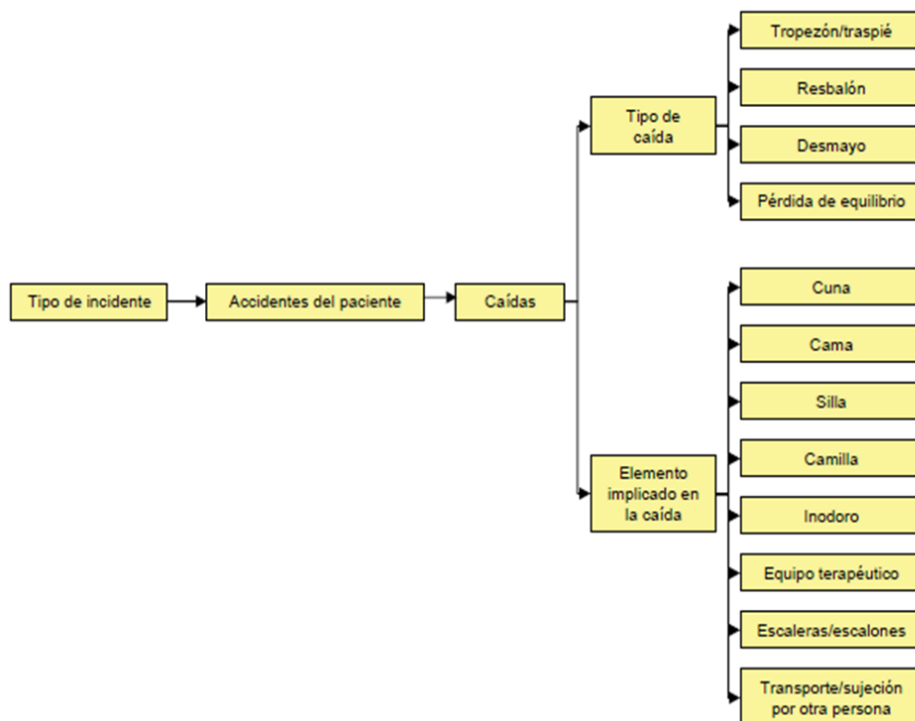


Figura 2: Tipo de incidente – Accidentes del paciente – Caídas

2. Política de seguridad de paciente según el Ministerio de Salud y Protección Social

En cuanto a la publicación del reporte “Error es humano”, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación y en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica. Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Como muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente.

Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los restadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, o más bien, de prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conformamos el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto. Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestras instituciones, más recientemente en nuestras instituciones pasamos de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta nuestra reciente resolución 2003 de 2014 (15).

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente, Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud (16), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura.

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose (17)

2.1. ¿Cómo Se Construye La Política Institucional De Seguridad Del Paciente? (18).

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos
- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo
- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir
- La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que, por favor, sean más cuidadosos.
- La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:
 - Permitir que sea el experto quien haga las cosas
 - Confiar cada vez menos en la memoria
 - Gestionar el riesgo de cada actividad
 - Alertar sin miedo sobre el error
 - Compartir el aprendizaje
 - Ante la duda, pedir ayuda
 - o Adhesión a las guías de práctica clínica

- Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras

2.2. Objetivos Y Estrategias De La Seguridad De La Atención En El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención En Salud (19).

Tenemos implementado, desde el 2002, un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, donde apuntamos, inicialmente, a garantizar unos estándares mínimos en términos de la estructura: de la infraestructura, de procesos, de insumos, de medicamentos y de recurso humano.

Hemos ido evolucionando esa política de garantizar simplemente cosas estructurales, de tener o de no tener, a empezar a mirar cómo se dan los procesos para obtener mejores resultados. Es de resaltar que no sólo en Colombia sino en el mundo entero, se viene hablando sobre la Seguridad del paciente. La OMS lanzó recientemente la Alianza mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores y allí es en donde nosotros enlazamos nuestro Sistema de Garantía de Calidad, hacia una política de Seguridad del Paciente.

3. Normativa del Ministerio de Salud y Protección Social en la seguridad del paciente (20).

Decreto 1011 del 3 de abril de 2006: Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud -SOGC, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, presenta una clara orientación con respecto a lograr la calidad de la prestación de los servicios de salud.

El Decreto mencionado define la 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 mitigar sus consecuencias.

El país ha venido avanzando en la implementación de la política de seguridad de pacientes en la prestación de servicios de salud. En el año 2008, se construyeron los lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente y a partir de esa época se han obtenido resultados que se reflejan en el número de instituciones que vigilan y gestionan los eventos adversos. Colombia ha participado en la realización de los dos estudios de prevalencia e incidencia de eventos adversos en los servicios hospitalarios y ambulatorios realizados en Latinoamérica, a saber, IBEAS 2009 (Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica) y AMBEAS 2013 (Eventos adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica).

Resolución 2003 de 2014: En cuanto a esta resolución establece que debe existir una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para su implementación según el Ministerio de Salud y Protección social.

Resolución 0256 del 2016: Es la resolución donde se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud y alimentar el Sistema de Información, esto aplica para las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS y Empresa Administradoras Prestadoras de Salud-EAPB. Para monitorear la seguridad del paciente se utiliza el indicador de la tasa de la caída de pacientes en el servicio de hospitalización.

5. METODOLOGIA

La metodología utilizada para la realización de esta monografía se basa en la investigación descriptiva y en la fuente de información secundaria y terciaria.

INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA (21)

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores reconocen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizar

minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones que contribuyan al conocimiento.

FUENTE DE INFORMACION SECUNDARIA (22)

Una fuente secundaria es normalmente un comentario o análisis de una fuente primaria. Consisten en compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas sobre un tema (listado de fuentes primarias). Sus ventajas es facilitar el acceso a las fuentes primarias; ejemplos: Bibliografías, sitio web, enciclopedias, índices, base de datos en línea.

FUENTE DE INFORMACION TERCIARIA (23)

Son documentos que reúnen nombres y títulos de revistas y otras publicaciones periódicas. Compendia fuentes de segunda mano, si ventaja es la recopilación de fuentes especializadas; ejemplos: Bibliografía de bibliografías.

Como se afirmó arriba, este documento se realizó con una profundización de las investigaciones efectuadas por la Organización Mundial de la Salud y la normatividad del Ministerio de Salud y Protección Social con el objetivo de recopilar la mayor información posible.

- Política de seguridad de paciente según la OMS
- Política de seguridad de paciente según el Ministerio de Salud y Protección Social
- Normativa del Ministerio de Salud y Protección Social en la seguridad del paciente
- Análisis del indicador de tasa de caída de paciente en el servicio de hospitalización en las IPS Bogotá.

6. RESULTADO

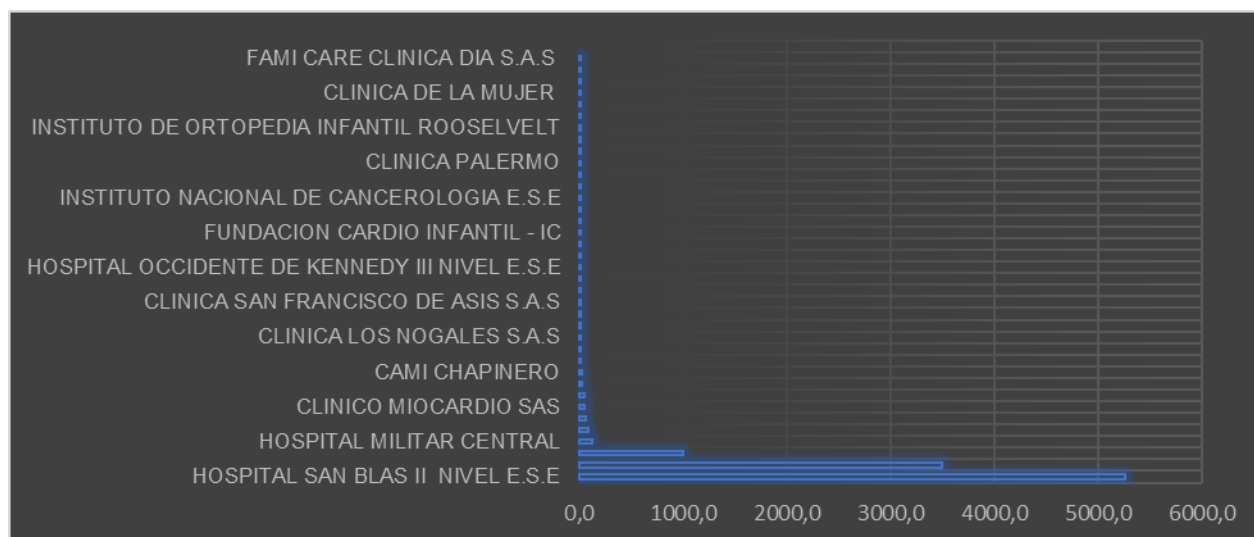
De conformidad con lo dispuesto en la Resolución 0256 de 2016, a continuación, se analizará la notificación del indicador de Tasa de caída de pacientes dentro del servicio de hospitalización por parte de las IPS de Bogotá, durante el año 2016 y primer semestre de 2017 encontrada en el Observatorio Nacional de Calidad de la página del

Ministerio de Salud y Protección Social y alimentada por el Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO-.

Es importante entrar dentro del contexto de la notificación, por tal motivo nos parece importante mostrar la ficha técnica del indicador de Calidad, dispuesta en la página del Ministerio de Salud y Protección social que da la guía a las IPS para la correcta notificación.

P.2.6 - Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización		
FICHAS DE INDICADORES DE		
FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
-Resolución 0256 de 2015-		
Nombre del Indicador: Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización		Código: P.2.6
Definición:	Es un estimador de las caídas de pacientes en hospitalización en un mes de seguimiento.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre el número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000.	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador al MSPS.
		Denominador: Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.
		Fuente del denominador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.
		Unidad de medida: Por 1000 días de estancia
Niveles de desagregación:	Nacional-Departamental-Municipal-IPS	Periodicidad: Semestral
Sustento Normativo / Referencia	Resolución 2003 de 2014, y demás disposiciones vigentes. Política de Seguridad de Paciente. Práctica Segura: prácticas seguras en prevención y reducción de la frecuencia de caídas en pacientes.	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El MSPS calculará el indicador a partir del reporte realizado por los Prestadores, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.	
Observaciones	Aplica para IPS, no aplica para los Servicios de Transporte Especial de pacientes.	
Dominio	Seguridad	
Versión:	2	Elaborado por:
Fecha:	01/03/2017	Ministerio de Salud y Protección Social

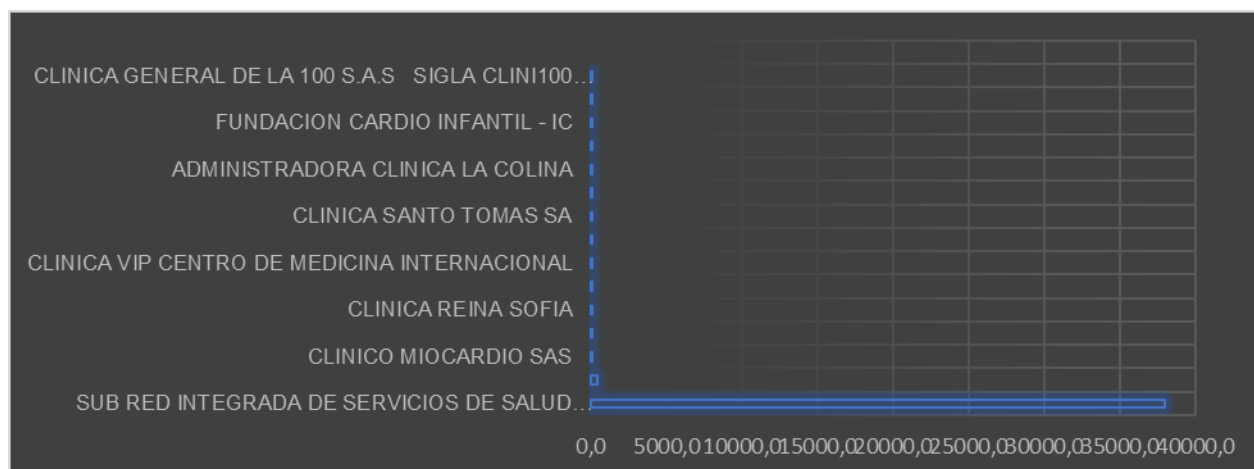
Grafica 1. IPS de Bogotá que reportaron indicador de Tasa de caída de paciente en el servicio de hospitalización durante el primer semestre de 2016 – 1.



Fuente: Bodega de datos de SISPRO - Indicadores de Resolución 0256 de 2016.

Durante el primer semestre de 2016, un total de 690 IPS en Bogotá aparecen como notificadoras del indicador, tasa de caída de pacientes en el Servicio de Hospitalización, el 10.7% (n:74) presentan dato numérico mayor a cero (0) siendo el Hospital San Blas II nivel E.S.E la IPS quien encabeza el listado con 2.500 caídas de pacientes en el servicio hospitalización por cada 1000 días de estancia hospitalaria durante este periodo, dato que en sí mismo llama la atención.

Grafica 2. IPS de Bogotá que presentaron indicador de tasa de caída de paciente en el servicio de hospitalización durante el primer semestre de 2016 - 2

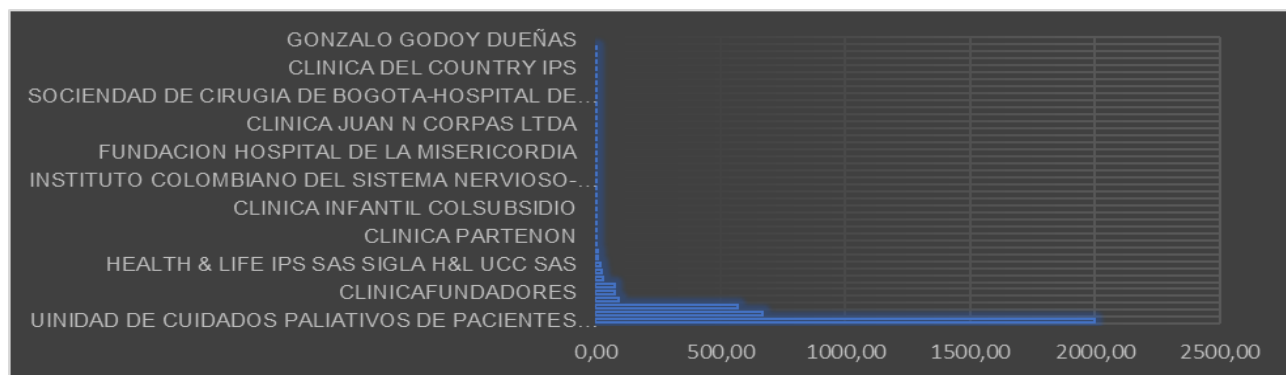


Fuente: Bodega de datos de SISPRO - Indicadores de Resolución 0256 de 2016.

Para el segundo semestre de 2016, un total de 657 IPS en Bogotá realizaron el reporte del indicador Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, 2.3% (n:15) de estas IPS presentaron dato superior a cero (0) y la Sub red integrada de servicios

de Salud Centro oriente encabeza la lista con 38.000 caídas de pacientes en el servicio de hospitalización por cada 1000 días de estancia hospitalaria durante este periodo.

Grafica 3. *IPS de Bogota que presentaron indicador de tasa de caída de paciente en el servicio de hospitalización durante el primer semestre de 2017 – 1*



Es importante destacar que, para el primer semestre del año 2017, el número de IPS que notificaron el indicador de tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización aumentó a 928 de estos el 4.3% presentaron dato mayor a cero (0) y fue la unidad de cuidados paliativos de pacientes quien encabezó la lista con 2000 caída por cada 1000 días de estancia hospitalaria para este periodo.

MARCO NORMATIVO (24).

2007 Ley 1122: Nombre SISPRO (Sistema Integrado de Información de la Protección Social). El Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación.



2011 Ley 1438 (artículo 112): El Ministerio de la Protección Social directamente será el responsable de articular la información y administrarla, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)



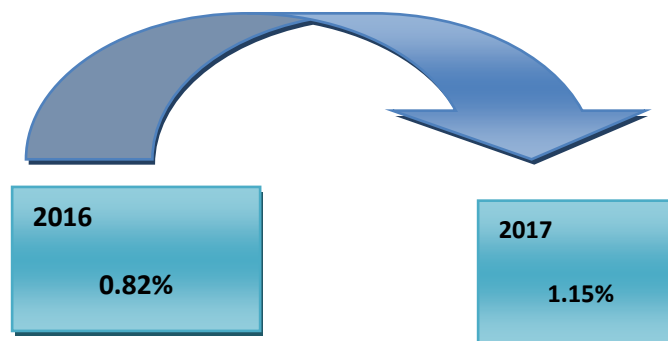
2011 Decreto-Ley 4107: El MSPS es responsable de la administración de los sistemas de información de salud y de protección social.



2015 Ley 1751 (artículo 19): Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiere el Ministerio en los términos y condiciones que se determine



Resolución 0256 del 2016: Alimenta la información para SISPRO por medio de indicadores de calidad.



7. DISCUSION

En el SISPRO se consolida y dispone la información de los indicadores establecidos por la resolución 0256 del 2016 para realizar seguimiento de la calidad de las IPS Y EAPB. En el caso del reporte del indicador de la tasa de caída de pacientes en hospitalización se realiza a través de la fórmula de cálculo cociente entre el número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000 días de estancia (unidad de medida). Considerando que la fuente del numerador es el reporte del prestador al Ministerio de Salud y Protección Social y la fuente de información del denominador son los RIPS-Registro Individual de Procedimientos de Salud que se encuentra que se encuentra dispuesto en SISPRO. El Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS calculará el indicador a partir del reporte realizado por los Prestadores, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO.

De acuerdo con lo observado se puede afirmar que la política de seguridad del paciente decretado por el gobierno nacional impacto positivamente con respecto al reporte de eventos adversos, particularmente, al indicador de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, puesto que, al generar un indicador específico para este evento, se le dio la importancia y la relevancia que merece por todo el impacto que este genera en la percepción de calidad de la prestación del servicio de salud y ayuda a las instituciones a dar comienzo a una cultura del reporte, indispensable para tomar decisiones que ayuden a promover cambios positivos.

Sin embargo, cabe anotar que en la lista del reporte se encuentran Institución Prestadora de Salud -IPS que no prestan servicios de hospitalización por tal motivo no tendrían que verse reflejada en la información generada por el SISPRO, esto da cuenta de la incipiente información que las IPS podían haber tenido durante el primer año de reporte de los indicadores de la resolución 0256/2016.

También se observa que algunas de las IPS que se encuentran realizando el reporte no tiene la claridad para el realizar el mismo, en algunos registros se puede evidenciar como los datos no son acordes con los que solicita la ficha técnica, en particular llama la atención el primer registro del primer semestre de 2016, donde el denominador que aporta el hospital San Blas II nivel como la sumatoria de los días estancia de los pacientes hospitalizados durante el semestre es únicamente doce (12), generando desconfianza en la veracidad del dato, lo mismo ocurre con IPS donde se encuentran un numerador y un denominador en ceros.

El reporte es muy general dentro de la página y no permite tener datos claros del indicador, dentro de los datos encontrados, se puede afirmar que muchas de las IPS no generan información incumpliendo la norma y otras generan datos incompletos o errados.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- El impacto de la política de seguridad del paciente es significativo en la medida en que genero un dato más acorde con los eventos adversos que generan mayor impacto en la percepción de calidad de los pacientes durante la prestación del servicio de salud.
- A causa de la implementación de política de Seguridad del paciente, enunciada por la OMS y reglamentada por el gobierno a través del Ministerio de Salud y Protección Social constituyó las acciones e instrumentos que garantizan la participación del paciente en su seguridad durante la prestación del servicio de salud.
- La política de seguridad del paciente da una base para que las IPS que prestan servicios de salud a nivel hospitalario realicen un ejercicio de reconocimiento de las causas que genera el evento adverso, algo que no se evidenciaba antes de la resolución 0256 de 2016 y dio paso a otra forma de abordar y reconocer los errores que se cometen dentro de la institución prestadora y que impactan directamente al paciente.

- El dato que genera la SISPRO de los indicadores de seguridad, particularmente el de caída de paciente en el servicio de hospitalización, debería dar paso a otro tipo de políticas que no fueran únicamente de calidad, tema que es abordado por las instituciones prestadoras en el ejercicio de acreditación, esta desde nuestro punto de vista debería impactar directamente la habilitación para la prestación del servicio de salud y ser obligatorias para todas aquellas instituciones que desean prestar servicios de salud en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. Asenjo Velasco C, Colomer Revuelta C, Espiga López I. Informe anual de Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2005 [citado 14 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/informeSNS2005ParteGeneralCompleta.pdf>
2. Organización Mundial de Salud [Internet]. Suiza; c2012. Caídas; [citado 10 mayo 2018]. [1 pantalla]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>
3. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Colombia. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud; [citado 10 mayo 2018]. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx.
4. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256, febrero 2016.
5. Ley 100. Crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Diario Oficial de la República de Colombia. Bogotá, 23 de diciembre 1993.
6. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256, febrero 2016.
7. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
8. Ministerio de Protección Social, República de Colombia, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá, Noviembre de 2008.
9. Organización Panamericana de Salud. Tomado del Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 4. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Diciembre 2001.
10. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Colombia. Sistema Integral de Información- SISPRO; [citado 13 mayo 2018]. [1 pantalla]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaciónSISPRO.aspx>
11. Revistas en actualizaciones en enfermería [internet]. Colombia. c2006. Optimización de las Medidas de Prevención de Caídas Durante la Hospitalización del Paciente;

[citado 14 mayo 2018]. [1 pantalla]. Disponible en:
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-93/enfermeria9306optimizacion/>

12. Ministerio de Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Observatorio de calidad de atención en salud. Junio 2011.

13. Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, La Investigación en seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. 2008

14. Organización Mundial de la Salud, Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

15. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura, Paquetes Instruccionales, Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”. Bogotá, 2014.

16. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Guía técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, Marzo 2010.

17. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura, Paquetes Instruccionales, Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”. Bogotá, 2014

18. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura, Paquetes Instruccionales, Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”. Bogotá, 2014

19. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D.C., Diciembre de 2007

20. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura, Paquetes Instruccionales, Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud” Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, 2014

21. Manual de técnica de investigación educacional [internet]. c2006. La investigación descriptiva; [citado 20 junio 2018]. Disponible en:
<https://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigaci-n-descriptiva.php>

22. Los diccionarios y las enciclopedias sobre el académico [internet]. Fuente secundaria; [citado 20 junio 2018]. Disponible en:
<http://www.esacademic.com/dic.nsf/eswiki/506398>

23. Huaman Calderon D. Fuentes de información. Centro de gestión de conocimiento OPS/OMS. 2011. [citado 20 de junio de 2018]. Disponible en:
http://bvsper.paho.org/videosdigitales/matedu/cam2011/Fuentes_informacion.pdf?ua=1

24. Marta Lucia O.M, Sistema de Información Gerencial de Salud en Colombia, Directora General, Instituto Nacional de Salud, 2018